

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO - BICOCCA

Dipartimento di Psicologia



**DOTTORATO IN PSICOLOGIA SOCIALE, COGNITIVA E CLINICA
XXIV CICLO**

ESSERE NEL MOMENTO PRESENTE:

**OPERAZIONALIZZAZIONE DEL COSTRUTTO DI MINDFULNESS
E SUE APPLICAZIONI CLINICHE**

Tutor:

Chiar.mo Prof. Gherardo Amadei

Tesi di Dottorato di
Caterina Giovannini

ANNO ACCADEMICO 2012/2013

*A Gabriele, il mio splendido papà,
che teneva a tutto questo quasi più di me.*

Quasi.

*“Life is what happens to you
While you’re busy making other plans.”*

John Lennon

SOMMARIO

PARTE PRIMA - STATO DELL'ARTE	5
Capitolo 1: Definire la mindfulness	
1. Le origini	6
2. La mindfulness nella cultura occidentale	8
3. Le definizioni del costrutto	10
4. Stato o tratto	14
5. Operazionalizzazione e misura	15
Capitolo 2: Il rapporto tra mindfulness e costrutti a essa affini	
1. Mindfulness e mentalizzazione	20
2. Mindfulness, regolazione delle emozioni e Alessitimia	25
Capitolo 3: Praticare la mindfulness	
1. I meccanismi d'azione	30
1.1 Le pratiche e i processi psichici	30
1.2 Benefici ed effetti della mindfulness	35
2. Gli interventi basati sulla mindfulness	38
2.1 Il mindfulness-based stress reduction (MBSR)	38
2.1.1 Il programma	38
2.1.2 Gli effetti del programma MBSR	44
2.1.3 Gli studi di efficacia sul programma MBSR	46
2.2 La Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)	49
2.3 La diffusione di interventi basati sulla mindfulness: una revisione critica	52
Bibliografia	55
PARTE SECONDA - CONTRIBUTI EMPIRICI	72
Studio 1: La Validazione Italiana Del Five Facet Mindfulness Questionnaire	
1. Introduzione	73
2. Studio 1	76
2.1 Metodologia	76
2.2 Risultati	80
3. Studio 2	84
3.1 Metodologia	84
3.2 Risultati	85
4. Discussione dei risultati e limiti dello studio	85
Bibliografia	88

Studio2: Mindfulness e salute mentale: valutazione multidimensionale e *profiling* di un campione clinico

1. Introduzione	92
2. Metodologia	96
2.1. I campioni	96
2.2. Procedura e strumenti di valutazione	99
2.3. Analisi statistiche.....	102
3. Risultati.....	103
3.1 Statistiche descrittive	103
3.2 La relazione tra mindfulness e sintomatologia psichica.....	106
3.3 Confronto tra pazienti e controlli.....	109
3.4 <i>Mindfulness profiling</i> attraverso l'analisi dei cluster latenti	112
3.4 Confronto tra pazienti a alta mindfulness e pazienti a bassa mindfulness.....	114
4. Discussione dei risultati e limiti dello studio	115
Bibliografia.....	123

Studio 3: La relazione tra mindfulness e mentalizzazione: confronto tra un campione clinico e un campione normativo

1. Introduzione	129
1.1. Il costrutto di mind mindedness.....	130
2. Metodologia	133
2.1 Il campione	133
2.2. Procedure e strumenti di valutazione	135
2.3. Analisi statistiche.....	138
3. Risultati.....	139
3.1 Statistiche descrittive	139
3.2 Confronto tra campione clinico e non clinico	141
3.4 Relazione tra mindfulness e mind mindedness.....	142
3.5 Valutazione della mind mindedness in base ai profili di mindfulness	143
4. Discussione dei risultati e limiti dello studio	145
Bibliografia.....	151

Studio 4: Efficacia di un programma di Mindfulness-Based Stress Reduction a confronto con un campione di controllo attivo

1. Introduzione	154
2. Metodologia	158
2.1 I campioni	158
2.2 Procedure e strumenti di valutazione	160
2.3. Analisi statistiche.....	163
3. Risultati.....	164
3.1 Statistiche descrittive	164

3.2 Confronto tra MBSR e NPS al T0.....	168
3.3 Valutazione degli effetti del programma mbsr rispetto al campione di controllo.....	169
3.3.1 Variazione dei livelli di mindfulness in base al trattamento	169
3.3.2 Variazione della sintomatologia psichica in base al trattamento	173
4. Discussione dei risultati e limiti dello studio	177
Bibliografia.....	183
CONCLUSIONI GENERALI	189
ALLEGATI	190
RINGRAZIAMENTI	192

PARTE PRIMA

STATO DELL'ARTE

Nel corso della seconda metà del Novecento la diffusione della filosofia buddista e di pratiche di origine orientale in Occidente ha aperto la strada all'integrazione delle tecniche di meditazione nell'ambito della cura della salute mentale e, più in generale, della promozione del benessere fisico e psicologico. Nella cornice così delineata, il concetto di *mindfulness*, o presenza mentale, ha assunto gradatamente un ruolo fondamentale nel creare un ponte tra la tradizione buddista e la psicologia occidentale tradizionale. Come tramite tra prospettive così differenti risulta evidente la conseguente difficoltà nel giungere a una definizione consensuale di cosa sia la mindfulness.

Nella prima parte del presente lavoro passeremo in rassegna in modo approfondito la letteratura relativa alla mindfulness. Partendo dalla delimitazione delle sue origini orientali, riprenderemo le principali definizioni di mindfulness e le sue operazionalizzazioni come costrutto multidimensionale. In seguito si passerà in rassegna la letteratura relativa alla relazione tra la mindfulness e costrutti psicologici ad essa affini, allo scopo di determinarne con maggiore chiarezza i confini e le eventuali sovrapposizioni concettuali. Infine tratteremo delle pratiche capaci di promuovere la mindfulness, aspetto fondamentale in ragione della natura essenzialmente esperienziale di questa attitudine.

CAPITOLO 1

DEFINIRE LA MINDFULNESS

1. LE ORIGINI

Il concetto di *mindfulness* affonda le sue radici nella dottrina buddista. La sua comparsa nel contesto della cultura occidentale è da attribuire al traduttore inglese Rhys David che, circa un secolo fa, impegnato nell'analisi di testi buddhisti per la Buddhist Text Society, si servì della parola *mindfulness* per tradurre il termine di lingua pali *sati*. La parola *sati* è attribuita agli insegnamenti del Buddha riportati nei testi sacri *Anapanasati sutta* e *Satipaṭṭhāna sutta*. Traducibile letteralmente come “ricordo”, o più generalmente “memoria”, è un concetto che fa riferimento a una profonda consapevolezza legata a una particolare disposizione “del cuore”, e si trova abitualmente tradotto con espressioni come attenzione, concentrazione, consapevolezza, sviluppo della mente, nuda attenzione (Gethin, 2011; Mace, 2007; Wallace, 2006).

Per comprendere al meglio il significato di questo concetto è opportuno addentrarsi nella tradizione filosofica buddista. La complessità di questa operazione è resa ardua dalla pluralità di definizioni racchiuse in un singolo termine, che abbraccia molteplici significati affini a quello di piena consapevolezza (Baer, 2010).

Nei testi antichi, la *mindfulness* è riconducibile a una qualità dell'attenzione che permette di recepire la sofferenza senza esserne travolti, in modo da poter vivere senza arrecarsi danno e danneggiare gli altri (Nhat Han, 1976). L'attitudine alla presenza mentale e la pratica della meditazione *mindful*, secondo la dottrina buddista, hanno il ruolo fondamentale di mezzo e presupposto per affrancarsi dalle pene della condizione umana, attraverso la via della liberazione dalla sofferenza (Gunaratana, 2002).

L'importanza della presenza mentale emerge con chiarezza esaminando l'essenza della dottrina buddista, che è legata al concetto della sofferenza insita nel genere umano (*dukkha*). Essa si esprime nelle *Quattro Nobili Verità*, ovvero i quattro principi cardine attraverso i quali è possibile raggiungere il *nirvāna*, stato di liberazione dal dolore, ed esposte nel ‘Discorso della messa in moto della ruota della Dottrina’ (*Dhammacakkappavattana Sutta*). Esse asseriscono che: la vita dell'essere umano è caratterizzata dal dolore; questa sofferenza ha origine in noi e

nella ricerca dell'appagamento attraverso ciò che è transitorio; la sofferenza può cessare; vi è un percorso da seguire per l'emancipazione dalla sofferenza. Il modo per giungere alla liberazione dal dolore è tracciato nel Nobile Ottuplice Sentiero, caratterizzato da otto tappe, mirate al raggiungimento di tre tipologie di perfezionamento: della moralità (*sīla*), della saggezza (*prajñā*), della concentrazione (*samādhi*). I tre elementi che conducono a *samādhi* sono il retto sforzo, la retta concentrazione e la retta presenza mentale, ovvero la mindfulness, indicata dall'originale vocabolo pali *sati* (Mace, 2008).

La mindfulness rappresenta l'inizio della pratica contemplativa che porta alla saggezza come parte integrante di una visione escatologica della vita, che guida l'uomo al raggiungimento della liberazione dalla sofferenza e dal ciclo di reincarnazioni (Thera, 1978). Nel 'Discorso sui fondamenti della presenza mentale' (*Satipaṭṭhāna sutta*), prima trattazione teorica e pratica relativa alla mindfulness (Baer, 2010), si identifica la meditazione *vipassanā* (meditazione di visione penetrativa o *insight meditation*) come mezzo d'elezione per conseguire lo sviluppo di tali attitudini (Walshe, 1995). Essa consente di sviluppare pienamente la consapevolezza di tutto ciò che ci circonda e di quanto sorge all'interno dell'individuo, si tratti di cognizioni, sensazioni o emozioni, e di arrivare a comprenderne la natura transitoria, proseguendo nel cammino verso la liberazione. La meditazione *vipassanā* è diretta in particolar modo a quattro oggetti di contemplazione: corpo e respiro; emozioni e sensazioni; processi mentali e coscienza; contenuti e oggetti mentali (McMahan, 2012). Fondamento di questi insegnamenti è che la consapevolezza non deve limitarsi alla pratica di meditazione, ma deve essere praticata in ogni ambito della quotidianità, consentendo di sviluppare una presenza mentale relativa a qualunque processo mentale, emozione o comportamento del praticante.

Il cammino del Nobile Ottuplice Sentiero permette di abbandonare una condizione di "visione opaca" e di abbracciare il significato intrinseco delle cose, ovvero la loro condizione di impermanenza. Questo concetto è fortemente legato alla mindfulness, in quanto la comprensione della transitorietà delle cose consente di comprendere che gli stati mentali, le emozioni e tutto ciò che possediamo e ci accade non può definire profondamente ciò che siamo. Arrivando alla consapevolezza che nulla è eterno si abbandona anche una visione della realtà come costituita da entità separate, giungendo alla perfezione assoluta (Mace, 2008). A questo livello di pratica, l'individuo ha una mente che è in grado di non discriminare soggetto che esperisce e oggetto di conoscenza (Nhat Han, 1976). La mindfulness è intesa come una modalità di vita consapevole e autentica che deve essere mantenuta prestando attenzione a

ogni respiro, movimento, pensiero e a ogni elemento che si presenti nell'esperienza dell'individuo (Rosenberg, 1998).

Vedremo ora come il concetto di mindfulness sia stato introdotto e si sia diffuso all'interno di un contesto culturale occidentale, abitando territori ed esperienze situati all'esterno del contesto della dottrina buddista.

2. LA MINDFULNESS NELLA CULTURA OCCIDENTALE

Sin dai lavori di Rhys David l'interesse per la dottrina Buddista iniziò a diffondersi, ma è negli anni '50 che il buddismo zen e la meditazione diventano un vero e proprio fenomeno culturale di massa (Mace, 2008).

La meditazione vipassanā, in particolare, si è rilevata la pratica di matrice buddhista più adatta a essere accolta in contesti culturali altri. Essa, infatti, è caratterizzata da aspetti quali la promozione del benessere fisico e mentale, che sono trasversali alle diverse culture e ne hanno permesso la diffusione in Occidente (Hart, 1987). Dagli anni '60, si assiste alla nascita dell'interesse per le pratiche meditative anche all'interno della psicologia clinica, dove vengono colte le potenzialità di tali pratiche nello sviluppo della consapevolezza dei pazienti con importanti conseguenze sul loro benessere (Keng, Smoski, & Robins, 2011). È proprio dalla meditazione vipassanā che originano le pratiche di mindfulness, così come intese in ambito occidentale. Perché questa integrazione culturale fosse possibile è stato fondamentale il contributo del monaco buddhista zen Thich Nhat Hanh (1976) e lo sviluppo dei suoi insegnamenti nel contesto della psicologia clinica e sperimentale da parte di Jon Kabat-Zinn (1990). È quindi negli anni '70 che, con la formulazione del programma *Mindfulness Based Stress Reduction* – MBSR a opera dello stesso Kabat-Zinn, si assiste alla nascita del primo intervento strutturato basato sulla mindfulness, presentandola alla comunità scientifica come uno strumento di cura efficace per la gestione del dolore (Kabat-Zinn, 1982).

Da allora si è assistito a un proliferare della ricerca sulle pratiche di *mindfulness* e sui suoi effetti, in diverse popolazioni e in diversi campi d'intervento, favorendo la nascita di numerose pratiche cliniche *mindfulness-oriented* come la Dialectical Behavior Therapy (Linehan, 1993), la Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) e la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Segal, Williams, & Teasdale, 2002).

L'ingresso della mindfulness nella psicologia contemporanea e il suo inserimento all'interno delle pratiche di trattamento hanno significato il cambiamento del concetto stesso di cura, dando origine a quella che viene definita la *third-wave* (terza generazione) delle terapie cognitivo-comportamentali. L'integrazione della mindfulness nel trattamento dei disturbi psichici, inoltre, abilita la spiritualità come strumento importante per il benessere individuale, collocandola di diritto nel dominio della psicologia (Carmody, Reed, Kristeller, & Merriam, 2008).

Il processo di occidentalizzazione e laicizzazione del concetto di presenza mentale ha portato a un inevitabile allontanamento della mindfulness contemporanea dalla sua cornice di origine buddista. A tal proposito, diversi ricercatori (Chambers, Gullone, & Allen, 2009; Rosch, 2007) sottolineano l'importanza di colmare questa distanza per poter pienamente comprendere e apprezzare il contributo della mindfulness nella psicologia contemporanea. Keng, Smoski e Robins (2011) identificano alcune importanti differenze tra le concettualizzazioni occidentali e quelle buddiste di mindfulness, che vengono riassunte in tre livelli: livello contestuale, livello del processo e livello del contenuto. Per quanto riguarda il contesto, nella cornice buddista la mindfulness è parte di un sistema di pratiche interconnesse necessarie per la liberazione dalla sofferenza umana. Essa è connessa alle altre disposizioni necessarie per raggiungere questo scopo ultimo e deve essere praticata in concerto con le altre componenti il sistema che costituiscono e attraverso il quale acquisiscono senso. Nel contesto occidentale la mindfulness è indipendente da uno specifico codice etico, filosofico o morale e trova senso di esistere di per se stessa, in virtù dei benefici che apporta al praticante. A livello del processo, nella cultura occidentale la mindfulness non ha alcuna connessione con la contemplazione della sofferenza e il concetto di impermanenza dell'essere, centrali nella dottrina buddista per condurre una corretta meditazione. Infine Keng e collaboratori identificano una rilevante differenza a livello dei contenuti. Mentre la tradizione buddista è rivolta a una consapevolezza essenzialmente introspettiva e le esperienze esterne sono considerate attraverso la propria percezione e reazione agli oggetti, in alcune concettualizzazioni occidentali della mindfulness si pone una specifica attenzione agli oggetti esterni e all'ambiente, focalizzandosi, sulle loro caratteristiche sensoriali, come per esempio le loro qualità visive, olfattive o uditive.

Una volta sottolineate le differenze tra il concetto di mindfulness all'interno della sua cornice di origine e la sua rilettura occidentale, cercheremo ora di coglierne l'essenza e i confini attraverso la sua definizione.

3. LE DEFINIZIONI DEL COSTRUTTO

La natura esperienziale e multidimensionale della mindfulness rende arduo coglierla attraverso definizioni univoche, ciononostante diversi studiosi hanno compiuto sforzi in questa direzione, mettendo in luce, di volta in volta e a seconda dell'ambito di interesse di ciascuno, aspetti diversi di questo costrutto.

Le caratteristiche di elusività e complessità di questa disposizione emergono già nelle sue definizioni in lingua pali. Kuan (2008) le riassume in quattro aspetti principali, che si differenziano, ma non si escludono. La presenza mentale: (1) è consapevolezza momento per momento, non elaborativa; (2) è consapevolezza protettiva, a guardia dei pensieri che conducono alla sofferenza; (3) è consapevolezza introspettiva, che sposta l'attenzione verso stati benefici; (4) è formazione deliberata di concetti utili per ristrutturare la mente.

Come sottolinea il monaco buddista Gunaratana (2002), la difficoltà di definire la *mindfulness* risiede nel suo essere radicata, non tanto in un una conoscenza verbale e concettuale, quanto nell'esperienzialità delle sue pratiche. Il suo carattere universalmente accessibile, inoltre, la rende "troppo semplice" per essere definita attraverso le parole, trattandosi essenzialmente di una funzione presimbolica e quindi per sua natura non pienamente esprimibile a parole. Nel tentativo di coglierla in una definizione egli la descrive come "the cultivation of the mind, aimed at seeing in a special way that leads to insight and to full understanding" (Gunaratana, 2002, p. 22). Preferisce poi esprimerne la complessità descrivendone la forma, *com'è* (senza pregiudizi, non giudicante; imparziale; non concettuale; radicata nel presente; non egoistica; senza obiettivo; continua; integrante la visione di attore e spettatore) e i processi che attiva apportando benefici al praticante, *cosa fa*. Rispetto a ciò, sostiene che la mindfulness abbia tre funzioni: ci ricorda cosa stiamo facendo, ci permette di vedere la realtà delle cose e ci consente di riconoscere la natura profonda dei fenomeni che ci circondano.

Gli stessi ricercatori occidentali ricorreranno alla scelta di definire la mindfulness attraverso ciò che fa piuttosto che per ciò che è. In letteratura, dunque, si assiste allo sforzo di formulare definizioni operative, che non perdano la natura pragmatica del costrutto, ma che siano in grado di fare riferimento alle funzioni cognitive ed emotive che sottostanno a questo complesso concetto. Lo spostamento dell'attenzione sulla descrizione degli effetti, sebbene permetta di superare alcuni ostacoli, lascia aperti gli interrogativi su quali siano i caratteri costitutivi della mindfulness. L'importanza di rispondere a tale quesito è

rappresentata dall'esigenza di misurare la mindfulness e poter orientare la ricerca nella formulazione di interventi clinici appropriati e di comprovata efficacia.

È a Jon Kabat-Zinn che si deve la prima definizione operativa di mindfulness, definizione che diede avvio e impulso agli sforzi della ricerca in questo campo d'indagine. Secondo Kabat-Zinn mindfulness significa prestare attenzione in un modo particolare e intenzionale a ciò che si presenta nel momento attuale, senza esprimere giudizi (Kabat-Zinn, 1990). Essa, inoltre, prevede una qualità di partecipazione all'esperienza caratterizzata da un senso di compassione sincera e da amichevole presenza e interesse (Kabat-Zinn, 2003). La mindfulness è descritta come uno stato di attenzione intenzionale, in cui ogni esperienza interna o esterna del soggetto viene colta e accolta in modo non giudicante (Kabat-Zinn, 1990). Gli aspetti principali che la definiscono sono il focus attentivo intenzionale rivolto al momento presente e l'atteggiamento non categorizzante (Kabat-Zinn, 2012). L'oggetto di attenzione scelto, quale che sia, è il centro verso cui intenzionalmente il soggetto ha posto il suo focus. Nel momento in cui ci si accorge che si è persa l'attenzione, è opportuno operare una ri-focalizzazione dell'attenzione, con un atteggiamento benevolo ma determinato. Altrettanto fermo ma comprensivo, deve essere il ri-posizionamento del proprio sguardo sul momento presente quando si prende consapevolezza che la nostra mente sta vagando in altri tempi e luoghi. L'utilizzo di categorie e valutazioni precostituite ci porta a interpretare le esperienze interne ed esterne in modo abitudinario e privo di significato. Nel momento in cui se ne prende consapevolezza, è opportuno orientare l'attenzione alle caratteristiche di novità dell'esperienza che l'abitudine non ci permette di cogliere (Kabat-Zinn, 2012).

Kabat-Zinn pone l'accento su alcuni aspetti fondamentali, che sono stati poi ripresi in letteratura in molte definizioni di questo costrutto: la sua intenzionalità; la particolare modalità di attenzione e l'accettazione non giudicante. Sono questi aspetti che secondo Shapiro e collaboratori (2006) costituiscono le qualità fondamentali della mindfulness.

Per quanto riguarda l'intenzionalità, bisogna considerare la naturale tendenza della mente umana a vagare da un pensiero all'altro. Lo scorrere ininterrotto di una rapida serie di pensieri sulla superficie della nostra coscienza ostacola naturalmente il raggiungimento della piena consapevolezza (Tusaie & Edds, 2009). La pratica della mindfulness porta alla consapevolezza questa propensione tipica di ogni individuo, consentendo alla persona, non di eliminarla, ma di esercitare la propria intenzionalità ri-orientando l'attenzione verso il focus attentivo iniziale (Brown & Ryan, 2003, 2004). Da uno studio di Shapiro (1992) sugli

effetti della pratica di meditazione emerge come attraverso una pratica continuativa l'intenzionalità evolva. Ne risulta una visione dell'intenzionalità come una qualità dinamica e in trasformazione, che consente ai soggetti e alla loro pratica di migliorarsi, portando a una profonda consapevolezza di sé e della propria connessione con la realtà circostante.

Prendendo in considerazione il ruolo dell'attenzione, è opportuno distinguerla dalla consapevolezza, funzione alla quale è strettamente connessa, ma con la quale non è completamente sovrapponibile. Brown e Ryan (2003) distinguono le due funzioni definendo la consapevolezza come lo strumento che permette all'individuo di mantenere il controllo sul proprio ambiente interno ed esterno. L'attenzione è invece il processo di focalizzazione della consapevolezza verso una serie limitata di esperienze. Nel normale funzionamento mentale attenzione e consapevolezza, sebbene strettamente connesse, non vanno sempre di pari passo. Si può essere consapevoli di uno stimolo, infatti, senza che esso sia al centro della nostra attenzione, reagendo in modo automatico. Nello stato di mindfulness l'attenzione e la consapevolezza sono ampliate e potenziate in modo da consentire all'individuo di cogliere l'esperienza in modo autentico, pieno e nel suo divenire (Brown & Ryan, 2003, 2004). In una condizione di attenzione di tipo *mindful*, per esempio, la persona può essere immersa in una conversazione ed essere, al contempo, consapevole del clima emotivo che si dispiega tra gli interlocutori (ibid.).

La modalità di reazione priva della connessione tra consapevolezza e attenzione è quanto Langer (Langer, 1989) definisce come *mindlessness*, ovvero la tendenza dell'individuo a agire facendosi guidare da automatismi e abitudini rigide, rinchiuso in schemi mentali auto rinforzanti e privi della capacità di adattarsi a diversi contesti (Langer & Moldoveanu, 2000). Siegel (2007) ritiene che questa sia la modalità con cui gli individui generalmente si interfacciano al loro ambiente, interno o esterno che sia. Questo atteggiamento è frutto di un meccanismo cognitivo di tipo *top-down*, attraverso il quale l'individuo si muove nel mondo guidato da una serie di concetti e interpretazioni prestabilite della realtà, privandolo della qualità tipica della "mente del principiante", che caratterizza la vita con il piacere della scoperta e della novità, dotandola di un profondo significato. Siegel fa riferimento al modo in cui le nostre aspettative, credenze, paure, pensieri relativi al passato e considerazioni legate al futuro influenzano il modo in cui percepiamo e agiamo, impedendoci di vivere appieno l'esperienza del momento presente. Una propensione alla *mindlessness* può causare disattenzione, dimenticanze, preoccupazioni e dissociazioni tra pensieri e sentimenti (Brown

& Ryan, 2003). La consapevolezza mindful, d'altro canto, consentirebbe di vivere l'esperienza del qui e ora in modo autentico e non viziato, di avvicinarsi al senso profondo del proprio mondo interno, apportando equilibrio e un significativo benessere alla persona.

Siegel (2007) pone, inoltre, l'accento sull'importanza di non tenersi ancorati ai giudizi. Arriviamo, quindi, all'ultimo aspetto centrale evidenziato da Kabat-Zinn, quello dell'accettazione, che viene descritta come una attitudine all'apertura e alla curiosità, che allontana dalla propensione al giudizio e alla valutazione delle proprie esperienze e del mondo che ci circonda (Shapiro et al., 2006). Questi aspetti che legano un atteggiamento cognitivo di sospensione della propria opinione e una attitudine del cuore a una gentile e compassionevole apertura si ritrovano in modo trasversale sia nella letteratura scientifica sulla mindfulness che nella letteratura di orientamento spirituale. Come evidenziato da Shapiro e Carlson (2009) la consapevolezza mindful è un modo di relazionarsi con le esperienze del momento presente, siano esse positive, neutre o negative, in modo aperto, recettivo, non giudicante e senza l'urgenza di categorizzarle e incasellarle secondo i propri schemi precostituiti. È importante, tuttavia, sottolineare che la dimensione dell'accettazione non deve essere confusa con un atteggiamento passivo. Disinserire il pilota automatico è una presa di posizione che permette di guadagnare il pieno controllo della propria vita attraverso la consapevolezza di aspetti che, pur riguardandoci in prima persona, ci erano completamente oscuri (Kabat-Zinn, 2007).

Segal, Williams e Teasdale (2002) definiscono la mindfulness come l'attitudine a essere presenti nel qui e ora a qualunque esperienza, senza giudicarla o essere costretti a reagirvi e seguendo un atteggiamento di curiosità benevola. Gli autori connettono la mindfulness al processo psicologico di passaggio da una modalità della mente dannosa per l'individuo a una modalità più sana, definendole rispettivamente la *modalità del fare* e la *modalità dell'essere*. La modalità del fare è orientata a uno specifico obiettivo e si attiva nel momento in cui il soggetto avverte un divario tra la propria condizione attuale e le sue aspettative, provocando un senso di insoddisfazione dovuto alla sua tendenza a concentrare la sua attenzione su tale divario in modo improduttivo. Quando la persona non ha modo di colmare tale divario, infatti, la mente è spinta a formulare pensieri e rappresentazioni della condizione attuale e di quella desiderata, in uno sforzo ideale di far coincidere le due rappresentazioni. La persona è quindi impegnata in un rimuginio, che percepisce come evento reale e non come prodotto mentale sotto il suo controllo e rimane ancorata a una posizione di impotenza nell'analisi di passato e futuro, che non gli permette di sintonizzarsi

sulla reale esperienza del presente. La modalità dell'essere, invece, non si radica in uno scopo preordinato e si esprime nell'accettazione dell'esperienza per come si presenta, senza pressioni verso il cambiamento. La prospettiva afinalistica libera dalla stretta di passato e futuro e permette di vivere appieno il presente nel suo dispiegarsi.

Da quanto fin qui esposto emergono due aspetti cruciali. In primo luogo, nel tentativo di definire la mindfulness si assiste spesso alla difficoltà a distinguere la mindfulness come processo (la pratica di mindfulness), dalla mindfulness come esito o attitudine di base (la consapevolezza mindful). È chiaro come i due aspetti siano strettamente connessi e per alcuni autori sovrapponibili (Kabat-Zinn, 1990; Nhat Han, 1976). Distinguere la pratica dall'esito è un'operazione pressoché priva di senso, in quanto pratica ed esito nella mindfulness si fondono nell'esperienza consapevole che l'individuo fa del momento presente e nella valorizzazione dell'esperienza attuale (Gethin, 2011).

In secondo luogo si può notare come la mindfulness contempli sia abilità cognitive, quali l'attenzione e la consapevolezza, che disposizioni "del cuore", come la compassione, la gentilezza e l'apertura. A tal proposito Shapiro e collaboratori (2006) sostengono che sia più corretto definirla "*heart-mindfulness*". È importante, tuttavia, comprendere come cuore e mente siano due componenti fondamentali e inscindibili di un unico costrutto (Shapiro, 2009; Shapiro & Carlson, 2009). L'atteggiamento di accettazione del momento presente si può sviluppare proprio in virtù di questa disposizione di gentile apertura e consapevolezza amorevole, che è rivolta sia verso le esperienze del mondo esterno che verso se stessi e il proprio mondo interiore (Borkovec, 2002). Si tratta di conoscersi e accettarsi senza giudizi, pregiudizi e senza fare affidamento su abitudini comportamentali e schemi concettuali (Nhat Han, 1992; Siegel, 2007).

Nel definire la mindfulness è ora opportuno fare riferimento alle variazioni di concettualizzazione di tale costrutto come disposizione stabile o come stato transitorio.

4. STATO O TRATTO

In letteratura è possibile trovare riferimenti alla mindfulness sia come una disposizione di personalità, che come stato transitorio della coscienza. È opportuno chiarificare tale distinzione.

La prima posizione fa riferimento alla concezione di mindfulness di stato per identificare

quella condizione psicofisica limitata nel tempo che si verifica quando un individuo rivolge intenzionalmente la sua attenzione al dispiegarsi dell'esperienza nel momento presente.

Si sono, tipicamente, serviti di questa definizione quegli studi volti a valutare gli effetti neurobiologici di pratiche di mindfulness di durata limitata (si veda per esempio Erisman & Roemer, 2010; Williams, 2010). Studi di questo genere misurano le alterazioni psico-fisiologiche determinate in seguito all'induzione di uno stato di consapevolezza specifico, determinato dall'esposizione a pratiche di mindfulness di 8 - 10 minuti. Gli effetti riscontrati, seppur transitori, contribuiscono a chiarificare il rapporto tra la consapevolezza mindful e il sistema nervoso, mettendo in luce il complesso rapporto tra funzioni cognitive, mindfulness e reazioni fisiologiche (Chiesa, 2011). Si farà riferimento ai correlati fisiologici e neurali delle diverse pratiche di mindfulness nel capitolo 3 del presente lavoro.

Descrivendo, invece, la mindfulness come un tratto di personalità si ipotizza che sia possibile differenziare gli individui in base a qualità disposizionali della presenza mentale. Secondo questo modello si suppone che le differenze individuali siano frutto della complessa interazione tra predisposizione genetica, fattori ambientali e training specifici (R. J. Davidson, 2010). I tentativi di operationalizzare tale disposizione hanno portato alla creazione di numerosi modelli e dei relativi questionari di valutazione dei tratti di mindfulness.

5. OPERAZIONALIZZAZIONE E MISURA

L'operationalizzazione della mindfulness come costrutto si rende necessaria per identificare componenti misurabili e sostenere così le affermazioni sui benefici delle pratiche di mindfulness attraverso teorizzazioni e strumenti di tipo operativo.

Il primo sforzo compiuto in tal senso è quello di Bishop e collaboratori (2004). Questi autori mossero dalla constatazione di una mancanza di sforzi sistematici tra i ricercatori nel definire i criteri identificativi delle componenti e dei processi sottostanti al costrutto di mindfulness. La necessità di rispondere all'esigenza di operationalizzazione del costrutto si lega all'esigenza di formulare strumenti di valutazione e approfondire così i meccanismi d'azione della mindfulness. Gli autori definiscono la mindfulness attraverso dimensioni fortemente ancorate all'esigenza di formulare un costrutto operativo, in modo da stimolare lo studio sulla mindfulness e migliorarne la sua applicazione dal punto di vista clinico. Identificano un modello a due componenti: *l'autoregolazione dell'attenzione verso*

l'esperienza immediata e che permette la consapevolezza degli eventi che si presentano nel qui e ora, e *l'orientamento verso le proprie esperienze* nel momento presente, in modo curioso, aperto e non giudicante. L'autoregolazione dell'attenzione poggia su due meccanismi: l'attenzione sostenuta, che consente di mantenere il focus sul presente e lo *switching*, che consente di ri-dirigere l'attenzione nel momento in cui la mente vaga altrove (Parasuraman, 1998; Posner & Rothbart, 1998; Posner, 1980). Quest'ultimo aspetto è fondamentale per interrompere la catena di pensieri automatici e favorire l'insorgere di quella che viene definita come *bare attention*, quella qualità di attenzione che consente che gli eventi che cadono sotto la nostra considerazione si spoglino di categorizzazioni premature e rimangano *bare objects* (Thera, 1972; Williams, Mathews, & MacLeod, 1996). È questo l'atteggiamento definibile qualitativamente come mente del principiante (Suzuki, 2010).

L'orientamento all'esperienza, invece, è riconducibile a quella disposizione "del cuore" precedentemente esposta in relazione alle definizioni di mindfulness. Bishop e collaboratori (2004) riprendono le posizioni di Kabat-Zinn (1990) e della tradizione identificando come pilastro della mindfulness l'atteggiamento di apertura non giudicante e non intenzionale alle esperienze. Questa disposizione di curiosità e accettazione è ciò che distingue qualitativamente la mindfulness da funzioni quali l'attenzione al sé o l'auto-osservazione, che possono, invece, essere fonti di disagio (Nolen-Hoeksema, 1991; Pyszczynski & Greenberg, 1987).

Sulla scorta del lavoro di Bishop e delle considerazioni di Kabat-Zinn prende forma il modello a tre componenti proposto da Shapiro e collaboratori (2006). Gli autori identificano Intenzione, Attenzione e Attitudine (IAA) come processi di base strettamente connessi a comporre il complesso costruito di mindfulness. Nel modello di Bishop l'intenzione rimane sullo sfondo, in quanto considerata come una funzione generale, mentre ha un'importanza fondamentale per Kabat-Zinn, che le attribuisce un ruolo strutturale (Kabat-Zinn, 1990). Shapiro, come si è visto, rappresenta le intenzioni come fattori dinamici e coltivabili attraverso la pratica di consapevolezza. Le restanti componenti del suo modello ricalcano quanto proposto da Bishop.

Entrambi i modelli presentati risultano fortemente ancorati agli aspetti teorici ed esperienziali della mindfulness. Nel contempo la ricerca si è impegnata nella formulazione di strumenti di valutazione della mindfulness, attraverso la creazione di questionari che

differiscono per struttura e per le dimensioni a cui fanno riferimento. Diversi autori (vedi Linehan, 2003 e Bishop et al., 2004), infatti, hanno sostenuto l'importanza di sviluppare strumenti validi dal punto di vista psicometrico, al fine di analizzare empiricamente il costrutto di mindfulness, le sue componenti e i meccanismi che vi stanno alla base. La diffusione di tali strumenti ha fornito notevole impulso allo studio della mindfulness, sia in relazione alla definizione del costrutto, che in relazione agli effetti delle pratiche di mindfulness e ai meccanismi responsabili di tali effetti.

Fondamentale in tal senso il contributo di Ruth Baer, che propone un modello di mindfulness multidimensionale, frutto di studi che connettono la misurazione statistica e le riflessioni concettuali (Baer et al., 2008; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006). L'autrice identifica cinque componenti della mindfulness: la capacità di osservare i propri eventi interni; la capacità di descrivere parole le proprie emozioni e sensazioni; la capacità di agire consapevolmente, rimanendo nel momento presente senza distrazioni e senza "pilota automatico"; la capacità di non reagire e di sostare nelle esperienze; la capacità di mantenere una disposizione non giudicante verso le esperienze che si presentano, accettandole per quello che sono. Questi fattori vanno a comporre il complessivo costrutto della mindfulness. L'indagine effettuata dagli autori sui cinque questionari per la valutazione della mindfulness allora disponibili in letteratura ha permesso di creare il Five Facet Mindfulness Questionnaire – FFMQ, che sarà descritto in modo approfondito nel primo studio che presenteremo nella sezione del presente lavoro dedicata ai contributi empirici.

Le dimensioni identificate da Baer dimostrano avere relazioni significative con costrutti affini, come l'alessitimia, l'intelligenza emotiva, le tendenze alla dissociazione e la tendenza a sopprimere i pensieri intrusivi e sono in grado di delineare differenze tra gruppi di persone esperte di meditazione e individui privi di tale esperienza (Baer et al., 2008, 2006). Studi precedenti (Paunonen & Ashton, 2001; Schneider, Hough, & Dunnette, 1996) sostenevano già l'utilità di misurare costrutti complessi come quello di mindfulness in un'ottica multifattoriale al fine di comprendere quali aspetti del costrutto influenzino la relazione con gli altri costrutti. Una visione monolitica della mindfulness non consente di apprezzare l'apporto che le sue diverse componenti danno alla comprensione di tali relazioni e degli effetti specifici delle pratiche di mindfulness. I fattori identificati da Baer, sebbene concorrano a definire il complessivo costrutto di mindfulness, non sono qualità sovrapponibili e contribuiscono a delineare quadri complessi e differenti a seconda delle popolazioni che si trovano a descrivere.

A tal proposito si veda, per esempio, come il fattore *Observe* sia in grado di definire la multifattorialità della mindfulness in modo adeguato in popolazioni di meditatori, mentre ha scarsa valenza nel descrivere l'attitudine di mindfulness di individui privi di esperienza meditativa (Baer, 2008).

Per rispondere all'esigenza di misurazione della mindfulness di stato, invece, si è fatto talvolta ricorso all'utilizzo di alcuni specifici item delle scale di valutazione disponibili in letteratura. Ostafin e Kassman (2012), per esempio, per indagare la relazione tra la mindfulness e le abilità di *problem solving*, misurano la mindfulness di stato attraverso l'item della MAAS (Brown & Ryan, 2003) "*At this moment (right now) I feel like I will rush through activities without being really attentive to them*" valutato su scala Likert a 15 punti.

Uno strumento ampiamente utilizzato per la valutazione della mindfulness di stato, in campioni di meditatori e non meditatori, è la Toronto Mindfulness Scale (Lau et al., 2006). Si tratta di un questionario a 13 item valutati su scala Likert a 5 punti, che si distribuiscono su due fattori, *Curiosità* e *Decentramento*, e che ha dimostrato buone proprietà psicometriche.

È da sottolineare che, nonostante alcune delle proposte di operazionalizzazione e misurazione del costrutto siano utili e ambiziose, non è ancora stato raggiunto un consenso univoco da parte dei ricercatori e saranno necessari ulteriori sforzi in merito. I fattori identificati spesso presentano sovrapposizioni teoriche ed esperienziali e risulta difficile misurarli in modo disgiunto, senza operare forzature. Altro aspetto fondamentale è definire il differente peso che tali componenti hanno nel comporre e definire il complessivo costrutto di mindfulness (Brown & Ryan, 2004; Dimidjian & Linehan, 2006; Kostanski & Hassed, 2008).

Le difficoltà che si riscontrano in letteratura sono strettamente connesse alla natura composita del costrutto e all'interdipendenza delle dimensioni che vi stanno alla base. In una recente rassegna della letteratura, Park, Reilly-Spong e Gross (2013) hanno esaminato la qualità degli studi di validazione degli strumenti self-report per la valutazione della mindfulness, facendo riferimento ai criteri del *COnsensus-based Standards of health Measurement INstruments* (COSMIN), raggruppabili in tre domini: attendibilità, validità e sensibilità al cambiamento (www.cosmin.nl). Gli autori hanno selezionato 10 scale di valutazione in lingua inglese, alcune unidimensionali, altre multidimensionali (da 2 a 5 sotto-scale), concludendo che nessuna delle scale esaminate si può considerare il *gold standard* e ognuna presenta punti di forza e di debolezza specifici dal punto di vista psicometrico.

Gross e Christopher (2013) danno grande importanza alla validità di contenuto, che non è stata presa in considerazione in nessuno studio. Per ovviare a questa carenza gli autori suggeriscono l'utilizzo di focus group attraverso i quali chiedere ai soggetti se abbiano compreso a fondo i questionari compilati e se a loro avviso manchi qualcosa di rilevante. Si tratta di un'indagine qualitativa, fortemente influenzata dall'assenza di consenso rispetto alla definizione di mindfulness. Christopher, Gilbert, Neary e Pearce (2009), in un precedente studio che indaga la validità cross-culturale del Kentucky Inventory of Mindfulness Skills e della Mindful Attention Awareness Scale, arrivano a sottolineare la rilevanza delle differenze nella concettualizzazione della mindfulness nella cornice della cultura orientale e di quella occidentale. La mindfulness nella sua cornice di origine buddista è strettamente legata nelle sue credenze e aspettative caratteristiche al contesto religioso-culturale, mentre nella società occidentale sono le scienze psicologiche a far da contesto agli interventi di mindfulness. In linea con queste posizioni, Chiesa (2012) sostiene che non si sia ancora data adeguata risposta all'esigenza di definizione e operazionalizzazione della mindfulness per via, tra gli altri motivi, della difficoltà insita nel tentativo di conciliare la cultura fenomenologica occidentale e quella soggettiva buddista e di rendere definibile la natura esperienziale di questo costrutto.

Per definire al meglio quell'insieme di attitudini, funzioni cognitive, disposizioni del cuore e pratiche esperienziali di diversa origine e forma che è la mindfulness, è ora opportuno addentrarsi in ciò che la mindfulness non è, esplorando i confini teorici tra di essa e alcuni "costrutti affini". Esamineremo tali confini nel secondo capitolo.

CAPITOLO 2

IL RAPPORTO TRA MINDFULNESS E COSTRUTTI A ESSA AFFINI

Nel tentativo di definire al meglio il costrutto di mindfulness è opportuno fare ora riferimento ai punti di contatto e di eventuale sovrapposizione tra la mindfulness e alcuni costrutti e disposizioni a essa affini. Un'operazione di questo genere consente di supportare lo status di indipendenza concettuale della mindfulness, proprio in ragione della delineazione dei suoi confini e della direzione in cui si muove il rapporto con costrutti psicologici che sono stati associati a essa, come la mentalizzazione, la regolazione emotiva e l'alessitimia.

1. MINDFULNESS E MENTALIZZAZIONE

L'attenzione alla relazione tra l'attitudine alla mindfulness e la mentalizzazione è frutto di riflessioni recenti. I contributi teorici ed empirici volti a fare chiarezza su tale rapporto sono ad oggi poco numerosi, ma sembrerebbero suggerire l'esistenza di una relazione di reciproca interazione e comunanza tra questi costrutti.

Abbiamo visto nel corso del precedente capitolo cosa si intende per mindfulness. Per comprendere il rapporto tra mindfulness e mentalizzazione cercheremo ora di definire quest'ultima attraverso un breve excursus della vastissima letteratura sull'argomento (per una trattazione più approfondita si rimanda a Fonagy, 2002).

Con mentalizzazione si fa riferimento a una funzione simbolica che prevede di porre il focus attentivo verso la mente. Il termine fa la sua comparsa nella letteratura psicoanalitica già negli anni '60 e lo si trova utilizzato come sinonimo di termini come "simbolizzazione" o "rappresentazione" (Lecours & Bouchard, 1997).

È grazie al lavoro di Peter Fonagy (1991, 2001) che si arriva a delinearne la concettualizzazione attuale, che prende avvio dall'incontro tra il costrutto di teoria della mente, proveniente da ambiti come la psicologia evolutiva, l'etologia e la filosofia, con le teorie psicoanalitiche. Sulla base di contributi teorici come quelli di Klein, Winnicott, Bion e Bowlby, la capacità di mentalizzare viene, quindi, letta come prodotto dell'evoluzione dell'individuo, piuttosto che come una proprietà della mente.

In una delle concettualizzazioni più recenti Bateman e Fonagy (2004) definiscono la mentalizzazione come il processo mentale con cui un individuo implicitamente ed esplicitamente interpreta le proprie azioni personali e quelle degli altri come significative sulla base di stati mentali intenzionali, quali desideri, bisogni, emozioni, credenze e ragioni. Da questa definizione è possibile evincere le tre dimensioni che possono caratterizzare il costrutto di mentalizzazione. La prima dimensione fa riferimento alla modalità di funzionamento della mentalizzazione, che può essere esplicita o implicita. Nel primo caso si fa riferimento a uno sforzo volontario di comprensione degli stati mentali personali e altrui. Come mentalizzazione implicita, invece, si fa riferimento alla capacità di cogliere gli stati mentali in modo automatico e inconsapevole (Allen, 2006). La seconda dimensione fa riferimento al focus dell'attenzione mentalizzante, che può essere il sé o l'altro. Nella definizione di Bateman e Fonagy che abbiamo fornito si coglie la natura fondamentale interpersonale della mentalizzazione, secondo la quale esiste una reciproca influenza tra la capacità di riflettere sugli stati mentali propri e quella di cogliere quelli altrui (Choi-Kain & Gunderson 2008). La terza dimensione costitutiva è riferita al contenuto, che può essere di natura cognitiva o emotiva. Solo attraverso l'integrazione della mentalizzazione cognitiva con ciò che Fonagy e collaboratori (2002) definiscono affettività mentalizzata è possibile una mentalizzazione adeguata e completa (Allen, 2006).

Il concetto di mentalizzazione fa riferimento ai processi di autoregolazione e scambio che avvengono nelle prime esperienze relazionali significative del bambino e alla loro interiorizzazione (Bouchard et al., 2008). La capacità di mentalizzare riveste un ruolo primario nel determinare un normale sviluppo infantile, insieme alla qualità dell'attaccamento. In linea con le teorizzazioni di Bowlby (1973, 1980) nell'ambito della psicologia dell'attaccamento, Fonagy sostiene che uno stato mentale sicuro è il presupposto per l'esplorazione dell'ambiente e della mente stessa, che si tratti della propria o della mente altrui. Come l'attaccamento sicuro consente la creazione di un sistema di rappresentazioni della mente propria e altrui, così il mentalizzare del genitore è un presupposto fondamentale nel favorire un sicuro legame di attaccamento per il bambino (Wallin, 2007).

Il concetto di mentalizzazione deriva da quello di funzione del Sé Riflessivo (Fonagy, 1991) che può essere definita come la consapevolezza della natura degli stati mentali propri e altrui e la capacità di saper cogliere la mutua influenza tra stati mentali e comportamento (Amadei, Tronconi, & Giustino, 1998; Steele & Steele, 2008). La capacità di attribuire stati mentali come intenzioni, credenze o sentimenti ai comportamenti rende questi ultimi

significativi e prevedibili, consentendo di muoversi con maggiore sicurezza nel mondo (Baron-Cohen, Tager-Flusberg & Cohen, 1993; Morton & Frith, 1995). La funzione riflessiva si può sviluppare solo nel contesto di una relazione primaria in grado di fornire i mezzi per regolare gli affetti nel modo più adeguato (Bretherton, Bates, Benigni, Camaioni, & Volterra, 1979; Main, 1991).

Per comprendere al meglio in che modo sia possibile connettere il costrutto di mentalizzazione e quello di mindfulness è utile risalire alle concettualizzazioni di Main sulla metacognizione (1991). Secondo l'autrice l'atteggiamento riflessivo verso l'esperienza implica la metacognizione, che permette di cogliere come gli stati mentali siano semplicemente rappresentazioni possibili della realtà.

Fonagy allarga le concettualizzazioni di Main (1991) rispetto alla metacognizione, includendo nella sua operazionalizzazione di tale capacità l'attenzione verso gli stati mentali altrui, definendo il mentalizzare non solo come un atteggiamento riflessivo sulla propria esperienza mentale, ma come una conoscenza generica delle menti (Fonagy et al., 2002). La capacità metacognitiva consente alla persona di riconoscere la natura transitoria dei propri stati mentali e di non identificarsi con essi. La mente mentalizzante è capace di comprendere che il vissuto soggettivo nasce dal fluire della comprensione e dell'interpretazione che la persona dà degli eventi, si caratterizza di flessibilità prevedendo l'esistenza di punti di vista distanti dal proprio consentendo di fruire di prospettive multiple (Main, 1991).

Su queste considerazioni pone radici il lavoro di David J. Wallin (2007), che sullo sfondo concettuale delle teorie dell'attaccamento, sostiene l'esistenza di aspetti comuni e di un'influenza di tipo causale tra il costrutto di mindfulness e quello di mentalizzazione. Riprendendo la teoria dell'attaccamento, Wallin sostiene che un atteggiamento riflessivo è importante per la comprensione di se stessi e degli altri, ma è possibile raggiungere uno stato più profondo nella propria esistenza e della propria essenza, arrivando alla pienezza della consapevolezza mentale.

L'autore definisce il sé mindful come costituito da quattro anelli concentrici relativi ai diversi livelli dell'esperienza. Il primo anello rappresenta la realtà esterna, che comprende sia gli eventi che le persone. Il secondo è costituito dal mondo delle rappresentazioni, che costituiscono un modello interno in grado di agire sulle aspettative e le interpretazioni delle esperienze della propria vita attuale, passata o futura. Il terzo anello è riferito al sé riflessivo, che arricchisce e dona flessibilità all'esperienza soggettiva. Il quarto e ultimo anello è costituito

dal sé nella pienezza della consapevolezza mentale, che favorisce una piena completezza dell'esperienza di sé e delle cose.

Secondo questo modello, mentalizzare ed essere pienamente consapevoli sono processi distinti ma fortemente affini. Entrambi i costrutti consentono di cogliere l'essenza degli stati mentali e si delineano come modi di emersione dalla realtà, partendo dalla considerazione che l'esperienza soggettiva sia una costruzione psicologica.

Wallin (2007) prosegue nell'identificazione degli aspetti di comunanza evidenziando come mindfulness e mentalizzazione condividano la capacità di accrescere il senso di sicurezza della persona. In un contesto di interazione tra il bambino e il *caregiver* caratterizzato dal rispecchiamento del bambino nella mente del genitore, il bambino può apprendere a riconoscere e riflettere sugli stati mentali, siano essi cognizioni o affetti, propri e altrui, sviluppando un senso di sicurezza interno profondo e stabile (Kohut, 1971). Per quanto riguarda la mindfulness, la pratica costante della meditazione è capace di generare un solido senso di sicurezza e di coerenza interna, di accettazione di sé e della realtà esterna e una conseguente propensione all'altruismo (Mace, 2008). Entrambi i costrutti, infine, favoriscono l'integrazione cerebrale tra il sentire e il pensare, garantendo un'esistenza realmente piena e ricca di significato. Ne deriva una gestione delle relazioni interpersonali più equilibrata e soddisfacente (Siegel, 2007).

Choi-Kain e Gunderson (2008), in una rassegna relativa alle aree di sovrapposizione concettuale che la mentalizzazione presenta rispetto a "costrutti gemelli", sintetizzano il rapporto tra mentalizzazione e mindfulness riprendendo le posizioni di Wallin. Gli autori sostengono l'esistenza di aree di sovrapposizione importanti tra i costrutti. Tale sovrapposizione si realizzerebbe, però, unicamente attraverso la modalità esplicita del mentalizzare e solo in riferimento al sé.

Nella comprensione della relazione tra i due costrutti, fondamentale è il contributo di Allen (2006), che identifica nelle facoltà attentive un aspetto basilare e costitutivo per entrambi. Mindfulness e mentalizzazione, sottolinea l'autore, non sono stati di evasione dalla realtà, ma poggiano sul contributo delle facoltà attentive e volitive del soggetto, fondamentali sia come veicolo per cogliere gli stati mentali, che come strumento per poter rilevare gli stimoli in modo mindful. Entrambi i costrutti contemplano uno sforzo mentale la cui principale componente è il prestare attenzione con l'intento di cogliere da una parte l'esperienza presente nel suo complesso e dall'altra gli stati mentali. Secondo l'autore (Allen, 2006) la mentalizzazione

si può dunque considerare come la mindfulness della mente, dal momento che rappresenta l'attenzione ricettiva agli stati psicologici, componente fondamentale della mindfulness (Brown & Ryan, 2003).

Per l'identificazione degli aspetti che la mindfulness e la mentalizzazione condividono è interessante anche la prospettiva evolutiva di Shapiro e Carlson (2009) che, nel tentativo di identificare i meccanismi sottostanti l'attitudine di mindfulness, introducono il concetto di *ripercezione*. Con ripercezione si intende la capacità di cambiare punto di vista e di non rimanere ancorati ai contenuti della propria coscienza. Questa capacità si iscrive in un processo di sviluppo generale che porta a una maggiore chiarezza e consapevolezza della propria esperienza interna ed esterna. A questo corrisponde l'acquisizione da parte del bambino della competenza nel cogliere prospettive diverse dalla propria e nel considerare il proprio punto di vista soggettivo come oggetto di conoscenza, evolvendo dalla fase in cui il mondo è rappresentato come estensione di sé e non si è pienamente in grado di distinguere i propri contenuti mentali da quelli altrui. A questo processo di sviluppo è ricondotta anche la capacità di mentalizzare, dal momento che prevede la possibilità di percepire gli altri come separati da sé e di cogliere una prospettiva mentale diversa dalla propria.

Un importante apporto empirico all'ipotesi di convergenza tra i costrutti, è rappresentata dallo studio di Fossati, Feeney, Maffei e Borroni, (2011). Gli autori hanno testato l'ipotesi che la relazione tra attaccamento insicuro e disturbo borderline di personalità (BPD) sia mediata dalla mindfulness, intesa come operazionalizzazione e misura indiretta di alcune componenti della mentalizzazione. Diversi studi connettono una scarsa attitudine alla mindfulness con i sintomi del disturbo borderline di personalità. Il disturbo sarebbe, a sua volta, ricondotto allo stile di attaccamento insicuro. Di contro, i bambini che sviluppano un attaccamento di tipo sicuro dimostrano capacità di mindfulness più elevate (Brown, Ryan, & Creswell, 2007; Shaver, Lavy, Saron, & Mikulincer, 2007; Wuppermann, Neumann, & Axelrod, 2008). I risultati dello studio suggeriscono l'esistenza di un legame tra uno stile di attaccamento insicuro di tipo preoccupato/timoroso, e un deficit di mentalizzazione, connessi a una bassa consapevolezza del presente. Bassi livelli di mindfulness risultano, poi, connessi al disturbo borderline di personalità. La mindfulness viene, quindi, concettualizzata come quella componente esplicita della mentalizzazione che si rivolge al sé e che fa da mediatore del rapporto tra attaccamento insicuro e disturbo borderline di personalità. I risultati dello studio di Fossati portano a considerare la mindfulness come precursore dello sviluppo della capacità di

mentalizzazione, a sostegno delle tesi di Wallin. Nonostante i due costrutti si influenzino reciprocamente, infatti, l'autore sostiene che sia la presenza dell'attitudine di mindfulness a consentire l'insorgere della capacità di mentalizzare (Wallin, 2007). La piena consapevolezza non giudicante e rivolta al momento presente permetterebbe, infatti, di cogliere i contenuti mentali propri e altrui con maggiore apertura e chiarezza. La capacità di mentalizzare su tali contenuti consente di integrarli all'interno dei modelli operativi interni, creando un senso di coerenza e continuità della propria esistenza.

Al di là degli evidenti punti di convergenza tra i costrutti, è Wallin stesso a evidenziare come l'atteggiamento verso la realtà sia profondamente diverso, così come i cambiamenti a livello del sé (Wallin, 2007). Mentalizzare consente di identificare i cambiamenti negli stati mentali propri e altrui, considerando eventi passati e futuri e di riconsiderare i propri pensieri alla luce degli eventi presenti (Bateman & Fonagy, 2004). Consente, inoltre, di dare senso coerente e strutturato al sé attraverso l'interpretazione soggettiva dei fatti mentali, diventando artefici della propria esperienza (Wallin, 2007). La mindfulness, invece, prevede l'attenzione verso l'esperienza del momento presente, rendendone la percezione più viva e dettagliata (Baer, 2010). Dirigere l'attenzione verso il processo del fare esperienza nel presente consente di sperimentare uno stato di libertà e solidità, trascendendo dal sé e identificandosi con la consapevolezza stessa. La mindfulness consente, quindi, un cambiamento qualitativo dello stato della mente che non si può creare attraverso il processo della mentalizzazione (Engler, 2003; Rubin, 1996).

La presenza mentale è consapevolezza senza la mediazione del pensiero, non c'è riflessione da parte del sé (Mace, 2008). La mentalizzazione d'altro canto si ancora al processo secondario ed è mediata dalla simbolizzazione (Segal, 1957). In questo senso i due costrutti differiscono profondamente, poiché la mentalizzazione è il pensare la mente, mentre la mindfulness è "l'esserci", funzione essenzialmente presimbolica, e quindi per sua natura non pienamente esprimibile a parole (Gunaratana, 2002).

2. MINDFULNESS, REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI E ALESSITIMIA

Le emozioni negative sono una componente naturale dell'esistenza e pongono il soggetto nella posizione di farvi fronte e di regolare i propri vissuti e le proprie reazioni. La regolazione delle emozioni è stata concettualizzata in letteratura come un processo atto a

intensificare, sopprimere o mantenere invariati gli aspetti comportamentali, cognitivi, esperienziali delle emozioni in relazione agli obiettivi che l'individuo si pone (Gross & Thompson, 2007). La difficoltà nel fronteggiare in modo adeguato l'emotività, in particolar modo quella negativa, e la tendenza a sopprimere le emozioni si associano alla difficoltà a bilanciare affettività positiva e negativa e a livelli inferiori di autostima, e contribuiscono all'insorgenza di disagio nell'individuo, che può prodursi a livello tale da configurarsi in veri e propri disturbi psichici e portare a condotte disfunzionali, come l'abuso di sostanze e alcol o gli agiti auto o etero-aggressivi (Chambers et al., 2009; Gross & John, 2003; Hill & Updegraff, 2012; Stasiewicz et al., 2012).

La meditazione mindful si è dimostrata efficace nel promuovere l'auto-regolazione e la stabilità emotiva, l'affettività positiva e la riduzione delle loro controparti, come sostenuto in letteratura in relazione al rapporto tra la mindfulness e la regolazione emotiva, misurata sia di per se stessa, che come difficoltà nella regolazione, come disregolazione emotiva, labilità emotiva o come soggettivo ricorso a strategie adattive di regolazione delle emozioni (Baer et al., 2006; Broderick & Jennings, 2012; Desrosiers, Vine, Klemanski, & Nolen-Hoeksema, 2013; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, & Laurenceau, 2007; Hill & Updegraff, 2012; Reid, Bramen, Anderson, & Cohen, 2013; Roemer et al., 2009; Vujanovic, Bonn-Miller, Bernstein, McKee, & Zvolensky, 2010).

La regolazione emotiva mindful si caratterizza per la capacità di essere pienamente attenti e consapevoli nel presente, a prescindere dall'entità, dalla valenza e dal carico emotivo di ciò che si sta sperimentando. La meditazione mindful prevede l'esercizio dell'accettazione dell'esperienza e dell'apertura al presente attraverso il non giudizio e la rottura degli schemi. In questo modo si può essere in grado di percepire, cogliere, leggere le emozioni come qualcosa che mi accade, ma senza perdermi in esse e senza adottare reazioni comportamentali automatiche. La regolazione emotiva, nella cornice della mindfulness, assume quindi una qualità e una valenza specifiche, caratterizzate dalle dimensioni di consapevolezza, apertura e accettazione, in contrasto con le tendenze alla soppressione e all'evitamento (Chambers et al., 2009; Hill & Updegraff, 2012).

La tendenza all'evitamento dell'esperienza o *experiential avoidance* (Hayes et al., 2004) è stata concettualizzata come il tentativo di evitare o modificare emozioni, pensieri o sensazioni. La conseguenza di questo atteggiamento è quella di non poter essere in grado di capitalizzare esperienze potenzialmente benefiche o di giudicare come dannose e indesiderate

esperienze vissute come negative in base a schemi prefissati di interpretazione. È ampiamente sostenuta l'idea che l'evitamento dell'esperienza abbia un ruolo fondamentale nell'insorgenza e nel mantenimento di svariate condizioni psicopatologiche (Chawla & Ostafin, 2007; Thompson & Waltz, 2010; Zvolensky, Feldner, Leen-Feldner, & Yartz, 2005).

Come abbiamo visto, la presenza mentale presuppone la capacità di stare nel presente in modo aperto e con un'accettazione non giudicante. Sebbene il contesto da cui originino i due costrutti sia differente, si comprende con chiarezza l'ampiezza dell'area di sovrapposizione concettuale tra la mindfulness e l'evitamento dell'esperienza, che si pone a sua antitesi (Orsillo & Roemer, 2005).

Mitmansgruber e collaboratori (2009), interrogandosi sul rapporto tra evitamento dell'esperienza e mindfulness, prendono in considerazione il concetto di meta-emozione, ovvero una categoria di emozioni di secondo livello che può essere descritta come la reazione emotiva nei confronti delle proprie emozioni (per esempio l'ansia rispetto alla propria rabbia) (Greenberg, 2002). L'aspetto meta-emotivo, sostengono gli autori, chiarifica il rapporto tra mindfulness e evitamento dell'esperienza, in quanto la meta-emozione comporta per sua natura il giudizio, in contrasto con la definizione stessa di mindfulness. Tuttavia, se da una parte le meta-emozioni negative sostengono un aspetto evitante e di non accettazione, le meta-emozioni positive, pur comportando una valutazione, potrebbero stimolare l'accettazione di sé e produrre effetti benefici sulla persona. La qualità delle meta-emozioni, può favorire atteggiamenti di apertura e accettazione, così come di diniego e evitamento, apportando modificazioni significative al benessere psicologico. Le meta-emozioni risultano avere un'influenza importante sul rapporto tra mindfulness ed evitamento dell'esperienza. Il benessere psichico, infatti, può essere raggiunto solo attraverso la riduzione delle meta-emozioni negative promuovendo un atteggiamento di accettazione.

Il rapporto tra mindfulness, regolazione delle emozioni e in particolare evitamento dell'esperienza è centrale in relazione ai fattori di cambiamento della mindfulness e degli interventi mindfulness-based. Come vedremo nel corso del prossimo capitolo, Hayes e collaboratori (1999) fanno dell'evitamento dell'esperienza uno dei principali focus di intervento del loro modello di terapia orientato alla mindfulness denominato Acceptance and Commitment Therapy. L'evitamento dell'esperienza è stato identificato come un fattore di mediazione del cambiamento conseguente agli interventi di Mindfulness-Based Stress

Reduction (vedi capitolo 3) come, ad esempio, la riduzione dell'emozionalità negativa, l'aumento di quella positiva e della soddisfazione rispetto alla propria vita (Weinrib, 2012).

Thompson e Waltz (2010), d'altro canto, identificano l'aspetto non giudicante nei confronti delle esperienze come fondamentale nell'intervenire sulla tendenza all'evitamento dell'esperienza nel disturbo post-traumatico da stress, determinandone in parte la severità.

La regolazione delle emozioni comprende abilità come la consapevolezza delle emozioni, la capacità di identificarle e etichettarle, di comprendere in modo corretto le sensazioni corporee legate all'emozionalità e la capacità, come abbiamo visto, di tollerare le emozioni negative (Gratz & Roemer, 2004; Stasiewicz et al., 2012). L'alessitimia può essere descritta come una difficoltà a identificare, discriminare e descrivere a parole le emozioni e le sensazioni legate all'attivazione somatica dell'emozione, accompagnata da uno stile cognitivo orientato all'esterno (Sifneos, 1973). Può essere considerata essenzialmente come un disturbo della regolazione affettiva (Taylor et al., 1997) che si articola in un continuum tra normalità e patologia e che interessa la sfera emotiva e cognitiva del soggetto in relazione alle condizioni in cui la persona non è in grado di far ricorso alle emozioni e agli affetti come sistemi di informazione rispetto alle proprie esperienze individuali e relazionali e come motore motivazionale (Krystal, 1988).

L'alessitimia si accompagna a stili di regolazione delle emozioni maladattivi, come la tendenza a sopprimere le emozioni o a mascherare i propri stati interni bloccandone l'espressione (Chen, Xu, Jing, & Chan, 2011; Parker, Taylor, & Bagby, 2001; Taylor, 2000) e si connettono a svariate condizioni psichiche quali i disturbi dell'umore, i disturbi alimentari, il disturbo post-traumatico da stress, la ludopatia e i disturbi correlati alle sostanze (Franzoni et al., 2013; Lumley & Roby, 1995; Marchesi, Brusamonti, & Maggini, 2000; Marechal, Loas, Legrand, & Corcos, 2009; Montebanocci et al., 2006; Stasiewicz et al., 2012; Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 2001).

La capacità di cogliere ed etichettare a parole i propri eventi interni, e quindi anche le proprie emozioni, è parte fondamentale dell'attitudine mindful alla propria esistenza. Come visto in precedenza, la tendenza a sopprimere l'emozionalità o l'opacità della mente nei confronti della stessa, non consentono di avere una piena consapevolezza dei propri vissuti e portano a sperimentare esperienze negative e a accumulare disagio e stress. Non stupisce, quindi, come diversi studi abbiano riscontrato un rapporto inverso tra misure della mindfulness e alessitimia, tanto che l'alessitimia viene comunemente utilizzata come costrutto di confronto nelle indagini

di validità concorrente nella validazione degli strumenti di valutazione della mindfulness (Baer, Smith, & Allen, 2004; Baer et al., 2006; Sugiura et al., 2011).

In un interessante recente contributo, Gilbert e collaboratori (2012) introducono il concetto di *paura delle emozioni positive*, sviluppando una scala di valutazione che chiamano *Fear of Happiness Scale*. Nel loro studio gli autori valutano il rapporto tra la paura della compassione e della felicità e i costrutti di mindfulness e alessitimia. I risultati evidenziano che la paura dell'auto-compassione, ovvero la paura di mostrare gentilezza nei propri stessi riguardi e il pensiero di non meritare compassione, si connette a difficoltà di mindfulness, tendenze all'auto-critica, depressione e ansia. L'alessitimia si associa a sintomi depressivi e auto-critica, lasciando poco spazio alla comprensione dei propri stati emotivi e all'auto-compassione. Gli autori sostengono l'importanza dei training di mindfulness nel contrastare gli effetti dannosi delle tendenze identificate come paura delle emozioni positive, alessitimia e tendenza all'auto-critica. La paura dell'auto-compassione, associata all'alessitimia, ha importanti implicazioni dal punto di vista terapeutico. La possibilità di avvertire un senso di validazione dei propri vissuti e di sicurezza può consentire lo spazio per sviluppare l'auto-compassione, la capacità di mentalizzazione e la sensibilità verso le proprie e le altrui emozioni.

Abbiamo visto come la connessione teorica tra la mindfulness e i costrutti indagati non rivesta un ruolo importante solo dal punto di vista speculativo e definitorio, ma risulti fondamentale per giungere alla piena comprensione di quali sono i fattori alla base degli effetti che si riscontrano dal praticare la mindfulness. Questo è particolarmente rilevante nell'indagare gli elementi che determinano gli esiti degli interventi che fanno delle pratiche di mindfulness l'aspetto principe della loro strutturazione. Indagheremo questi aspetti nel corso del prossimo capitolo.

CAPITOLO 3

PRATICARE LA MINDFULNESS

1. I MECCANISMI D'AZIONE

1.1 LE PRATICHE E I PROCESSI PSICHICI

La presenza mentale si pratica quando si raggiunge uno stato di concentrazione, nel quale la mente è vigile e attenta (Nhat Hanh, 1976). La pratica della mindfulness è una pratica sistematica e intenzionale di partecipazione all'esperienza con apertura e curiosità, capace di modellare la mente a fronte di un lento progredire dell'apprendimento dato dalla dedizione ad essa (Shapiro & Carlson, 2009).

Parlando della mindfulness come pratica, una distinzione comunemente effettuata è quella tra pratiche formali e informali. Con pratiche formali si fa riferimento a un insieme composto di pratiche sistematiche di meditazione di tipo tradizionale, come la meditazione camminata, la contemplazione del corpo o l'attenzione al respiro, che hanno l'effetto di migliorare le abilità di presenza mentale e attenzione consapevole. È possibile svolgere tali pratiche secondo modalità varie e in differenti contesti e, sebbene il praticante possa trarre immediato beneficio, è attraverso un apprendimento graduale e costante che la naturale attitudine di mindfulness viene acuita e affinata, consentendo di sviluppare quell'atteggiamento verso l'esperienza interiore ed esterna di piena e reale consapevolezza.

Si parla di pratiche informali quando si fa riferimento all'applicazione delle abilità di mindfulness alla vita quotidiana (Germer, Siegel, & Fulton, 2005). Queste consistono nel rivolgere intenzionalmente l'attenzione con curiosità, accettazione e discernimento verso tutto ciò che ci accade. Si tratta, quindi, di non lasciare che quanto appreso attraverso le pratiche formali sia confinato nello spazio dedicato alla meditazione, ma che possa essere esteso al contesto della vita di tutti i giorni, consentendo di rendere la mindfulness stabile nel tempo e di farla evolvere da stato a tratto di personalità (Cahn e Polich, 2006; Davidson, 2000).

Come introdotto nel primo capitolo, la pratica di meditazione mindful nasce all'interno della tradizione buddista. Gunaratana (1963) sottolinea come si possano reperire informazioni e indicazioni precise sulle modalità da adottare per una corretta pratica nei quattro fondamenti

del *Satipaṭṭhāna sutta*. Gli oggetti di contemplazione designati nel testo sono il corpo, le sensazioni, la mente e gli oggetti mentali. Nella contemplazione del corpo, larga attenzione è dedicata alla respirazione (*ānāpānasati*). L'osservazione del respiro è considerata la forma basilare della meditazione di consapevolezza. Su di essa si basano le altre pratiche di presenza mentale. Con le parole di Thich Nhat Hanh (1976, p.28) "il respiro è il ponte fra il nostro corpo e la nostra mente, l'elemento che li riconcilia e garantisce l'unità di corpo e mente. Il respiro partecipa di entrambi ed è l'unico strumento che può riunificarli". L'attenzione al respiro consente al meditatore di avvicinarsi alla propria esperienza per come è, partendo da un gesto naturale ed essenziale come il respiro. Il respiro è una costante, che presenta modificazioni nella frequenza, nell'ampiezza e nella durata, in conseguenza dello stato emotivo e fisico in cui si trova il soggetto (Kabat-Zinn, 1990). L'attenzione rivolta alle variazioni nella respirazione consente di percepire il continuo cambiamento della realtà interna e di quella esterna. Qualora insorgano pensieri altri, è fatta richiesta al praticante di lasciarli andare e riportare l'attenzione al respiro con gentilezza. Avvertire le sensazioni che si accompagnano alla respirazione induce uno stato di calma, di rilassamento e di consapevolezza degli stati corporei (Rosenberg, 1998).

Prendiamo ora in considerazione i processi sottostanti lo sviluppo della mindfulness attraverso le sue pratiche, tenendo comunque in considerazione che il dibattito scientifico a riguardo è tuttora acceso (Garland, Gaylord & Park, 2009).

In linea con la tradizionale rilevanza attribuita al respiro Morales Knight (2005) sostiene che la meditazione mindful si basi su tre processi di eguale rilievo:

1) *osservare* e prestare attenzione a sensazioni ed emozioni, che possono sorgere durante la pratica: esse sono proprie del funzionamento della nostra mente, e, in quanto tali, semplicemente, sono da cogliere mentre si presentano e poi si allontanano, senza perdersi in esse;

2) *riconoscere* le variazioni nella nostra attenzione e le distrazioni senza giudicarle, ma prendendo consapevolezza e accettando il fatto che si siano verificate.

3) *ritornare* sul respiro, esercitando una scelta consapevole di ri-orientamento nel qui ed ora, rifiutando di essere governati dalla nostra mente e trasportati in tempi diversi dal momento presente.

La contemplazione del respiro è la base su cui si fondano le pratiche di consapevolezza atte a ottenere un progressivo stato di coscienza più aperto e ricettivo, che gradualmente sarà esteso alla totalità dell'esperienza, interna o esterna che sia.

La meditazione di consapevolezza ha la capacità di portare l'attenzione dell'individuo sul presente, senza restare prigionieri di pensieri ed eventi per loro natura effimeri e in costante scorrimento (Nhat Hanh, 1998). Vivere in modo consapevole, momento per momento, prevede la capacità di essere attenti e osservare la propria mente e il proprio corpo (Tolle, 1999). Il respiro ha, quindi, l'importante funzione di connettere il corpo e la mente e di restare nel presente (Nhat Hanh, 1976).

Il corpo ha un'importanza fondamentale per il raggiungimento della consapevolezza attraverso la mindfulness. Lo strumento d'elezione per sintonizzare mente e corpo è lo yoga, che, nella piena consapevolezza, non si limita a una successione di movimenti, ma diviene una pratica di meditazione e unisce l'essere individuale con la totalità dell'esistenza (Boccio, 2004; Kabat Zinn, 1990). Oltre che con lo yoga, è possibile praticare l'attenzione consapevole in relazione al corpo prendendo in considerazione, come già visto in relazione al respiro, oggetti specifici come i pensieri, le sensazioni corporee o i sentimenti, in modo che la mente si mantenga vigile, rilevando ogni stimolo relativo al singolo contenuto senza perdersi in esso (Nhat Hanh, 1976; Thera, 1962).

La pratica regolare delle tecniche finora esaminate porta allo sviluppo della mindfulness e ai suoi effetti benefici. La semplice focalizzazione sul respiro, per esempio, ha effetti positivi sulla regolazione delle emozioni, indipendentemente dalle intenzioni dei praticanti (Arch & Craske, 2006).

Thera (1962) sostiene che la chiave della pratica meditativa di presenza mentale sia quella che definisce "bare attention", nuda attenzione. Identifica quattro componenti costitutive di questa attitudine:

1) la funzione di riordino e denominazione: la funzione di verbalizzare contribuisce a dipanare i processi mentali confusi e intrecciati, che, esplicitati, vengono più facilmente identificati e compresi;

2) il procedere in modo "non coercitivo", in alternativa alla tendenza a sopprimere i pensieri e le emozioni disturbanti, che possono caratterizzare l'esperire del momento;

3) la capacità di fermarsi e rallentare l'impetuosità, sia a livello comportamentale che cognitivo;

4) l'accessibilità della visione, ovvero la capacità di osservare gli eventi non viziati dai nostri schemi di interpretazione e dalle nostre abitudini, ma semplicemente per come sono, come se fosse la prima volta che si presentano alla nostra attenzione.

Siegel (2007), con lo stesso intento di identificare le qualità della mente in grado di favorire lo sviluppo della mindfulness, propone, invece, l'acronimo *COAL*, composto da curiosità, apertura, accettazione e amore. Di particolare importanza è l'assunzione di un atteggiamento di accettazione del proprio vissuto, in grado di ridurre i conflitti interiori determinati dallo scontro tra le proprie aspettative e la realtà. La mindfulness interrompe questo meccanismo permettendo all'individuo di avere una visione di sé più oggettiva, di non perdersi nella sofferenza determinata dal divario tra l'ideale e il reale e di cogliere la natura transitoria dell'esperienza.

Abbiamo già visto nel primo capitolo del presente lavoro come il modello di Bishop e collaboratori (2004) e quello di Shapiro e collaboratori (2006) siano stati fondamentali sia per la concettualizzazione e operazionalizzazione della mindfulness, che nell'identificazione dei processi primari alla base di questa complessa disposizione. Possiamo ora, in luce di quanto esposto, sottolineare come sia forzoso operare una distinzione tra le caratteristiche costitutive e definitorie della mindfulness e i processi attraverso i quali è possibile che si sviluppi. Vediamo, quindi, come una determinata qualità dell'attenzione, l'intenzionalità dell'agire, l'attitudine al non giudizio e una apertura mentale e del cuore siano a tutti gli effetti componenti che definiscono la mindfulness e disposizioni che ne promuovono lo sviluppo e l'evoluzione attraverso la pratica, sia essa formale o informale.

Riprendendo i modelli precedentemente presentati, possiamo attribuire un significato evolutivo alle disposizioni costitutive della mindfulness nell'emergere dei processi di sviluppo attraverso la sua pratica.

Elemento fondamentale nell'approcciarsi alla pratica della mindfulness è l'intenzione o, come definita dalla tradizione buddista, Retta Intenzione (Shapiro & Schwartz, 2000; Wallace & Shapiro, 2006). Solo attraverso di essa è possibile mantenere la giusta disposizione mentale e emotiva nei confronti della pratica e dell'esperienza in generale. Il motivo per cui si sta praticando rafforza tutti gli altri processi e disposizioni coinvolti, ricordandoci lo scopo per cui si sta esercitando, tra le altre, l'attenzione consapevole, l'apertura mentale, la curiosità, la gentilezza, la non reattività o l'empatia (Farb, 2012; Kabat-Zinn, 1990; Shapiro & Schwartz, 2000; Siegel, 2007). L'attitudine, o la consapevolezza della consapevolezza, è ciò che permette

di trasformare tutte queste disposizioni in modalità stabili di essere e di fare, a prescindere dalla qualità specifica dell'esperienza che si dispiega nel presente (Shapiro & Carlson, 2009).

Attraverso la pratica si sviluppano, quindi, la capacità di meta-cognizione e una modalità di percepire e cogliere il mondo in modo nuovo, profondo e differente (Brown, Ryan, & Creswell, 2007). Si parla della capacità di sviluppare un sé osservante, in una posizione decentrata, così come definita da Safran e Segal (1990). Tale condizione mi consente di osservare gli eventi della mia vita mentale come oggetti e di poter operare su di essi riflessioni non viziate dal fatto di essere immersi nella soggettività.

Questa capacità ha l'effetto di stimolare il non giudizio e di cogliere la propria esperienza, anche interiore, come qualcosa di relativo e mutevole, distanziandomi dal rischio, per esempio, di essere afflitto e schiacciato dai vissuti negativi (Brown et al. 2007; Fresco, Segal, Buis, & Kennedy, 2007; Kabat-Zinn, 1990; Linehan, 1993; Safran & Segal, 1990).

La posizione di decentramento consente, quindi, di sviluppare una sorta di non attaccamento, che ha importanti conseguenze sul benessere della persona, consentendogli di sviluppare tolleranza verso le emozioni spiacevoli e di promuovere la regolazione emotiva (Borkovec, 2002; Brow et al., 2007; Safran & Segal, 1990). Attraverso tale distanziamento è possibile disinnescare i processi di attribuzione automatica di significato e giudizio e diminuisce la necessità di reazione agli eventi interni permettendo un agire consapevole (Baer 2003; Deci & Ryan, 1985; Ryan, 2005). È possibile, attraverso questi processi, effettuare una riattribuzione di significato positivo agli eventi, favorito dal cambiamento di prospettiva adottato. Sebbene il contenuto rimanga invariato, ciò che si modifica è il circuito di pensieri formulati a riguardo (Garland et al., 2009). Questa posizione è in grado di produrre effetti positivi sul benessere della persona, favorendo la capacità di focalizzare l'attenzione sugli aspetti positivi dell'esperienza, anche di fronte a eventi negativi, in una visione più vasta e completa. L'effetto di quella che viene definita come una vera e propria strategia di coping è la riduzione dello stress con un conseguente aumento di sensazioni di fiducia, partecipazione e equanimità, in grado di incrementare la capacità dell'individuo di formulare associazioni semantiche significative e la flessibilità cognitiva (Ashby, Isen, & Turken, 1999).

Ultimo elemento da prendere in considerazione sono le aspettative in quanto elemento "potenzialmente interferente", che va tenuto in considerazione. Nell'approcciarsi alla mindfulness è fatto esplicito invito al praticante di sospendere le aspettative, proprio per disincentivare quei processi di attribuzione automatica di significato ed evitare le sensazioni

disforiche legate al divario tra ideale e reale, come espresso, per esempio, da Siegel (2007) (Farb, 2012; Kabat-Zinn 1990).

Le aspettative sostengono, tuttavia, la motivazione a ingaggiarsi in un determinato percorso e contribuiscono a mantenere l'interesse e rinforzare la convinzione rispetto all'adozione di una modalità di interfacciarsi all'esistenza profondamente differente. Il rovescio della medaglia è rappresentato dai rischi di determinare un effetto placebo nelle pratiche di mindfulness o di inficiare gli effetti dei programmi a causa dell'aspettativa di un sollievo immediato dalla sofferenza e dal dolore (Farb, 2012). In quest'ottica si può comprendere come le attese del praticante possano essere annoverate tra i meccanismi favorevoli allo sviluppo della mindfulness, nel momento in cui danno sostegno alle intenzioni dell'individuo (Kabat-Zinn, 1982; Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998) ma, in altri contesti, debbano essere prese in considerazione come potenziali interferenze alla possibilità di acquisire o incrementare la propria mindfulness (Wampold et al., 2010; Dobkin e Zhao 2011).

Una volta delineati i processi alla base delle pratiche di promozione della mindfulness esamineremo gli effetti di tali processi, tenendo nuovamente in considerazione che, parlando di mindfulness, distinguere il processo dall'esito implica qualche forzatura, per quanto necessaria alla piena comprensione del tema in argomento. Come dice Siegel (2007, p.200), "La realtà è che "l'esito" e il "processo" sono strane idee quando si esplora la natura della mindfulness. Il processo è il suo esito: essere qui, semplicemente questo, questo momento, questo respiro, è la mindfulness, è essere mindful. Quando iniziamo a separare questi elementi, rischiamo di perdere tutta la foresta sezionandone gli alberi uno a uno."

1.2 BENEFICI ED EFFETTI DELLA MINDFULNESS

In letteratura si fa ampio riferimento ai benefici che la mindfulness apporta al praticante, a un livello cognitivo ed emotivo, ma anche comportamentale e relazionale.

Epstein (1999) sostiene che la pratica della mindfulness abbia l'effetto di rendere l'individuo più consapevole dei processi mentali, più capace di un ascolto attento, più flessibile e meno incline al pregiudizio. Si tratta di una sorta di insight sulla propria stessa mente, di una visione decentrata sulle proprie emozioni e cognizioni, che possono essere percepite nella loro soggettività e caducità (Bishop et al., 2004; Safran & Segal, 1990).

Secondo Siegel (2007) la mindfulness permette di accedere all'ipseità, ovvero la vera essenza del proprio essere, libero dalle abitudini, dai ricordi e dai preconcetti, conducendo a un reale stato di benessere. La rottura delle attribuzioni automatiche di significato e valore permette, infatti, di migliorare la capacità di auto-regolazione emotiva.

Ai benefici derivanti dall'assunzione di una modalità di vivere consapevole si aggiungono effetti positivi sul benessere psicologico in generale, come evidenziato da numerosi studi di tipo correlazionale. Si riscontra, infatti, come la mindfulness si associ positivamente a diversi indicatori della salute psichica, come l'incremento dell'affettività positiva, la riduzione di sintomi psicopatologici, una sensazione di maggiore appagamento e vitalità, maggiore empatia, senso di autonomia e competenza e aumentata coscienziosità (Brown & Ryan, 2003; Dekeyser, Raes, Leijssen, Leysen, & Dewulf, 2008; Giluk, 2009; Keng et al., 2011; Thompson & Waltz, 2007).

Nel contempo, si evidenzia una relazione negativa con sintomi depressivi, difficoltà di regolazione emotiva, evitamento, nevroticismo, alessitimia, ruminazione, dissociazione, e altri sintomi psicologici rilevanti (Baer et al., 2004, 2006; Brown & Ryan, 2003; Cash & Whittingham, 2010; Davis & Hayes, 2011; Dekeyser et al., 2008; Epstein, 1999; Falb & Pargament, 2012; Giluk, 2009; Kabat-Zinn, 1990; Raes & Williams, 2010; Rasmussen & Pidgeon, 2011; Shapiro & Schwartz, 2000; Walach et al., 2006).

Studi condotti su gruppi di meditatori esperti hanno, inoltre, rilevato effetti della mindfulness anche sul piano cognitivo, che si realizzano in un aumento della flessibilità del pensiero, delle capacità attentive e della memoria di lavoro (Baer, 2010; Siegel, Ghinassi, & Thase, 2007; Stanley, Kiyonaga, Schaldach, & Jha, 2011).

È riconosciuto, inoltre, l'effetto positivo sul piano psico-somatico, infatti è stato ampiamente dimostrato l'effetto che la meditazione ha nel ridurre lo stress e le sue complicanze fisiche, oltre che aumentare l'attivazione del sistema immunitario e la capacità di guarigione somatica (Davidson et al., 2003; Tang et al., 2007).

Gli studi di neuroimaging hanno fornito ulteriore supporto all'efficacia della mindfulness nell'apportare benefici alla persona. La pratica meditativa è in relazione a un incremento strutturale dei circuiti cortico-limbici implicati nella regolazione delle emozioni. Come si è visto, la mindfulness è in grado di apportare cambiamenti nella capacità di regolazione emotiva, riducendo l'affettività negativa e aumentando la competenza individuale nell'elaborazione delle informazioni caricate emotivamente (Evans et al., 2008; Jain et al., 2007; Segal, Williams, &

Teasdale, 2002; Williams, Russell, & Russell, 2008). A sostegno di questi riscontri, si è evidenziato come la mindfulness conduca a un aumento della capacità di regolazione prefrontale delle risposte limbiche, con la conseguenza di ridurre le reazioni impulsive, e favorire il controllo cognitivo sulle proprie azioni (Creswell, Way, Eisenberger, & Lieberman, 2007; Hölzel et al., 2011). La percezione di avere la capacità di gestire le emozioni apporta maggiore benessere e serenità alla persona, contribuendo allo sviluppo di relazioni interpersonali soddisfacenti ed empatiche e non caratterizzate dallo stress (Gross & Thompson, 2007). Da uno studio di Lazar e collaboratori (2005) che si è avvalso dell'utilizzo di MRI, si riscontra come soggetti esperti nella meditazione mostrino l'ispessimento della corteccia dell'insula destra, dell'ippocampo, dell'area occipito-temporale destra e del giro temporale sinistro. Questo effetto ha una relazione positiva con l'avanzare dell'età, a sostegno del contributo positivo della mindfulness nel contrastare gli effetti che l'invecchiamento ha sulla degenerazione del tessuto cerebrale (Lazar et al., 2005; Pagnoni & Cekic, 2007). Queste evidenze hanno un'importante funzione nel sostenere il collegamento tra la mindfulness e le funzioni tipicamente correlate all'attivazione di determinati substrati neurali, come l'insula per la regolazione delle emozioni, il controllo motorio, o l'esperienza interpersonale e l'area occipito-temporale destra per l'attivazione di una concettualizzazione non verbale, ma più legata alle sensazioni somatiche.

Nel corso degli ultimi decenni, la traduzione della mindfulness in contesti di cultura occidentale e, in particolare, nell'ambito della psicologia clinica, ha portato alla sua integrazione all'interno di interventi più o meno strutturati rivolti alla popolazione generale o a specifiche popolazioni cliniche. Alla diffusione di tali interventi si è gradualmente accompagnato il crescente sforzo della ricerca nella direzione della verifica dell'efficacia di tali interventi. Il primo protocollo di trattamento strutturato basato sulla mindfulness è il Mindfulness-Based Stress Reduction di Jon Kabat-Zinn, che nasce negli anni '70. Vedremo ora nel dettaglio di cosa si tratta.

2. GLI INTERVENTI BASATI SULLA MINDFULNESS

2.1 IL MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION (MBSR)

2.1.1 IL PROGRAMMA

Il più noto trattamento strutturato basato sulla mindfulness è il programma Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), ideato nel 1979 da Jon Kabat-Zinn e colleghi nella Clinica per la Riduzione dello Stress del University of Massachusetts Medical Center, e conosciuto fino agli anni novanta con il nome di Stress Reduction and Relaxation Program (SReRP) (Kabat-Zinn, 1982, 1990).

Nel primo capitolo abbiamo visto come fu proprio la capacità di Kabat-Zinn, professore di medicina, di integrare le sue conoscenze della tradizione buddista e la sua esperienza con la meditazione vipassanā e lo yoga con le sue competenze cliniche a veicolare la diffusione della mindfulness nel contesto della cultura psicologica occidentale.

Il suo interesse gli consentì di sperimentarne l'utilizzo, inizialmente, nella cura di individui affetti da dolore cronico (Kabat-Zinn, 1982). Come riferito dall'autore stesso (Kabat-Zinn, 2005) l'idea di fondo era che il fatto stesso di tentare di approcciarsi alle proprie condizioni fisiche e psicologiche in modo differente, fosse fonte di maggior benessere.

La novità non consiste nella semplice idea del promuovere l'accettazione del vissuto, ma nell'inserire la prospettiva della mindfulness in un intervento strutturato e articolato, in grado di essere recepito e accolto al meglio dal paziente. L'intento era quello di approntare un percorso verso la consapevolezza attraverso l'insegnamento dei principi basilari della meditazione, proponendo l'accettazione non giudicante e l'adozione di una prospettiva nuova nei confronti della propria sofferenza.

Kabat-Zinn in questo intento opera una sofisticata estrapolazione dei principi e delle pratiche della mindfulness dal contesto originale della tradizione buddista, trasportandoli all'interno di una cornice laica e orientata alla cura di persone che hanno come unico interesse il sollievo dal dolore. L'efficacia dell'utilizzo della mindfulness come appendice al trattamento medico di questi pazienti ha spinto, in seguito, a estendere il target a un ampio spettro di patologie, legate allo stress e all'ansia.

La formalizzazione del trattamento è stata effettuata proprio in conseguenza dell'utilizzo del programma nella cura dello stress e dell'ansia e in risposta al fallimento dei sistemi tradizionali di cura di certe tipologie di pazienti.

Inizialmente pensato su dieci settimane, il programma è stato, in seguito, ridotto a otto, in modo da equilibrare l'apprendimento senza indurre dipendenza eccessiva dal setting, ma garantendo un tempo sufficiente all'acquisizione dei principi necessari alla generalizzazione dei benefici ottenuti (Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985; Kabat-Zinn, 1982).

Gli incontri, svolti in un setting gruppale, hanno cadenza settimanale e una durata di circa due ore e mezza ciascuno. È previsto, inoltre, un ritiro *full immersion* della durata di sei/otto ore, durante il fine settimana della sesta settimana di programma. L'apprendimento conta anche sul fatto che i partecipanti si impegnino nel praticare la meditazione quotidianamente e sono previsti esercizi per stimolare l'adozione della consapevolezza anche in contesti di vita quotidiana. Questo consente la diffusione del beneficio in modo più radicato e generalizzato, in modo che non si ancori al programma, limitandone l'efficacia.

Il programma ha un carattere prevalentemente pratico, anche se sono previsti momenti di condivisione dell'esperienza soggettiva, da parte dei partecipanti. È previsto l'addestramento a diverse pratiche di mindfulness di tipo sia formale che informale (Kabat-Zinn, 1990). La pratica formale prevede il susseguirsi di esercizi altamente strutturati nelle loro modalità di esecuzione, tempi e procedure. È richiesto un addestramento costante anche nella quotidianità, previsto in 45 minuti di pratica formale al giorno. La pratica informale, invece, riguarda l'esercizio della presenza mentale nell'esperienza della quotidianità. Si tratta di una modalità di praticare "l'essere nel fare", ovvero di estendere l'adozione di una nuova modalità di visione e espressione della realtà al di fuori dei confini artificiali del programma, adottando la consapevolezza, momento per momento, in ogni gesto, pensiero e emozione quotidiana.

Secondo Kabat-Zinn (1990), essere pienamente consapevoli di un'attività, la rende una sorta di meditazione. In questo modo, pratica formale e informale si completano e fortificano a vicenda, fornendo una reale possibilità di adottare la mindfulness come nuova modalità di essere.

L'ideatore del programma sostiene, innanzitutto, che per approcciarsi alla pratica della meditazione mindfulness è necessario acquisire uno specifico assetto mentale, che caratterizza in sette componenti:

- *Il non giudizio*, ovvero la necessità di sospendere le consuete attribuzioni di significato e

valore alle esperienze che ci si presentano;

- *La pazienza*, ovvero l'accettazione del fatto che la mente è naturalmente portata a seguire un suo percorso, che attiva pensieri su passato e futuro;
- *La mente del principiante*, ovvero la capacità di affacciarsi al divenire con apertura, senza aspettative e come fosse la prima volta, in modo da consentire cambiamenti e evoluzione;
- *La fiducia*, ovvero l'assunzione della responsabilità a essere se stessi, ascoltarsi e credere in se stessi;
- *La mancanza di obiettivi*, ovvero riuscire a concentrarsi sul presente senza aspirare a fini specifici e sospendendo il "fare". Solo in questo modo è possibile ottenere i risultati attesi;
- *L'accettazione*, ovvero accogliere il presente per com'è, portando una sensazione di armonia tale da consentire miglioramenti;
- *Lasciare andare*, ovvero prendere coscienza degli eventi senza legarsi a essi e comprendendo unicamente la loro rilevanza rispetto al momento presente.

Oltre a indicare il tipo di assetto mentale indispensabile per potersi avvicinare alla pratica di mindfulness, Kabat-Zinn fornisce dettagliate informazioni sulle diverse pratiche e il loro dispiegarsi all'interno del programma. Gli incontri prevedono l'esperienza di diverse pratiche di consapevolezza.

Le pratiche principali sono: l'attenzione sul respiro, la meditazione seduta, la meditazione camminata, il body-scan, alcuni movimenti semplici di Hatha Yoga e la pratica di Metta. Alla pratica si mescola l'insegnamento teorico e la discussione sulla propria esperienza individuale e le eventuali difficoltà incontrate nel corso delle pratiche formali e di quelle informali (Kabat-Zinn, 1990, 2003).

L'attenzione sul respiro può essere ritenuta la base del programma MBSR. Il conduttore indica ai partecipanti di assumere una posizione confortevole e di rivolgere l'attenzione alla propria respirazione, quindi di osservare il proprio respiro, sentirne i movimenti e le sensazioni, senza tentare di controllarlo. L'attenzione al respiro, come visto in precedenza, è il cuore della pratica di mindfulness. Focalizzando l'attenzione sul respiro, come visto in precedenza, è possibile ridurre l'attivazione fisiologica, aumentando la sensazione di quiete della propria mente e facilitando l'assunzione di una posizione di non-attaccamento agli eventi.

Questo tipo di pratica ha, inoltre, la funzione di sviluppare l'attenzione e la capacità di ricondurla sul focus dopo eventuali distrazioni. La ri-focalizzazione va operata con gentilezza e senza giudizi. Negli inevitabili momenti in cui il pensiero devia dal focus, il pensiero "altro" va

colto e, così come si è presentato, va lasciato andare per poter riportare l'attenzione al respiro. Dal respiro, nel progredire dell'apprendimento, la pratica può evolvere verso oggetti ed esperienze più complesse, ma è il respiro il fondamento di base delle pratiche di mindfulness. L'obiettivo non è quello di non arrivare mai a vagare con la mente, ma di apprendere in modo graduale a operare in modo non giudicante la ri-focalizzazione dell'attenzione.

La meditazione seduta prevede l'assunzione di una posizione comoda, ma con la schiena eretta. Lo scopo è quello di osservare il fluire dell'esperienza del momento presente nel "non fare". Fondamento di questa pratica è l'accettazione. Il fluire dell'esperienza porta all'emergere di pensieri, sensazioni, emozioni, che il praticante può cogliere, senza farsi assorbire da essi e senza farsi sconvolgere. Siano eventi positivi o negativi, gli oggetti che arrivano all'attenzione della mente devono essere accettati con equanimità, senza tentare di sopprimerli. L'adozione di questo atteggiamento di apertura copre, per esempio, anche le sensazioni di fastidio legate alla postura, che andranno accettate finché tollerabili. Nel momento in cui non è più possibile sopportarle sarà il momento del sorgere dell'intenzione di cambiare posizione e di accettare questa intenzione, portando un'attenzione completa al movimento del proprio corpo, fino al suo ri-assesamento.

Ogni evento fisico o mentale deve essere lasciato al flusso dell'esperienza del presente, senza ricercare in modo forzato oggetti d'attenzione e senza rimanervi ancorati nel momento in cui li si coglie. Come per la pratica legata al respiro, anche nella meditazione seduta eventuali "fallimenti" nel mantenere una posizione di non-attaccamento e accettazione devono essere accolti con amorevolezza e, con pazienza, si invita a tornare alla posizione di osservazione iniziale. La durata della meditazione deve essere adeguata in base al livello di pratica e alle condizioni del momento, aumentandola nel corso del programma, in sintonia con l'acquisizione dell'atteggiamento di consapevolezza mindful.

La meditazione camminata è mirata a sviluppare la piena consapevolezza del proprio corpo attraverso l'atto del camminare. Come per la meditazione seduta, è fatta richiesta al praticante di prestare un'amorevole attenzione ai processi coinvolti nel movimento del corpo in senso ampio, comprendendo il dinamismo corporeo, l'equilibrio, le sensazioni tattili, viscerali, propriocettive e posturali attivate dai muscoli coinvolti. L'obiettivo è quello di disinnescare l'automatismo di una funzione fortemente automatizzata come il camminare. Cogliere gli infiniti aspetti che caratterizzano un gesto comune e automatico come il camminare, consente un profondo insight sulla ricchezza delle esperienze abitualmente "perse", stimolando

l'interesse verso l'ampia gamma delle sensazioni, emozioni e pensieri che l'esperienza può risvegliare senza che, abitualmente, ce ne accorgiamo.

Il body scan, o esplorazione del corpo, prevede l'acquisizione della consapevolezza delle sensazioni ed emozioni provenienti dal corpo, in un percorso sistematico e intenzionale. Ai praticanti è fatta richiesta di porsi in ascolto del proprio corpo in modo profondo, cogliendo ciò che proviene dalle diverse parti del corpo che il conduttore nomina, in un percorso che parte dai piedi e risale fino alla testa ed è mirato all'identificazione e al rilascio di eventuali tensioni e disagi incontrati lungo la strada. Questa pratica, così come la pratica dell'Hatha Yoga, consente l'integrazione tra la consapevolezza somatica e i processi cognitivi ed emotivi, chiamati in causa continuamente nella sollecitazione a adottare una dimensione non giudicante e di curiosità verso di sé.

Lo Yoga o "stretching gentile", prevede delicati stiramenti dei muscoli, da eseguire lentamente e stimolando la costante attenzione al respiro e alle sensazioni corporee. Oltre alla consapevolezza corporea, questa pratica permette di apprendere i propri limiti, di riconoscerli e rispettarli. La contemporanea attivazione del corpo e dell'attenzione al fluire dell'esperienza enterocettiva, consente l'integrazione tra mente e corpo, sviluppando la conoscenza e l'accettazione di sé.

Introdurre la dimensione dell'amorevolezza e del rispetto nella conoscenza del proprio corpo, comporta una ristrutturazione importante e ha ricadute importanti anche sulla salute fisica e sul benessere generale.

Negli stadi più avanzati del programma, e in modo particolare nella giornata di full immersion, viene introdotta la meditazione di Metta, o meditazione della Gentilezza Amorevole, che prevede l'adozione di sentimenti di gentilezza e compassione verso se stessi e, in un secondo momento, verso gli altri, in una progressione che prevede di rivolgere pensieri che augurino pace, felicità e amore a una persona cara, a persone verso cui si prova amicizia, a conoscenti e così via, fino a portare la propria buona disposizione verso una persona con cui si ha un rapporto difficile, aprendosi al perdono. In conclusione, l'atteggiamento di amore viene rivolto a tutti gli esseri umani, gli esseri viventi, la natura e il mondo intero. La meditazione di Metta consente di sviluppare la propria empatia, contribuendo al diffondersi dell'attitudine di mindfulness alla propria modalità di relazionarsi con se stessi e con gli altri.

Le pratiche appena descritte si alternano secondo un programma graduale, in un percorso prestabilito, che prevede un impegno quotidiano e sforzi costanti per poter avvertire un cambiamento radicato.

In un primo momento è addirittura possibile registrare un incremento dello stress, proprio in conseguenza dell'aggiungersi di un impegno alla propria quotidianità (Kabat-Zinn, 1990; Lutz et al., 2012). Il praticare in modo continuativo ha, in seguito, l'effetto di modulare i pensieri e le emozioni che sorgono in conseguenza degli eventi stressanti, aumentando la capacità di gestione dello stress e di riformulazione delle difficoltà.

Kabat-Zinn (1982) identifica ed elenca quelle che sono le caratteristiche fondamentali del programma nel consentire lo sviluppo della mindfulness e la generalizzazione dei suoi effetti:

1. La dimensione di gruppo, costituito da circa 15-20 persone;
2. Le aspettative di beneficio, che motivano l'iscrizione al programma e sono rafforzate dalla costanza nella pratica;
3. La mancanza di obiettivi;
4. L'assumersi la responsabilità, che spinge a impegnarsi e a impiegare le proprie risorse in modo efficace;
5. L'elevato carico di lavoro, che viene dichiarato sin dal principio e che apporta un senso di autoefficacia sempre maggiore nel riscontrare i progressi raggiunti;
6. L'eterogeneità delle tecniche adottate, che consente di fornire prospettive diverse per raggiungere la presenza mentale, coinvolgendo a diversi livelli il corpo e la mente;
7. L'utilizzo di materiale psicoeducativo, che comprende diari, registrazioni guidate alla meditazione e materiale didattico esplicativo.
8. La durata prestabilita, che assicura un tempo sufficiente a un apprendimento generalizzabile, senza, però, incorrere nel rischio di vincolare i risultati alla dimensione artificiale del setting del programma;
9. La progettualità verso il lungo termine, stimolata dal riferimento a come i cambiamenti ai quali si assiste nel qui ed ora del programma, siano il primo passo verso un cambiamento stabile nella propria vita, che avviene attraverso l'adozione di un modo di rapportarsi all'esistenza più salutare ed equilibrato;
10. La possibilità di accedere a programmi di pratica avanzati, di approfondimento e consolidamento di quanto appreso nel programma di base, strutturati su tempi di

meditazione più prolungati e meno articolati, conseguenti al raggiungimento di livelli di pratica superiori e di maggiore autonomia (Kabat-Zinn et al., 1985)

Andremo ora a esaminare quali sono gli effetti specifici attribuiti in letteratura al programma MBSR.

2.1.2 GLI EFFETTI DEL PROGRAMMA MBSR

La letteratura sugli effetti conseguenti alla partecipazione al programma MBSR è ricca e articolata. La complessità è determinata dal fatto che, come visto in precedenza, la mindfulness si dispiega in un vasto range di aspetti che caratterizzano la vita della persona, e le pratiche di mindfulness previste nel programma vanno a toccare in modo capillare ognuno di questi aspetti.

Riprendendo i punti chiave che abbiamo identificato nel tentativo di definire la mindfulness, è possibile cercare di sistematizzare i cambiamenti che si rilevano nel praticare il programma. Possiamo identificare come prima classe di fattori di cambiamento i fattori di tipo emotivo. Il programma ha come sua stessa definizione quella di essere indirizzato alla riduzione dello stress, inteso in senso ampio. Questo è possibile attraverso meccanismi attivati tramite le diverse pratiche comprese nel programma e attraverso l'integrazione di essi nell'esperienza soggettiva del praticante.

Un aspetto fondamentale è legato a un cambiamento di prospettiva radicale nella recezione e regolazione delle emozioni. Lo stimolo all'apertura all'esperienza, l'attenzione rivolta al presente e lo sforzo costante verso l'accettazione apportano significativi miglioramenti alla capacità di comprendere gli eventi emotivi in modo sufficientemente distaccato da discriminare le emozioni con maggiore nitidezza, vivendole appieno ma senza esserne assorbiti e governati (Brown & Ryan, 2003; Carlson & Garland, 2005; Erisman & Roemer, 2010).

Si assiste a una sorta di alfabetizzazione emotiva, che non comporta distacco, ma chiarezza e limitazione dell'affettività negativa e degli effetti che essa ha sull'esperienza del soggetto, sia a livello personale che a livello relazionale (Benvenuto, Gross, Christensen, & Barrett, 2001; Brown et al., 2007; Carlson, Speca, Patel, & Goodey, 2004; Chambers et al., 2009; Kabat-Zinn, 2003; Kilner, Zelazo, & Ortner, 2007). La riduzione nell'esperienza di emozioni negative consente, inoltre, di ridurre il loro impatto e il tempo necessario per far fronte agli

eventi emotivamente avversi, che vengono letti in chiave diversa da quella abituale, rendendoli meno invasivi (Arch & Craske, 2010; Kabat-Zinn, 1990; Philippot & Segal, 2009).

Un altro aspetto rilevante è quello legato all'empatia e alla capacità di partecipare alle emozioni degli altri, che consente di relazionarsi in modo più aperto e di migliorare la relazionalità dell'individuo. Alla compassione verso gli altri si accompagna il sentimento di auto-compassione, ovvero la capacità di partecipare alle proprie emozioni e di prendere una prospettiva di gentilezza amorevole nei propri stessi riguardi (Beddoe & Murphy, 2004; Birnie, Speca, & Carlson, 2010; Brown et al., 2007; Buro, Digdon, & Howell, 2010; Klatt, Buckworth, & Malarkey, 2009; Kristeller & Johnson, 2005; Prazak et al., 2012). Entrambe queste prospettive, quella auto-centrata e quella rivolta all'altro, hanno delle ovvie ricadute sul benessere individuale e interpersonale.

Un secondo ordine di fattori di cambiamento è quello delle competenze di tipo cognitivo. Come abbiamo visto, ampio spazio in letteratura è dedicato al ruolo dell'attenzione nel definire la mindfulness, e che, di conseguenza, viene chiamata in causa nel vagliare i miglioramenti determinati dall'apprendimento delle pratiche di mindfulness nel programma MBSR. Dai risultati di diversi studi emerge un effetto specifico del programma nel migliorare l'attenzione selettiva (Jensen, Vangkilde, Frokjaer, & Hasselbalch, 2012; Jha, Krompinger, & Baime, 2007), l'attenzione sostenuta (Allen, Chambers, & Lo, 2008; Jha et al., 2007; Josefsson & Broberg, 2011; Pagnoni & Cekic, 2007; Zeidan, Johnson, Diamond, David, & Goolkasian, 2010), l'attenzione esecutiva (Jha et al., 2007; Tang et al., 2007) e lo *shifting* dell'attenzione (Hodgins & Adair, 2010). Il miglioramento nelle capacità attentive è da collegare alla pratica anche in relazione alla sua durata e sembra aumentare con l'esperienza di meditazione (Chiesa & Serretti, 2009).

Oltre agli effetti sull'attenzione il programma MBSR sembrerebbe apportare un incremento a livello delle funzioni esecutive, in particolare in relazione alla flessibilità cognitiva e alla velocità di elaborazione delle informazioni (Allen et al., 2008; Jensen et al., 2012). L'esercizio della presenza mentale ha l'effetto di ridurre gli automatismi nelle risposte abituali agli stimoli, riducendo la rigidità cognitiva e migliorando la capacità di metacognizione, consentendo di assumere la posizione di non-attaccamento agli eventi del presente precedentemente descritta (Heeren, Van Broeck, & Philippot, 2009; Greenberg, Reiner, & Meiran, 2012a; Wang et al., 2012; Zeidan et al., 2010).

L'esercizio della mindfulness è legato al miglioramento della capacità di controllare il proprio pensiero e di ridurre la tendenza alla distraibilità e le tendenze cognitive tipiche degli stati ansiosi o depressivi, quali la catastrofizzazione, la ruminazione e il rimuginio, aumentando, di contro, la competenza nell'attivazione di strategie di coping (Bacon, Carlson, Labelle, Faris, & Campbell, 2012; Carlson & Garland, 2005; Desrosiers, Vine, et al., 2013; Greenberg, Reiner, & Meiran, 2012b; Raes & Williams, 2010; Walach et al., 2007).

Appare evidente come i diversi piani di ragionamento relativi alle modificazioni conseguenti alla partecipazione al programma MBSR siano interagenti e si influenzino a più livelli nell'apportare un complessivo cambiamento nel modo di vivere l'esperienza, più consapevole e ancorato al dispiegarsi dell'esperienza nel presente.

2.1.3 GLI STUDI DI EFFICACIA SUL PROGRAMMA MBSR

Numerosi sono gli studi condotti per valutare l'efficacia del programma MBSR. In considerazione del fatto che non si tratta di un programma di trattamento indirizzato specificatamente a un certo tipo di patologia o condizione clinica, si trovano in letteratura contributi eterogenei che fanno riferimento a diversi contesti e popolazioni.

Sono numerose le revisioni della letteratura (Baer, 2003; Chiesa & Serretti, 2009, 2011; Grossman et al., 2004; Irving, Dobkin & Park 2009) volte a indagare l'efficacia del programma e che hanno preso in considerazione l'ampio spettro delle sintomatologie e patologie psichiche e fisiche, soggetti sani e popolazioni cliniche e soggetti esposti a condizioni di stress professionale o situazionale.

Il consenso è ampio rispetto all'efficacia del programma nell'apportare una riduzione sostanziale del disagio psichico, complessivamente considerato (Astin, 1997; Bränström, Kvillemo, Brandberg, & Moskowitz, 2010; Nyklíèek & Kuipers, 2008; Oman, Shapiro, Thoresen, Plante, & Flinders 2008; Shapiro et al., 2005; Speca, Carlson, Goodey, & Angen 2000; Williams, Kolar, Reger, & Pearson, 2001). È lo stesso Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, Massion, Kristeller, & Peterson, 1992) a riferire miglioramenti nella severità dei sintomi ansiosi e depressivi di pazienti con Disturbo d'Ansia Generalizzato, sebbene rimarchi l'importanza di non ridurre il programma a un trattamento delle condizioni di patologia, psichica o fisica che sia.

Il riferimento stesso allo stress come focus di intervento, tuttavia, connette inevitabilmente il programma al disagio psichico, come dimostrato dagli esiti degli studi di efficacia su popolazioni affette da disturbi d'ansia e dell'umore. L'adozione della prospettiva

proposta dal programma consente, infatti, di assumere una posizione decentrata, critica e di apertura rispetto agli eventi stressanti, apportando significativi miglioramenti nelle condizioni di preoccupazione patologica tipiche degli stati ansiosi e dei disturbi fobici, contribuendo a rompere la ricorsività (Anderson et al., 2007; Astin, 1997; Goldin & Gross, 2010; Keng et al. 2011; Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995; Ramel et al., 2004; Roemer et al., 2009; Shapiro, Swchwarz, & Bonner 1998; Toneatto & Nguyen, 2007; Vøllestad, Sivertsen, & Nielsen, 2011; Williams et al., 2001).

Come visto in precedenza, la meditazione mindfulness ha la capacità di interrompere i cicli di pensiero intrusivo e la ruminazione, così come di intervenire nella tendenza all'autoaccusa e all'auto-denigrazione tipica delle condizioni depressive, apportando, di contro, un innalzamento del tono dell'umore, riducendo l'impatto dell'emotività negativa e veicolando la sperimentazione di emozioni positive piene e soddisfacenti (Anderson et al., 2007; Bränström et al., 2010; Carlson et al., 2003, 2004; Carlson & Garland, 2005; Chang et al., 2004; Desrosiers, et al., 2013; Garland et al., 2007; Irving et al., 2009; Jain et al., 2007; Nyklíček & Kuipers, 2008; Sephton et al., 2007; Speca et al., 2000).

L'accento posto sulla riduzione dello stress motiva l'interesse sugli effetti del programma in popolazioni particolarmente esposte a condizioni di vita stressanti o traumatiche. Si è riscontrata, per esempio, la capacità del MBSR di ridurre il burnout, i sintomi ansiosi e depressivi e il disagio legato all'attività lavorativa di vari professionisti della salute e della salute mentale, con la conseguenza indiretta di migliorare la qualità delle cure (Brady, O'Connor, Burgermeister, & Hanson, 2012; Cohen-Katz et al., 2005; Foureur, Besley, Burton, Yu, & Crisp, 2013; Irving, Dobkin, & Park, 2009; Penque, 2009). Il programma dimostra una sostanziale efficacia anche in popolazioni di studenti universitari, tipicamente esposti a condizioni stressanti prolungate, e, in particolar modo, per coloro che si affacciano alle professioni di aiuto, come per esempio gli studenti di medicina (Beddoe & Murphy, 2004; Hoffmann Gurka, 2006; Rosenzweig, 2003; Shapiro, Oman, Thoresen, Plante, & Flinders, 2008). In gruppi di carcerati si sono riscontrati un miglioramento sensibile dell'autostima e la riduzione di sintomi depressivi, atteggiamenti ostili e impulsivi e un minor ricorso all'utilizzo di sostanze (Himelstein, 2011; Samuelson, Carmody, Kabat-Zinn, & Bratt 2007). Gold e collaboratori (2010) riportano effetti significativi nella riduzione di sintomi d'ansia, depressione e stress in un gruppo di insegnanti delle scuole elementari, che, in seguito alla partecipazione al programma

riporta anche un aumento della consapevolezza e una maggiore capacità di perseguire gli obiettivi che ci si propone.

Se l'interesse per gli effetti del programma MBSR, come abbiamo visto, si è rivolto in modo specifico a diverse popolazioni particolarmente esposte a condizioni stressanti, questo è particolarmente vero per quanto riguarda le condizioni mediche, che costituiscono un campo d'elezione per l'applicazione della mindfulness.

Il programma stesso nasce in risposta all'esigenza di migliorare le condizioni di vita di persone affette da dolore cronico (Kabat-Zinn, 1982). Da questi primi passi, la strada è stata lunga e articolata e si è assistito all'applicazione del programma di Kabat-Zinn in contesti sempre più ampi.

L'effetto del MBSR, e delle pratiche di mindfulness più in generale, è quello di consentire l'assunzione di una prospettiva diversa rispetto agli eventi, in particolar modo gli eventi negativi e stressanti, modificando radicalmente il rapporto della persona con i sintomi conseguenti alla malattia. Agli studi di Kabat-Zinn sulla gestione del dolore cronico (Kabat-Zinn et al., 1985; Kabat-Zinn, 1982) sono seguiti altri lavori, a conferma dell'efficacia del programma nel ridurre la percezione del dolore attribuibile a un ampio spettro di patologie, quali la fibromialgia, l'artrite, il cancro e le patologie cardiache (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen, & Speca, 2001; Carmody, Baer, Lykins, & Olendzki, 2009; Carmody & Baer, 2008; Cramer, Lauche, Paul, & Dobos, 2012; Matchim & Armer, 2007; McBee, 2003; Niazi & Niazi, 2011; Prazak et al., 2012; Tsang, Mok, Lam, & Lee, 2012).

In concomitanza della riduzione nella percezione del dolore e dello stress, si assiste trasversalmente al tipo di patologia e di popolazione considerata, alla riduzione dei sintomi ansiosi e depressivi legati alla malattia e a un complessivo miglioramento del benessere e della qualità della vita.

La meditazione mindfulness, inoltre, ha l'effetto di produrre cambiamenti di tipo fisiologico che si traducono nel miglioramento dei biomarkers dei controlli glicemici nei diabetici (Rosenzweig, 2003), nell'aumento della risposta immunitaria (Davidson et al., 2003), nella riduzione della pressione sanguigna negli ipertesi (Campbell et al., 2012; Liu, Wei e Lo, 2009; Schneider et al., 1995) della risposta endocrina di pazienti affetti da HIV/AIDS Creswell et al., 2009 (Creswell, Myers, Cole, & Irwin, 2009; Duncan et al., 2012; Robinson, Mathews, & Witek-Janusek, 2003; Wong et al., 2012) e nell'accelerazione della guarigione della pelle di soggetti con psoriasi (Kabat-Zinn, 1998).

Meno numerosi, ma senza dubbio rilevanti, i dati relativi alla persistenza dei benefici a distanza di tempo dalla partecipazione al programma. Già Kabat-Zinn si interrogò sull'argomento e verificò una persistenza degli effetti benefici a 15 mesi e a 4 anni dalla conclusione del programma in soggetti affetti da dolore cronico (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn et al., 1985), esiti confermati da un più recente lavoro di Grossman e collaboratori (2007), che ritrovano benefici nella gestione del dolore a distanza di 3 anni, in soggetti affetti da fibromialgia.

Altri studi hanno indagato i risultati rispetto ai sintomi ansiosi e depressivi, confermando la persistenza degli stessi a distanza di 3-6 mesi dalla conclusione del MBSR (Miller, Fletcher e Kabat-Zin, 1995; Carlson et al., 2001).

Oltre a considerare l'oggettiva riduzione di sintomatologie fisiche e psichiche, per altro necessaria per ritenere un trattamento efficace, è interessante considerare la percezione che i soggetti hanno dell'utilità del programma e dei cambiamenti avvenuti in loro a livello soggettivo e qualitativo. Quando questi aspetti sono stati indagati, si è riscontrato che i partecipanti considerano il programma MBSR una tappa importante nella loro vita e ritengono che l'apprendimento della mindfulness sia una capacità che sentono di aver acquisito in modo stabile, avvalorando e fornendo ulteriore sostegno alle indagini di tipo quantitativo (Kabat-Zinn, et al. 1985; Miller, Fletcher e Kabat-Zin, 1995).

Esamineremo ora brevemente altri trattamenti basati sulla mindfulness, tenendo conto che negli ultimi decenni si è assistito al proliferare di interventi eterogenei e che affondano le radici in cornici teoriche profondamente differenti. Sebbene sia possibile che l'utilizzo della mindfulness apporti benefici significativi all'interno di svariati contesti e pratiche, prenderemo in considerazione unicamente i trattamenti più presenti in letteratura e che sono stati sottoposti a studi di valutazione dell'efficacia.

2.2 LA MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY (MBCT)

Agli inizi degli anni '90 tre terapeuti di orientamento cognitivo-comportamentale, Segal, Williams e Teasdale, motivati dall'efficacia dimostrata dal MBSR di Kabat-Zinn, decisero di apportare alcune modifiche al programma e di indirizzarlo specificatamente alla prevenzione delle ricorrenze del Disturbo Depressivo Maggiore. La Mindfulness-Based Cognitive Therapy nacque quindi dall'integrazione di elementi della terapia cognitivo-comportamentale (CBT)

all'interno del modello di Kabat-Zinn, con l'idea che la pratica di mindfulness possa contribuire a prevenire l'insorgere di nuovi episodi depressivi in pazienti già trattati per la depressione. L'obiettivo della terapia è quello di modificare i pattern di elaborazione cognitiva tipici degli stati disforici, apprendendo a disinnescare le routine cognitive automatiche, pervasive e ricorsive, prevenendo, così, il rischio di ricadute (Segal et al., 2002).

La struttura presenta ampie aree di sovrapposizione con il programma MBSR. Sono previste otto settimane di trattamento con incontri settimanali di circa due ore. Le pratiche previste sono la meditazione seduta, il body scan e alcuni elementi di yoga. Non è prevista la meditazione di Metta e si aggiungono percorsi psicoeducativi relativi alla depressione e tecniche specifiche come la pratica dello spazio di respiro dei tre minuti e la gestione dei pensieri disfunzionali e il rapporto tra pensiero, emozione, comportamento e sensazioni corporee.

Il focus sulla cognizione è fondamentale per il trattamento della depressione e diventa fondamentale l'esercizio dell'assunzione di una posizione decentrata dalle proprie narrative invariante e problematiche. L'integrazione di questa prospettiva all'interno della CBT è agevolata dall'importanza data all'assunzione di una prospettiva obiettiva sui propri pensieri e sulla possibilità di modificarne l'intrusività e la gravosità, identificandone la natura passeggera e mettendo in crisi gli assunti e le generalizzazioni che contribuiscono a sostenere il disagio (Teasdale et al., 2000).

La prospettiva proposta si differenzia dalla tradizionale CBT, in quanto propone di assumere una posizione osservativa e non giudicante nei confronti dei propri eventi mentali, comprendendo tra questi anche il pensiero negativo, la ruminazione o la catastrofizzazione tipiche delle condizioni depressive. Solo attraverso l'osservazione è possibile rilevare la reale entità di tali eventi e prendervi le distanze, comprendendo che non sono totalizzanti e non si sovrappongono alla persona, ovvero, che i nostri pensieri non sono noi (Segal et al., 2002).

Aspetto fondamentale della MBCT è l'assunzione di quella che gli autori chiamano *modalità dell'essere*, ovvero un modo di stare nel presente in modo consapevole, a prescindere da ciò che il presente riserva. Si contrappone alla cosiddetta *modalità del fare*, fortemente improntata al raggiungimento di un obiettivo, alla ricerca di una prospettiva migliore, che non ha radici nel dare valore all'esperienza attuale.

La modalità del fare si attiva nel momento in cui si avverte una discrepanza tra la propria condizione attuale e ciò che si vorrebbe o dovrebbe ottenere. Questo stacco produce un senso

di insoddisfazione, disforia e l'attivazione di programmi e schemi mentali per ridurre la discrepanza. Nel caso in cui gli schemi abbiano successo la persona uscirà dalla modalità del fare, per poi riattivarla nel momento in cui avvertirà nuovamente la discrepanza. Nel caso di un fallimento la persona si troverà immersa in un processo di continua rivalutazione della situazione e delle possibili soluzioni per ridurre il divario, apportando un senso di frustrazione e insoddisfazione sempre più grande, maggiore sarà il tempo dedicato a tale processo.

Il pensiero ricorsivo e rimuginativo allontana dal momento presente e porta un disagio costante nella vita dell'individuo. La pratica della mindfulness consente di rompere il circolo vizioso e di soffermarsi sul qui e ora. Si parla allora di consapevolezza meta cognitiva (Teasdale et al., 2000). Essere, non significa, però, subire, ma accettare e predisporre alla riconsiderazione del proprio presente, altrimenti intriso di negatività e insoddisfazione, nell'attesa che la soddisfazione arrivi in un futuro magico e irraggiungibile. Prendere consapevolezza del presente consente di identificare la vitalità che è già attuale e fruibile e di ridimensionare gli eventi negativi, dando maggiore significato alla propria esistenza (Philippot & Segal, 2009; Segal et al., 2002).

L'efficacia del trattamento nella riduzione delle recidive è stata indagata sin dalla sua ideazione dagli autori stessi, che riscontrarono una riduzione significativa delle ricorrenze in pazienti che presentavano un disturbo depressivo con più di tre recidive alle spalle (Kuyken et al., 2008; Segal et al., 2002; Teasdale et al., 2000).

Indagini più recenti sostengono l'utilità della MBCT anche nella riduzione delle sintomatologie residuali alla remissione da un episodio depressivo (Kuyken et al., 2008; Godfrin & Van Heeringen, 2010) e nel trattamento dell'episodio depressivo in fase attiva (Barnhofer et al., 2009; Hepburn et al., 2009).

L'utilità del trattamento è stata valutata positivamente anche nell'applicazione al trattamento dei disturbi d'ansia (Kim et al., 2009), nelle sindromi da affaticamento cronico (Van Der Lee & Garssen, 2010), nell'intervento su professionisti della salute mentale (Oken et al., 2010), nella riduzione di sintomi ansiosi e depressivi di pazienti con disabilità mentale (Idusohan-Moizer, Sawicka, Dendle, & Albany, 2013), nel trattamento dello stress post-traumatico (King et al., 2013) e nel trattamento del gioco d'azzardo (de Lisle, Dowling, & Allen, 2011).

2.3 LA DIFFUSIONE DI INTERVENTI BASATI SULLA MINDFULNESS: UNA REVISIONE CRITICA

Sull'onda degli esiti della ricerca scientifica sull'efficacia degli interventi basati sulla mindfulness in uno spettro sempre più ampio di disturbi e condizioni cliniche e fisiologiche, si è assistito negli ultimi anni al diffondersi di diverse forme di trattamento che includono, tra le loro tecniche, diverse varianti delle pratiche di mindfulness.

Rapgay e Bystrisky (2009) affrontano in modo critico la nascita di forme di trattamento che, pur condividendo aspetti cardine della mindfulness, finiscono per allontanarsi ampiamente dal concetto da cui originano, perdendo di significato e validità. Gli autori sostengono che il tentativo di rendere la mindfulness accessibile a contesti ampi e a vari livelli divulgativi abbia causato la depauperazione del costrutto, sottraendovi gradatamente le caratteristiche che hanno giustificato il suo stesso accesso nel contesto della psicologia occidentale.

Un aspetto fondamentale di queste posizioni è relativo alla considerazione data alle pratiche di meditazione che risultano centrali sia nel contesto di origine orientale della mindfulness che, come abbiamo visto, nelle più moderne trasposizioni come il programma MBSR e la MBCT. Secondo questi approcci la meditazione riveste un ruolo chiave nel veicolare il legame tra corpo e mente e nel favorire i cambiamenti necessari a apportare i benefici della presenza mentale all'esistenza dell'individuo. Tale rilevanza non è sempre condivisa nell'ideazione di programmi basati sulla mindfulness e, talvolta, la pratica di meditazione è stata considerata fonte di un attaccamento non salutare, retaggio di un contesto non scientifico che è tempo di abbandonare (Hayes & Shenk, 2004). L'esito di queste posizioni è la creazione di interventi eclettici che sincretizzano pratiche e approcci teorici a un concetto di mindfulness molto distante dall'origine stessa del costrutto. Secondo Rapgay e Bystrisky (2009) è, quindi, difficoltoso reperire all'interno di questi approcci che si dichiarano "mindfulness-based" o "mindfulness-oriented" le radici stesse della mindfulness, che in altri contesti appaiono chiare e sono sostenute come il fattore chiave di cambiamento e beneficio.

Di differente opinione sono, ovviamente, gli ideatori di questi interventi, che sono stati spesso sottoposti a procedure di verifica e valutazione dell'efficacia su diverse popolazioni e in contesti eterogenei.

Il primo intervento che merita di essere citato è la Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT), ideata da Marsha Linehan (1993) per la cura dei pazienti affetti da Disturbo Borderline di Personalità a elevato rischio di auto-lesione e agiti impulsivi.

La Linehan partì dalla considerazione che l'utilizzo della CBT standard con questi pazienti non risultasse sufficientemente efficace e, talvolta si sia rivelata addirittura controproducente, a causa del focus posto sul cambiamento delle condizioni attuali, che può rimandare il soggetto al contesto di ambiente rifiutante e invalidante nel quale è cresciuto. L'autrice integrò, quindi, la medicina comportamentale e la psicologia cognitiva in una teoria biosociale che comprende elementi della filosofia dialettica di origine zen. La dialettica tra accettazione e cambiamento diventa il cuore della DBT, conducendo il paziente in un percorso in cui si cerca di equilibrare una posizione di accettazione di sé e dei propri limiti, con una spinta a modificare radicalmente i propri comportamenti dannosi.

La terapia dedica un modulo specifico alle pratiche di mindfulness, nel corso del quale sono insegnate la capacità di osservare, descrivere e partecipare ai propri eventi interni ed esterni e l'esercizio del non giudizio. Secondo la Linehan la mindfulness può configurarsi come uno strumento utile nell'approcciarsi in modo equilibrato all'emotività dirompente del paziente borderline, riducendo, in tal modo, i comportamenti dannosi come i gesti auto-lesivi (Linehan, 1993; Shearin & Linehan, 1993).

All'interno della cornice della DBT la mindfulness presenta differenze sostanziali dalla sua applicazione in contesti più affini alla sua operazionalizzazione tradizionale. In primo luogo non prevede, se non in misura molto ridotta, la pratica meditativa. In secondo luogo prevede l'adozione di una prospettiva cognitivo-comportamentale indirizzata al cambiamento del pensiero del paziente allo scopo di renderli più funzionali e adattivi. Appare evidente, anche in virtù di quanto esposto in precedenza, come siano distanti le posizioni della DBT dalla pratica di mindfulness tradizionale, che sostiene l'importanza di sviluppare un rapporto di accettazione dei propri eventi interni ed esterni e nella quale il cambiamento avviene non in conseguenza della spinta al cambiamento stesso, ma come prodotto della critica che il soggetto fa ai suoi schemi di pensiero e di comportamento abituali (Chiesa & Malinowski, 2011).

Al di là di queste considerazioni bisogna sottolineare come la ricerca abbia ampiamente sostenuto la superiorità della DBT rispetto ai trattamenti tradizionali, nella riduzione dei gesti auto-lesionistici, dei comportamenti suicidari e del ricorso all'utilizzo di sostanze dei pazienti borderline (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Linehan et al., 1999, 2006; Lynch et al., 2007; Koons et al., 2001; Robins & Chapman, 2004).

Altra forma di intervento orientata alla mindfulness e ampiamente presente in letteratura è la Acceptance and Commitment Therapy (ACT), ovvero terapia basata

sull'accettazione e sull'impegno, ideata da Hayes, Strosahl e Wilson alla fine del secolo scorso (Hayes et al., 1999). Scopo principale di questo approccio è contrastare le categorizzazioni rigide e automatiche e il ricorso al giudizio che causano l'evitamento di esperienze potenzialmente benefiche per l'individuo. In questo senso l'ACT mutua dalla mindfulness la promozione della flessibilità del pensiero e di una modalità di affrontare le esperienze interne ed esterne in modo realmente consapevole e pieno, con accettazione e apertura (Hayes, Masuda, & De Mey, 2003).

L'ACT, come abbiamo sottolineato in precedenza, non contempla il ricorso alla meditazione, tuttavia il suo programma prevede il rimando allo sviluppo della presenza mentale e dell'attenzione al momento presente in modo aperto, non giudicante e con atteggiamento di accettazione dei propri vissuti e di non attaccamento ai propri pensieri ed emozioni abituali.

Per mezzo di una nuova consapevolezza la persona modifica il proprio atteggiamento con le esperienze fino ad allora evitate, senza sperimentare nuovamente la sensazione di identificazione con le proprie convinzioni disfunzionali e apportando cambiamenti benefici ai propri comportamenti e alle proprie relazioni (Hayes et al., 2003).

Gli studi sull'ACT ne hanno verificato l'efficacia su svariati disturbi e popolazioni eterogenee, come i disturbi ansiosi, depressivi, le patologie legate all'utilizzo di sostanze, il controllo degli impulsi e la schizofrenia (Bach & Hayes, 2002; Gaudiano & Herbert, 2006; Hayes et al., 2006).

Recentemente sono state ideate varianti dei trattamenti presentati, rivolte specificatamente a determinati tipi di patologie e condizioni, come, per esempio, la prevenzione delle ricadute nell'utilizzo di sostanze (Marlatt & Gordon, 1985; Parks, Anderson, & Marlatt 2001; Witkiewitz et al., 2005), la cura dei disturbi alimentari (Kristeller & Hallett, 1999) o l'ottimizzazione delle relazioni interpersonali (Carson et al., 2004).

La diffusione degli approcci basati sulla mindfulness e la fioritura di studi volti a verificarne l'efficacia e l'applicabilità a diversi contesti, testimoniano la rilevanza incrementale che la mindfulness sta assumendo nel contesto della promozione del benessere dell'individuo e nella cura dei disturbi psichici.

BIBLIOGRAFIA

- Allen, J. G. (2006). Mentalizing, in Practice. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds). *Handbook of Mentalization-Based Treatment* (pp. 3-30). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Allen, N. B., Chambers, R., & Lo, B. C. Y. (2008). The Impact of Intensive Mindfulness Training on Attentional Control, Cognitive Style, and Affect. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 303-322.
- Amadei, G., Tronconi, A., & Giustino, G. (1998). La misurazione della funzione riflessiva. *Ricerca in psicoterapia, 1*, 47-60.
- Anderson, N. D., Lau, M. A., Segal, Z. V., & Bishop, S. R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 14*, 449-463.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2010). Laboratory stressors in clinically anxious and non-anxious individuals: the moderating role of mindfulness. *Behaviour research and therapy, 48*, 495-505.
- Ashby, F. G., Isen, A. M., & Turken, A. U. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological review, 106*, 529-550.
- Astin, J. A. (1997). *Stress reduction through mindfulness meditation. Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. Psychotherapy and psychosomatics, 66*, 97-106).
- Bach, P., & Hayes, S.H. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalisation of psychotic patient: a randomised controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1129-1139.
- Bacon, S. L., Carlson, L. E., Labelle, L. E., Faris, P., & Campbell, T. S. (2012). Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on attention, rumination and resting blood pressure in women with cancer: A waitlist-controlled study. *Journal of Behavioral Medicine.*
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology Science and Practice, 10*, 125-143.
- Baer, R. A. (2010). *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change.* (R. A. Baer, Ed.). Oakland, CA: New Harbinger.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment, 11*, 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment, 15*, 329-342.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., Williams, J.M.G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 366-373.

- Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H. & Cohen, D.J. (1993). *Understanding Other Minds: Perspectives from Autism*. New York: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders, 18*, 36–51.
- Beddoe, A. E., & Murphy, S. O. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *The Journal of nursing education, 43*, 305–312.
- Benvenuto, M., Gross, J., Christensen, T. C., & Barrett, L. F. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition & Emotion, 15*, 713-724.
- Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health, 26*, 359–371.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. C., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 230-241.
- Boccio, F. J. (2004). *Mindfulness Yoga*. Boston: Wisdom.
- Borkovec, T. D. (2002). Life in the Future Versus Life in the Present. *Clinical Psychology Science and Practice, 9*, 76–80.
- Bouchard, M., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L., Schachter, A., et al. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology, 25*, 47-66.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety & Anger. Attachment and Loss* (vol. 2). London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness & Depression. Attachment and Loss* (vol. 3). London: Hogarth Press.
- Brady, S., O'Connor, N., Burgermeister, D., & Hanson, P. (2012). The impact of mindfulness meditation in promoting a culture of safety on an acute psychiatric unit. *Perspectives in psychiatric care, 48*, 129–37.
- Bränström, R., Kvillemo, P., Brandberg, Y., & Moskowitz, J. T. (2010). Self-report mindfulness as a mediator of psychological well-being in a stress reduction intervention for cancer patients--a randomized study. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine, 39*, 151–61.
- Bretherton, I., Bates, E., Benigni, L., Camaioni, L., & Volterra, V. (1979). Relationships between cognition, communication and quality of attachment. In E. Bates (Ed.), *The emergence of symbols: Cognition and communication in infancy*. New York: Academic.
- Broderick, P., & Jennings, P. (2012). Mindfulness for adolescents: A promising approach to supporting emotion regulation and preventing risky behavior. *New directions for youth development, 136*, 111–126.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology, 84*, 822–848.

- Brown, K W, & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology Science and Practice, 11*, 242–248.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., Creswell, J. D. (2007) Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Enquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory, 18*, 211-237.
- Buro, K., Digdon, N. L., & Howell, A. J. (2010). Mindfulness predicts sleep-related self-regulation and well-being. *Personality and Individual Differences, 48*, 419-424.
- Cahn, B. R., & Polich, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychological bulletin, 132*, 180–211.
- Campbell, T. S., Labelle, L. E., Bacon, S. L., Faris, P., & Carlson, L. E. (2012). Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on attention, rumination and resting blood pressure in women with cancer: a waitlist-controlled study. *Journal of Behavioral Medicine, 35*, 262-271.
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Specia, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 9*, 112–123.
- Carlson, L. E., & Garland, S. N. (2005). Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *International journal of behavioral medicine, 12*, 278–285).
- Carlson, L. E., Specia, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology, 29*, 448–474.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of behavioral medicine, 31*, 23–33.
- Carmody, J., Baer, R. A., Lykins, E. L. B., & Olendzki, N. (2009). An Empirical Study of the Mechanisms of Mindfulness in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program, *65*, 613–627.
- Carmody, J., Reed, G., Kristeller, J., & Merriam, P. (2008). Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. *Journal of psychosomatic research, 64*, 393–403.
- Cash, M., Whittingham, K. (2010). What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? *Mindfulness, 1*, 177-182.
- Carson, J., Carson, K., & Gil, K. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behavior Therapy, 35*, 471-494.
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review, 29*, 560–572.

- Chang, V. Y., Palesh, O., Caldwell, R., Glasgow, N., Abramson, M., Luskin, F., ... & Koopman, C. (2004). The effects of a mindfulness-based stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy, and positive states of mind. *Stress and Health, 20*, 141-147.
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. *Journal of clinical psychology, 63*, 871–890.
- Chen, J., Xu, T., Jing, J., & Chan, R. C. K. (2011). Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach. *BMC psychiatry, 11*, 33.
- Chiesa, A. (2011). *Gli interventi basati sulla mindfulness: Cosa sono, come agiscono, quando utilizzarli*. Roma: Fioriti.
- Chiesa, A. (2012). The Difficulty of Defining Mindfulness: Current Thought and Critical Issues. *Mindfulness, 3*, 255-268.
- Chiesa, A., & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: are they all the same? *Journal of Clinical Psychology, 67*, 404–424.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of alternative and complementary medicine, 15*, 593–600.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research, 187*, 441-453.
- Choi-Kain, L. W. & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry, 165*, 1127–1135.
- Christopher, M. S., Gilbert, B. D., Neary, T. J., & Pearce, K. L. (2009). Mindfulness in Thailand and the United States : A Case of Apples Versus Oranges? *Journal of Clinical Psychology, 65*, 590–612.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D. M., Deitrick, L., & Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a qualitative and quantitative study, part II. *Holistic nursing practice, 19*, 78–86.
- Cramer, H., Lauche, R., Paul, A., & Dobos, G. (2012). Mindfulness-based stress reduction for breast cancer-a systematic review and meta-analysis. *Current oncology, 19*, 343–52.
- Creswell, J. D., Myers, H. F., Cole, S. W., & Irwin, M. R. (2009). Mindfulness meditation training effects on CD4+ T lymphocytes in HIV-1 infected adults: a small randomized controlled trial. *Brain, behavior, and immunity, 23*, 184–8.
- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine, 69*, 560-565.
- Davidson, R. J. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist, 55*, 1196-1214.
- Davidson, R. J. (2010). Empirical explorations of mindfulness: conceptual and methodological conundrums. *Emotion, 10*, 8–11.

- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., ... Sheridan, J. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 564–570.
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, *48*, 198-208.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Self-Determination*. John Wiley & Sons, Inc.
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S., & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences*, *44*, 1235-1245.
- De Lisle, S. M., Dowling, N. A., & Allen, J. S. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for problem gambling. *Clinical Case Studies*, *10*, 210-228.
- Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depression and anxiety*, *30*, 654–61.
- Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2006). Defining an Agenda for Future Research on the Clinical Application of Mindfulness Practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 166–171.
- Dobkin, P. L., & Zhao, Q. (2011). Increased mindfulness--the active component of the mindfulness-based stress reduction program? *Complementary therapies in clinical practice*, *17*, 22–7.
- Duncan, L. G., Moskowitz, J. T., Neilands, T. B., Dilworth, S. E., Hecht, F. M., & Johnson, M. O. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction for HIV Treatment Side Effects: A Randomized, Wait-List Controlled Trial. *Journal of Pain & Symptom Management*, *43*, 161–171.
- Engler, J. (2003). Being somebody and being nobody: A reexamination of the understanding of Self in psychoanalysis and Buddhism. In J. D. Safran (Ed.), *Psychoanalysis and Buddhism: An unfolding dialogue*. Boston: Wisdom.
- Epstein, R.M. (1999). Mindful Practice. *JAMA*, *282*, 833-839.
- Erisman, S. M., & Roemer, L. (2010). A preliminary investigation of the effects of experimentally induced mindfulness on emotional responding to film clips. *Emotion*, *10*, 72–82.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*, 716-721.
- Falb, M.D., Pargament, K.I. (2012). Relational mindfulness, spirituality, and the therapeutic bond. *Asian Journal of Psychiatry*, *5*, 351-354.
- Farb, N. A., Anderson, A. K., & Segal, Z. V. (2012). The mindful brain and emotion regulation in mood disorders. Canadian journal of psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, *57*, 70-77.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. (2007). Mindfulness and Emotion Regulation: The Development and Initial Validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *29*, 177–190.

- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press. (trad. it. Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento, Raffaello Cortina, Milano, 2002).
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fossati, A., Feeney, J., Maffei, C., Borroni, S., (2011) Does mindfulness mediate the association between attachment dimensions and Borderline Personality Disorder features? A study of Italian non-clinical adolescents, *Attachment & Human Development*, 13, 563-578.
- Fossati, A., Vigorelli Porro, F., Maffei, C., Borroni, S., (2012) Are the DSM-IV Personality Disorders Related to Mindfulness? An Italian Study on Clinical Participants *Journal of Clinical Psychology*, 68, 672-683.
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: pilot of a mindfulness based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary nurse*, 45, 114-125.
- Franzoni, E., Gualandi, S., Caretti, V., Schimmenti, A., Di Pietro, E., Pellegrini, G., ... Pellicciari, A. (2013). The relationship between alexithymia, shame, trauma, and body image disorders: investigation over a large clinical sample. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 185-93.
- Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, T., & Kennedy, S. (2007). Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 447-455.
- Garland, E., Gaylord, S., & Park, J. (2009). The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 5, 37-44.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415-437.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Gethin, R. (2011). On some definitions of mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12, 263-279.
- Gilbert, P., McEwan, K., Gibbons, L., Chotai, S., Duarte, J., & Matos, M. (2012). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism. *Psychology and psychotherapy*, 85, 374-90.
- Giluk, T L. (2009). Mindfulness, big five personality, and affect: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 47, 805-811.
- Godfrin, K.A., Van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 738-746.

- Gold, E., Smith, A., Hopper, L., Herne, D., Tansey, G., & Hulland, C. (2010). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) for primary school teachers. *Journal of Child and Family Studies, 19*, 184–189.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion, 10*, 83–91
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41–54.
- Greenberg, J., Reiner, K., & Meiran, N. (2012a). “Off with the old”: mindfulness practice improves backward inhibition. *Frontiers in psychology, 3*, 618.
- Greenberg J, Reiner K, Meiran N (2012b) “Mind the Trap”: Mindfulness Practice Reduces Cognitive Rigidity. *PLoS ONE 7*(5): e36206.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients through their feelings*. Washington: American Psychological Association.
- Gross, C. R., & Christopher, M. S. (2013). Mindfulness Measures: Gaps in the State of the Art. In *Center for Mindfulness Scientific Conference*. Norwood, MA.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology, 85*, 348–362.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24).
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits-A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 35-44.
- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and psychosomatics, 76*, 226-233.
- Gunaratna, V.F. (1963). *The Satipaṭṭhāna sutta and its application to modern life*. Kandy, Ceylon: Buddhist Publication Society.
- Gunaratana, V. H. (2002). *Mindfulness In Plain English*. Boston: Wisdom Publications.
- Hart, W. (1987). *The art of living: Vipassana meditation as taught by S.N. Goenka*. Mumbai: Embassy Books.
- Hayes, S. C., Masuda, A., & De Mey, H. (2003). Acceptance and Commitment Therapy and the third wave of behavior therapy. *Acceptance and commitment therapy: Een derde-generatie gedragstherapie*.
- Hayes, S. C., & Shenk, C. (2004). Operationalizing Mindfulness Without Unnecessary Attachments. *Clinical Psychology Science and Practice, 11*, 249–254.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

- Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K., Bissett, R., Pistorello, J., Toarmino, D., ... McCurry, S. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychological Record, 54*, 553–578.
- Heeren, A., Van Broeck, N., & Philippot, P. (2009). The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behaviour research and therapy, 47*, 403–409.
- Hepburn, S.R., Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D.S., Fennell, M.J.V., Williams, J.G.W. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy may reduce thought suppression: Findings from a preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology, 48*, 209-215.
- Hill, C., & Updegraff, J. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion, 12*, 81-90.
- Himelstein, S. (2011). Mindfulness-Based Substance Abuse Treatment for Incarcerated Youth: A Mixed Method Pilot Study. *International Journal of Transpersonal Studies, 30*, 1–10.
- Hodgins, H. S., & Adair, K. C. (2010). Attentional processes and meditation. *Consciousness and cognition, 19*, 872–878.
- Hoffmann Gurka, A. C. (2006). Mindfulness meditation for college students: A study of its utility and promotion of its practice post treatment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 67*(1B), 545.
- Holzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res., 191*, 36–43
- Idusohan-Moizer, H., Sawicka, a, Dendle, J., & Albany, M. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for adults with intellectual disabilities: an evaluation of the effectiveness of mindfulness in reducing symptoms of depression and anxiety. *Journal of intellectual disability research : JIDR, 1–12*.
- Irving, J. A., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice, 15*, 61–66.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., et al. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine, 33*, 11-21.
- Jensen, C. G., Vangkilde, S., Frokjaer, V., & Hasselbalch, S. G. (2012). Mindfulness training affects attention- Or is it attentional effort? *Journal of Experimental Psychology: General, 141*, 106–123.
- Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, affective & behavioral neuroscience, 7*, 109–119.
- Josefsson, T., & Broberg, A. (2011). Meditators and non-meditators on sustained and executive attentional performance. *Mental Health, Religion & Culture, 14*, 291-309.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*, 33:47.

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Dell.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context : Past , Present , and Future. *Clinical Psychology Science and Practice*, *10*, 144–156.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *Arriving at Your Own Door: 108 Lessons in Mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness for Beginners: Reclaiming the Present Moment--and Your Life*. Boulder, CO: Sounds True.
- Kabat-Zinn, J, Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of behavioral medicine*, *8*, 163–190.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A., Kristeller, J., & Peterson, L. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 936–943.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, T. G., ... & Bernhard, J. D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, *60*, 625-632.
- Keng, S., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical psychology review*, *31*, 1041–56.
- Kilner, S. J., Zelazo, P. D., & Ortner, C. N. M. (2007). Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task. *Motivation and Emotion*, *31*, 271–283.
- Kim, Y.W., Lee, S.H., Choi, T.K., Suh, S.Y., Kim, B., Kim, C.M., Cho, S.J., Kim, M.J., Yook, K., Ryu, M., Song, S.K., Yook, K.H. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, *26*, 601-606.
- King, A. P., Erickson, T. M., Giardino, N. D., Favorite, T., Rauch, S. a M., Robinson, E., ... Liberzon, I. (2013). A pilot study of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depression and Anxiety*, *645*, 638–645.
- Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L., Lynch, T.R., Gonzalez, A.M., Morse, J.Q., Bishop, J.K., Butterfield, M.I., Bastian, L.A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, *32*, 371-390.
- Klatt, M. D., Buckworth, J., & Malarkey, W. B. (2009). Effects of low-dose mindfulness-based stress reduction (MBSR-ld) on working adults. *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*, *36*, 601–614.
- Kostanski, M., & Hassed, C. (2008). Mindfulness as a concept and a process. *Australian Psychologist*, *43*, 15–21.

- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kristeller, J., & Hallett, C. (1999). An exploring study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of health psychology, 4*, 357-363.
- Kristeller, J. L., & Johnson, T. (2005). Cultivating Loving Kindness: A Two-Stage Model Of The Effects Of Meditation On Empathy, Compassion, And Altruism. *Zygon, 40*, 391–408.
- Krystal, H. (1988). *Integration of self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Kuan, T. (2008). *Mindfulness in Early Buddhism: New approaches through psychology and textual analysis of Pali, Chinese and Sanskrit sources*. New York: Routledge.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E., Teasdale, J.D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 966-978.
- Langer, E. (1989). *Mindfulness*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Langer, E. J., & Moldoveanu, M. (2000). The Construct of Mindfulness. *Journal of Social Issues, 56*, 1–9.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V, Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., ... Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: development and validation. *Journal of clinical psychology, 62*, 1445–67.
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T.,... & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport, 16*, 1893-1897.
- Lecours, S. & Bouchard, M.A. (1997). Dimensions of mentalization: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis, 78*, 855-875.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Amstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. J., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 48*, 1060–1064.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., III, Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal of Addiction, 8*, 279–292.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 63*, 757–766.
- Liu, C. Y., Wei, C. C., & Lo, P. C. (2009). Variation analysis of sphygmogram to assess cardiovascular system under meditation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 6*, 107-112.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 181–205.

- Lumley, M. A., & Roby, K. J. (1995). Alexithymia and pathological gambling. *Psychotherapy and psychosomatics*, *63*, 201–206.
- Lutz, A., Sheftel, J. G., Imel, Z. E., Rosenkranz, M. A., Bonus, K. A., MacCoon, D. G., ... Salomons, T. V. (2012). The validation of an active control intervention for Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 3-12.
- Mace, C. (2007). Mindfulness in psychotherapy: an introduction. *Advances in Psychiatric Treatment*, *13*, 147–154.
- Mace, C. (2008). *Mindfulness and Mental Health: Therapy, Theory and Science*. London & New York: Routledge.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: Findings and directions for future research. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment Across the Life Cycle* (pp. 127-159). London: Routledge.
- Marchesi, C., Brusamonti, E., & Maggini, C. (2000). Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? *Journal of psychosomatic research*, *49*, 43–49.
- Marechal, V., Loas, G., Legrand, A., & Corcos, M. (2009). Alexithymia in severely obese patients seeking surgical treatment. *Psychological reports*, *105*, 935–944.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse, prevention: maintenance strategy in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Matchim, Y., & Armer, J. M. (2007). Measuring the psychological impact of mindfulness meditation on health among patients with cancer: a literature review. *Oncol Nurs Forum*, *34*, 1059–1066.
- McBee, L. (2003). Mindfulness Practice with the Frail Elderly and Their Caregivers: Changing the Practitioner-Patient Relationship. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, *19*, 257–264.
- McMahan, D. L. (2012). *Buddhism in the modern world*. London & New York: Routledge.
- Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, *17*, 192-200.
- Mitmansgruber, H., Beck, T., Hofer, S., & Schusler, G. (2009). When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, *46*, 448–453.
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Surcinelli, P., Franzoni, E., Baldaro, B., & Rossi, N. (2006). Alexithymia in female patients with eating disorders. *Eating and weight disorders : EWD*, *11*, 14–21.
- Morales Knight, L. F. (2005). Mindfulness: history, technologies, research, applications. Unpublished manuscript, Pepperdine University Graduate School of Education and Psychology, Retrieved online from <http://www.lifecoach.com.au/mindfulnessarticleluis.pdf>.
- Nhat Han, T. (1976). *The Miracle of Mindfulness*. Bentam Books.

- Nhat Han, T. (1992). *Peace is every step*. Boston: Beacon Press.
- Nhat Hanh, T. (1998). *The Heart of the Buddha's Teachings*. New York: Broadway.
- Niazi, A., & Niazi, S. (2011). Mindfulness-based stress reduction: a non-pharmacological approach for chronic illnesses. *North American Journal of Medical Sciences, 3*, 20–23.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 569–582.
- Nyklíček, I., & Kuijpers, K. F. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine, 35*, 331-340.
- Oken, B.S., Fonareva, I., Haas, M., Wahbeh, H., Lane, J.B, Zajdel, D., Amen, A. (2010). Pilot controlled trial of mindfulness meditation and education for dementia caregivers. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 16*, 1031-1038.
- Oman, D., Shapiro, S. L., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Meditation lowers stress and supports forgiveness among college students: A randomized controlled trial. *Journal of American College Health, 56*, 569-578.
- Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2005). *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety*. (S. M. Orsillo & L. Roemer, Eds.) *Series in Anxiety and Related Disorders* (p. 378). Boston, MA: Springer US.
- Ostafin, B. D., & Kassman, K. T. (2012). Stepping out of history: mindfulness improves insight problem solving. *Consciousness and cognition, 21*, 1031–6.
- Pagnoni, G., & Cekic, M. (2007). Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiology of aging, 28*, 1623–1627.
- Parasuraman, R. (1998). *The attentive brain*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Park, T., Reilly-Spong, M., & Gross, C. R. (2013). Mindfulness: a systematic review of instruments to measure an emergent patient-reported outcome (PRO). *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 22*, 2639-59.
- Parker, J., Taylor, G., & Bagby, R. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences, 30*, 107–115.
- Parks, G.A., Anderson, B.K. & Marlatt, G.A. (2001). *Relapse prevention therapy*. In Heather, N., Peters, T.J., Stackwell, T. (a cura di). *Interpersonal Handbook of Alcohol Dependence and Problems*. New York: John Wiley.
- Paunonen, S. V., & Ashton, M. C. (2001). Big Five factors and facets and the prediction of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*, 524–539.
- Penque, S. (2009). Mindfulness based stress reduction effects on registered nurses. (*Unpublished doctoral dissertation*). Retrieved from http://conservancy.umn.edu/bitstream/58728/1/Penque_umn_0130E_10859.pdf.

- Posner, M I, & Rothbart, M. K. (1998). Attention, self-regulation and consciousness. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 353, 1915–27.
- Posner, Michael I. (1980). Orienting of attention. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 32, 3–25.
- Prazak, M., Critelli, J., Martin, L., Miranda, V., Purdum, M., & Powers, C. (2012). Mindfulness and its role in physical and psychological health. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 4, 91–105.
- Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, 102, 122–138.
- Raes, F., & Williams, J. M. G. (2010). The Relationship between Mindfulness and Uncontrollability of Ruminative Thinking. *Mindfulness*, 1, 199–203.
- Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E., & McQuaid, J. R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 433-455.
- Rapgay, L. , & Bystrisky, A. (2009). Classical Mindfulness: An Introduction to Its Theory and Practice for Clinical Application. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1172, 148–162.
- Rasmussen, M. K., & Pidgeon, A. M. (2011). The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety, Stress & Coping*, 24, 227–233.
- Reid, R. C., Bramen, J. E., Anderson, A., & Cohen, M. S. (2013). Mindfulness, Emotional Dysregulation, Impulsivity, and Stress Proneness Among Hypersexual Patients. *Journal of clinical psychology*, 00, 1–9.
- Robins, C. J., & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18, 73–79.
- Robinson, F. P., Mathews, H. L., & Witek-Janusek, L. (2003). Psycho-endocrine-immune response to mindfulness-based stress reduction in individuals infected with the human immunodeficiency virus: a quasiexperimental study. *Journal of alternative and complementary medicine*, 9, 683–694).
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior therapy*, 40, 142–54.
- Rosch, E. (2007). More Than Mindfulness: When You Have a Tiger by the Tail, Let It Eat You. *Psychological Inquiry*, 18, 258–264.
- Rosenberg, L. (1998). *Breath by Breath*. Boston: Shambhala.
- Rosenzweig, S., Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., Hojat, M. (2003). Mindfulness-Based Stress Reduction Lowers Psychological Distress In Medical Students. *Teaching and Learning in Medicine*, 15, 88–92.
- Rubin, J. B. (1996). *Psychotherapy and Buddhism: Toward an Integration*. New York: Plenum.

- Safran, J., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. New York: Basic Books.
- Samuelson, M., Carmody, J., Kabat-Zinn, J., & Bratt, M. A. (2007). Mindfulness-based stress reduction in Massachusetts correctional facilities. *The Prison Journal, 87*, 254-268.
- Schneider, R. J., Hough, L. M., & Dunnette, M. D. (1996). Broadsided by broad traits: How to sink science in five dimensions or less. *Journal of Organizational Behavior, 17*, 639–655.
- Schneider, R. H., Stagers, F., Alexander, C. N., Sheppard, W., Rainforth, M., Kondwani, K., ... & King, C. G. (1995). A randomized controlled trial of stress reduction for hypertension in older African Americans. *Hypertension, 26*, 820-827.
- Segal, H. (1957). Notes on symbol formation. *Int J Psychoanal, 38*, 391–397.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: New York* (p. 351).
- Sephton, S. E., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K., & Studts, J. L. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. *Arthritis Care & Research, 57*, 77-85.
- Shapiro, D. H. (1992). A Preliminary Study Of Long-Term Meditators : Goals , Effects , Religious Orientation , Cognitions. *The Journal of Transpersonal Psychology, 24*, 23–39.
- Shapiro, S. L. (2009). The integration of mindfulness and psychology. *Journal of clinical psychology, 65*, 555–60.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management, 12*, 164-176.
- Shapiro, S. L., & Carlson, L. E. (2009). *The art and science of mindfulness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology, 62*, 373–86.
- Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of clinical psychology, 64*, 840–862.
- Shapiro, S.L., Schwartz, G.E. (2000). The role of intention in self-regulation: Toward intentional systemic mindfulness. In Boekaerts, M., Pintrich, P.R., & Zeidner, M. (Eds.). *Handbook of Self-Regulation* (pp. 253–273). New York: Academic Press.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine, 21*, 581-599.
- Shaver, P.R., Lavy, S., Saron, C.D., & Mikulincer, M. (2007). Social foundations of the capacity for mindfulness: An attachment perspective. *Psychological Inquiry, 18*, 264–271.

- Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1993). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: Treatment Goals, Strategies, and Empirical Support. In J. Paris (Ed.), *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 285-318.
- Siegel, D. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: W W Norton & Co.
- Siegel, G. J., Ghinassi, F., & Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 235-262.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22, 255–262.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.
- Stanley, E. A., Kiyonaga, A., Schaldach, J. M., & Jha, A. P. (2011). Mindfulness-based Mind Fitness Training: a case study of high-stress predeployment military cohort. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 566-576.
- Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Gudleski, G. D., Coffey, S. F., Schlauch, R. C., Bailey, S. T., ... Gulliver, S. B. (2012). The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive behaviors*, 37, 469–76.
- Steele, H., & Steele, M. (2008). On the origins of reflective functioning. In F. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications*. *Psychoanalytic Inquiry Book Series*, 29 (pp. 133–158). New York, NY: Analytic Books.
- Sugiura, Y., Sato, A., Ito, Y., & Murakami, H. (2011). Development and Validation of the Japanese Version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Mindfulness*, 3, 85–94.
- Suzuki, S. (2010). *Zen mind, beginner's mind. 40th anniversary ed.* Boston, MA: Shambhala.
- Tang, Y.-Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., Posner, M. I. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104, 17152–17156.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 45, 134–142.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D.A. (1997). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615–623.
- Thera, N. (1962). *The Heart of Buddhist Meditation*. New York: Weiser.
- Thera, N. (1972). *The power of mindfulness*. San Francisco, CA: Unity Press.

- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2010). Mindfulness and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress disorder avoidance symptom severity. *Journal of anxiety disorders, 24*, 409–15.
- Tolle, E. (1999). *The Power of Now*. Novato, CA: New World Library
- Toneatto, T., & Nguyen, L. (2007). Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *The Canadian Journal of Psychiatry - La Revue Canadienne de Psychiatrie, 52*, 260-266.
- Tsang, S. C., Mok, E. S., Lam, S. C., & Lee, J. K. (2012). The benefit of mindfulness-based stress reduction to patients with terminal cancer. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 2690–2696.
- Tusaie, K., & Edds, K. (2009). Understanding and integrating mindfulness into psychiatric mental health nursing practice. *Archives of psychiatric nursing, 23*, 359–65.
- Van Der Lee, M.L., Garssen, B. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: a treatment study. *Psycho-Oncology, 21*, 264-272.
- Vøllestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 281-288.
- Vujanovic, A. a, Bonn-Miller, M. O., Bernstein, A., McKee, L. G., & Zvolensky, M. J. (2010). Incremental validity of mindfulness skills in relation to emotional dysregulation among a young adult community sample. *Cognitive behaviour therapy, 39*, 203–13.
- Walach, H., Nord, E., Zier, C.; Dietz-Waschkowski, B., Kersig, S., Schüpbach, H. (2007). Mindfulness-based stress reduction as a method for personnel development: A pilot evaluation. *International Journal of Stress Management, 14*, 188–198.
- Wallace, B. A. (2006). *The attention revolution: Unlocking the power of the focused mind*. Wisdom Publications.
- Wallace, B. A., & Shapiro, S. L. (2006). Mental balance and well-being: building bridges between Buddhism and Western psychology. *The American psychologist, 61*, 690–701.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Walshe, M. (1995). *The Long Discourses of the Buddha: A Translation of the Dīgha Nikāya*. Somerville, MA: Wisdom Publications.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Flückiger, C., ... Budge, S. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical psychology review, 30*, 923–33.
- Wang, Y., Xin, T.-T., Liu, X.-H., Zhang, Y., Lu, H.-H., & Zhai, Y.-B. (2012). Mindfulness can reduce automatic responding: Evidences from Stroop task and prospective memory task. *Acta Psychologica Sinica, 44*, 1180-1188.
- Weinrib, A. Z. (2012). Investigating experiential avoidance as a mechanism of action in a mindfulness intervention. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*.

- Williams, J. M. G. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion Washington Dc, 10*, 1–7.
- Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E., & Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial. *American Journal of Health Promotion, 15*, 422-432.
- Williams, J. M., Mathews, A., & MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological bulletin, 120*, 3–24.
- Williams, J. M. G., Russell, I., & Russell, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy: Further issues in current evidence and future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 524-529.
- Witkiewitz, K., Maratt, G.A. & Walker, D. (2005). Mindfulness based relapse prevention for alcohol substance use disorders. *Journal of cognitive psychotherapy, 19*, 211-228.
- Wong, J., Esplen, M. J., Butler, K., Gayner, B., DeRoche, P., Bishop, S., & Kavanagh, L. (2012). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV. *Journal of Behavioral Medicine, 35*, 272-85.
- Wupperman, P., Neumann, C.S., & Axelrod, S.R. (2008). Do deficits in mindfulness underlie borderline personality features and core difficulties. *Journal of Personality Disorders, 22*, 466–482.
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). *Mindfulness meditation improves cognition: evidence of brief mental training. Consciousness and cognition, 19*, 597–605.
- Zlotnick, C., Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (2001). The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder, Childhood Trauma and Alexithymia in an Outpatient Sample. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 177–188.
- Zvolensky, M. J., Feldner, M. T., Leen-Feldner, E. W., & Yartz, A. R. (2005). Exploring Basic Processes Underlying Acceptance and Mindfulness. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp.325–357). New York: Springer.

PARTE SECONDA

CONTRIBUTI EMPIRICI

Nella seconda parte del presente lavoro saranno illustrati i risultati di una serie di studi che abbiamo condotto nel tentativo di dare risposta ad alcuni degli interrogativi che rimangono privi di risposte articolate o affidabili in relazione al costrutto di mindfulness e di elaborare spunti di riflessione innovativi su questioni ampiamente dibattute nella letteratura precedentemente esposta. Nel fare ciò si è deciso di adottare una prospettiva di definizione e indagine della mindfulness come costrutto multidimensionale, servendosi della operazionalizzazione proposta da Baer e collaboratori (2006) illustrata in precedenza. Inizieremo, quindi, presentando i risultati recentemente pubblicati (Giovannini dello studio di validazione italiana del questionario Five Facet Mindfulness Questionnaire (Baer et al., 2006), che definisce la mindfulness come un costrutto multidimensionale composto da cinque funzioni distinte e interagenti, ovvero osservare i propri eventi interni, descriverli a parole, agire in modo consapevole, assumere un atteggiamento non giudicante e saper sostare nell'esperienza interna. Attraverso questa lettura multifattoriale procederemo a presentare, nel secondo capitolo, i risultati dell'indagine che abbiamo condotto allo scopo di chiarire il ruolo della mindfulness nella clinica della salute mentale. In particolare, ci concentreremo sulla relazione tra mindfulness e dimensioni sintomatologiche trasversali alla tradizionale diagnostica categoriale, proponendo, inoltre, una lettura originale dei campioni esaminati, attraverso l'identificazione di profili basati su diversi pattern di presentazione delle attitudini di mindfulness. Successivamente mostreremo gli esiti dell'indagine effettuata al fine di verificare l'esistenza di un rapporto tra la mindfulness e il costrutto di mentalizzazione. Si vaglieranno, a tal proposito, le tesi di Wallin (2007) ponendo in relazione la prospettiva multifattoriale della mindfulness rilevata in precedenza, con la componente esplicita della mentalizzazione rilevata tramite il costrutto di Mind Mindedness (Meins, 1997). I risultati ottenuti saranno esposti attraverso una lettura critica innovativa. Infine saranno presentati gli esiti dello studio di valutazione dell'efficacia di un programma di Mindfulness Based Stress Reduction effettuato attraverso il confronto con un campione di controllo attivo che permetterà di mettere in luce il contributo della presenza mentale nell'apportare i benefici osservati, sia rispetto all'assunzione di una prospettiva di vita mindful, che dal punto di vista di importanti dimensioni psicologiche.

STUDIO 1

LA VALIDAZIONE ITALIANA DEL FIVE FACET MINDFULNESS QUESTIONNAIRE

1. INTRODUZIONE

Avere “presenza mentale” significa essere consapevole della totalità dell’esperienza nel momento in cui la si sta vivendo e afferrare l’esistenza in modo autentico, momento per momento. Questo concetto, che, come ripercorso nei capitoli precedenti, origina dalla tradizione meditativa orientale e, in particolar modo, buddista (Mace, 2008), trova oggi ampio spazio all'interno dei contesti più svariati che hanno alla base l'intento comune di una promozione del benessere individuale e di sollievo dallo stress.

Le pratiche meditative tradizionali, infatti, sono state adattate per un utilizzo all’interno di diversi approcci di intervento clinico, in setting di tipo medico e in vari altri ambiti della salute mentale (Kabat-Zinn, 1982, 1990; Linehan, 1993a, 1993b; Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Questi approcci concettualizzano la mindfulness come un insieme di abilità che possono essere apprese e praticate per ridurre i sintomi psicologici e aumentare la salute e il benessere individuale (Baer, 2003; Grossman et al., 2004; Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, Guerrero, 2004; Robins & Chapman, 2004; Mace, 2008).

Solo di recente diversi ricercatori hanno focalizzato la loro attenzione sulla valutazione empirica delle abilità di mindfulness e hanno sottolineato l'importanza di creare strumenti di misurazione psicometricamente validi, in grado di mettere in luce e dimostrare sperimentalmente i meccanismi alla base dei benefici delle esperienze di mindfulness.

Baer e collaboratori (2006), in particolare, hanno cercato di operationalizzare il costruito complesso di mindfulness in uno studio in cui hanno somministrato a 613 studenti universitari i questionari disponibili in letteratura per la misurazione della mindfulness, ovvero: la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown & Ryan, 2003), il Freiburg Mindfulness Inventory (FMI; Buchheld, Grossman, & Walach, 2001), il Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS; Baer, Smith, & Allen, 2004), la Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS; Feldman, Hayes, Kumar & Greeson, 2004; Hayes & Feldman, 2004) e il Mindfulness Questionnaire (MQ; Chadwick, Hember, Mead, Lilley, & Dagnan, 2005).

La MAAS, ideata da Brown e Ryan (2003), è un questionario a 15 item, ampiamente diffuso nell'ambito della ricerca. Le domande sono rivolte principalmente alla capacità di focalizzare l'attenzione e all'utilizzo di schemi rigidi di comportamento. Il KIMS (Baer et al., 2004), invece, è stato ideato nell'ambito dei training di mindfulness della terapia dialettico comportamentale di Marsha Linehan. Si compone di 39 item che si riferiscono a quattro componenti fondamentali del training: osservazione, accettazione non giudicante, descrizione delle esperienze e agire con consapevolezza. L'FMI (Buchheld et al., 2002) è un questionario a 30 item, che nasce in relazione a un concetto di mindfulness come espresso da meditatori esperti. Si compone di quattro dimensioni di base: attenzione disidentificativa rivolta al momento presente, atteggiamento non giudicante verso sé e gli altri, apertura verso stati mentali negativi, comprensione intuitiva orientata al processo. Il CAMS (Hayes et al. 2004) è composto da 12 item focalizzati sulla valutazione dell'attenzione, della consapevolezza e dell'accettazione dell'esperienza per come si presenta. L'MQ (Chadwick et al. 2005) è composto da 16 item che mirano a valutare la capacità dei soggetti di tolleranza agli eventi stressanti, attraverso quattro componenti: lasciar correre, non giudicare, osservare e accettare.

Baer e collaboratori (2006), attraverso una serie di analisi fattoriali calcolate sui 112 item di tutti gli strumenti somministrati, hanno identificato una struttura gerarchica caratterizzata dalla presenza di un fattore generale – mindfulness – e cinque dimensioni sottostanti, che possono essere descritte come:

1. Observe - Osservare le sensazioni, percezioni e pensieri: notare, dedicarsi alle sensazioni, alle percezioni, ai pensieri e ai sentimenti.
2. Describe - Descrivere a parole ciò che si prova.
3. Act with Awareness - Agire in modo consapevole: divenire coscienti dei propri pensieri, delle proprie emozioni e delle motivazioni che spingono i nostri comportamenti; agire "non con il pilota automatico", sapersi concentrare.
4. Nonjudge - Avere un atteggiamento non giudicante: capacità della mente di osservare le cose così come sono, senza critiche o giudizi, imparando a non giudicare la propria esperienza interiore ma ad accoglierla e accettarla per quello che è.
5. Nonreact - Non reagire all'esperienza interna: implica la possibilità di prendersi una "pausa" dal fare e "sostare" nell'esperienza interna.

Selezionando gli item sulla base dei valori di saturazione, Baer e collaboratori (2006) hanno quindi costruito il Five Facet Mindfulness Questionnaire, un self-report per la misurazione della mindfulness, secondo il modello a cinque fattori appena descritto.

Studi recenti hanno fornito ulteriore sostegno alla forza del FFMQ nel misurare la mindfulness in contesti clinici e non e in diverse culture e lingue (Baer et al. 2008; Bohlmeijer, ten Klooster, Fledderus, Veehof, & Baer 2011; Bränström, Kvillemo, Brandberg, & Moskowitz, 2010; Carmody & Baer 2008; Deng, Liu, Rodriguez, & Xia, 2011; Fernandez, Wood, Stein, & Rossi, 2010; Heeren, Douilliez, Pescharda, Debrauwerea, & Philippota, 2011; Lijla et al., 2011; Sugiura, Sato, & Ito 2011; Veehof, ten Klooster, Taal, Westerhof, & Bohlmeijer, 2011).

In questo capitolo riporteremo gli esiti del lavoro di validazione italiana del Five Facet Mindfulness Questionnaire (Giovannini, Giromini, Bonalume, Tagini, Lang, Amadei, in press).

L'obiettivo principale di questo studio era quello di compensare la carenza di strumenti di valutazione della mindfulness nel contesto italiano e, in secondo luogo di contribuire all'adattamento cross-culturale dello strumento. In Italia l'interesse verso la mindfulness è dimostrato dalla diffusione delle pratiche ad essa connesse in contesti clinici e accademici. D'altro canto la ricerca empirica sta iniziando solo ora a muovere i primi passi e, come rilevato attraverso una ricerca delle parole "mindfulness" e "Italian" attraverso PUBMED e PsychInfo, solo due studi empirici sono stati, a oggi, pubblicati (Fossati, Feeney, Maffei, & Borroni, 2011; Fossati, Vigorelli Porro, Maffei, & Borroni, 2012). Entrambi gli studi si sono serviti di versioni non validate dei questionari di valutazione della mindfulness, allo scopo di indagare la relazione tra mindfulness e disturbi di personalità in un campione di adolescenti non clinici (Fossati et al., 2011) e in un campione clinico di adulti in trattamento ambulatoriale (Fossati et al., 2012). Come predetto, gli autori riscontrano una relazione negativa tra i livelli di mindfulness e i sintomi dei disturbi indagati.

La validazione in lingua italiana del Five Facet Mindfulness Questionnaire (Giovannini et al. In press) si è articolata in due parti. Nel primo studio, ci si è occupati di indagare la struttura fattoriale, la coerenza interna e la validità di costrutto della scala in un campione di studenti universitari della facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca e in un campione normativo di volontari adulti. Nel secondo studio si è indagata la stabilità test-retest in un campione di 43 studenti universitari che non avevano preso parte al primo studio.

2. STUDIO 1

2.1 METODOLOGIA

Il FFMQ è stato tradotto (vedi allegati) e somministrato a un ampio campione di studenti e volontari adulti italiani, insieme a altri questionari self-report. L'adattamento del FFMQ alla popolazione italiana ha previsto una procedura di traduzione e, successivamente, di *back-translation* (Brislin, 1980; Geisinger, 2003; Van de Vijver & Hambleton, 1996). Alcuni autori hanno tradotto la versione originale dall'inglese all'italiano, in seguito, un autore bilingue, in cieco rispetto alla versione originale del questionario, ha ri-tradotto questa versione in inglese. Infine, le due versioni in inglese sono state confrontate per risolvere eventuali incongruenze.

2.1.1 IL CAMPIONE

Il campione iniziale era composto da 636 soggetti italiani: 355 erano studenti universitari e 281 erano adulti volontari, reclutati allo scopo di ampliare il range di età del campione. Dopo aver eliminato i soggetti che presentavano dati mancanti in uno o più item del FFMQ, il campione totale si è attestato su 559 soggetti, con un'età media di 33.0 anni ($DS = 12.1$) in un range dai 18 ai 64 anni. La maggior parte del campione era costituita da femmine (70.7%)¹. Tutti i soggetti erano di nazionalità italiana e si sono identificati come italiani e di etnia caucasica.

2.1.2 PROCEDURA

A tutti i partecipanti sono stati forniti i questionari insieme a una breve descrizione dello studio e al consenso informato. Il campione di studenti è stato reclutato attraverso un servizio online dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Il campione di adulti non-studenti è stato raccolto attraverso una strategia simile al campionamento a valanga: un piccolo gruppo di studenti, che non ha partecipato allo studio in qualità di soggetto, ha reclutato un minimo di 10 soggetti di sua conoscenza come parte di un laboratorio di ricerca universitario. Tutti i soggetti erano volontari e hanno compilato i questionari anonimamente (a ogni soggetto era fornita una busta in modo che le risposte non fossero consultabili dallo studente che raccoglieva i questionari). Gli studenti coinvolti nello

1 Tre soggetti non presentavano informazioni relative al genere e 3 relative all'età.

studio, fossero essi soggetti o reclutatori, hanno ricevuto crediti formativi in cambio della loro partecipazione. Ai soggetti non studenti non è stato fornito alcun tipo di compenso per la loro partecipazione.

2.1.3 STRUMENTI DI VALUTAZIONE E IPOTESI DI RICERCA

Per la verifica della validità concorrente della versione italiana del FFMQ (Giovannini et al., in press), si è scelto di selezionare alcuni strumenti già utilizzati da Baer e collaboratori (2006) nel loro primo studio di validazione del questionario in lingua inglese. Quando non è stato possibile reperire una versione validata in lingua italiana del questionario, si è optato per una procedura di traduzione e back-translation.

Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2006).

Il FFMQ è uno strumento self-report che valuta la mindfulness attraverso 39 item, le cui risposte sono organizzate su scala Likert da 0 a 5 (1 = non mi accade mai o raramente; 5 = Mi accade spesso o sempre). Negli studi che ne hanno indagato la validità di costrutto sono emerse correlazioni positive con altri strumenti per la misurazione della mindfulness e costrutti affini, come l'esperienza nella meditazione e la sensazione soggettiva di benessere, e correlazioni negative con la presenza di sintomi psicologici (Baer et al. 2006; 2008). Lo studio della struttura fattoriale della versione originale ha permesso di individuare un modello gerarchico con cinque dimensioni (Observe, Describe, Act with Awareness, Nonjudge, and Nonreact) saturate dal costrutto globale di mindfulness e correlate tra loro (Baer et al., 2008). Gli autori hanno dimostrato che in un campione di soggetti con scarsa attitudine alla meditazione è più appropriato un modello a quattro dimensioni, con l'esclusione di Observe. Risultati simili si riscontrano in contesti culturali e linguistici differenti (Deng et al., 2011; Heeren et al., 2011; Lijla et al., 2011; Sugiura et al., 2011).

Gli studi di Baer e colleghi (2008) hanno evidenziato, inoltre, che tutte le scale del questionario originale presentano una buona coerenza interna, con α di Cronbach compreso tra .75 e .91 per ciascuna dimensione a esclusione di Nonreact, il cui α è pari a .67.

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby, Taylor, e Parker, 1993) [tr.it. Bressi et al., 1996]. La TAS-20 è lo strumento più utilizzato in letteratura per la valutazione dell'alessitimia. Valuta la difficoltà a identificare e descrivere sentimenti e la perdita di interesse per la propria esperienza interna. L'adattamento italiano mostra una buona coerenza interna (α di Cronbach di .75 nel campione normativo e .82 nel campione patologico) ed elevata stabilità test-retest

dopo due settimane ($r = .86$). Dal momento che la mindfulness implica un interesse nell'osservazione delle emozioni ci si attendeva una correlazione negativa con i fattori Observe e Describe.

Big Five Questionnaire-2 (BFQ-2; Caprara et al., 2008). Il BFQ-2 è uno strumento self-report che misura i tratti di personalità attraverso le cinque dimensioni ritenute fondamentali per la descrizione della personalità. Sono stati selezionati gli item del questionario che permettono di misurare due dei cinque fattori: Apertura Mentale e Stabilità Emotiva. Negli studi di validazione italiana, queste dimensioni del questionario presentano buona coerenza interna (α di Cronbach compresi tra .73 e .88). Dal momento che la mindfulness include la capacità di rivolgersi agli stimoli interni ed esterni con attenzione e livelli più bassi di affetti negativi, si ipotizza una correlazione positiva tra queste caratteristiche dell'esperienza e i fattori del FFMQ. Ci si aspetta, in particolar modo, una relazione positiva tra Nonreact e Stabilità Emotiva, dal momento che entrambi i costrutti fanno riferimento alla capacità di entrare in contatto con sentimenti, pensieri e sensazioni spiacevoli, senza esserne sopraffatti o assorbiti.

Trait Meta-Mood Scale (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, e Palfai, 1995). La TMMS misura l'intelligenza emotiva, l'attenzione ai sentimenti e la capacità di modulare gli affetti. Salovey et al. (1995) riportano una buona coerenza interna. Punteggi elevati sembrano essere associati a minori sintomi depressivi e a maggiore soddisfazione rispetto alla propria vita (Martinez-Pons, 1997). Dal momento che quando questa ricerca è iniziata non erano disponibili in letteratura versioni validate in italiano della TMMS, questo strumento è stato adattato in italiano seguendo una procedura di back-translation. Considerando che molte definizioni della mindfulness includono la capacità di osservare e descrivere i propri sentimenti, ci si aspettava una correlazione positiva con i fattori Observe e Describe.

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz e Roemer, 2004). La DERS valuta la presenza di difficoltà nella regolazione degli affetti, legate a problemi di consapevolezza, di comprensione e di espressione delle emozioni. Gratz e Roemer (2004) riportano una consistenza interna di .93, un'attendibilità test-retest di .88 in un intervallo da 4 a 8 settimane e hanno predetto correlazioni significative con diverse variabili quali l'evitamento dell'esperienza e l'autolesionismo. Per questo studio abbiamo utilizzato una versione validata in italiano dello strumento (Giromini, Velotti, de Campora, Bonalume e Zavattini, 2012), che ha dimostrato una consistenza interna da adeguata a eccellente (α da .77 a .92), stabilità test-retest con ICC da .49 a .73 e buona validità, come evidenziato dalle correlazioni significative con altri costrutti e dal

confronto tra campione clinico e non clinico. Punteggi elevati alla DERS indicano un'elevata difficoltà di regolazione delle emozioni, di conseguenza si ipotizzava una correlazione negativa con i fattori del FFMQ.

Scale of Dissociative Activities (SODAS; Mayer e Farmer, 2003). Valuta la tendenza a agire senza consapevolezza, la scarsa percezione della propria esperienza interna, la disregolazione mnestica e il senso di derealizzazione. Mayer e Farmer (2003) riportano una buona coerenza interna della scala ($\alpha = .95$), una stabilità test-retest di .77 in un intervallo di 38 giorni e una correlazione positiva significativa con altri indici di dissociazione. Anche per questo strumento non esistevano versioni validate in italiano, per cui si è proceduto alla traduzione adottando il metodo della back-translation. La dissociazione implica una carenza di consapevolezza rispetto alle proprie azioni e alle proprie esperienze interne, ci si attendeva, pertanto, una correlazione negativa con la scala Act with Awareness.

White Bear Suppression Inventory (WBSI; Wegner e Zanakos, 1994). Il WBSI è uno strumento self-report che misura la tendenza a evitare o sopprimere alcuni pensieri intrusivi o ricorrenti attraverso 15 item. Paradossalmente, è stato dimostrato come tali tentativi portino a un aumento della frequenza di questi pensieri (Wenzlaff e Wegner, 2000). In letteratura si riscontrano a una buona consistenza interna ($\alpha = .89$) e una soddisfacente stabilità test-retest ($r = .80$) (Muris, Merckelbach e Horselenberg, 1996). Anche per questo strumento non esistevano versioni validate in italiano, per cui si è proceduto alla traduzione adottando il metodo della back-translation. Ci si aspettavano correlazioni negative tra i fattori del FFMQ e il WBSI, in particolare in relazione al fattore Nonjudge, che fa riferimento all'accettazione di pensieri e sentimenti senza il giudizio critico, mentre il WBSI misura la tendenza a sopprimere o evitare le esperienze interne.

2.1.4 ANALISI STATISTICHE

Per le analisi statistiche si è fatto ricorso alla versione 21.0 del software SPSS per Windows e di Lisrel 8.50. Sono state esaminate struttura fattoriale, coerenza interna e validità concorrente del FFMQ, facendo uso rispettivamente di analisi fattoriale esplorativa e confermativa, α di Cronbach, e correlazioni di Pearson.

2.2 RISULTATI

2.2.1. STATISTICHE DESCRITTIVE.

Le statistiche descrittive relative ai punteggi del FFMQ sono riportate in Tabella 1. Tutti i punteggi si distribuiscono normalmente. Si riscontra una correlazione modesta tra l'età e i fattori Describe ($r = -.09$, $p = .04$) e Act with Awareness ($r = .09$, $p = .04$). I soggetti di sesso maschile presentano punteggi lievemente più bassi sul fattore Observe, $M = 24.1$ ($DS = 5.8$) vs. $M = 25.3$ ($DS = 5.3$), $t(279.5^2) = -2.3$, $p = .02$, $d = .16$, e lievemente più alti in Nonjudge, $M = 28.8$ ($DS = 5.7$) vs. $M = 27.2$ ($DS = 5.9$), $t(554) = 2.9$, $p < .01$, $d = .27$, rispetto alle femmine. Nessuno dei restanti fattori presenta correlazioni significative con l'età o altre differenze nella distribuzione in relazione al genere.

Tabella 1. Statistiche Descrittive dei punteggi del FFMQ ($N = 559$) (da Giovannini et. al, in press)

	Maschi			Femmine			Campione Totale		
	N	Media	DS	N	Media	DS	N	Media	DS
STUDENTI									
Observe	76	25.2	5.0	240	25.6	5.1	318	25.5	5.1
Describe	76	27.4	5.6	240	28.7	5.3	318	28.4	5.4
Act with Awareness	76	26.8	5.6	240	28.4	5.4	318	28.1	5.5
Nonjudge	76	27.5	6.4	240	27.7	6.0	318	27.7	6.1
Nonreact	76	20.9	4.2	240	19.8	3.8	318	20.1	3.9
FFMQ_TOT	76	127.8	16.0	240	130.1	15.1	318	129.6	15.3
ADULTI									
Observe	87	23.1	6.2	153	24.9	5.6	241	24.3	5.9
Describe	87	27.1	5.6	153	27.2	5.9	241	27.1	5.8
Act with Awareness	87	31.1	4.9	153	28.3	5.3	241	29.3	5.3
Nonjudge	87	29.9	4.9	153	26.6	5.6	241	27.7	5.6
Nonreact	87	19.7	4.7	153	19.8	4.0	241	19.8	4.3
FFMQ_TOT	87	130.9	15.1	153	126.8	15.1	241	128.2	15.2
CAMPIONE TOTALE									
Observe	163	24.1	5.8	393	25.3	5.3	559	24.9	5.5
Describe	163	27.2	5.6	393	28.1	5.6	559	27.8	5.6
Act with Awareness	163	29.1	5.6	393	28.4	5.4	559	28.6	5.4
Nonjudge	163	28.8	5.7	393	27.2	5.9	559	27.7	5.9
Nonreact	163	20.3	4.5	393	19.8	3.9	559	19.9	4.1
FFMQ_TOT	163	129.4	15.6	393	128.9	15.2	559	129.0	15.3

Nota. Tre dati mancanti relativi al genere.

In Tabella 2 sono riportate le correlazioni tra le sotto-scale del FFMQ e con il punteggio totale. Come riferito da Baer e collaboratori (2006), tutti i fattori presentano correlazioni

² Dal momento che non è possibile assumere l'omoschedasticità, si è utilizzato il metodo di Welch-Satterthwaite per aggiustare i gradi di libertà.

elevate con il punteggio totale, ma correlano in modo limitato tra di loro. In linea con i risultati relativi a campioni di non meditatori (Baer et al., 2006; 2008; Lilja et al., 2011; Sugiura et al., 2011) si è riscontrata una correlazione negativa tra Observe e le sottoscale Nonjudge e Act with Awareness.

Tabella 2. Correlazioni tra le sotto-scale del FFMQ e con il punteggio Totale (N = 559) (da Giovannini et. al, in press)

	Observe	Describe	Act with Awareness	Nonjudge	Nonreact
Observe	-				
Describe	.24**	-			
Act with Awareness	-.13**	.27**	-		
Nonjudge	-.11**	.20**	.38**	-	
Nonreact	.24**	.32**	.09*	.16**	-
FFMQ_TOT	.42**	.71**	.58**	.60**	.56**

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$.

2.2.2 STRUTTURA FATTORIALE

Baer e collaboratori (2006) hanno suggerito un modello gerarchico in cui Observe, Describe, Act with Awareness, Nonjudge e Nonreact costituiscono delle sotto-dimensioni del costruito di mindfulness. Tuttavia, gli autori hanno anche segnalato che per soggetti con scarsa attitudine alla meditazione si è rivelato più appropriato un modello gerarchico simile, ma a quattro sole sotto-dimensioni, con l'esclusione di Observe.

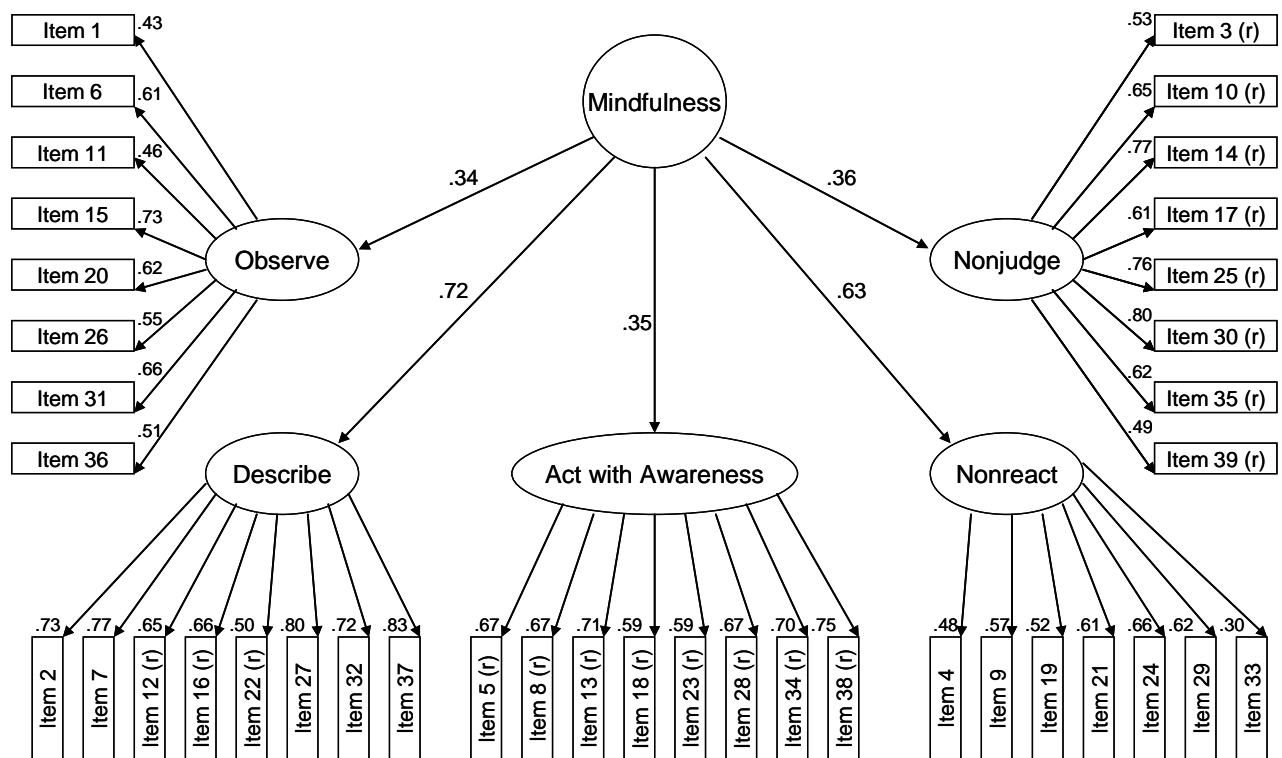
Poiché questo studio prendeva in esame un campione di studenti la cui attitudine alla meditazione non è stata rilevata, ci si attendeva che questo secondo modello si adattasse in modo più adeguato ai dati osservati; ciononostante, entrambi i modelli sono stati testati. Si è scelto di effettuare un'analisi fattoriale confermativa (CFA), partendo da matrici di correlazione dei singoli item e utilizzando il metodo della massima verosimiglianza (Hu, Bentler, & Kano, 1992). Le analisi sono state effettuate, attraverso Lisrel 8.50 (Jöreskog & Sörbom, 2001).

Sono stati esaminati quattro indici in particolare: il *root mean square error of approximation* (RMSEA), il *comparative fit index* (CFI), il *nonnormed fit index* (NNFI), e la proporzione tra il valore di chi quadro e i suoi gradi di libertà (χ^2 / df). Tipicamente, CFI e NNFI con valori attorno a .90 o superiori sono considerati indice di buon adattamento del modello (Browne e Cudeck, 1993), RMSEA con valori tra .01 e .05 sono considerati buoni e RMSEA con

valori tra .06 e .08 sono considerati accettabili (Browne & Cudeck, 1993), mentre il rapporto χ^2 / df si deve attestare vicino a 2.00 per un buon adattamento e sotto 5.00 per un adattamento abbastanza promettente (Watkins, 1989). Utilizzando questi criteri la CFA effettuata sulla versione italiana del FFMQ (Giovannini et al., in press) ha replicato abbastanza fedelmente la struttura riportata da Baer e collaboratori (2006).

L'indice RMSEA indica un adattamento da accettabile a vicino (RMSEA = .072; 90% Intervallo di Confidenza = .069 – .075), il CFI e il NNFI non erano lontani dal valore di soglia di .90 (CFI = .83; NNFI = .82), e il rapporto χ^2 / df è da abbastanza promettente a buono ($\chi^2 / df = 3.918$). Tutti i fattori hanno ottenuto saturazioni $\geq .30$ (vedi Figura 1).

Figura 1. Struttura fattoriale della versione italiana del FFMQ: CFA (N = 559) (da Giovannini et. al, in press)



Nota. I coefficienti riportati sono stime di massima verosimiglianza. (r) = reversed item.

2.2.3 COERENZA INTERNA

Al fine di valutare la coerenza interna della versione italiana del FFMQ (Giovannini et al., in press) sono stati calcolati gli α di Cronbach relativi a ciascuna sotto-dimensione e al totale. Come riportato in Tabella 3, i risultati indicano che il questionario presenta un'elevata coerenza

interna, con α di Cronbach di .86 per il totale, e valori accettabili per le sotto-scale ($\alpha \geq .74^3$). Da evidenziare, tuttavia, che due item (item 33 ‘Quando i miei pensieri o immagini mi turbano li noto soltanto e “li lascio andare”’ e item 11 ‘Mi accorgo di come i cibi e le bevande influenzino i miei pensieri, le mie sensazioni corporee e le mie emozioni’) presentano correlazioni basse (< .2), sebbene significative con il punteggio totale.

Tabella 3. Indici di coerenza interna della versione italiana del FFMQ (N = 559) (da Giovannini et. al, in press)

Scala del FFMQ	N° di Item	α	Range di correlazione item-totale	α della versione di Baer et al. (2006)
Observe	8	.79	.55 - .74	.83
Describe	8	.89	.61 - .82	.91
Act with Awareness	8	.86	.66 - .76	.87
Nonjudge	8	.86	.63 - .78	.87
Nonreact	7	.74	.48 - .70	.75
FFMQ_TOT	39	.86	.10 - .59	.*

Nota. *Baer et al. (2006) non riportano i valori di α del totale.

2.2.4 VALIDITÀ CONCORRENTE

Per ottenere informazioni rispetto alla validità concorrente della versione italiana del FFMQ (Giovannini et al., in press) sono state indagate le correlazioni tra i punteggi al FFMQ e i questionari precedentemente illustrati. I valori di α di Cronbach di ogni scala utilizzata superano .70. I risultati sono riportati in Tabella 4. Come già riportato da Baer e collaboratori (2006), i nostri risultati indicano che quattro dei cinque fattori del FFMQ (Describe, Act with Awareness, Nonjudge e Nonreact) correlano positivamente con costrutti in relazione con la mindfulness (vedi la Stabilità Emotiva) e negativamente con le scale che valutano costrutti considerati indici di “mind-blindness”. Come atteso il fattore Act with Awareness correla negativamente con la scala di dissociazione, mentre Nonjudge correla negativamente con la tendenza alla dissociazione e la soppressione del pensiero. Il fattore Describe si associa negativamente all’alessitimia e positivamente alla consapevolezza emotiva. Come atteso la correlazione più alta per il fattore Nonreact si riscontra con la scala di Stabilità Emotiva. I nostri risultati replicano quelli di Baer e collaboratori (2006), anche in relazione al fattore Observe che, oltre a correlare positivamente con l’Apertura Mentale e la consapevolezza emotiva, correlano positivamente con la dissociazione e la soppressione del pensiero.

3 Secondo Nunnally (1978) si considerano accettabili valori $\geq .70$.

Tabella 4. Validità concorrente della versione italiana del FFMQ (da Giovannini et. al, in press)

Scale	TAS-20 (N = 513)	BFQ-2-A (N = 525)	BFQ-2-S (N = 513)	TMMS (N = 526)	DERs (N = 484)	SODAS (N = 487)	WBSI (N = 546)
Observe	-.17**	.24**	-.07	.30**	-.06	.23**	.09*
Describe	-.66**	.39**	.15**	.56**	-.39**	-.21**	-.24**
Act with Awareness	-.38**	.21**	.33**	.31**	-.44**	-.55**	-.31**
Nonjudge	-.42**	.23**	.48**	.35**	-.56**	-.52**	-.56**
Nonreact	-.22**	.27**	.46**	.26**	-.35**	-.15**	-.24**
FFMQ_TOT	-.65**	.46**	.45**	.62**	-.62**	-.43**	-.44**

Nota. TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale a 20 item, punteggio totale; BFQ-2-A = Big Five Questionnaire-2, Apertura Mentale; BFQ-2-S = Big Five Questionnaire-2, Stabilità Emotiva; TMMS = Trait Meta-Mood Scale, punteggio totale; DERs = Difficulties in Emotion Regulation Scale, punteggio totale; SODAS = Scale of Dissociative Activities, punteggio totale; WBSI = White Bear Suppression Inventory, punteggio totale; * $p < .05$; ** $p < .01$.

3. STUDIO 2

3.1 METODOLOGIA

3.1.1 IL CAMPIONE

Al fine di indagare la stabilità test-retest della versione italiana del FFMQ (Giovannini et al., in press) è stato reclutato un secondo campione di 43 studenti dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, che hanno preso parte allo studio ottenendo crediti formativi universitari. L'età media era di 23.6 anni ($DS = 6.0$, minimo = 19, massimo = 48) e l'81.4% erano femmine. Tutti i partecipanti, dopo aver rilasciato una dichiarazione di consenso informato, hanno compilato il questionario una prima volta e una seconda a distanza di 4 settimane. Dei 50 studenti presenti alla prima somministrazione, 43 hanno ricompilato il FFMQ una seconda volta. Le analisi di stabilità test-retest sono state condotte su questo sotto-campione di 43 studenti.

3.1.2 PROCEDURA

Nel corso di una lezione di psicologia, gli studenti sono stati invitati a completare il FFMQ su partecipazione volontaria. Ai partecipanti è stata richiesta la sottoscrizione del consenso informato per prendere parte allo studio ed è stato assegnato un codice univoco. Degli studenti invitati, 43 hanno acconsentito a partecipare allo studio e hanno completato

nuovamente il FFMQ a distanza di 4 settimane. Gli studenti hanno ricevuto crediti formativi in cambio della loro partecipazione.

3.2 RISULTATI

Il coefficiente di correlazione intraclasse (ICC) per il totale è risultato pari a .78. Gli ICC per le sotto-dimensioni sono risultati, rispettivamente: .71 per Observe, .81 per Describe, .73 per Act with Awareness, .65 per Nonjudge e .56 per Nonreact. Secondo le soglie suggerite in letteratura (Cicchetti, 1994; Cicchetti e Sparrow, 1981; Fleiss, 1981), il punteggio totale e Describe presentano una stabilità eccellente, Observe, Act with Awareness e Nonjudge una stabilità buona e Nonreact una stabilità discreta.

4. DISCUSSIONE DEI RISULTATI E LIMITI DELLO STUDIO

La diffusione dell'interesse per il costrutto e le pratiche di mindfulness alla quale si è assistito nel corso degli ultimi decenni ha incoraggiato lo sviluppo di metodi per la sua valutazione empirica. In Italia, in particolare, il diffondersi nel contesto clinico delle pratiche di mindfulness fa emergere la necessità di disporre di strumenti adeguati per la valutazione di questo costrutto. Obiettivo principale del nostro studio (Giovannini et al., in press) era, quindi, quello di indagare le proprietà psicometriche della versione italiana del FFMQ. A tal proposito sono stati condotti due studi: il primo studio aveva l'obiettivo di indagare la struttura fattoriale, la coerenza interna e la validità convergente del questionario; nel secondo si è indagata la stabilità test-retest.

Nel complesso, i risultati illustrati supportano l'adattabilità del FFMQ al contesto italiano e la struttura fattoriale della versione italiana replica quella ottenuta da Baer e collaboratori (2006). La coerenza interna e la stabilità test-retest risultano da adeguate a eccellenti, e la maggior parte delle dimensioni correla nelle direzioni attese con costrutti che presentano un legame teorico con la mindfulness. In altre parole, tutti e cinque i fattori identificati da Baer e collaboratori (2006) risultano componenti della mindfulness distinte, valide e affidabili.

Dall'indagine della validità concorrente è emerso che i costrutti utilizzati per tali analisi presentano associazioni con le dimensioni della mindfulness. Come già rilevato da Baer e collaboratori (2006), la capacità di osservare le proprie sensazioni ed esperienze interne ed esterne è associata all'intelligenza emotiva, mentre la capacità di esprimere le proprie

esperienze interne a parole si associa, come atteso, in maniera negativa con l'alessitimia e positiva con l'intelligenza emotiva. Non sorprende che la capacità di essere consapevoli delle proprie azioni si associ negativamente con la dissociazione. La scala di valutazione della capacità di assumere un atteggiamento non giudicante rispetto a sentimenti e pensieri si associa negativamente con la disregolazione emotiva, la tendenza alla soppressione del pensiero e le tendenze dissociative. Infine, in linea con le ipotesi iniziali, la propensione a percepire le proprie sensazioni e i propri sentimenti negativi senza avvertire la spiacevole necessità di reagirvi (Nonreact) ha una relazione positiva con la stabilità emotiva.

La sotto-scala Observe si associa al costrutto complessivo di mindfulness in misura ridotta rispetto alle altre dimensioni e presenta un'associazione negativa, sebbene moderata, con Act with Awareness e Nonjudge. Inoltre, Observe è in relazione positiva con le misure di dissociazione e soppressione del pensiero. Questi risultati sono in linea con quanto riscontrato da Baer e collaboratori (2006), che hanno ipotizzato che il contenuto del fattore Observe, con la sua attenzione agli stimoli interni ed esterni e alle esperienze corporee, si differenzi dagli altri fattori, che tendono a fare riferimento a cognizioni, attenzione, emozioni e comportamenti. Sugeriscono, inoltre, che Observe sia più sensibile all'esperienza meditativa. In accordo con Baer e collaboratori (2006) Observe presenta una correlazione elevata con il costrutto generale di mindfulness, ma solo se si somministra il FFMQ a meditatori esperti. I nostri risultati relativi alla dimensione Observe potrebbero essere, in parte, spiegati dalla mancanza di un campione di meditatori esperti nei nostri studi. È da sottolineare, in ogni caso, che Observe emerge chiaramente dall'analisi fattoriale. Il fattore presenta, inoltre, una buona coerenza interna, una buona stabilità test-retest e, come atteso, non mostra correlazioni significative né con la mindfulness (punteggio totale del FFMQ) né con l'intelligenza emotiva (vedi i punteggi della TMMS).

È opportuno sottolineare alcuni limiti dei nostri studi. In primo luogo ci siamo serviti unicamente di strumenti self-report, che possono implicare uno specifico *bias* dovuto al fraintendimento nell'interpretazione del significato degli item. In secondo luogo, non è stata indagata la validità divergente del FFMQ. Tre delle scale utilizzate per investigare la validità concorrente, inoltre, non sono state ancora validate in italiano. Nello studio 1 ai partecipanti era richiesto di completare un gran numero di questionari relativi a costrutti simili, ci si può quindi aspettare un'interferenza dovuta all'affaticamento dei soggetti. Per questo motivo si

renderanno necessarie ulteriori indagini su campioni italiani e, in particolar modo su soggetti con esperienza di meditazione o di tecniche di mindfulness.

Nonostante i limiti evidenziati e i punti di fragilità dello studio di validazione italiana del FFMQ (Giovannini et al., in press), i risultati forniscono un contributo per la ricerca sulla mindfulness, suggerendo che il questionario di Baer e collaboratori (2006) sia una misura adattabile al contesto italiano e fornendo un supporto al modello multi-dimensionale a cinque fattori della mindfulness.

BIBLIOGRAFIA

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27- 45.
- Baer, R. A., Smith G. T., Likins E., Button D., Krietemeyer J., Sauer S., Walsh E. (2008). Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment*, 15, 329-342.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D. A. (1993). The twenty-item Toronto Alexithymia scale-II: Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Bentler, P. M., e Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606.
- Bohlmeijer, E., ten Klooster, P. M., Fledderus, M., Veehof, M., Baer R. (2011). Psychometric properties of the five facet mindfulness questionnaire in depressed adults and development of a short form. *Assessment*, 8, 308-320.
- Bränström, R., Kvillemo, P., Brandberg, Y., Moskowitz, J. T. (2010). Self-report mindfulness as a mediator of psychological well-being in a stress reduction intervention for cancer patients: A randomized study. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 151-61.
- Bressi, C., Taylor G. J., Parker, J. D. A., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., et al.. (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 551-559.
- Brislin, R. W. (1980). Translation and content analysis of oral and written material. In H.C. Triandis, e J.W. Berry (eds.), *Handbook of cross-cultural psychology* (Vol.1) (pp. 389-444). Boston: Allyn e Bacon.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Browne M.W., & Cudeck R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K.A Bollen e J.S. Long (ed.), *Testing Structural Equation Models*, pp. 136–162. Beverly Hills, CA: Sage.
- Buchheld, N., Grossman, P., Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11-34.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., Vecchione, M. (2007). *Big Five Questionnaire – 2 (BFQ-2)*. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni speciali.

- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationship between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 23–33.
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 451-455.
- Deng, Y., Liu, X., Rodriguez, M. A., Xia, C. (2011). The Five Facet Mindfulness Questionnaire: psychometric properties of the Chinese version. *Mindfulness*, 2, 123-128.
- Feldman, G. C., Hayes, A. M., Kumar, S. M., Greeson, J. M. (2004). Development, factor structure, and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale. Unpublished.
- Fernandez, A. C., Wood, M. D., Stein, L. A., Rossi, J. S. (2010). Measuring mindfulness and examining its relationship with alcohol use and negative consequences. *Psychology of Addictive Behaviour*, 24, 608-16.
- Fossati, A., Feeney, J., Maffei, C., Borroni, S. (2011). Does mindfulness mediate the association between attachment dimensions and Borderline Personality Disorder features? A study of Italian non-clinical adolescents. *Attachment and Human Development*, 13, 563-578.
- Fossati, A., Vigorelli Porro, F., Maffei, C., Borroni, S. (2012). Are the DSM-IV Personality Disorders Related to Mindfulness? An Italian Study on Clinical Participants. *Journal of Clinical Psychology*, [Epub ahead of print].
- Geisinger, K. F. (2003). Testing and assessment in cross-cultural psychology. In J.R. Graham, J.A. Naglieri, e I.B. Weiner (eds.), *Handbook of psychology* (Vol. 10). Assessment Psychology (pp. 95-118). New Jersey: John Wiley e Sons.
- Giovannini, C., Giromini, L., Bonalume, L., Tagini, A., Lang, M., Amadei, G. (in press) The Italian Five Facet Mindfulness Questionnaire: A contribution to its Validity and Reliability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.
- Giromini, L., Velotti, P., de Campora, G., Bonalume, L., Zavattini, G.C. (2012). Cultural Adaptation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: Reliability and Validity of an Italian Version. *Journal of Clinical Psychology*, 68 (9), 989–1007.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255-262.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behaviour therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.

- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschar, V., Debrauwere, L., Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 61, 147-151.
- Hu, L. T., Bentler, P. M., & Kano, Y. (1992). Can test statistics in covariance structure analysis be trusted? *Psychological Bulletin*, 112, 351-362.
- Jöreskog K., & Sörbom D. (2001). LISREL 8.51 for Windows. Computer Software. Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind and body to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte.
- Lilja, J.L., Frodi-Lundgren, A., Hansén J.J., Josefsson T., Lundh L.G., Sköld C., et al. (2011). Five Facets Mindfulness Questionnaire--reliability and factor structure: a Swedish version. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40, 291-303.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Mace, C. (2008). *Mindfulness and Mental Health: Therapy, Theory and Science*. London: Routledge.
- Martinez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition, and Personality*, 17, 3-13.
- Mayer, J. L., & Farmer, R. F. (2003). The development and psychometric evaluation of a new measure of dissociative activities. *Journal of Personality Assessment*, 80, 185-196.
- Muris, P., Merckelbach, H., Horselenberg, R. (1996). Individual differences in thought suppression. The White Bear Suppression Inventory: factor structure, reliability, validity and correlates. *Behavioural Research and Therapy*. 34, 501-513.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Robins, C. J., & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18, 73-89.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (ed.), *Emotion, disclosure, and health*, (pp. 125-154). Washington, DC: American Psychological Association.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Sugiura, Y., Sato, A., Ito, Y. (2011) Development and Validation of the Japanese Version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Mindfulness*, 3, 85-94.
- Van de Vijver, F., & Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist*, 1, 89-99.
- Veehof, M. M., ten Klooster, P. M., Taal, E., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T. (2011). Psychometric properties of the Dutch Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 30, 1045-1054.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.

STUDIO 2

MINDFULNESS E SALUTE MENTALE: VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E *PROFILING* DI UN CAMPIONE CLINICO

1.INTRODUZIONE

Con l'espressione salute mentale si intende, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non riducibile allo stato di assenza di patologia e nel quale l'individuo è posto nella posizione di poter accedere alle proprie competenze emotive e cognitive e sfruttarle, di esercitare il proprio ruolo sociale, di rispondere alle richieste della vita quotidiana, di stabilire relazioni adeguate e soddisfacenti con gli altri, di partecipare al cambiamento sociale e ambientale e adattarsi al mutare degli eventi interni ed esterni (World Health Organization, 2001). La salute mentale fa, quindi, riferimento a una condizione di benessere e stabilità affettiva, emozionale, cognitiva, comportamentale e relazionale, che presenta indubbe difficoltà di definizione, in considerazione del fatto che sia un'area in cui la soggettività ha un ruolo preponderante e l'influenza sociale e culturale è ampia.

Mantenendo una concezione generale e ampia di salute mentale possiamo considerare la mindfulness come un veicolo capace di apportare beneficio in modo diffuso alle diverse componenti che costituiscono le basi del benessere psichico. Gli interventi basati sulla presenza mentale si sono rivelati efficaci nel trattamento dei principali disturbi mentali, consentendo l'assunzione di una posizione critica verso i propri assunti cognitivi, di rottura degli automatismi e della ricorsività sintomatologica, così come consentendo la rivalutazione degli eventi negativi, interni ed esterni, l'aumento della tolleranza allo stress e la riduzione di comportamenti auto-ed etero-lesivi (Kabat-Zinn, Massion, & Kristeller, 1992; Kabat-Zinn, Chapman, & Salmon 1997; Kristeller & Hallett, 1999; Ma & Teasdale, 2004; Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995; Telch, Agras, & Linehan, 2001)

L'interesse per la valutazione della mindfulness e il proliferare di interventi basati su di essa hanno portato la comunità scientifica a produrre studi che hanno preso in considerazione la popolazione generale e diverse popolazioni cliniche, volti principalmente, come abbiamo visto nella prima parte del presente lavoro, a indagare l'efficacia dei trattamenti e dei

programmi *mindfulness-based*. Recentemente, tuttavia, sono stati condotti diversi studi mirati all'indagine del dispiegarsi della mindfulness e delle sue componenti in relazione ai disturbi psichici e ai loro sintomi.

Diversi studi si sono concentrati sulla relazione tra mindfulness e disturbi d'ansia. Tra questi, di particolare rilievo il contributo di Cash e Whittingham (2010) che hanno indagato il rapporto tra le componenti della mindfulness come misurate dal FFMQ (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006) e i sintomi ansiosi in un campione clinico, riscontrando un'associazione negativa tra la capacità di non giudizio e l'ansia. In linea con questi risultati anche lo studio di Salmoirago Blotcher, Crawford, Carmody, Rosenthal e Ockene (2011) che ha indagato un gruppo di pazienti affetti da patologie cardiache. Roemer e collaboratori (2009) riscontrato livelli inferiori di mindfulness in pazienti con disturbo d'ansia generalizzato, rispetto a un campione di controlli sani, mentre Rasmussen e Pidgeon (2011) ritrovano, in linea con studi precedenti (Brown & Ryan, 2003; Dekeyser et al., 2008), la stessa relazione tra mindfulness e fobia sociale.

Prendendo in considerazione i contributi rivolti al rapporto tra mindfulness e disturbi dell'umore, di particolare interesse il lavoro di Argus e Thompson (2008) che hanno esaminato un campione di soggetti che presentavano un episodio depressivo in atto. Gli autori attribuiscono alla consapevolezza mindful il ruolo di possibile mediatore tra il perfezionismo disfunzionale capace di sostenere i sintomi depressivi e le capacità di problem solving, ritenute un possibile fattore di contenimento degli effetti del perfezionismo patologico sulla sintomatologia depressiva. I risultati avvalorano l'ipotesi degli autori, sostenendo sia il ruolo della mindfulness come mediatore del rapporto negativo tra problem solving e severità sintomatologica, che dell'associazione positiva tra perfezionismo patologico e severità.

Jimenez, Niles e Park (2010) hanno indagato il rapporto tra presenza mentale e sintomatologia depressiva in un campione non clinico, ipotizzando che la relazione negativa tra mindfulness e depressione riscontrata in studi precedenti (Brown & Ryan, 2003; Coffey & Hartman, 2008) fosse riconducibile all'intervento mediatore della regolazione affettiva. Gli autori identificano tre tipi di regolazione: la regolazione emotiva, la regolazione dell'umore e l'autoregolazione, operazionalizzate rispettivamente come emozionalità positiva, aspettativa di regolazione dell'umore e accettazione di sé. Gli esiti dello studio sostengono un rapporto positivo tra la mindfulness e le tre componenti della regolazione affettiva e un'associazione negativa tra gli stessi e i sintomi depressivi.

Perich, Manicavasagar, Mitchell e Ball (2011) hanno indagato la mindfulness in rapporto alla sintomatologia psichiatrica, ponendo a confronto un campione di pazienti affetti da disturbo bipolare e uno di soggetti in remissione da un episodio depressivo maggiore con un gruppo di controllo, rilevando anche aspetti cognitivi ed emotivi quali attitudini disfunzionali, ruminazione ed evitamento dell'esperienza, già ritenuti associabili a bassi livelli di mindfulness (Brown & Ryan, 2003; Coffey & Hartman, 2008). I risultati di questo studio riscontrano, come atteso, livelli più bassi di mindfulness nei campioni patologici rispetto al gruppo di controllo

Un numero inferiore di indagini ha valutato la mindfulness nei disturbi di personalità e nella quasi totalità dei casi facendo riferimento al solo disturbo borderline. Nel più recente contributo, Fossati, Vigorelli Porro, Maffei e Borroni (2012) esaminano il rapporto tra la mindfulness, valutata attraverso il FFMQ (Baer et al., 2006) e la MAAS (Brown & Ryan, 2003), e i disturbi di personalità, valutati sia attraverso la Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-II, First, et al., 1994), che con il Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ4+; Hyler, 1994) in un campione clinico di 111 pazienti adulti. I risultati evidenziano come la mindfulness si riveli un predittore negativo significativo dell'insorgenza di disturbi di personalità, in particolare in relazione al disturbo istrionico e al disturbo borderline. Il punteggio complessivo della MAAS e la scala Act with Awareness del FFMQ risultano predittori negativi dei disturbi di personalità rilevati attraverso il PDQ4+. Sulla scorta di questi esiti gli autori sostengono il ruolo fondamentale che bassi livelli di mindfulness rivestono nell'insorgere dei disturbi di personalità e, in particolar modo, del disturbo borderline.

Questi risultati si pongono in linea con quanto riscontrato sia da Baer, Smith e Allen (2004) nel loro studio di validazione del Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS), all'interno del quale hanno riscontrato in pazienti borderline livelli inferiori della capacità di descrivere, agire con consapevolezza e accettare senza giudicare, rispetto al gruppo di controllo, che da Wupperman, Neumann e Axelrod (2008) che riportano bassi livelli di mindfulness in relazione al BPD.

Un numero esiguo di contributi ha indagato la mindfulness in relazione all'utilizzo di alcol o sostanze, riscontrando, come atteso, una relazione inversa tra la severità delle condotte di abuso e i livelli di mindfulness, con particolare riferimento alla capacità di etichettare le proprie esperienze interne a parole e alla capacità di agire con consapevolezza (Fernandez, Wood, Stein, & Rossi 2010). Dakwar, Mariani, & Levin (2011) riportano livelli di mindfulness complessivamente più bassi, valutati attraverso la MAAS, rispetto alla media nazionale nei

soggetti in trattamento per il disturbo da uso di sostanze, discrepanza che si rivela più marcata nei poliabusatori. Sono comunemente riconosciute come tendenze dei soggetti affetti da disturbi legati all'uso di sostanze, sia la tendenza ad agire "con il pilota automatico", che la difficoltà a stare nel presente, determinata dalla focalizzazione sulla preoccupazione relativa alla successiva assunzione della sostanza (Zgierska et al., 2009). Caratteristica fondamentale dell'abusatore sarebbe, infatti, quella di ricorrere all'evitamento dell'esperienza, che si manifesta con la mancanza di consapevolezza legata alla negazione di pensieri, emozioni e sensazioni giudicati disturbanti (Marcus & Zgierska, 2009).

Sebbene alcuni programmi di trattamento *mindfulness-based* o *mindfulness-oriented* siano stati adeguati all'intervento su specifici quadri psicopatologici, come, per esempio, la MBCT per la depressione (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) o la DBT per il disturbo borderline di personalità (Linehan, 1993), la ricerca si è interrogata in modo esiguo su come la mindfulness si dispieghi in relazione al quadro tipico di molti disturbi psicopatologici altamente diffusi e invalidanti.

Al fine di pensare interventi che integrino le abilità di mindfulness, clinicamente efficaci e indirizzati specificatamente a pazienti affetti da psicopatologie differenti è indispensabile che la ricerca si rivolga all'identificazione delle componenti specifiche della mindfulness che risultano compromesse negli individui affetti da psicopatologia. Con il presente studio ci si è proposti, quindi, di colmare questo vuoto di conoscenze attraverso molteplici obiettivi. Il primo era quello di analizzare le capacità di mindfulness di un campione di pazienti affetti da disturbi psichiatrici, afferenti a strutture per la cura della salute mentale del nord Italia e confrontarle con quelle di un campione di controlli sani. Dal confronto tra i due gruppi ci si aspettava di riscontrare livelli di mindfulness inferiori nel campione patologico rispetto a quello di controllo, così da confermare quanto riscontrato in differenti ricerche empiriche presenti in letteratura (Brown & Ryan, 2003; Coffey & Hartman, 2008; Cash & Whittingham 2010). Ci si aspettava, inoltre, che i due gruppi si differenziassero anche in merito alle singole componenti del costrutto multidimensionale, come operazionalizzato da Baer e collaboratori (2006), evidenziando uno specifico assetto dei fattori della mindfulness. Per fare ciò ci si è proposti di identificare dei profili di configurazione di tali fattori, in modo da descrivere le caratteristiche dei pazienti e dei controlli in modo più informativo.

2. METODOLOGIA

Questo studio ha previsto la collaborazione con l'Unità Operativa di Psichiatria, Dipartimento di fisiopatologia clinica e dei trapianti, Università degli Studi di Milano (Prof.ssa Cinzia Bressi), l'ambulatorio specializzato in Disturbi del Comportamento Alimentare dell'A. O. San Paolo di Milano (Dott.ssa Elena Bertelli), il Centro per i Disturbi dell'Adolescenza e dell'Alimentazione e il Servizio Psichiatrico di Cura e Riabilitazione ASL 2 Savona (Dott. Pier Fabrizio Cerro e Dott. Maurizio Russano), la comunità "La Celeste", IRCCS Centro San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli di Brescia (Dott.ssa Greta Savio) e la Società Cooperativa Sociale Onlus "le Vele" (Dott. Dario Donadoni).

2.1. I CAMPIONI

Il campione clinico era costituito complessivamente da 218 pazienti con disturbi psichiatrici. I pazienti sono stati reclutati tra il 2011 e il 2013.

In Tabella 1 è riportata la composizione del campione rispetto alla struttura di provenienza.

Tabella.1 Composizione del campione clinico: provenienza

Provenienza	Frequenza	Percentuale
ASL Savona	80	36.7
Policlinico	39	17.9
San Paolo	53	24.3
Comunità La Celeste	25	11.5
Comunità Le Vele	21	9.6
Totale	221	100.0

I pazienti erano in prevalenza femmine ($n = 147$, 67.4%) e avevano un'età media di 39,11 anni ($DS = 14.29$) in un ampio range dai 18 ai 79 anni.

Il campione di controllo era composto da 783 soggetti volontari non affetti da patologie psichiatriche, come rilevato attraverso la somministrazione del Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993) (sono stati inclusi nello studio solo i soggetti con $GSI < 1.189$).

I controlli presentavano un range di età dai 18 ai 64 anni ($M = 33.76$, $DS = 12.6$) ed erano in prevalenza maschi ($n = 486$, 61.8%) (3 soggetti non hanno fornito informazioni relative al genere e 14 non hanno specificato la loro età). Su 227 controlli rispondenti, il 36.6% ($n = 83$;

10.6% del campione) ha dichiarato di avere un qualche genere di esperienza di meditazione. Nel 45.8% dei casi ($n = 38$) hanno specificato di praticare yoga, il 21.7% dei soggetti ($n = 18$) ha dichiarato di praticare un qualche genere di meditazione, il 19.3% ($n = 16$) ha affermato di praticare meditazione religiosa o spirituale e il 13.3% ($n = 11$) di avere esperienza in pratiche di altro genere.

In Tabella 2 sono riportati i dati relativi all'occupazione di pazienti e controlli. I dati mancanti sono numerosi (33.9% del campione clinico e 54.8% del campione di controllo). Il 33.3% ($n = 48$) dei pazienti rispondenti ha dichiarato di non avere un'occupazione, mentre solo l'2.5% dei controlli ($n = 9$) era disoccupato. La maggior parte dei soggetti non affetti da patologie psichiatriche (73.5%, $n = 261$) aveva un'occupazione a tempo pieno, contro un 30,6% ($n = 44$) dei soggetti che costituivano il campione clinico.

Tabella. 2 Dati sociodemografici: occupazione

	PAZIENTI			CONTROLLI		
	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Disoccupato	48	22.0	33.3	9	1.1	2.5
Full Time	44	20.2	30.6	261	33.2	73.5
Pensionato	23	10.6	16.0	10	1.3	2.8
Studente	13	6.0	9.0	51	6.5	14.4
Casalinga	12	5.5	8.3	14	1.8	3.9
Part Time	4	1.8	2.8	10	1.3	2.8
Totale	144	66.1	100.0	355	45.2	100.0
Mancante	74	33.9		431	54.8	
Totale	218	100.0		786	100.0	

Il 57.8% ($n = 126$) dei pazienti era in regime di ricovero, mentre il restante 42.2% ($n = 92$) afferiva al servizio in regime di ambulatorialità.

Il campione presentava diagnosi di Asse I e Asse II eterogenee, rilevate attraverso la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID I) e *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (SCID II) (First et al, 1994, 1996), che hanno fornito diagnosi relative ai disturbi mentali principali e ai disturbi di personalità, secondo la classificazione del DSM-IV-

TR (APA, 2000). In Tabella 3 sono riportate le diagnosi principali di Asse I. Il 19.3% ($n = 42$) dei soggetti presentava un Disturbo Depressivo Maggiore. Risulta, inoltre, una rilevante componente di Disturbi Alimentari che costituivano complessivamente il 40.37% del campione ($n = 88$). Il 32.11% ($n = 70$) dei pazienti presentava, inoltre, una comorbidità sull'Asse I.

Tabella. 3 Diagnosi Asse I

DIAGNOSI ASSE I	FREQUENZA	PERCENTUALE
Disturbo Ossessivo Compulsivo	2	0.9
Nessuna diagnosi	9	4.1
Disturbo da Attacchi di Panico	9	4.1
Bulimia Nervosa	9	4.1
Disturbo d'Ansia Generalizzato	10	4.6
Dipendenza da Sostanze	12	5.5
Binge Eating	13	6.0
Disturbo Bipolare	21	9.6
Schizofrenia	25	11.5
Anoressia Nervosa	30	13.8
Alimentare NAS	36	16.5
Depressione Maggiore	42	19.3
Totale	218	100.0

È stato possibile ottenere informazioni relative alla diagnosi di personalità di 127 soggetti (vedi Tabella 4). Di questi il 48.8% ($n = 62$) non presentava alcuna diagnosi.

Tabella. 4 Diagnosi Asse II

DIAGNOSI ASSE II	FREQUENZA	PERCENTUALE
Depressivo	1	0.8
Narcisistico	1	0.8
Antisociale	2	1.6
Passivo-Aggressivo	4	3.1
Paranoide	4	3.1
Disturbo Di Personalità NAS	5	3.9
Dipendente	5	3.9
Ossessivo-Compulsivo	7	5.5
Evitante	10	7.9
Borderline	26	20.5
Nessuna Diagnosi	62	48.8
Totale	127	100.0

Come atteso, il disturbo più frequente è risultato essere il Disturbo Borderline di Personalità ($n = 26$, 20.5%). Il 21.26% dei pazienti ($n = 27$) presentava una comorbidità sull'Asse II.

2.2. PROCEDURA E STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Sono stati inclusi nel campione di controllo i 636 soggetti che hanno partecipato allo studio di validazione del FFMQ (vedi Studio 1) e ulteriori 147 soggetti adulti volontari reclutati attraverso una procedura di campionamento a valanga.

A tutti i partecipanti, pazienti e controlli, è stata richiesta la sottoscrizione di un consenso informato e sono state fornite le informazioni essenziali relative allo studio.

I pazienti sono stati sottoposti al protocollo di presa in carico previsto dalla struttura di riferimento. Le informazioni anamnestiche e sociodemografiche sono state rilevate dalle cartelle cliniche.

2.2.1. STRUMENTI COMUNI A PAZIENTI E CONTROLLI

Per la valutazione della mindfulness a tutti i soggetti partecipanti allo studio è stato somministrato il **Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)** nella sua versione italiana (Giovannini, Giromini, Bonalume, Tagini, Lang, Amadei, in press) (per la descrizione dello strumento si rimanda allo studio 1 del presente lavoro). I pazienti hanno compilato il questionario nel setting di raccolta delle informazioni previsto dal servizio di afferenza.

È stato, inoltre, indagato il costrutto dell'alessitimia attraverso la **Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)**; Bagby, Taylor, & Parker, 1993) nella sua versione italiana a cura di Bressi e collaboratori (1996) (per la descrizione dello strumento e delle sue proprietà psicometriche si rimanda allo studio 1 del presente lavoro).

2.2.2. STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL CAMPIONE CLINICO

I soggetti appartenenti al campione clinico sono stati sottoposti alle procedure di *assessment* proprie della struttura di appartenenza.

In tutte le strutture partecipanti le diagnosi principali sono state ricavate attraverso la somministrazione della **Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I)** (First et al., 1994). La scelta di indagare la diagnosi di personalità è stata valutata dai curanti di riferimento, in base alle caratteristiche dei singoli pazienti. Per la valutazione si è fatto ricorso alla **Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID II)** (First et al., 1996).

Entrambe le interviste fanno riferimento alla classificazione dei disturbi mentali del DSM-IV-TR (APA, 2000).

La valutazione del funzionamento globale è stata effettuata per tutti i pazienti attraverso il **Global Assessment Functioning (GAF)** (DSM-IV-TR, APA, 2000; rivisto da Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976). Si tratta di una scala numerica da 0 a 100, che fornisce un punteggio unico a indicazione del livello di funzionamento globale, come combinazione degli aspetti sociali, psicologici e occupazionali del soggetto. La scala ha dimostrato una coerenza interna pari a .89 (Startup, Jackson, & Bendix, 2002).

Le scale di valutazione della severità adottate dai diversi centri di reclutamento comprendono:

- **Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)** (Garner, 1991) [Rizzardi, Trombini, Trombini, & Corazza, 1995]. L'EDI 2 è un self-report a 91 item valutati su scala Likert a 6 punti. Il questionario fornisce punteggi su undici dimensioni clinicamente rilevanti relative ai disturbi dell'alimentazione:
 - IMPULSO ALLA MAGREZZA (IM): valuta l'eccessiva preoccupazione per l'alimentazione e la paura di aumentare il peso.
 - BULIMIA (BU): valuta la tendenza al ricorso alle abbuffate.
 - INSODDISFAZIONE PER IL CORPO (IC): valuta l'insoddisfazione per l'aspetto corporeo, specialmente in relazione alle parti del corpo maggiormente coinvolte nei disturbi dell'alimentazione, quali pancia, fianchi, cosce, glutei.
 - INADEGUATEZZA (IN): misura i sentimenti di generale insicurezza, inutilità, vuoto e mancanza di controllo sulla propria vita, descrivendo lo schiacciante senso di incapacità che costituisce il disturbo psicologico alla base dei disordini di alimentazione.
 - PERFEZIONISMO (PER): valuta la tendenza a imporsi standard molto elevati e l'impegno profuso per raggiungere performance perfezionistiche.
 - SFIDUCIA INTERPERSONALE (SI): valuta il senso di alienazione e la difficoltà a stringere legami forti e a condividere i propri pensieri e sentimenti con gli altri a causa di una pervasiva sfiducia di base.
 - CONSAPEVOLEZZA ENTEROCETTIVA (CE): valuta le difficoltà nel riconoscimento delle emozioni e nel dare risposta a sensazioni viscerali collegabili allo stimolo della fame e alla percezione di sazietà.

- PAURA DELLA MATURITÀ (PM): valuta la tendenza di rifugiarsi nella sicurezza dell'infanzia.
- ASCETISMO (ASC): misura la tendenza a valorizzarsi attraverso il perseguimento di ideali spirituali, quali l'autodisciplina, l'autonegazione e il controllo dei bisogni del proprio corpo.
- REGOLAZIONE DEGLI IMPULSI (RI): misura la tendenza all'impulsività, all'abuso di sostanze, all'imprudenza, alla distruttività nelle relazioni interpersonali e all'autodistruttività.
- INSICUREZZA SOCIALE (IS): misura l'idea che le relazioni interpersonali siano di bassa qualità, poiché difficili, insicure, insoddisfacenti, svantaggiose.

Il questionario ha dimostrato una buona consistenza interna (α di Cronbach da .78 a .84).

- **State-Trait Anxiety Inventory (STAI- Y)** (Spielberg & Gorsuch, 1983) [Pedrabissi & Santinello 1989]. Si tratta di un questionario self-report composto da 40 item che forniscono informazioni sulla sintomatologia ansiosa attraverso due scale: ansia di stato (STAI-S) e ansia di tratto (STAI-T). I rispettivi cut-off per le due scale sono: STAI- S = 39.68 per i maschi e 43.85 per le femmine; STAI-T = 39.94 per i maschi e 43.25 per le femmine. Lo strumento riporta una consistenza interna compresa tra .86 e .95 per la scala di stato e tra .89 e .91 per la scala di tratto. La stabilità test-retest a un mese si attesta tra .34 e .62 per la scala di stato e tra .71 e .75 per la scala di tratto.
- **Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11)** (Fossati, Di Ceglie, & Barratt, 2001). La BIS 11 è un questionario self-report a 30 item, che valuta l'impulsività su tre sottoscale: Impulsività Attentiva (IMP_ATT), Impulsività Motoria (IMP_MOT) e Impulsività da Non Pianificazione (IMP_NP). A punteggi più elevati corrisponde un maggiore livello di impulsività. Nella sua versione italiana lo strumento ha dimostrato una coerenza interna di .79 e una buona affidabilità test-retest a due mesi (.89).
- **Beck's Depression Inventory (BDI)** (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) [Scilligo, 1983]. Si tratta di un self-report a 21 item valutati su scala Likert a 4 punti (dove 0 = assente e 3 = grave). Il punteggio complessivo indica il livello di severità dei sintomi depressivi. La coerenza interna del test è pari a .94, la stabilità test-retest risulta uguale a .85.

2.3. ANALISI STATISTICHE

Per le analisi statistiche sono stati utilizzati SPSS 21.0 e Mplus 6.1 (Muthén & Muthén, 2010). La distribuzione delle variabili è stata valutata esaminando i valori di asimmetria e curtosi, dove un valore pari o inferiore a |1| indicava una normale distribuzione delle variabili.

Le differenze tra i due campioni nelle variabili sociodemografiche e in relazione ai punteggi delle scale di valutazione sono state testate con il test t di Student, mentre le differenze rispetto al genere sono state indagate tramite le tabelle di contingenza e il χ^2 . Un residuo con valore superiore a |2| conferma che il punteggio osservato differisce significativamente dal punteggio atteso (vedi Agresti, 1984). Si sono riscontrate delle differenze significative tra i due campioni rispetto all'età, $t(988) = 5.22$, $p = .00$, e rispetto alla distribuzione di genere, $\chi^2(1) = 58.94$, $p = .00$. In particolare, i pazienti avevano un'età maggiore rispetto ai controlli ed erano in prevalenza femmine, mentre i controlli erano prevalentemente di genere maschile. Nel campione clinico sono emerse differenze di genere significative nella distribuzione delle diagnosi di Asse I, $\chi^2(8) = 51.13$, $p = .00$. In particolare c'è una frequenza di donne affette da disturbi alimentari (53.1%, $RS = 2.4$) e di uomini affetti da schizofrenia (25.4%, $RS = 3.5$) e disturbi legati alle sostanze (14.1%, $RS = 3.1$) superiore a quanto atteso.

Le differenze nei punteggi di mindfulness tra le diverse diagnosi di Asse I sono state indagate attraverso l'ANOVA Multivariata (MANOVA). Questa statistica confronta i gruppi identificati prendendo in considerazione la varianza *within* e *between subjects*.

In ragione delle differenze riscontrate, sebbene fossero attese, tra il campione sperimentale e il campione di controllo rispetto ai punteggi ai fattori del FFMQ (vedi risultati) si è deciso di utilizzare l'analisi dei cluster latenti multi-gruppo (*Multiple-group Latent Cluster Analysis* LCA, Mplus 6.1). La LCA è un'analisi che raggruppa gli individui in cluster in base alle loro somiglianze rispetto alle variabili in oggetto (nel nostro caso in relazione ai punteggi dei fattori del FFMQ). Dal momento che non è possibile raggruppare il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo in ragione delle loro differenze, si è deciso di adottare un approccio multi-gruppo. Con questa tecnica si possono identificare cluster latenti, che siano adeguati sia sul campione totale sia rispetto ai due cluster osservati (campione sperimentale e campione di controllo). Tramite la LCA è, inoltre, possibile ricavare per ogni partecipante l'appartenenza al cluster; questo ci permette di ottenere, come prefissato, dei profili di individui in base alle attitudini di mindfulness. L'adeguatezza di modelli alternativi è stata esaminata attraverso indici di bontà quali il *Akaike Information Criterion* (AIC), il *Bayesian Information Criterion* (BIC), e

l'entropia (Muthén & Muthén, 2010). Il modello più indicato presenta i livelli inferiori di AIC e BIC ed entropia vicina al valore di 1.00 (generalmente non inferiore a .80). Le differenze tra i cluster di pazienti nei punteggi riportati alle diverse scale di severità sono state indagate attraverso il test di Mann-Whitney. Per le variabili categoriche o ordinali, le differenze tra i cluster sono state esaminate attraverso le tavole di contingenza, le percentuali e i residui standardizzati.

3. RISULTATI

3.1 STATISTICHE DESCRITTIVE

In Tabella 5 sono riportate le statistiche descrittive relative ai punteggi del Five Facet Mindfulness Questionnaire di pazienti e controlli. I punteggi sono stati, inoltre, suddivisi in base al genere dal momento che, come abbiamo visto, si distribuiva in modo significativamente diverso all'interno dei due campioni.

Tabella. 5 Statistiche descrittive del Five Facet Mindfulness Questionnaire

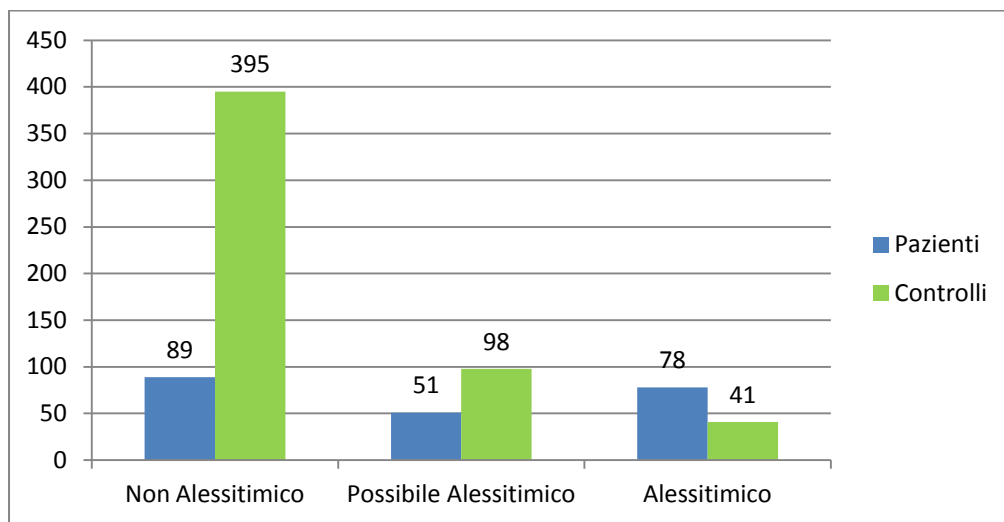
	Maschi			Femmine			Campione Totale		
	<i>n</i>	Media	<i>DS</i>	<i>n</i>	Media	<i>DS</i>	<i>n</i>	Media	<i>DS</i>
Pazienti									
OBSERVE	71	23.21	6.47	150	24.46	5.79	221	24.06	6.03
DESCRIBE	71	25.54	6.66	150	24.46	7.09	221	24.81	6.95
ACT WITH AWARENESS	71	26.49	7.22	150	26.08	7.38	221	26.22	7.31
NONJUDGE	71	24.37	6.33	150	23.14	7.03	221	23.54	6.82
NONREACT	71	18.94	5.37	150	18.81	5.31	221	18.85	5.31
TOTALE	71	118.55	19.40	150	116.95	20.51	221	117.47	20.12
Controlli									
OBSERVE	486	24.84	5.52	297	25.24	5.73	786	24.99	5.61
DESCRIBE	486	28.12	5.64	297	27.83	5.98	786	28.01	5.77
ACT WITH AWARENESS	486	28.77	5.71	297	28.22	5.60	786	28.57	5.68
NONJUDGE	486	28.00	6.11	297	28.37	5.70	786	28.15	5.95
NONREACT	486	20.07	4.12	297	20.52	4.49	786	20.24	4.26
TOTALE	486	129.80	16.30	297	130.18	16.75	786	129.96	16.44

Per quanto riguarda l'alessitimia, il campione clinico presentava nel complesso un punteggio medio alla TAS di 54.34 ($DS = 13.26$), contro i 43.36 ($DS = 11.1$) dei controlli.

Prendendo in considerazione i punteggi operando una distinzione in base al genere si rileva come le pazienti femmine ($n = 145$) riportassero un punteggio medio di 54.36 ($DS = 13.8$), contro i 44.13 ($DS = 11.19$) dei controlli di sesso femminile ($n = 181$), mentre per i pazienti maschi ($n = 71$) la media era di 54,24 ($DS = 12.17$), rispetto ai 42.99 dei controlli ($n = 350$).

Prendendo in considerazione i *cut-off* della TAS-20 è stato possibile identificare i soggetti Alessitimici ($TAS-20 \geq 61$), i Possibili Alessitimici ($TAS-20 = 50-60$) e i Non Alessitimici. In Figura 1 sono riportate le frequenze per pazienti e controlli.

Figura. 1 Distribuzione di frequenza delle categorie della TAS-20: pazienti e controlli



Mentre era solo un 7.7% ($n = 41$) dei controlli a risultare alessitimico, nel campione clinico l'alessitimia era presente nel 35.8% dei casi ($n = 78$). La maggior parte dei controlli (70%, $n = 395$), come atteso, non riportava punteggi patologici alla TAS-20. Dalle tabelle di contingenza e il χ^2 , riportati in Tabella 6, è emersa una differenza significativa nella distribuzione delle categorie della TAS 20 tra pazienti e controlli, $\chi^2 (2) = 105.66$, $p = .00$, denotando una frequenza superiore a quanto atteso di pazienti alessitimici e di controlli non alessitimici (residuo standardizzato $> |2|$).

Osservando i campioni in modo complessivo e prendendo in considerazione gli estremi dei *cut-off* indicati, è stato quindi possibile identificare un campione di soggetti chiaramente alessitimici costituito da 119 soggetti tra pazienti e controlli, che costituivano il 15.8% dei casi esaminati, e un campione di individui non alessitimici composto da 484 soggetti (64.4% dei casi).

Tabella. 6 Differenze nella distribuzione delle categorie della TAS 20: Tabella di contingenza pazienti vs. controlli

		Non alessitimico	Possibile alessitimico	Alessitimico	Totale
Paziente	Conteggio	89	51	78	218
	Percentuale	40,8%	23,4%	35,8%	100,0%
	Residui stand.	-4,3	1,2	7,4	
Controllo	Conteggio	395	98	41	534
	Percentuale	74,0%	18,4%	7,7%	100,0%
	Residui stand.	2,8	-,8	-4,7	
Totale	Conteggio	484	149	119	752
	Percentuale	64,4%	19,8%	15,8%	100,0%

Le statistiche descrittive relative alle scale di valutazione della severità sintomatologica dei pazienti sono riportate in Tabella 7.

Tabella. 7 Statistiche descrittive delle scale di severità psicopatologica

	N	Min	Max	Media	DS
GAF	159	10	84	49.95	14.06
TAS-20	216	20	83	54.34	13.26
EDI IM	53	0	21	12.36	6.76
EDI BU	53	0	21	7.85	6.01
EDI IC	53	0	27	16.66	7.86
EDI IN	53	0	28	10.00	7.53
EDI PER	53	0	15	4.74	4.22
EDI SI	53	0	16	6.04	4.78
EDI CE	53	0	22	8.98	6.04
EDI PM	53	0	22	7.79	5.70
EDI ASC	53	0	19	6.79	4.51
EDI RI	53	0	24	7.00	6.24
EDI IS	53	0	20	7.98	4.59
EDI TOT	53	10	203	94.94	45.01
BDI	24	1	36	9.38	8.87

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Media</i>	<i>DS</i>
BIS IMP_ATT	64	8	28	16.84	3.49
BIS IMP_MOT	64	13	38	21.55	4.19
BIS IMP_NP	64	18	36	27.72	4.57
BIS TOT	64	49	92	66.13	8.36
<hr/>					
STAI-S <i>Femmine</i>	12	23	56	43.33	9.47
<i>Maschi</i>	34	22	75	38.88	10.57
STAI-T <i>Femmine</i>	12	35	60	44.75	7.42
<i>Maschi</i>	34	29	65	47.82	8.83

Il funzionamento globale, misurato attraverso la GAF, è risultato mediamente di 54.34 ($DS = 14.06$) a indicare un livello psicopatologico grave (Endicott, 1987). Attraverso il BDI si è rilevata una sintomatologia depressiva di lieve entità ($M = 9.38$, $DS = 8.87$). Andando a considerare la sintomatologia ansiosa sono stati rilevati punteggi patologici (superiori al *cut-off* di riferimento) di ansia di tratto (STAI-T) sia per le femmine ($M = 44.75$, $DS = 7.42$) che per i maschi ($M = 47.82$, $DS = 8.83$). La sintomatologia alimentare è risultata nel complesso severa, come indicato dal punteggio medio totale all'EDI 2 di 94,94 ($DS = 45.01$), ampiamente superiore ai *cut-off* di 50, 40 o 43 indicati in letteratura (Sepulveda, Carrobles, & Gandarillas, 2008).

3.2 LA RELAZIONE TRA MINDFULNESS E SINTOMATOLOGIA PSICHICA

Abbiamo indagato la relazione tra la mindfulness e le diverse dimensioni sintomatologiche attraverso la correlazione tra il FFMQ e le scale di severità somministrate nel campione clinico.

In Tabella 8 sono riportati i risultati relativi alla sintomatologia alimentare. Si è rilevata una correlazione negativa significativa ($p < .01$) tra la mindfulness e la sintomatologia alimentare considerate nel loro complesso, $r = -.41$. Prendendo in considerazione le singole dimensioni, è di particolare rilievo la correlazione negativa significativa ($p < .01$) tra la capacità di etichettare a parole le proprie esperienze interne e la dimensione della consapevolezza enterocettiva, che rappresenta le difficoltà nel riconoscimento delle emozioni, $r = -.58$.

Tabella. 8 La relazione tra mindfulness e sintomi alimentari: correlazione di Pearson tra FFMQ e EDI 2

	EDI IM	EDI BU	EDI IC	EDI IN	EDI PER	EDI SI	EDI CE	EDI PM	EDI ASC	EDI RI	EDI IS	EDI TOT
Observe	.05	.21	.32*	-.13	-.03	-.12	-.01	-.11	.00	-.10	-.06	-.09
Describe	-.25	-.17	-.16	-.43**	-.11	-.56**	-.58**	-.29*	-.42**	-.34*	-.41**	-.34*
Act with Awareness	-.13	-.25	-.06	-.42**	-.10	-.27	-.40**	-.29*	-.21	-.31*	-.40**	-.31*
Nonjudge	-.31*	-.28*	-.22	-.37**	-.05	-.20	-.40**	-.32*	-.21	-.21	-.25	-.21
Nonreact	-.13	-.07	-.02	-.22	.01	-.25	-.30*	-.10	-.11	-.27	-.25	-.27
FFMQ_TOT	-.26	-.21	-.07	-.54**	-.10	-.47**	-.58**	-.39**	-.34*	-.41**	-.47**	-.41**

Nota. * = $p < .05$, ** = $p < .01$.

Dalla correlazione tra il FFMQ e la BIS 11, riportata in Tabella 9, è stato possibile rilevare, in particolare, la correlazione negativa significativa tra la capacità di agire con consapevolezza (Act with Awareness) e le componenti attentiva, $r = -.25$, $p < .05$, e motoria dell'impulsività, $r = -.40$, $p < .01$.

Tabella. 9 La relazione tra mindfulness e impulsività: correlazione di Pearson tra FFMQ e BIS 11

	BIS_IMP_ATT	BIS_IMP_MOT	BIS_IMP_NP	BIS_TOT
Observe	-.00	.04	-.16	-.07
Describe	-.25*	-.40**	-.01	-.31*
Act with Awareness	-.40**	-.46**	-.09	-.45**
Nonjudge	-.08	-.28*	.13	.41
Nonreact	.18	.03	.34	.03
FFMQ_TOT	.01	.00	.55	.00

Nota. * = $p < .05$, ** = $p < .01$.

L'indagine del rapporto tra sintomi ansiosi e mindfulness, valutata per mezzo della correlazione tra FFMQ e STAI, ha evidenziato una correlazione negativa significativa tra il punteggio complessivo del FFMQ e l'ansia di tratto (STAI-T), $r = -.38$, $p = .01$. Prendendo in considerazione le singole dimensioni della mindfulness si è riscontrato che la capacità di agire con consapevolezza (Act with Awareness) correlava negativamente in modo significativo ($p < .01$) sia con l'ansia di stato (STAI-S), $r = -.52$, che con l'ansia di tratto, $r = -.48$.

Come atteso, è emersa una correlazione negativa tra i fattori della mindfulness e il costrutto dell'alessitimia (Tabella 10). Nel campione di controllo la correlazione è risultata significativa per tutti i fattori, mentre nei pazienti Observe fa eccezione. Di particolare rilievo la relazione regolare tra TAS e Describe (pazienti e controlli rispettivamente $r = -.56, p = .00$ e $r = -.67, p = .00$), tra TAS e Act with Awareness nei pazienti ($r = -.41, p = .00$) e tra TAS e Nonjudge nei controlli ($r = -.45, p = .00$).

Tabella. 10 La relazione tra mindfulness e alessitimia: correlazione di Pearson tra FFMQ e TAS

		OBSERVE	DESCRIBE	ACT WITH AWARENESS	NONJUDGE	NONREACT	FFMQTOT
	<i>r</i>	-.06	-.56**	-.41**	-.32**	-.30**	-.55**
TAS pazienti	Sig.	.39	.00	.00	.00	.00	.00
	N	216	216	216	216	216	216
	<i>r</i>	-.17**	-.67**	-.37**	-.45**	-.23**	-.62**
TAS controlli	Sig.	.00	.00	.00	.00	.00	.00
	N	534	534	534	534	534	534

Nota. * = $p < .05$, ** = $p < .01$.

Servendoci della suddivisione dei nostri partecipanti attraverso i *cut-off* della TAS-20 abbiamo analizzato le differenze nella distribuzione dei fattori della mindfulness tra soggetti alessitimici e individui senza evidenza di alessitimia. Come atteso, gli individui alessitimici presentavano livelli significativamente inferiori ($p < .01$) per tutti i fattori della mindfulness (Tabella 11).

Tabella. 11 La relazione tra mindfulness e alessitimia: confronto tra soggetti alessitimici e non (*t* di Student)

	OBSERVE	DESCRIBE	ACT WITH AWARENESS	NONJUDGE	NONREACT	FFMQ_TOT
<i>t</i>	3.15	15.63	8.42	9.96	6.33	14.91
<i>df</i>	601	162.15	157.33	165.13	601	162.83
<i>Sig.</i>	.00	.00	.00	.00	.00	.00

3.3 CONFRONTO TRA PAZIENTI E CONTROLLI

Come precedentemente riportato, i due campioni (controlli e pazienti) differivano significativamente rispetto al genere dei partecipanti. Per verificare che il sesso non fosse una variabile confondente rispetto alle dimensioni del FFMQ, si è proceduto effettuando un confronto rispetto al genere. Come primo passo, si è verificato che all'interno dei singoli campioni non sussistessero differenze significative ($p > .05$) tra maschi e femmine. Attraverso la MANOVA si è poi verificato se vi fossero differenze in base alla diagnosi di Asse I rispetto ai punteggi del FFMQ. Si sono riscontrate differenze significative per $p < .05$ per i fattori Observe, $F(11, 206) = 3.08$, Describe, $F(11, 206) = 2.20$, e Nonreact, $F(11, 206) = 1.20$. Dal test Post Hoc di Tukey è emerso un singolo sottoinsieme per tutti i fattori, fatta eccezione per Observe, del quale i pazienti con Disturbo Ossessivo Compulsivo presentano punteggi medi significativamente superiori (Tabella 12).

Tabella. 12 Test Post Hoc di Tukey: Fattore Observe

OBESERVE			
Diagnosi Asse I	n	Sottoinsieme 1	Sottoinsieme 2
Disturbo da Attacchi di Panico	9	18.44	
Dipendenza da Sostanze	12	20.25	
Disturbo d'Ansia Generalizzato	10	22.00	
Bulimia Nervosa	9	22.67	
Anoressia Nervosa	30	23.00	
Disturbo Depressivo Maggiore	42	23.71	
Binge Eating	13	24.08	
Nessuna diagnosi	9	24.11	
Alimentare NAS	36	25.39	
Schizofrenia	25	26.12	
Disturbo Bipolare	21	26.52	
Disturbo Ossessivo Compulsivo	2		35.50
Sig.		.098	1.000

La ridotta numerosità delle diverse categorie diagnostiche, tuttavia, ha costituito un limite per l'attendibilità dei risultati; in particolar modo, il Disturbo Ossessivo Compulsivo stesso è composto da 2 partecipanti. Inoltre, l'eterogeneità delle condizioni di origine dei pazienti (differenti setting di provenienza e modalità di cure) ha contribuito a ridurre la generalizzabilità dei risultati. Si è deciso, pertanto, di indagare il campione nel suo complesso, considerando le

differenze riscontrate come indicazioni qualitative, che necessiterebbero di ulteriori approfondimenti.

Dal confronto effettuato attraverso il t di Student si è rilevato come il campione clinico dimostrasse un livello inferiore di mindfulness nel suo complesso (femmine $t(245.11) = -6.78, p = .00$; maschi $t(555) = -5.30, p = .00$), così come in relazione alle singole dimensioni che la compongono, fatta eccezione per il fattore Observe per il quale si è riscontrato un punteggio significativamente più elevato solo nei controlli di sesso maschile, $t(555) = -2.27, p = .02$ (Tabella 13).

Tabella. 13 Confronto dei punteggi medi al FFMQ (t di Student per campioni indipendenti)

	t	DF	Sig.	t	DF	Sig.
	Maschi			Femmine		
OBSERVE	-2.27	555	.02	-1.35	442	.18
DESCRIBE	-3.52	555	.00	-4.96	251.52	.00
ACT WITH AWARENESS	-2.55	83.31	.01	-3.10	231.76	.00
NONJUDGE	-4.66	555	.00	-7.84	243.85	.00
NONREACT	-1.70	82.45	.09	-3.36	252.06	.00
FFMQTOT	-5.30	555	.00	-6.78	245.12	.00

In Figura 2 abbiamo una rappresentazione grafica della distribuzione dei fattori (trasformazione in punti z) nelle femmine, mentre in Figura 3 possiamo esaminare lo stesso nei campioni di sesso maschile.

Prendendo, infine, in considerazione il costrutto dell'alessitimia sono stati rilevati punteggi medi significativamente più elevati per i pazienti, di sesso femminile, $t(274.61) = 7.25, p = .00$, che di sesso maschile, $t(419) = 7.67, p = .00$.

Figura. 2 Distribuzione dei punteggi al FFMQ (punti z) nelle femmine: pazienti vs controlli

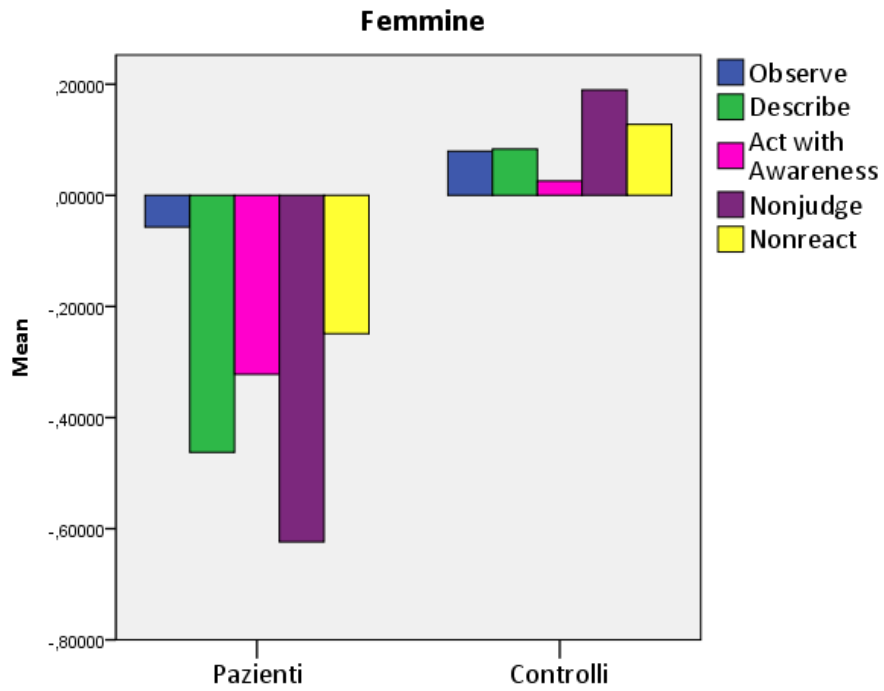
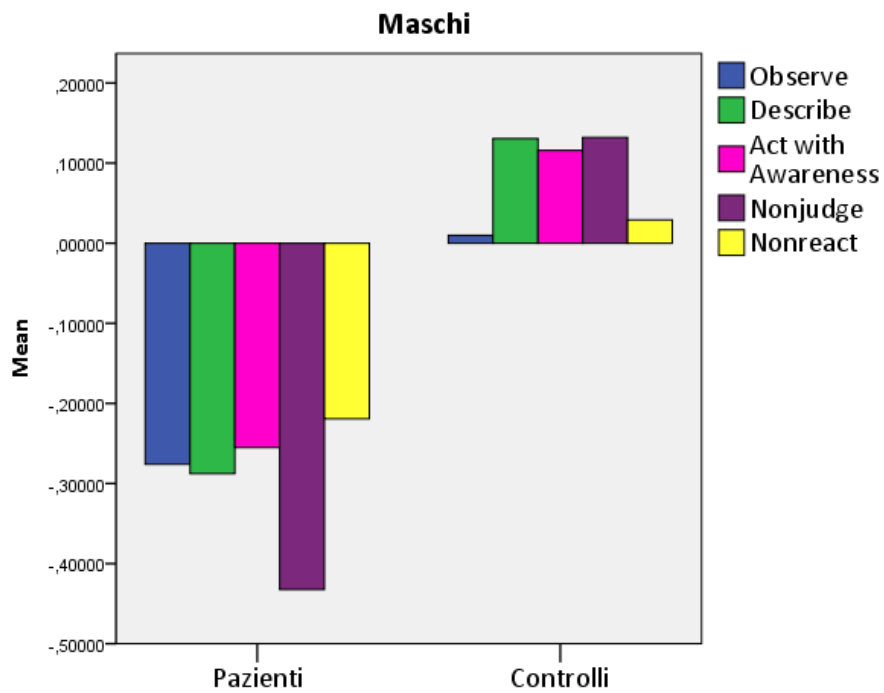


Figura. 3 Distribuzione dei punteggi al FFMQ (punti z) nei maschi: pazienti vs controlli



3.4 MINDFULNESS PROFILING ATTRAVERSO L'ANALISI DEI CLUSTER LATENTI

Attraverso l'analisi dei cluster latenti multi-gruppo (*Multiple-group Latent Cluster Analysis* LCA) sono stati individuati dei profili basati sui punteggi osservati nei diversi fattori del Five Facet Mindfulness Questionnaire, del campione di pazienti e dei controlli.

L'approccio multi-gruppo è stato utilizzato in quanto il campione totale era composto da pazienti e controlli, quindi, per ottenere risultati validi è stato opportuno specificare questa suddivisione. In altre parole, con questo processo è stato possibile identificare profili di individui caratterizzati da diversi pattern di risposte al FFMQ, che si adattavano alle caratteristiche dei pazienti e dei controlli.

Il modello migliore è stato selezionato in base al confronto tra i valori più bassi di BIC, AIC e più alti di entropia.

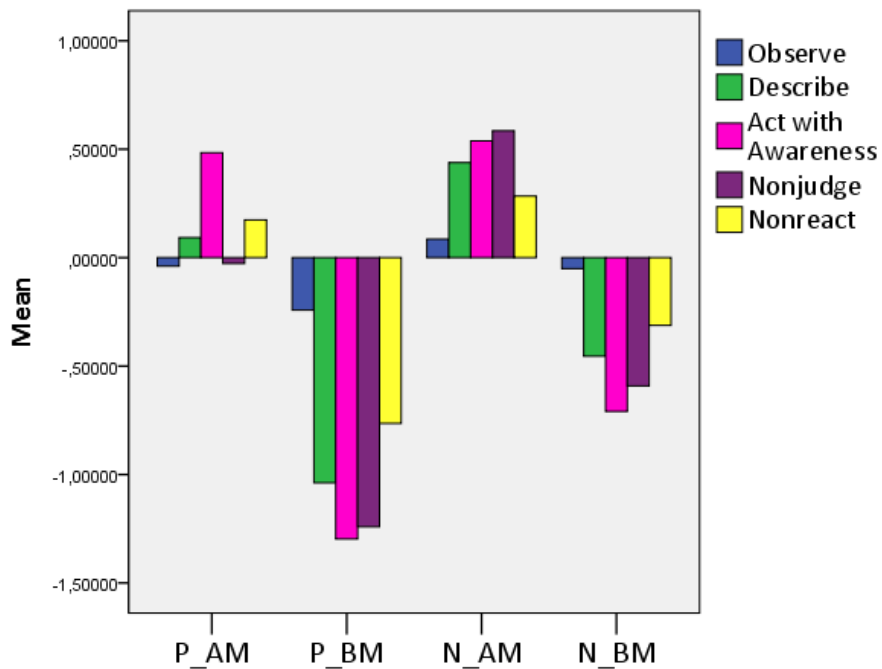
Come si può vedere in Tabella 14, la differenza di AIC e BIC suggeriva che le soluzioni a 2 o 3 cluster latenti fossero adeguate, ma l'entropia nella soluzione a 3 cluster era più ridotta rispetto a quella della soluzione a 2 cluster. Seguendo quindi un criterio di parsimonia, si è deciso di formare 2 cluster latenti che, combinati con i cluster osservati (pazienti e controlli), hanno formato un totale di 4 cluster.

Tabella. 14 LCA: Criteri per la scelta del numero di cluster del modello

N° Cluster	AIC	BIC	Entropia
1	15138.89	15217.48	1000
2	14769.69	14902.31	0.79
3	14637.15	14823.80	0.76
4	14530.83	14771.51	0.79

I cluster hanno delineato un profilo di soggetti ad alta e bassa mindfulness (come denotano i punteggi riportati nei differenti fattori) all'interno di ciascun gruppo di individui. In Figura 4 sono stati rappresentati graficamente i 4 gruppi di appartenenza.

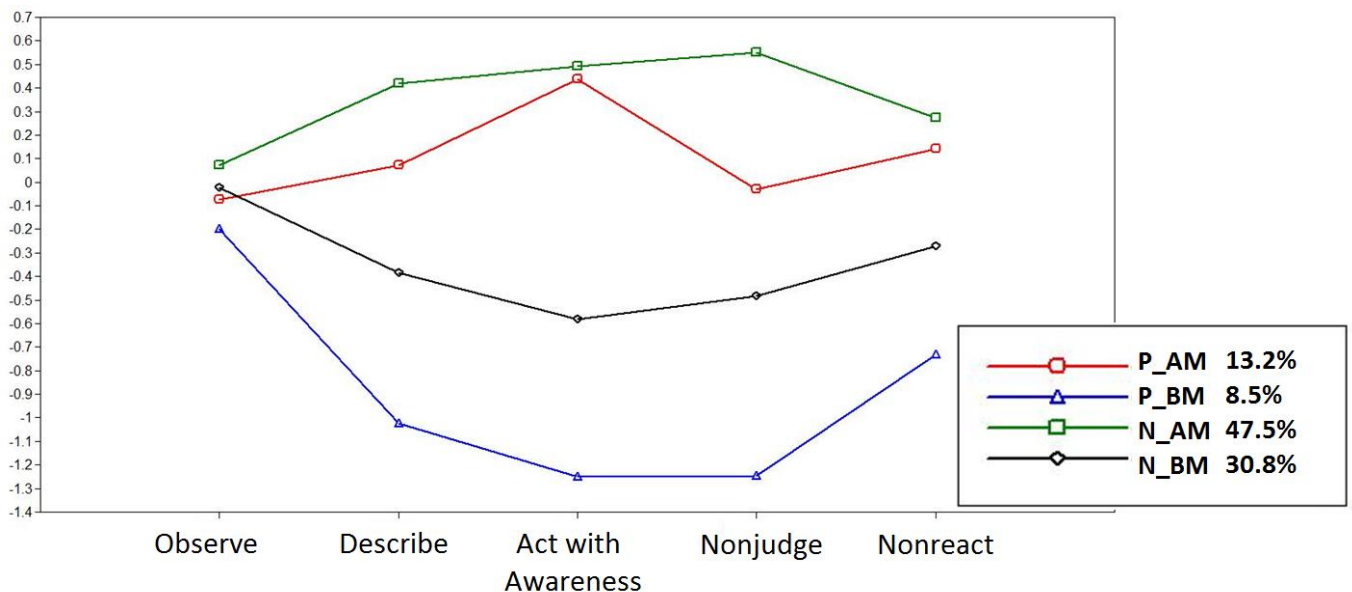
Figura.4 Distribuzione dei fattori del FFMQ (punti z) nei diversi profili di mindfulness



Il cluster 1 è costituito dai pazienti con alta mindfulness (P_AM), il secondo dai pazienti con bassa mindfulness (P_BM), il terzo è costituito dai non pazienti a alta mindfulness (P_AM) e il quarto dai non pazienti con bassa mindfulness (N_BM).

In Figura 5 sono stati riportati i valori delle medie standardizzate dei 4 cluster identificati. Le medie del fattore Observe nei diversi cluster erano molto vicine. In altre parole, sembra non si differenziassero sostanzialmente per questa dimensione. Gli altri fattori, invece, hanno delineato profili più chiari dei gruppi.

Figura.5 Mindfulness profiling



Per completezza abbiamo effettuato una distinzione tra i controlli che dichiarano una qualche familiarità con la meditazione e i non meditatori. Il fattore Observe sembra, infatti, rivestire un ruolo fondamentale nel definire i primi. Confrontando i punteggi di meditatori e non meditatori al FFMQ è emerso che i meditatori riportavano livelli medi significativamente più elevati della capacità di osservare le proprie emozioni e i propri pensieri ($M = 27.07$, $DS = 4.76$), rispetto ai controlli senza esperienza di meditazione ($M = 23.03$, $DS = 5.81$), $t(225) = 5.38$, $p = .00$.

3.4 CONFRONTO TRA PAZIENTI A ALTA MINDFULNESS E PAZIENTI A BASSA MINDFULNESS

Attraverso la variabile di appartenenza al nuovo cluster identificato, abbiamo esaminato le differenze tra la distribuzione dei punteggi alle scale di severità nei pazienti con alta mindfulness (P_AM) e in quelli con bassa mindfulness (P_BM).

Si è scelto di utilizzare statistiche non parametriche dal momento che le numerosità erano ridotte e alcune variabili non presentavano una distribuzione normale.

Prendendo in considerazione i sintomi alimentari, in Tabella 15 sono riportati i risultati del test di Mann-Whitney relativo alla distribuzione delle variabili dell'Eating Disorder Inventory. I pazienti con alta mindfulness riportavano punteggi significativamente inferiori nelle dimensioni psicopatologiche dell'Insicurezza Sociale, $U = 148.50$, $z = -3.60$, $p = .00$, dell'Inadeguatezza, $U = 216.50$, $z = -2.38$, $p = .02$, della Sfiducia Interpersonale, $U = 224.00$, $z = -2.26$, $p = .02$, e della Consapevolezza Eterocettiva, $U = 212.00$, $z = -2.47$, $p = .01$.

Tabella. 15 Confronto tra le distribuzioni delle variabili dell'Eating Disorder Inventory tra P_AM e P_BM (test di Mann-Whitney)

	EDI IM	EDI BU	EDI IC	EDI IN	EDI PER	EDI SI	EDI CE	EDI PM	EDI ASC	EDI IS
Mdn										
P_AM	14.00	7.00	18.50	6.00	4.00	4.00	6.00	4.50	5.50	6.50
Mdn										
P_BM	13.00	7.00	19.00	11.00	4.00	5.00	10.00	8.00	9.00	10.00
U di										
Mann-Whitney	332.50	330.50	311.00	216.50	342.00	224.00	212.00	261.50	308.50	148.50
Z	-.31	-.35	-.70	-2.38	-.14	-2.26	-2.47	-1.58	-.74	-3.60
Sig. Asint. a 2 code	.76	.73	.49	.02*	.89	.02*	.01*	.11	.46	.00**

Nota. ** = $p < .01$; * = $p < .05$.

Andando a considerare la distribuzione delle variabili di severità sono stati rilevati nuovamente punteggi significativamente più elevati nel campione di pazienti a bassa mindfulness, a indicare una maggiore compromissione del quadro psicopatologico. In Tabella 16 sono stati riportati i risultati del test di Mann-Whitney relativo alle diverse scale psicopatologiche.

In particolare sono stati rilevati un livello significativamente superiore di alessitimia (TAS-20, $U = 2798.50$, $z = -6.47$, $p = .00$), di ansia di tratto (STAI-T, $U = 84.00$, $z = -3.35$, $p = .00$) e delle componenti attentiva (BIS IMP_ATT, $U = 251.00$, $z = -3.00$, $p = .00$) e motoria ($U = 206.50$, $z = -3.64$, $p = .00$) dell'impulsività. Si è riscontrata, inoltre, una tendenza alla significatività per i punteggi di severità della depressione (BDI, $U = 35.00$, $z = -1.92$, $p = .06$) e per l'ansia di stato (STAI-S, $U = 146.50$, $z = -1.85$, $p = .06$), entrambi più elevati nei pazienti con bassa mindfulness, a indicare un maggiore livello di compromissione di tali dimensioni.

Tabella. 16 Confronto tra le distribuzioni delle scale di severità sintomatologica tra P_AM e P_BM (test di Mann-Whitney)

	GAF	TAS-20	BDI	STAI STATO	STAI TRATTO	BIS IMPatt	BIS IMPmot	BIS IMPnp
Mdn P_AM	50.00	40.00	5.00	37.00	44.00	16.00	20.00	28.00
Mdn P_BM	50.00	63.00	10.00	44.00	53.00	18.50	23.00	26.00
U di Mann-Whitney	2948.50	2798.50	35.50	146.50	84.00	251.00	206.50	440.50
Z	-.56	-6.47	-1.92	-1.85	-3.35	-3.00	-3.62	-.31
Sig. Asint. a 2 code	.58	.00**	.06 ⁺	.06 ⁺	.00**	.00**	.00**	.76

Nota. ** = $p < .01$; ⁺ = tendente alla significatività.

4. DISCUSSIONE DEI RISULTATI E LIMITI DELLO STUDIO

Negli ultimi decenni si è assistito al crescere dell'interesse scientifico e clinico in relazione all'influenza della mindfulness e delle pratiche basate su di essa sull'accrescimento del benessere psicofisico dell'individuo.

Nell'ambito della salute mentale la mindfulness è considerata uno strumento capace di apportare benefici dal punto di vista affettivo, emotivo, cognitivo e relazionale, grazie al focus posto sull'assunzione di una posizione di apertura verso i propri vissuti e di critica agli assunti che sostengono la sintomatologia psichica e la sua ricorsività.

Il principale interesse in quest'area è stato quello di verificare l'efficacia di interventi basati sulla mindfulness nel ridurre le componenti del disagio psichico (Ma & Teasdale, 2004; Miller et al., 1995; Kabat-Zinn et al., 1992; 1997; Kristeller & Hallett, 1999; Teasdale et al., 2002; Telch et al., 2001; William et al., 2000), ma poco spazio è stato offerto alla valutazione di come la mindfulness si connetta alle caratteristiche specifiche della psicopatologia e come ne influenzi il decorso.

L'obiettivo di questo studio era quello di verificare le capacità di mindfulness di pazienti affetti da patologie psichiatriche, confrontandole con quelle di un campione di controllo, e di valutarne le specificità in un'ottica multidimensionale, in riferimento al modello dei cinque fattori di Baer e collaboratori (2006). Nel fare ciò ci si è proposti di delineare dei profili basati sulle dimensioni della mindfulness e verificarne l'influenza sulle principali caratteristiche sintomatologiche. Dalla verifica di come la sintomatologia psichica si connetta alle specifiche dimensioni della mindfulness ci si proponeva di ricavare informazioni utili dal punto di vista clinico e importanti suggerimenti per le indicazioni terapeutiche.

Nel complesso i nostri risultati mostrano, come atteso, una discrepanza tra le capacità di mindfulness dei pazienti e del campione di controllo. I pazienti presentano, infatti, una compromissione della mindfulness, sia nel suo complesso che rispetto alle specifiche dimensioni del modello di Baer e collaboratori (2006). Questi dati confermano i risultati di studi precedenti (Baer et al., 2008, 2004, 2006; Brown & Ryan, 2003; Cash & Whittingham, 2010; Coffey et al., 2008), che mostrano come la presenza di sintomi psicologici si associ a ridotte capacità di mindfulness.

Considerata la composizione dei campioni è stato necessario effettuare una distinzione in base al genere e questo ha permesso di verificare come anche questa distinzione risulti informativa, dal momento che solo i pazienti maschi presentano livelli più bassi della capacità di osservare i propri sentimenti, le proprie emozioni e i propri pensieri (Observe), mentre le pazienti femmine non si differenziano dai controlli per questa capacità. Di contro, mentre le pazienti presentano una specifica compromissione della capacità di non reagire alle esperienze interne (Nonreact), rispetto ai controlli, i pazienti maschi in questo caso sono assimilabili al campione normativo. Queste caratteristiche potrebbero essere associate alla specificità dei quadri psicopatologici presentati, dal momento che, come abbiamo visto, le pazienti sono affette con maggior frequenza da disturbi alimentari, mentre i pazienti uomini sono più frequentemente affetti da schizofrenia e disturbi legati alle sostanze. Inoltre i fattori Observe e

Nonreact sono dimensioni che già in studi precedenti hanno fallito nel differenziare campioni patologici dai controlli (Baer et al., 2008, 2006; Torbjorn, Larsman, Broberg, & Lundh, 2011). Le differenze di genere riscontrate appaiono un interessante suggerimento per ulteriori approfondimenti.

Considerando nello specifico il campione sperimentale, esso presenta complessivamente caratteristiche di elevata compromissione del funzionamento generale e livelli sintomatologici clinicamente rilevanti, soprattutto rispetto all'ansia, alla sintomatologia alimentare e all'alessitimia.

L'elevata eterogeneità diagnostica non ha permesso di effettuare un'analisi approfondita del rapporto tra la mindfulness e i diversi quadri diagnostici. A un livello puramente descrittivo abbiamo, tuttavia, rilevato come la capacità di osservare e cogliere i propri eventi interni (Observe) sembri più spiccata nei pazienti con Disturbo Ossessivo Compulsivo, che nel nostro campione sono solo due. La scarsità di differenze riscontrate in base alla diagnosi in relazione alle dimensioni della mindfulness ci ha, quindi, spinto a ragionare su un piano di tipo sintomatologico ritenendolo maggiormente informativo per il nostro campione. Trasversalmente alle diverse diagnosi categoriali si è, quindi, valutata la relazione tra le componenti della mindfulness e le specifiche dimensioni sintomatologiche. L'utilizzo di una modalità di indagine multidimensionale si è rivelata fondamentale per la misurazione di ogni aspetto dei costrutti indagati. Questo è particolarmente rilevante nel caso della mindfulness, per cui abbiamo riscontrato come i fattori di Baer e collaboratori (2006) rivestano un ruolo specifico nel predire diversi aspetti della salute mentale.

Dall'indagine della relazione tra i livelli di mindfulness e gli indici di sintomatologia psichiatrica, è stato possibile connettere la compromissione dimensionale della mindfulness alla presenza di gravi sintomi psicopatologici. A conferma di quanto precedentemente riportato in letteratura, si è verificato come a livelli più bassi di mindfulness si associno più elevati livelli di alessitimia. Questo è particolarmente pronunciato in relazione all'associazione negativa tra i livelli di alessitimia e la capacità di descrivere a parole i propri stati interni (Describe). In linea con quanto riscontrato in precedenza (Baer et al., 2004, 2006; De la Fuente Arias, Franco Justo, & Salvador Granados, 2010), questo dato conferma l'associazione tra l'incapacità a identificare e a parlare delle proprie emozioni e un deficit della capacità di mindfulness di etichettare a parole le proprie emozioni. Gli individui alessitimici, inoltre, pazienti e controlli che siano, presentano una compromissione generale e marcata della capacità di mindfulness.

Considerando i pazienti in particolare, abbiamo riscontrato come siano più facilmente rappresentati nella categoria “alessitimico”, confermando l’associazione tra alessitimia e psicopatologia (Conrad, Wegener, Imbierowicz, Liedtke, & Geiser, 2009; Nicolò, Semerari, Lysaker, Dimaggio, Conti, et al, 2011; Ridout, Thom, & Wallis, 2010; Spitzer, Vogel, Barnow, Freyberger, & Grabe, 2007). L’individuazione della componente alessitimica nel paziente psichiatrico può, quindi, essere di utilità nell’indirizzare il trattamento attraverso la promozione di quella specifica componente della mindfulness rappresentata dalla capacità di identificare e etichettare in modo congruo le proprie e le altrui emozioni.

Prendendo ora in considerazione la sintomatologia alimentare, essa risulta nel complesso negativamente associata alla mindfulness. Nello specifico le associazioni più forti si rilevano rispetto al senso di inadeguatezza e alla consapevolezza enterocettiva. La mancanza di autostima è caratteristica preponderante dei soggetti affetti da disturbi del comportamento alimentare (Guidano, 1992), mentre, come sottolineano Rasmussen e Pigeon (2011), elevate capacità di mindfulness possono predire alti livelli di autostima. Nel nostro studio il senso di inadeguatezza sembra particolarmente legato a un deficit nella capacità di descrivere a parole i propri vissuti (che appare rilevante in relazione alla maggior parte delle dimensioni del sintomo alimentare), nella capacità di agire in modo consapevole e in quella di non giudizio. Questi ultimi due aspetti sembrano particolarmente significativi. Al crescere della percezione di mancanza di controllo sulle proprie esperienze e al conseguente senso di incapacità e di auto denigrazione che ne derivano si associano una minore capacità di essere padroni dei propri comportamenti e di non giudicarsi in modo critico. La consapevolezza enterocettiva, invece, valuta la difficoltà nella gestione e identificazione dei segnali del proprio corpo e delle emozioni legate alle sensazioni viscerali, non stupisce, quindi, la rilevante associazione negativa riscontrata con le dimensioni della mindfulness (fatta eccezione per Observe). Come ampiamente esposto nella prima parte del presente lavoro, la mindfulness è, infatti, quella piena consapevolezza delle proprie esperienze interne ed esterne, senza preconcetti e categorizzazioni, che consente all’individuo di avere il controllo sul proprio ambiente interno ed esterno (Brown & Ryan, 2003; Shapiro & Carlson 2009). La relazione positiva tra il fattore Observe e il costrutto dell’insoddisfazione per il proprio corpo, se in prima istanza potrebbe apparire inattesa, è riconducibile alla rilevanza che l’attenzione al corpo riveste nei quadri alimentari. Quest’attenzione, però, si accompagna in genere a un atteggiamento giudicante e all’assenza di un’immagine obiettiva del proprio aspetto (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003). La

presenza di una sintomatologia alimentare clinicamente rilevante implica elevati livelli di allerta rivolti verso il corpo, niente a che vedere con la qualità non selettiva, aperta e non giudicante dell'attenzione mindful (Speeth, 1982; Goleman, 1988). Si può, inoltre, ipotizzare, che la presenza di determinati disturbi porti a leggere gli item del questionario in modo qualitativamente differente. Si pensi, per esempio, come le formulazioni dell'item 1 ("Mentre cammino, sto attento/a alle sensazioni del mio corpo che si sta muovendo") e dell'item 11 ("Mi accorgo di come i cibi e le bevande influenzino i miei pensieri, le mie sensazioni corporee e le mie emozioni") possono richiamare a un aspetto di fissità del pensiero rivolto all'aspetto fisico tipico del disturbo alimentare (NICE, 2004). Si può ipotizzare che gli individui con disturbi dell'alimentazione, nel rispondere a questi item facciano riferimento al proprio vissuto critico e al monitoraggio costante sul corpo, ottenendo punteggi alti a indicare l'elevata allerta sulla dimensione corporea, piuttosto che a un'attenzione consapevole alla propria esperienza. Come ha sostenuto Grossmann (2008), infatti, la formulazione verbale degli item può assumere significati diversi, in relazione ai livelli di esperienza di mindfulness. In uno studio di Leigh, Bowen e Marlatt (2005), per esempio, si sono riscontrati livelli di mindfulness più elevati in studenti fumatori e binge-drinkers, rispetto a studenti che non presentavano tali condotte e paragonabili ai livelli di mindfulness riportati da meditatori esperti. Il riferimento ampio rivolto verso l'attenzione agli aspetti somatici nella scala di valutazione della mindfulness Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) (Buchheld, Grossman, & Walach, 2001), secondo gli autori potrebbe richiamare alla familiarità di questi soggetti nell'esperire le conseguenze fisiche negative dell'abuso di alcolici.

In linea con quanto atteso e con quanto riportato in precedenza da Brown e Ryan (2003), abbiamo conferma che l'impulsività si accompagna ad una minore consapevolezza e attenzione al momento presente. Si è riscontrata, infatti, una relazione peculiare tra livelli di mindfulness e impulsività, in particolare nelle sue componenti attentiva e motoria e in relazione alla capacità di agire in modo consapevole e non abbandonarsi agli automatismi. L'identificazione della relazione tra la difficoltà nella gestione degli impulsi e il deficit nella capacità di agire in modo consapevole sembrerebbe suggerire l'utilità di ricorrere alla promozione del disinnescamento degli automatismi di azione e del ricorso al fare, come risposta al divario tra le condizioni attuali e quelle desiderate dall'individuo (Segal et al., 2002). L'impulsività è una caratteristica specifica di diversi quadri psicopatologici rappresentati all'interno del nostro campione, come il disturbo borderline di personalità, i disturbi correlati

alle sostanze, i disturbi alimentari e il disturbo bipolare (Feliu-Soler et al., 2013; Rogers, Moeller, Swann, & Clark, 2010; Perry & Carrol, 2008; Rubio et al., 2008; Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, & Burr, 2000; Bornovalova, Lejuez, Daughters, Rosenthal, & Lynch, 2005; Swann, Steinberg, Lijffijt, & Moeller, 2008; Murphy & Mackillop 2011; Lattimore, Fisher & Malinowski, 2012). Nel nostro campione, i livelli medi di impulsività non raggiungono il *cut-off* di 72 alla Barratt Impulsiveness Scale stabilito da Stanford e collaboratori (2005). Anche a tal proposito, tuttavia, è importante sottolineare l'eterogeneità del campione e l'ampio range dei punteggi ottenuti dai partecipanti. Livelli simili di impulsività, inoltre, sono stati rilevati anche in campioni di soggetti abusatori di sostanze, alcol-dipendenti e in pazienti con disturbi di personalità del cluster B del DSM IV-TR (Dom, De Wilde, Hulstijn, van den Brink, Sabbe, 2006; Swann et al., 2004).

L'indagine a livello dimensionale ha permesso, infine, di rilevare una relazione tra i livelli di ansia e la mindfulness, delineando come a livelli più elevati di ansia si associ specificatamente la compromissione della capacità di agire in modo consapevole. Baer (2006) riferisce che bassi livelli di mindfulness predicono la presenza di sintomi tipici dei disturbi d'ansia, quali ruminazione, nevroticismo ed evitamento dell'esperienza. La relazione riscontrata nel nostro campione non è stata rilevata in precedenza, se non in un recente studio di Desrosier e collaboratori (2013), che tuttavia interpretano la relazione come poco saliente, in virtù delle più forti associazioni che riscontrano tra i sintomi ansiosi e altri fattori del FFMQ, come Nonjudge e Observe. È da sottolineare che gli autori hanno valutato un campione di pazienti ansiosi e depressi, senza componenti psicotiche, né problemi legati alle sostanze. Il nostro campione presenta elevata eterogeneità sintomatologica e la componente ansiosa è trasversale alle diverse psicopatologie, pertanto deve essere considerata, non a un livello di indicazione diagnostica, ma a livello dimensionale. Possiamo, quindi, concludere che, a prescindere dal quadro psicopatologico principale, la componente ansiosa nel nostro campione risulta in conflitto con la possibilità di sviluppare un atteggiamento consapevole nei confronti della propria esperienza, di concentrarsi e di essere consci di ciò che guida il proprio comportamento.

Un ulteriore livello di indagine ha permesso di identificare dei profili di individui con basse o alte capacità di mindfulness e di verificare come questa distinzione possa rivestire una rilevanza di tipo clinico nel caso dei soggetti che presentano una psicopatologia.

A sostegno di quanto riscontrato nell'indagine della relazione tra mindfulness e sintomatologia psichica si è, quindi, potuto riscontrare come il profilo dei pazienti con basse capacità di mindfulness si associ a livelli di compromissione più marcata delle dimensioni psicopatologiche dell'alessitimia, dell'ansia di tratto, delle componenti attentiva e motoria dell'impulsività e in dimensioni della sintomatologia alimentare. Rispetto a quest'ultima categoria sintomatologica è particolarmente rilevante la dimensione dell'insicurezza sociale, che valuta la convinzione che le relazioni sociali siano difficili e di bassa qualità. Questo aspetto è facilmente associabile all'importanza delle ricadute che la mindfulness e la sua assenza in particolar modo hanno sulle relazioni interpersonali. La piena consapevolezza consente, infatti, la sintonizzazione interpersonale, lo sviluppo dell'empatia e la conseguente capacità di stabilire e mantenere relazioni soddisfacenti (Follette, Palm, & Pearson, 2006; Germer, Siegel, & Fulton, 2005; Siegel, 2007).

Nella creazione dei profili abbiamo verificato, a livello esplorativo, che il fattore Observe non riveste un ruolo nel differenziare soggetti con alta e bassa mindfulness. Identificando e separando nei controlli gli individui con familiarità nella meditazione, dai soggetti senza esperienza di meditazione, si riscontra, in linea con quanto riportato in letteratura, una situazione differente dove la capacità di cogliere e osservare i propri eventi interni viene a coprire un ruolo fondamentale nel differenziare gli individui con esperienza di meditazione dai non meditatori. Nel primo studio di Bear e collaboratori (2006) Observe si delinea come un fattore indipendente e statisticamente valido solo nei meditatori, mentre nel campione di studenti senza familiarità con la meditazione sembrava presentare sovrapposizioni con gli altri fattori e mostrava relazioni positive con dimensioni maladattive e psicopatologiche. In uno studio successivo, il confronto tra meditatori e non meditatori conferma la struttura a cinque fattori proposta in precedenza, solo nei soggetti che hanno familiarità con la meditazione. La quasi totale assenza di relazioni rilevanti tra la capacità di osservare i propri stati interni e i costrutti psicopatologici indagati potrebbe essere letta in questa luce come dimostrazione dell'interpretazione fornita da Baer riguardo alla struttura fattoriale.

In sintesi, esplorare il costrutto di mindfulness all'interno del campo della psicopatologia può contribuire sia all'arricchimento e alla migliore definizione della mindfulness e delle sue dimensioni, sia alla più profonda conoscenza degli individui affetti da tali patologie, che potrebbero beneficiare di interventi basati sulla mindfulness. L'indagine del nostro campione ha rivelato una complessiva compromissione della capacità di questi pazienti di essere

pienamente attenti e consapevoli del dispiegarsi dell'esperienza interna ed esterna nel momento presente, in modo non giudicante.

La promozione della presenza mentale nel suo complesso e delle sue componenti che abbiamo verificato essere specificatamente compromesse in relazione a determinati quadri sintomatologici, può condurre all'ottimizzazione e all'economizzazione degli interventi basati sulla mindfulness rivolti alla cura del disagio mentale. A parità di quadro diagnostico, la mindfulness potrebbe svolgere un ruolo protettivo, associandosi a livelli inferiori di severità sintomatologica e di conseguenza può essere considerata un predittore della severità dei sintomi psicopatologici (Baer, 2003).

Nonostante i risultati esposti risultino promettenti, questo studio presenta alcuni limiti. Innanzitutto, il campione clinico è caratterizzato da un'elevata eterogeneità. I pazienti inclusi nello studio ricevono cure di tipo ambulatoriale o residenziale. Non è stato possibile ricavare informazioni rilevanti quali l'età di esordio, la presenza di episodi pregressi e la durata delle cure attuali. Molti pazienti sono in terapia farmacologica o psicologica e non è stato possibile controllare l'influenza dello stato di remissione dei sintomi. Non è stato, altresì, possibile ottenere informazioni complete sulle comorbidità psichiatriche e mediche. È, tuttavia, da sottolineare come l'eterogeneità sia caratteristica peculiare dei quadri di patologia mentale e come la selezione ed esclusione di soggetti dagli studi clinici possa comportare dei vizi e limitare la generalizzabilità dei risultati (Ziemmerman, Chelminski, & Posternak, 2004, 2005). Ulteriori indagini dovranno mirare all'ampliamento del campione, che, suddiviso per categoria diagnostica, appare troppo esiguo per formulare ipotesi sulle relazioni tra mindfulness e disturbi specifici. Per quanto riguarda il campione di controllo, infine, i criteri che hanno portato alla distinzione tra meditatori e non meditatori sono stati unicamente soggettivi e non hanno consentito la rilevazione di livelli oggettivi di pratica e di familiarità con la meditazione.

Nonostante i limiti riscontrati, gli esiti della nostra indagine forniscono importanti suggerimenti su come cucire interventi basati sulla compensazione dei deficit di mindfulness sulle diverse aree di compromissione sintomatologica, in modo da aumentarne la specificità e l'efficacia terapeutica, in un'ottica di medicina basata sulle evidenze.

BIBLIOGRAFIA

- Agresti, A. (1984). *Analysis of Ordinal Categorical Data*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- American Psychiatry Association (APA). (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition Text-Revised. Washington (DC): APA.
- Argus, G., & Thompson, M. (2008). Perceived Social Problem Solving, Perfectionism, and Mindful Awareness in Clinical Depression: An Exploratory Study. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 745-757
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 125–143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11, 191–206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27–45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15, 329–342.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1993). The twenty-item Toronto Alexithymia scale-II: Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-71.
- Bornovalova, M. A., Lejuez, C. W., Daughters, S. B., Zachary Rosenthal, M., & Lynch, T. R. (2005). Impulsivity as a common process across borderline personality disorder and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 25, 790-812.
- Bressi, C., Taylor G. J., Parker, J. D. A., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., et al.. (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 551-559.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84, 822–848.
- Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11-34.
- Cash, M., & Whittingham, K. (2010). What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? *Mindfulness*, 1, 177-182.
- Coffey, K. A., Hartman, M., & Fredrickson, B. L. (2010). Deconstructing mindfulness and constructing mental health: Understanding mindfulness and its mechanisms of action. *Mindfulness*, 1, 235-253.

- Conrad, R., Wegener, I., Imbierowicz, K., Liedtke, R., & Geiser, F. (2009). Alexithymia, temperament and character as predictors of psychopathology in patients with major depression. *Psychiatry Research, 165*, 137-144.
- Dakwar, E., Mariani, J. P., Levin, & F. R. (2011) Mindfulness impairments in individuals seeking treatment for substance use disorders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 37*, 165-169.
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S., & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences, 44*, 1235-1245.
- De la Fuente Arias, M., Franco Justo, C., & Salvador Granados, M. (2010). Effects of a meditation program (mindfulness) on the measure of alexithymia and social skills. *Psicothema, 22*, 369-75.
- Derogatis, L. R. (1993) *Brief Symptom Inventory: Administration Scoring and Procedures Manual, 3rd edn*. National Computer Systems, Minneapolis, MN.
- Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depression and anxiety, 30*, 654–61.
- Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W., van den Brink, W., & Sabbe, B. (2006). Behavioural aspects of impulsivity in alcoholics with and without a cluster-B personality disorder. *Alcohol and Alcoholism, 41*, 412-420.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J.L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry, 33*, 766-771.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). A Cognitive Behavioural Theory of Anorexia Nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 1-13.
- Feliu-Soler, A., Soler, J., Elices, M., Pascual, J. C., Pérez, J., Martín-Blanco, A., Santos, A., Crespo, I., Pérez, V., & Portella, M. J. (2013). Differences in attention and impulsivity between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Psychiatry Research, 210*, 1307-1309.
- Fernandez, A. C., Wood, M. D., Stein, L. A. R., & Rossi, J. S. (2010). Measuring Mindfulness and Examining its Relationship with Alcohol Use and Negative Consequences. *Psychology of Addictive Behaviors, 24*, 608-616.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID II)*, Version 2.0 New York, NY: Biometric Research Department, New York State Psychiatry Hospital.
- Follette, V., Palm, K. M., & Pearson, A. N. (2006). Mindfulness and trauma: implications for treatment. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 24*, 45–61.
- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barratt, E. S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *Journal of Clinical Psychology, 67*, 815-828.

- Fossati, A., Feeney, J., Maffei, C., & Borroni, S. (2011) Does mindfulness mediate the association between attachment dimensions and Borderline Personality Disorder features? A study of Italian non-clinical adolescents, *Attachment & Human Development*, 13, 563-578.
- Fossati, A., Vigorelli Porro, F., Maffei, C., & Borroni, S., (2012) Are the DSM-IV Personality Disorders Related to Mindfulness? An Italian Study on Clinical Participants *Journal of Clinical Psychology*, 68, 672-683.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2 Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Germer, G., Siegel, R., & Fulton, P. (2005). (Eds) *Mindfulness and Psychotherapy*. Guilford: New York.
- Giovannini, C., Giromini, L., Bonalume, L., Tagini, A., Lang, M., & Amadei, G. (in press) The Italian Five Facet Mindfulness Questionnaire: A contribution to its Validity and Reliability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.
- Goleman, D. (1988). *The Meditative Mind*. New York: Putnam (tr. It. La forza della meditazione. Milano: Rizzoli, 1997).
- Grossmann, P. (2008). On measuring mindfulness in psychosomatic and psychological research. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 405-408.
- Guidano, V.F. (1992). *Il sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Hyer, S.E. (1994). PDQ-4+ Personality Questionnaire. New York, NY: New York State Psychiatric Institute.
- Jimenez, S. S., Niles, B. L., & Park, C. L. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and Individual Differences*, 49, 645-50.
- Kabat-Zinn, J., Chapman, A., & Salmon, P. (1997). Relationship of cognitive and somatic components of anxiety to patients preference for different relaxation techniques. *Mind-Body Medicine*, 2, 101-109.
- Kabat-Zinn J., Massion A. O., Kristeller J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a Meditation-Based Stress Reduction Program in the Treatment of Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-43.
- Kristeller, J., & Hallett, C. (1999). An exploring study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of health psychology*, 4, 357-363.
- Lattimore, P., Fisher, N., & Malinowski, P. (2011). A cross-sectional investigation of trait disinhibition and its association with mindfulness and impulsivity. *Appetite*, 56, 241-8.
- Leigh, J., Bowen, S., & Marlatt, G. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 30, 1335-1341.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 31–40
- Marcus, M. T., & Zgierska, A. (2009). Mindfulness-based therapies for substance use disorders: part 1. *Substance Abuse, 30*, 263-265.
- Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, 17*, 192-200.
- Murphy, C., & Mackillop, J. (2011). Living in the here and now: interrelationships between impulsivity, mindfulness, and alcohol misuse. *Psychopharmacology, 219*, 527-36.
- Muthén, B. O., & Muthén, L. K. (2010). *Mplus version 6.1 [User Guide]*: Los Angeles, CA: Author.
- National Clinical for Institute Excellence (NICE). (2004). *Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and related eating disorders*. Leicester: British Psychological Society.
- Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., Procacci, M., Popolo, R., & Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry Research, 190*, 37-42.
- Pedrabissi, L., & Santinello, M. (1989). *Inventario per l'Ansia di "Stato" e di "Tratto": nuova versione italiana dello STAI Forma Y: Manuale*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., & Ball, J. R. (2011). Mindfulness, response styles and dysfunctional attitudes in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 134*, 126-132.
- Perry, J. L., & Carroll, M. E. (2008) The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology, 200*, 1-26.
- Rasmussen, M. K., & Pidgeon, A. M. (2011). The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety, Stress & Coping, 24*, 227–233.
- Ridout, N., Thom, C., & Wallis, D. J. (2010). Emotion recognition and alexithymia in females with non-clinical disordered eating. *Eating Behaviors, 11*, 1-5.
- Rizzardi, M., Trombini, E., Trombini, G., & Corazza, E. (1995). *Eating Disorder Inventory-2*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior therapy, 40*, 142–54.
- Rogers, R. D., Moeller, F. G., Swann, A. C., & Clark, L. (2010). Recent research on impulsivity in individuals with drug use and mental health disorders: implications for alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 34*, 1319-33.

- Rubio, G., Jiménez, M., Rodríguez-Jiménez, R., Martínez I., Avila, C., Ferre, F., Jiménez-Arriero, M. A., Ponce, G., & Palomo, T. (2008). The role of behavioral impulsivity in the development of alcohol dependence: a 4-year follow-up study. *Alcohol Clin Exp Res*, *32*, 1681- 1687.
- Salmoirago Blotcher, E., Crawford, S. L., Carmody, J., Rosenthal, L. S., & Ockene, I. S. (2011). Characteristics of Dispositional Mindfulness in Patients With Severe Cardiac Disease *Journal of Evidence Based Complementary & Alternative Medicine*, *16*, 248-225.
- Scilligo, P. (1983). Caratteristiche psicometriche del questionario di depressione di Beck. *Psicologia Clinica*, *3*, 397-408.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: New York* (p. 351).
- Sepulveda, A. R., Carrobles, J. A., & Gandarillas, A. M. (2008). Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: an epidemiologic study. *BMC public health*, *8*, 102.
- Siegel, G. J., Ghinassi, F., & Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research*, *31*, 235-262.
- Speeth, K. (1982). On psychotherapeutic attention. *Journal of transpersonal psychology*, *14*, 141-160.
- Spielberger, C. D., & Gorsuch, R. L. (1983). State-trait anxiety inventory (Form Y). Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, C., Vogel, M., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2007). Psychopathology and alexithymia in severe mental illness: the impact of trauma and posttraumatic stress symptoms. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *257*, 191-196.
- Standford, M. S, Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2005). Fifty years of Barratt Impulsiveness Scale: an update and review. *Personality and Individual differences*, *47*, 385-395.
- Startup, M., Jackson, M. C., & Bendix, S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Clinical Psychology*, *41*, 417-422.
- Swann, A. C., Steinberg, J. L., Lijffijt, M., & Moeller, F. G. (2008). Impulsivity: differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *106*, 241-8.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 615–623.
- Telch, C., Agras, W. & Linehan, M. (2001). Treatment of binge eating with dialectical behavior therapy. *Journal of clinical and consulting psychology*, *6*, 1061-1065.
- Torbjorn, J., Larsman, P., Broberg, A., & Lundh, L. G. (2011). Self-report mindfulness mediates the relation between meditation experience and psychological well-being. *Mindfulness*, *2*, 49-58.

- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, & J., Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clinical Psychology Review, 20*, 235-253.
- Williams, J. M. G. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion Washington Dc, 10*, 1–7.
- World Health Organization. (2001). *Mental health: a call for action by world health ministers*. Geneva: World Health Organization, 2001. *who.int*. Retrieved from http://www.who.int/entity/mental_health/media/en/249.pdf
- Wupperman, P., Neumann, C. S., & Axelrod, S. R. (2008). Do deficits in mindfulness underlie borderline personality features and core difficulties. *Journal of Personality Disorders, 22*, 466–482.
- Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness meditation for substance use disorders: a systematic review. *Substance Abuse, 30*, 266-294.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., & Posternak, M. A. (2004). Exclusion criteria used in antidepressant efficacy trials. Consistency across studies and representativeness of sample included. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*, 87-94.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., & Posternak, M. A. (2005). Generalizability of antidepressant efficacy trials: differences between depressed psychiatric outpatients who would or would not qualify for an efficacy trial. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1370-1372.

STUDIO 3

LA RELAZIONE TRA MINDFULNESS E MENTALIZZAZIONE: CONFRONTO TRA UN CAMPIONE CLINICO E UN CAMPIONE NORMATIVO

1. INTRODUZIONE

Abbiamo esaminato nel corso del secondo capitolo della prima parte del presente lavoro il complesso rapporto di interazione tra il concetto di mindfulness e quello di mentalizzazione. Come descritto in precedenza, il lavoro di David J. Wallin è fondamentale per comprendere la base di partenza delle considerazioni sulla relazione tra questi costrutti. L'autore identifica affinità sostanziali tra i due processi nella loro capacità di far riferimento agli stati mentali emergendo dalla realtà oggettiva, nella loro capacità di conferire sicurezza all'individuo, nel favorire l'integrazione tra emotività e cognizione con le conseguenze positive che queste caratteristiche hanno sulla capacità di avere relazioni interpersonali stabili e positive.

Nella loro rassegna Choi-Kain e Gunderson (2008) riprendono e schematizzano il lavoro di Wallin, identificando importanti sovrapposizioni tra mindfulness e mentalizzazione, in particolare per quanto operazionalizzato nei fattori Observe e Describe (Baer, 2006). Entrambi i costrutti hanno l'effetto di moderare l'impulsività e la tendenza all'azione, come conseguenza dell'attenzione rivolta alla propria esperienza. Entrambi enfatizzano l'integrazione tra aspetti cognitivi ed emotivi degli stati mentali nell'incoraggiare il riconoscimento simultaneo e la partecipazione all'esperienza interna. Riprendendo Wallin (2007), secondo gli autori vi è una sovrapposizione riguardo agli oggetti su cui si focalizzano l'attenzione mindful e quella mentalizzante (sovrapposizione parziale, in quanto è rivolta unicamente al sé per quanto riguarda la mindfulness). La modalità di espressione, inoltre, a parere degli autori, sarebbe unicamente esplicita per la mindfulness, che si distingue dalla mentalizzazione anche in quanto fa riferimento all'esperienza di interazione con qualunque genere di oggetto, sia esso un contenuto mentale o un oggetto animato o inanimato. La dimensione temporale mette in luce un'ulteriore distinzione, in quanto la presenza mentale prevede un'attenzione focalizzata sul momento presente, mentre il processo di mentalizzazione non si è ancora a un ridotto spazio temporale e può arrivare a concettualizzare passato, presente e futuro. Infine la mindfulness

prevede l'accettazione dell'esperienza interna, mentre la mentalizzazione pone enfasi sulla possibilità di costruire rappresentazioni e significati sulla base di tali esperienze (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Prendendo spunto dalle teorizzazioni di Wallin (2007) e di Choi-Kain e Gunderson (2008) è possibile delineare con accuratezza come i due costrutti siano stati finora posti in una relazione di sovrapposizione parziale e di mutua influenza, fino a giungere all'idea che la presenza mentale funga da precursore della possibilità di sviluppare la capacità di mentalizzare.

Sebbene la letteratura in merito sia esigua e i tentativi di indagare a livello sperimentale tale rapporto non consentano di trarre deduzioni conclusive, sembra importante operare ragionamenti critici sulla natura della relazione tra questi aspetti così rilevanti della vita psichica anche in virtù delle criticità comportate dalla giustapposizione di concetti psichici di così diversa origine e natura.

Il presente lavoro è nato, quindi, dall'esigenza di chiarificare la natura del rapporto tra mindfulness e mentalizzazione e di creare la base per identificare confini teorici ed esperienziali tra queste capacità fondamentali. A tal fine si è scelto di indagare un costrutto affine a quello di mentalizzazione, ovvero il costrutto di *Mind Mindedness*. Cercheremo ora di delinearne la natura.

1.1. IL COSTRUTTO DI MIND MINDEDNESS

1.1.1. ORIGINE DEL COSTRUTTO

Il termine Mind Mindedness (MM) viene introdotto da Elizabeth Meins (1997) nella cornice della psicologia evolutiva per spiegare il rapporto tra sicurezza dell'attaccamento e sviluppo della teoria della mente, osservato in diversi studi (Dunn, 1991; Fonagy, 2001). Meins ipotizza che la MM funga da mediatore tra attaccamento sicuro e teoria della mente e la definisce come l'attitudine del caregiver a trattare il bambino non come un semplice essere con bisogni da soddisfare ma come un individuo dotato di una mente e capace di attuare comportamenti intenzionali (Meins, 1997).

Nella sua prima formulazione la MM viene definita come *"il riconoscimento [da parte della madre] del figlio come agente mentale e la propensione [della madre] a impiegare termini riguardanti il suo stato mentale nel suo discorso"* (Meins, 1997 pag.127). Questa tendenza materna influisce sullo sviluppo della mentalizzazione del bambino, in quanto percepire il figlio come dotato di una mente intenzionale permette al caregiver di agire in quella che Vygotskij

(1978) chiama “zona di sviluppo prossimale”, identificando e rispettando il grado di sviluppo mentale e psichico del bambino, così da favorirlo. Il ricorso a un linguaggio ricco di termini riferiti alla vita mentale, inoltre, aiuta il bambino a sviluppare concetti alla base dello sviluppo della teoria della mente e ad acquisire la capacità di prendere in considerazione diverse prospettive.

Meins sostiene che la MM funga da precursore della qualità dell’attaccamento e sia alla base del rapporto tra attaccamento e sviluppo della mentalizzazione nel bambino. In quest’ottica il costrutto sarebbe affine a quello di sensibilità materna, come concettualizzato da Ainsworth e Wittig (1971), ma farebbe riferimento non solo alla sensibilità allo stato emotivo e fisico del bambino, ma anche a una sensibilità specifica agli stati mentali. Diversi studi longitudinali (Meins et al., 2003; Meins, Fernyhough, Fradley, & Tuckey, 2001; Meins, Fernyhough, Russell, & Clark-Carter, 1998) hanno confermato le ipotesi di Meins sin qui delineate sostenendo l’importanza di tale costrutto nello spiegare la relazione tra qualità dell’attaccamento e sviluppo della mentalizzazione del bambino.

1.1.2. LA MIND MINDEDNESS NELLA RELAZIONE TRA PARI

Recentemente Meins e collaboratori hanno esteso l’indagine della Mind Mindedness dai contesti interazionali della diade madre-bambino alla comprensione più ampia della vita psichica rappresentazionale, attraverso la codifica di interviste. I primi studi in tal senso hanno riguardato la relazione tra Mind Mindedness e sviluppo della teoria della mente in bambini in età scolare (Meins, Fernyhough, Johnson, & Lidstone, 2006). In questo studio la MM dei bambini era rilevata attraverso la codifica di storie prodotte dal bambino e della descrizione di un amico. La codifica permetteva di ricavare il numero di attributi riferiti alla vita mentale utilizzati dal bambino, attraverso le categorie dello schema di Meins e Fernyhough riportate nel manuale della Mind Mindedness (Meins & Fernyhough, 2006). Gli autori rilevano una continuità tra la misura della MM nei due compiti ma non rispetto alla teoria della mente, giungendo a concludere che l’utilizzo di un linguaggio ricco di attributi riferiti alla vita mentale non è per forza connesso alla capacità di rappresentarsi gli stati mentali altrui. La MM viene, quindi, concettualizzata come la misura del ricorso spontaneo alla propria capacità di cogliere gli stati mentali per rappresentare e interpretare il comportamento altrui, piuttosto che come misura della mentalizzazione stessa.

Per quanto riguarda il costrutto nei contesti non interazionali nell'adulto, Meins, Harris-Waller e Lloyd (2008) hanno indagato il rapporto tra Mind Mindedness, alessitimia e stile di attaccamento ai pari in studenti universitari, attraverso un'intervista volta a rilevare la propensione a descrivere i pari come agenti mentali. I risultati hanno mostrato una relazione positiva tra bassi livelli di evitamento delle relazioni e livelli più alti di MM e una relazione negativa tra pensiero orientato all'esterno e MM. Gli autori ipotizzano, quindi, che la Mind Mindedness funga da mediatore tra attaccamento evitante e orientamento del pensiero all'esterno, ipotizzando che i soggetti con attaccamento evitante abbiano la tendenza a evitare di entrare in contatto con gli stati emotivi propri e altrui, senza che questo si riveli in una povertà di lessico riferito alla vita mentale. Questi risultati sono in linea con quanto riportato in studi precedenti (Luminet, Rime, Bagby & Taylor, 2004; Wastell & Taylor, 2002) che sostenevano che gli individui con alessitimia non si distinguessero tanto per un lessico povero di riferimenti emotivi o una difficoltà nei compiti di teoria della mente, quanto per una difficoltà a entrare in contatto con le emozioni e a comprenderle.

La scelta di ricorrere a tale costrutto nella nostra valutazione delle ipotesi di Wallin era motivata da tre ragioni principali. La prima è che Wallin (2007) ipotizza che mindfulness e mentalizzazione si sovrappongano unicamente per l'aspetto esplicito dell'ultima e il costrutto di Mind Mindedness è essenzialmente esplicito. La seconda ragione è che, sebbene mentalizzazione e Mind Mindedness presentino delle divergenze, come evidenziato in particolar modo dalle rilevazioni della MM in contesti rappresentazionali, Sharp e Fonagy (2008) sostengono una sostanziale equivalenza tra Funzione Riflessiva genitoriale e MM, anche in luce dei comuni substrati neurali. La terza ragione è legata all'importanza di cercare misure alternative per i costrutti psichici, in modo da poter sostenere la validità stessa di tali costrutti e identificarne i confini teorici. Come recentemente evidenziato da Fossati (2013), la modalità più diffusa per la rilevazione della mentalizzazione è attraverso la sua operazionalizzazione come Funzione Riflessiva (RF) per mezzo della Scala del Funzionamento Riflessivo, progettata per essere parte dell'*Adult Attachment Interview* (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998). È evidente come il fatto che indagare un costrutto come la mentalizzazione attraverso uno strumento atto a identificare anche il legame di attaccamento porti a potenziali vizi nel rilevare un legame tra i due costrutti e limiti la possibilità di indagini sulla validità degli stessi. A tal proposito si è deciso di porre in esame l'ipotesi relativa all'esistenza di una relazione tra di essi,

testando la tesi di Wallin relativa all'esistenza di una relazione positiva tra i costrutti nella loro componente esplicita e riferita al sé. Abbiamo verificato, quindi, le ipotesi di Wallin (2007), riprese da Choi-Kain e Gunderson (2008) sull'esistenza di una relazione positiva tra mindfulness e mentalizzazione, ponendo particolare attenzione alle dimensioni Observe e Describe, ritenute dagli autori maggiormente influenti. Nell'indagare la relazione tra questi costrutti si è posta, inoltre, particolare attenzione all'influenza di condizioni psicopatologiche, facendo ricorso anche a un campione di soggetti affetti da disturbi psichici clinicamente rilevanti.

2. METODOLOGIA

2.1 IL CAMPIONE

Complessivamente hanno partecipato allo studio 216 soggetti di cui 93 (40.1%) appartengono al gruppo clinico e 123 al gruppo non clinico.

I pazienti sono stati reclutati attraverso la collaborazione con alcune strutture per la cura della salute mentale del nord Italia. Il 47.3% dei pazienti ($n = 44$) è stato reclutato attraverso il Centro per i Disturbi dell'Adolescenza e dell'Alimentazione e il Servizio Psichiatrico di Cura e Riabilitazione, ASL 2 di Savona (Dott. Pier Fabrizio Cerro e Dott. Maurizio Russano), il 41.9% ($n = 39$) tramite l'Unità Operativa di Psichiatria, Dipartimento di fisiopatologia clinica e dei trapianti dell'Università degli Studi di Milano (Prof.ssa Cinzia Bressi), e il restante 10.8% ($n = 10$) era costituito da utenti della Società Cooperativa Sociale Onlus "le Vele" (Dott. Dario Donadoni).

Il **campione non clinico (CNC)** era costituito da 123 soggetti che sono stati inclusi nello studio dal momento che presentavano un *Global Severity Index* della Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1994) inferiore alla soglia di 1,189. I soggetti erano in prevalenza femmine ($n = 71$, 57.7%) e avevano un'età media di 42.61 anni ($DS 8.98$, $min = 30$, $max = 63$).

Il **campione clinico (CC)** era composto da 93 pazienti con un'età media di 41.57 anni ($DS 15,13$) in un range dai 18 ai 79 anni e si componeva per il 71% di individui di genere femminile ($n = 66$). Il 58.81 ($n = 54$) dei pazienti si trovava in regime di ricovero, mentre il restante 41.9% riceveva cure di tipo ambulatoriale.

L'87% ($n = 107$) del CNC era composto da individui che avevano un'occupazione a tempo pieno, rispetto al 39.9% dei pazienti ($n = 33$). Come illustrato in Tabella 1 il 30% del campione clinico ($n = 25$) era composto da disoccupati.

Tabella. 1 Dati sociodemografici: occupazione.

	CC			CNC	
	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Frequenza	Percentuale
Disoccupato	25	26.9	30.1	2	1.6
Full Time	33	35.5	39.8	107	87.0
Pensionato	9	9.7	10.8	-	-
Studente	5	5.4	6.0	4	3.3
Casalinga	8	8.6	9.6	10	8.1
Part Time	3	3.2	3.6	-	-
Totale	83	89.2	100	123	100.00
<i>Mancante</i>	<i>10</i>	<i>10.8</i>			
Totale	93	100.0			

In Tabella 2 sono riportate le diagnosi di Asse I del CC rilevate attraverso la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996), che identifica le diagnosi dei principali disturbi mentali secondo i criteri del DSM-IV-TR (APA, 2000). La diagnosi più frequente è risultata quella di Disturbo Depressivo Maggiore (33.3%, $n = 31$), seguita da quella di Schizofrenia (11.8%, $n = 11,8$), Disturbo d'Ansia Generalizzato (10.8%, $n = 10$) e Disturbo Bipolare (10.8%, $n = 10$).

Tabella. 2 Diagnosi Asse I

DIAGNOSI ASSE I	31	14.4
Depressione Maggiore	31	33.3
Schizofrenia	11	11.8
Disturbo d'Ansia Generalizzato	10	10.8
Disturbo Bipolare	10	10.8
Disturbo da Attacchi di Panico	9	9.7
Alimentare NAS	8	8.6
Anoressia Nervosa	6	6.5
Nessuna diagnosi	5	5.4
Bulimia Nervosa	2	2.2
Disturbo Ossessivo Compulsivo	1	1.1
Totale	93	100.0

Le diagnosi relative ai disturbi di personalità (Asse II del DSM-IV-TR) sono state raccolte attraverso la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (SCID II; First et al., 1994), che è stata somministrata quando ritenuto opportuno dall'équipe curante. È stato, quindi,

possibile ottenere informazioni relative alla diagnosi di personalità solo per 44 soggetti (vedi Tabella 3). Il 56.8% ($n = 25$) dei pazienti non presentava alcuna diagnosi di Asse II. La diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità è risultata essere la più frequente ($n = 7$, 15.9%).

Tabella. 3 Diagnosi Asse II.

DIAGNOSI ASSE II	FREQUENZA	PERCENTUALE
Borderline	7	15.9
Paranoide	3	6.8
Osessivo-Compulsivo	3	6.8
Evitante	2	4.5
Dipendente	2	4.5
Narcisistico	1	2.3
Passivo-Aggressivo	1	2.3
Nessuna Diagnosi	25	56.8
Totale	44	100.0

2.2. PROCEDURE E STRUMENTI DI VALUTAZIONE

2.2.1 PROCEDURE E STRUMENTI NEL CAMPIONE NON CLINICO

A tutti i partecipanti è stata richiesta la sottoscrizione di un consenso informato e sono state fornite spiegazioni relative allo studio.

I soggetti appartenenti al **campione non clinico (CNC)** sono stati reclutati attraverso un campionamento a valanga: a un piccolo gruppo di studenti che non partecipava allo studio, è stato richiesto di reperire, tramite canali autonomi, soggetti volontari disposti a partecipare allo studio. Agli studenti sono state fornite buste contenenti i questionari da compilare in forma anonima, con un codice attribuito in modo univoco al soggetto. Gli studenti stessi hanno raccolto le interviste contestualmente alla consegna dei questionari. Le registrazioni, apportanti il codice soggetto, sono state sbobinate da un secondo gruppo di persone e codificate da codificatori indipendenti.

Ogni studente ha reclutato un minimo di 10 soggetti in cambio di crediti formativi universitari, mentre non è stata prevista alcuna forma di compenso per i soggetti partecipanti.

Si è utilizzata la **Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)** (Derogatis, 1994) al fine di escludere soggetti che presentassero psicopatologie. Si tratta di un questionario autosomministrato composto da 90 item, valutati su scala Likert a 5 punti (dove 0 = per niente

e 4 = moltissimo) che descrivono eventuali disturbi che il soggetto può aver riscontrato nel corso della settimana precedente. Dai singoli item è possibile ricavare un punteggio medio riferibile a 10 dimensioni psicopatologiche. È previsto infine il calcolo di tre punteggi globali: il *GSI - Global Score Index*, il *PTS - Positive Symptom Total*, e il *PSDI - Positive Symptom Distress Index*. Per gli scopi del nostro studio si è deciso di utilizzare il GSI, che si ricava dalla somma dei punteggi a tutti gli item che compongono il questionario diviso per il numero di item ai quali il soggetto ha dato una risposta ed è un indicatore del livello generale di disagio percepito dal soggetto. La recente taratura dello strumento in italiano (Preti, Sarno, & Prunas, 2010), suggerisce di considerare indici di disagio moderato punteggi T compresi tra 55 e 65. Punteggi superiori a 65 indicano un disagio superiore alla soglia di attenzione clinica. Le proprietà psicometriche dello strumento sono buone. La consistenza interna di ogni sottoscala è da accettabile a buona, con un α compreso tra .70 e .96, e di .97 per il GSI. L'attendibilità test-retest è buona, con un r compreso tra .78 e .90 a una settimana e tra .68 e .80 a dieci settimane. La validità convergente è migliore di quella divergente. Le scale presentano intercorrelazioni da moderate a elevate (da .361 a .761) e correlazioni elevate con il GSI (da .664 a .898).

2.2.2 PROCEDURE E STRUMENTI NEL CAMPIONE CLINICO

I soggetti appartenenti al **campione clinico (CC)** sono pazienti afferenti alle strutture di riferimento in un periodo tra gennaio 2011 e giugno 2013.

I pazienti sono stati sottoposti al protocollo di presa in carico previsto dalla struttura di riferimento. Le informazioni anamnestiche e sociodemografiche sono state ricavate dall'esame delle cartelle cliniche.

A tutti i pazienti è stata somministrata l'intervista diagnostica semi-strutturata ***Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I)*** e, su scelta dei curanti di riferimento, la ***Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID II)*** (First, et al., 1994; First et al., 1996), che hanno fornito le informazioni diagnostiche relative ai disturbi mentali principali e ai disturbi di personalità, secondo la classificazione del DSM-IV-TR (APA, 2000).

La valutazione del funzionamento globale è stata effettuata tramite la scala ***Global Assessment of Functioning (GAF)*** (DSM-IV-TR, APA, 2000; rivisto da Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976) che fornisce un punteggio da 0 a 100 indicante il livello di funzionamento sociale,

psicologico e occupazionale del soggetto. La scala ha riportato una coerenza interna di .89 (Startup, Jackson, & Bendix, 2002).

2.2.3. PROCEDURE COMUNI AI DUE CAMPIONI

Per la valutazione della mindfulness a tutti i soggetti partecipanti allo studio è stato somministrato il **Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)** nella sua versione italiana (Giovannini, Giromini, Bonalume, Tagini, Lang, & Amadei, in press) (per la descrizione dello strumento si rimanda allo Studio 1 del presente lavoro). I soggetti del CNC hanno compilato il questionario in forma anonima in autonomia, riconsegnandolo al reclutatore in busta chiusa, contrassegnata con il codice attribuito in modo univoco al soggetto. Il CC ha compilato il questionario nel setting di raccolta delle informazioni previsto dal servizio di afferenza.

Per la valutazione della **Mind Mindedness (MM)** si è fatto riferimento al manuale di Meins e Fernyhough nella sua ultima versione (2010). Ciò che si intendeva rilevare era una misura rappresentazionale della MM nell'adulto, ovvero la tendenza a fare riferimento a attributi mentali per descrivere l'altro significativo. La consegna fornita ai soggetti era quella di descrivere liberamente se stesso e una persona significativa, per cinque minuti a descrizione. Il limite di tempo è stato ritenuto il tempo ottimale per evitare descrizioni laconiche o verbose, facendo riferimento al *Five Minute Speech Sample (FMSS)* di Magana, Goldstein, Karno e Miklowitz (1986). La scelta di introdurre la descrizione di sé è motivata da quanto precedentemente riportato rispetto al rapporto tra mindfulness e mentalizzazione e, in particolare, alla necessità di avere una misura della mentalizzazione riferita alla dimensione individuale ed esplicita del costrutto. Per gli scopi del nostro studio le descrizioni dell'altro significativo non sono state prese in considerazione, dal momento che la mindfulness, come misurata dal Five Facet Mindfulness Questionnaire è un costrutto focalizzato sul sé.

Le interviste sono state audio-registrate e trascritte *verbatim*. I trascritti sono stati, in seguito, codificati attraverso categorie di attributi, mutualmente esclusive ed esaustive, ricavate dallo schema proposto da Meins e Fernyhough nel Mind-Mindedness Coding Manual del 2010.

Sono state mantenute invariate le categorie di classificazione proposte, come segue:

- **Mind Minded (MM)**: comprende ogni riferimento alla vita mentale del soggetto descritto, incluse emozioni, affetti, preferenze, volontà, desideri, conoscenze, memorie,

immaginazione, metacognizioni, interessi, oltre che riferimenti a caratteristiche mentali condivise.

- **Comportamentale (COMP):** comprende commenti sulle azioni del soggetto riconducibili a un piano unicamente comportamentale.
- **Fisico (FIS):** comprende riferimenti alle caratteristiche fisiche, compresa l'età.
- **Relazionale (REL):** comprende i commenti focalizzati sulla relazione, piuttosto che sul singolo individuo (per esempio "siamo come sorelle").
- **Generico (GEN):** comprende notazioni generali non attribuibili alle categorie precedenti (per esempio dire il nome della persona o dove abita).

Considerata la complessità e varietà degli attributi racchiusi nella categoria *Mind-minded*, si è deciso di operare un'ulteriore distinzione tra attributi riferiti alle cognizioni e attributi rivolti ad affetti ed emozioni, introducendo le categorie:

- **Mind Minded cognitivo (MM_COG):** comprendente riferimenti agli aspetti decisionali, agli interessi, ai desideri, credenze, preferenze, stati epistemici e intelletto;
- **Mind Minded emotivo (MM_EMO):** comprendente riferimenti alle emozioni, agli affetti e al tono dell'umore del soggetto. Si è stabilito, inoltre, di operare una suddivisione tra contenuti emotivi di tono positivo (**MM_EMO_P**) e di tono negativo (**MM_EMO_N**).

Per il calcolo dei punteggi è stata ricavata la proporzione tra il numero di attributi per ogni categoria, e il numero di parole utilizzate nella descrizione relativa. A punteggi più elevati nella proporzione di attributi *Mind Minded* corrispondono livelli più alti di Mind Mindedness.

Per verificare l'affidabilità dello strumento, è stata calcolata l'*inter-rater reliability* su una selezione casuale di 48 soggetti. Due valutatori hanno effettuato la codifica degli stessi protocolli e si è poi calcolato l'indice di accordo per ogni categoria, che è risultato elevato. I punteggi α relativi agli attributi variavano da .93 a .98. L'indice complessivo di affidabilità concernente gli attributi MM è pari a $\alpha = .97$. I risultati sono in linea con quanto emerso dallo studio di Meins e collaboratori (2008), che riportano un'eccellente inter-rater reliability per l'adattamento dello schema di codifica all'intervista dell'adulto.

2.3. ANALISI STATISTICHE

Per le analisi statistiche è stato utilizzato SPSS 21.0.

La distribuzione delle variabili è stata valutata esaminando i valori di asimmetria e curtosi, dove un valore pari o inferiore a $|1|$ indicava una normale distribuzione delle variabili.

Per le proporzioni di attributi MM che mostravano una distribuzione non normale, si è optato per la trasformazione attraverso la funzione $2 \times \arcsin\sqrt{x}$ per ottenere distribuzioni vicine alla normale.

Le differenze tra i due campioni nelle variabili sociodemografiche e in relazione ai punteggi alle scale di valutazione sono state testate con il test t di Student, mentre le differenze rispetto al genere sono state indagate tramite le tabelle di contingenza e il χ^2 . Non si sono riscontrate differenze significative tra i due campioni rispetto all'età, $t(214) = 0.63$, $p = .53$, e rispetto al genere, $\chi^2(1) = 3.45$, $p = .06$.

Le relazioni tra i costrutti sono state indagate attraverso la correlazione di Pearson, mentre i confronti tra i gruppi sono stati effettuati attraverso il t di Student. Per la variabile FIS, relativa agli attributi denotanti descrizioni fisiche, si è utilizzato il test di Mann-Whitney, dal momento che è stato impossibile normalizzare la variabile attraverso una trasformazione.

I due campioni sono stati suddivisi ulteriormente in Pazienti con Alta Mindfulness (P_AM) e Bassa Mindfulness (P_BM) e Non pazienti con Alta Mindfulness (N_AM) e Bassa Mindfulness (N_BM), facendo ricorso ai profili ottenuti con la procedura di *Latent Cluster Analysis* nello Studio 2 del presente lavoro. Le differenze nei livelli di Mind Mindedness in base al profilo di mindfulness sono state indagate attraverso l'ANOVA Multivariata (MANOVA). Questa statistica confronta i gruppi identificati prendendo in considerazione la varianza *within* e *between subjects*.

Per le variabili categoriali o ordinali, le differenze tra i cluster sono state esaminate attraverso le tabelle di contingenza, le percentuali e i residui standardizzati. Un residuo con valore superiore a $|2|$ conferma che il punteggio osservato differisce significativamente dal punteggio atteso (vedi Agresti, 1984).

3. RISULTATI

3.1 STATISTICHE DESCRITTIVE

In Tabella 4 sono riportate le statistiche descrittive relative ai punteggi del Five Facet Mindfulness Questionnaire suddivisi in base al campione di appartenenza (CNC = campione non clinico; CC = campione clinico).

Tabella. 4 Statistiche descrittive del Five Facet Mindfulness Questionnaire

	CNC			CC			Campione Totale		
	N	Media	DS	N	Media	DS	N	Media	DS
Observe	123	23.47	5.8	93	24.55	6.31	216	23.94	6.03
Describe	123	27.51	6.29	93	25.68	6.52	216	26.72	6.44
Act with Awareness	123	29.85	5.75	93	26.12	7.76	216	28.24	6.92
Nonjudge	123	28.78	5.3	93	22.61	7.09	216	26.13	6.84
Nonreact	123	19.46	4.68	93	19.68	5.59	216	19.56	5.08
FFMQ_TOT	123	129.07	17.11	93	118.63	20.10	216	124.58	19.13

La stessa suddivisione è stata effettuata in Tabella 5, dove vediamo riportate le statistiche descrittive relative alle variabili della Mind Mindedness, espresse come medie delle proporzioni di attributi rispetto al numero di parole.

Tabella. 5 Statistiche descrittive degli attributi della Mind Mindedness (proporzioni sul numero di parole)

	CNC			CC			Campione Totale		
	N	Media	DS	N	Media	DS	N	Media	DS
MM_COG	117	.020	.018	54	.018	.015	171	.020	.018
MM_EMO_P	117	.014	.011	50	.007	.011	167	.012	.011
MM_EMO_N	117	.006	.007	49	.014	.013	166	.009	.020
MM_EMO_TOT	117	.020	.012	54	.020	.017	171	.020	.014
MM_TOT	122	.041	.025	93	.042	.025	215	.042	.025
COMP	122	.038	.018	91	.016	.014	213	.029	.020
FIS	122	.004	.006	84	.002	.005	206	.003	.007
REL	122	.001	.002	91	.002	.004	213	.001	.003

Nota. MM_COG = proporzione di attributi Mind Minded cognitivi; MM_EMO_P = proporzione di attributi Mind Minded emotivi positivi; MM_EMO_N = proporzione di attributi Mind Minded emotivi negativi; MM_EMO_TOT = proporzione di attributi Mind Minded emotivi complessivi; MM_TOT = proporzione di attributi Mind Minded totali; COMP = proporzione di attributi comportamentali; FIS = proporzione di attributi fisici; REL = proporzione di attributi relazionali.

3.2 CONFRONTO TRA CAMPIONE CLINICO E NON CLINICO

Dal confronto effettuato attraverso il t di Student (Tabella. 6) è emerso che i soggetti appartenenti al campione non clinico presentavano, come atteso, livelli di mindfulness significativamente superiori a quelli del campione di pazienti, sia rispetto al punteggio complessivo (FFMQ_TOT), $t(179.74) = 4.03, p = .00$, che in relazione alle dimensioni Describe, $t(214) = 2.09, p = .04$, Act with Awareness, $t(163.04) = 3.90, p = .00$, e Nonjudge, $t(163.20) = 7.04, p = .00$.

Tabella. 6 Confronto tra punteggi medi al FFMQ nel CC e CNC (test t di Student)

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>
Observe	-1.30	214	.20
Describe	2.09	214	.04
Act with Awareness	3.90	163.04	.00
Nonjudge	7.04	163.20	.00
Nonreact	-0.31	214	.76
FFMQ_TOT	4.03	179.74	.00

Per quanto riguarda i livelli di Mind Mindedness riportati dai due gruppi (Tabella. 7), si è riscontrato nei soggetti non affetti da psicopatologia una tendenza significativamente superiore ($p < .01$) a descriversi in termini mentalizzanti emotivamente positivi, $t(165) = 4.81$, mentre i pazienti manifestavano un'opposta tendenza a descriversi in termini mentalizzanti emotivamente negativi, $t(72.12) = -3.97, p = .00$.

Tab. 7 Confronto tra livelli medi di MM nel C_C e C_NC (test t di Student)

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>
MM_COG	1.25	157	.21
MM_EMO_P	4.81	165	.00
MM_EMO_N	-3.97	72.12	.00
MM_EMO_TOT	1.16	73.14	.25
MM_TOT	-0.02	213	.99
COMP	10.17	168.86	.00

Nel campione non clinico si è riscontrata, inoltre, una maggiore tendenza a utilizzare descrizioni comportamentali, $t(168.86) = 10.17, p = .00$, e descrizioni del proprio aspetto fisico, come è emerso dal test di Mann-Whitney ($Mdn_{CC} = 0.00, Mdn_{CNC} = 0.00, U = 3507.00, z = -4.13, p = .00$).

3.4 RELAZIONE TRA MINDFULNESS E MIND MINDEDNESS

Per valutare l'esistenza di una relazione tra il costrutto di mindfulness e quello di mentalizzazione, abbiamo utilizzato la correlazione di Pearson tra i fattori del FFMQ e gli attributi della Mind Mindedness. In Tabella 8 i risultati di tale indagine. Appare evidente, a un primo esame, una quasi totale assenza di relazioni significative tra i due costrutti, fatta eccezione per la correlazione negativa tra la tendenza a descriversi in termini mentalizzanti emotivi negativi (MM_EMO_N) e la capacità di non giudizio (Nonjudge), $r = -0.23$, $p = .00$, la capacità di non reagire alle esperienze emotive interne (Nonreact), $r = -0.19$, $p = .02$, e la capacità di mindfulness nel suo complesso (FFMQ_TOT), $r = -0.24$, $p = .00$, e la correlazione positiva tra la tendenza a descriversi con attributi emotivi positivi (MM_EMO_P) e il fattore Nonjudge, $r = 0.17$, $p = .03$.

Tabella. 8 Relazione tra attributi della Mind Mindedness e fattori del FFMQ (correlazione di Pearson)

		MM_COG	MM_EMO_P	MM_EMO_N	MM_EMO_TOT	MM_TOT
Observe	<i>r</i>	-0.05	0.02	-0.09	-0.02	-0.03
	<i>Sig.</i>	.55	0.80	0.25	0.85	0.67
	<i>n</i>	159	167	166	171	215
Describe	<i>r</i>	0.15	0.07	-0.11	0.01	0.05
	<i>Sig.</i>	0.07	0.35	0.16	0.88	0.47
	<i>n</i>	159	167	166	171	215
Act with Awareness	<i>r</i>	0.12	0.15	-0.14	0.00	0.01
	<i>Sig.</i>	0.13	0.06	0.08	0.98	0.90
	<i>n</i>	159	167	166	171	215
Nonjudge	<i>r</i>	0.06	.17*	-.23**	0.01	-0.12
	<i>Sig.</i>	0.48	0.03	0.00	0.87	0.07
	<i>n</i>	159	167	166	171	215
Nonreact	<i>r</i>	0.02	-0.05	-.19*	-0.14	-0.07
	<i>Sig.</i>	0.78	0.51	0.02	0.07	0.31
	<i>n</i>	159	167	166	171	215
FFMQ_TOT	<i>r</i>	0.10	0.12	-.24**	-0.03	-0.05
	<i>Sig.</i>	0.21	0.11	0.00	0.67	0.45
	<i>n</i>	159	167	166	171	215

Sebbene tali relazioni siano risultate significative, le correlazioni erano piuttosto basse. Per approfondire questo risultato si è deciso di indagare il campione clinico e quello non clinico separatamente. Nel campione di pazienti abbiamo quindi rilevato una correlazione positiva bassa ma significativa tra Observe e gli attributi MM emotivi positivi, $r = 0.33$, $p = .02$, e la

correlazione negativa tra Nonreact e gli attributi MM emotivi negativi, che da piccola diventava bassa, $r = -0.31$, $p = .03$. Nel campione non clinico la correlazione con Nonreact non è risultata significativa, denotando come l'effetto identificato nel campione complessivo, fosse da attribuirsi in modo preponderante ai pazienti. Si è rilevata, infine, nel gruppo non clinico, una correlazione negativa significativa tra la capacità di osservare le proprie emozioni e sensazioni (Observe) e la tendenza a descriversi in termini emotivi negativi (MM_EMO_N), $r = -0.21$, $p = .02$.

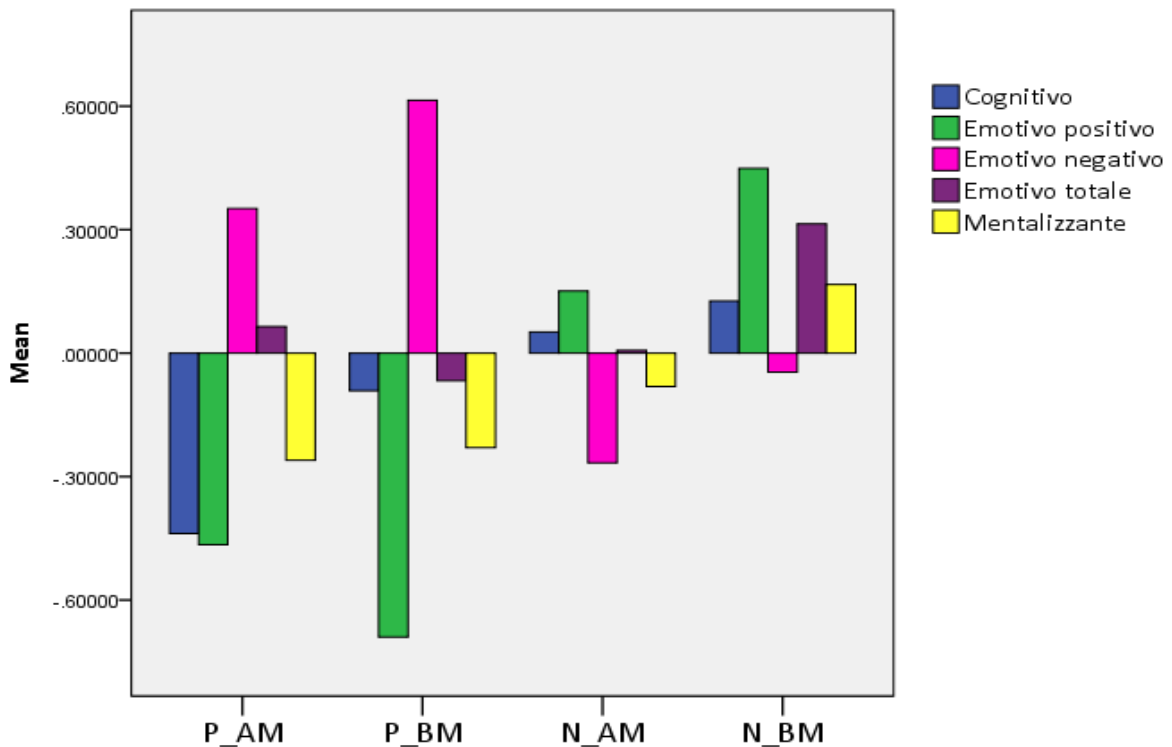
3.5 VALUTAZIONE DELLA MIND MINDEDNESS IN BASE AI PROFILI DI MINDFULNESS

Nello studio precedente abbiamo effettuato un procedimento di mindfulness profiling per mezzo della *Latent Cluster Analysis* (LCA), ottenendo 4 cluster indicativi delle caratteristiche di mindfulness di pazienti e controlli. I cluster identificati sono stati denominati in base alla distribuzione caratteristica dei punteggi dei fattori del Five Facet Mindfulness Questionnaire, fatta eccezione per Observe, che non ha contribuito a delineare gli attributi dei cluster. Si sono, quindi, identificati pazienti con alte capacità di mindfulness (P_AM), pazienti con basse capacità di mindfulness (P_BM), non pazienti con alte capacità di mindfulness (N_AM) e non pazienti con basse capacità di mindfulness (N_BM).

Per approfondire la valutazione del rapporto tra mindfulness e mentalizzazione, si è deciso di servirsi dei profili di mindfulness, verificando le differenze nella distribuzione degli attributi della Mind Mindedness tra i diversi profili di pazienti e controlli con bassa e alta mindfulness.

In Figura. 1 sono rappresentati graficamente gli attributi della Mind Mindedness (trasformati in punti z) suddivisi per i diversi *cluster* di pazienti e non pazienti. A un livello puramente descrittivo possiamo osservare come la suddivisione in *cluster* suggerisse delle possibili differenze nella propensione a utilizzare gli attributi mentalizzanti nella descrizione di sé. In particolare, la maggiore tendenza di pazienti con bassa mindfulness a ricorrere agli attributi MM emotivi negativi rispetto ai pazienti con capacità di mindfulness più alta e l'opposta tendenza rispetto agli attributi MM emotivi positivi.

Fig. 1 Capacità di mentalizzazione nei diversi profili di mindfulness (attributi della MM trasformati in punti z)



Si è verificato attraverso la MANOVA se sussistessero differenze significative nei livelli di mentalizzazione, in base al cluster di appartenenza. Si sono riscontrate differenze significative per l'espressione di contenuti mentalizzanti emotivi, sia positivi, $F(3, 161) = 9.45, p = .00$, che negativi, $F(3, 161) = 7.27, p = .00$. Al di là dei raggruppamenti prevedibili tra pazienti (P_BM e P_AM) e tra non pazienti (N_BM e N_AM), dal test Post Hoc di Tukey si è potuto rilevare come i livelli di espressione di contenuti MM emotivi positivi dei pazienti e dei non pazienti con alti livelli di mindfulness si avvicinassero (Tabella 10).

Tabella. 10 Test Post Hoc di Tukey: attributi Mind Minded Emotivi Positivi

Cluster	N	Sottoinsieme		
		1	2	3
P_BM	25	0.11		
P_AM	23	0.14	0.14	
N_AM	83		0.20	0.20
N_BM	34			0.24
<i>Sig.</i>		<i>0.63</i>	<i>0.08</i>	<i>0.58</i>

Per quanto riguarda gli attributi MM emotivi negativi, invece, è interessante osservare come i punteggi dei pazienti con alti livelli di mindfulness si avvicinassero a quelli dei non pazienti con bassi livelli di mindfulness (Tabella 11).

Tabella. 11 Test Post Hoc di Tukey: attributi Mind Minded Emotivi Negativi

Cluster	N	Sottoinsieme		
		1	2	3
N_AM	83	0.12		
N_BM	34	0.14	0.14	
P_AM	23		0.20	0.20
P_BM	25			0.22
Sig.		0.79	0.20	0.86

4. DISCUSSIONE DEI RISULTATI E LIMITI DELLO STUDIO

Negli ultimi anni si è posta sempre maggiore attenzione al rapporto tra la mindfulness e diversi costrutti psicologici concettualmente attigui. L'attenzione alla relazione tra la presenza mentale e la mentalizzazione, esito di recenti considerazioni, ha trovato sinora uno spazio esiguo in letteratura. Ancora più ridotti sono i contributi empirici volti a chiarire tale relazione.

Scopo del presente lavoro era quello di valutare l'esistenza di una relazione tra il costrutto di mindfulness e quello di mentalizzazione partendo dalle considerazioni teoriche formulate da Wallin (2007) e successivamente schematizzate da Choi-Kain e Gunderson (2008). Si è pertanto fatto ricorso al costrutto di Mind Mindedness, che ha consentito di porre il focus sulla mentalizzazione esplicita e riferita al sé.

Nel complesso i nostri risultati farebbero propendere per una generale disconferma delle ipotesi vagliate. Ciò che si riscontra in modo netto è la quasi totale assenza di relazioni forti o rilevanti tra i costrutti indagati.

Sebbene la tendenza a descriversi in termini mentalizzanti di tipo emotivo connotati da un tono negativo si ponga in una relazione inversa con la mindfulness nel suo complesso e nello specifico con la capacità di avere un atteggiamento non giudicante e con quella di non reagire in modo impulsivo, tali relazioni sono di scarsa entità. Quasi inesistente anche la relazione rilevata tra la tendenza a descriversi in termini mentalizzanti emotivamente positivi e l'atteggiamento non giudicante.

Il ricorso al campione clinico ha permesso di identificare eventuali ricadute che la presenza di una psicopatologia può avere sulle relazioni indagate.

Si è, innanzitutto, rilevato come il campione clinico presentasse capacità di mindfulness inferiori rispetto al gruppo non clinico, a eccezione delle dimensioni Observe e Nonreact, che non risultano capaci di differenziare i due gruppi. Questo esito appare in linea con quanto

riportato in precedenza riguardo a queste dimensioni, che appaiono particolarmente influenzate dall'esperienza di meditazione (Baer et al., 2008, 2006; Josefsson & Broberg, 2011).

I livelli di mentalizzazione nel nostro campione sembrano anch'essi influenzati dalla presenza di una psicopatologia, ma solo in parte. Il rapporto tra mentalizzazione e psicopatologia è stato indagato ampiamente in letteratura da Fonagy con particolare attenzione agli individui che dimostrano estrema labilità affettiva, regressioni rilevanti e sintomi psicotici nella pratica clinica psicoanalitica (Fonagy et al., 1995). La ricerca sull'argomento ha dato sostegno all'esistenza di un deficit nella capacità di mentalizzare di tali individui (Bouchard et al., 2009, Fonagy, & Luyten 2009). Facendo riferimento agli altri disturbi di Asse I rappresentati nel nostro campione, in letteratura si rileva come le capacità di mentalizzare si esprimano in modo peculiare all'interno di determinati quadri sintomatologici. Allen (2006), per esempio, sostiene che i pazienti con disturbo depressivo possono fallire nel processo di mentalizzazione, non solo non mentalizzando, ma anche mentalizzando in maniera disfunzionale, oppure mentalizzando eccessivamente, come nelle forme di pensiero ruminativo o ipervigilante. Il rimuginio mentale è tipico anche del soggetto ansioso e si manifesta in un susseguirsi di pensieri negativi non controllabili, che creano un circolo vizioso che contribuisce a sostenere e ad alimentare il disagio (Borkovec & Inz, 1990; Borkovec, Lyonfields, Wisner & Diehl, 1993; Borkovec, Ray & Stöber, 1998). Per quanto riguarda i disturbi psicotici, ampiamente rappresentati nel nostro campione, una recente rassegna di Korver-Nieberg e collaboratori (2013) ha sottolineato l'importanza del rapporto tra attaccamento insicuro e conseguente deficit di mentalizzazione per far luce sulle difficoltà relazionali di questi pazienti.

L'unico contributo che indaga il costrutto di Mind Mindedness in psicopatologia è rivolto all'indagine della capacità di mentalizzazione interazionale di madri schizofreniche o depresse (Pawlby et al., 2010). Gli esiti di questo studio riportano unicamente delle differenze poco rilevanti tra le capacità mentalizzanti delle madri depresse rispetto ai controlli sani. Il nostro campione è altamente eterogeneo e questo elemento può spiegare l'assenza di differenze nella complessiva capacità di mentalizzazione tra i campioni clinico e non clinico. L'influenza della psicopatologia è rilevabile solo per quanto riguarda la mentalizzazione di tipo emotivo. I pazienti appaiono, infatti, più inclini a ricorrere a emozioni negative per descriversi rispetto ai soggetti non affetti da disturbi psichici, che, al contrario, mostrano una maggiore propensione a utilizzare l'emotività positiva nelle proprie descrizioni di sé. Questo risultato non stupisce, in quanto l'utilizzo di termini emotivi di tipo negativo può essere ricondotto alla presenza stessa

della sintomatologia psichica. Una larga parte dei pazienti, inoltre, si trova in regime di ricovero, denotando l'elevata severità delle condizioni cliniche, e potrebbe essere rilevante anche il peso di condizioni sociali quali l'elevato tasso di disoccupazione.

Valutando la relazione tra i costrutti di mindfulness e mentalizzazione alla luce della presenza di una psicopatologia si rilevano alcune peculiarità, che vanno considerate in modo cauto, data la scarsa intensità delle relazioni. La capacità di osservare le proprie emozioni e i propri pensieri, nel gruppo di pazienti presenta una relazione positiva appena apprezzabile con la tendenza a descriversi in termini emotivamente positivi, mentre nel campione non clinico ha una seppur molto piccola relazione negativa con la tendenza a definirsi in termini emotivamente negativi. Questo avallerebbe in parte quanto sostenuto da Choi-Kain e Gunderson (2008) che ritengono *Observe* una delle componenti che può rappresentare le aree di maggiore sovrapposizione con il costrutto di mentalizzazione. Ciononostante l'entità delle relazioni rilevate e il fatto che siano secondarie alla distinzione tra soggetti che presentano una psicopatologia e individui che non ne sono affetti, impone cautela nel trarre conclusioni in tal senso.

Per quanto riguarda il fattore *Describe*, identificato anch'esso da Choi-Kain e Gunderson (2008) come componente fondamentale della relazione tra mindfulness e mentalizzazione, esso non risulta presentare relazioni rilevanti con nessuna componente della mentalizzazione considerata. Le ipotesi iniziali prevedevano di riscontrate relazioni positive tra tali fattori e la MM. In particolare, si pensava che il fattore *Describe* potesse essere particolarmente affine alla capacità di utilizzare attributi mentali nel descrivere se stessi, in relazione alle sue caratteristiche. L'assenza di legame potrebbe essere indicativa del fatto che la *Mind Mindedness* richieda e implichi aspetti molto differenti da quelli elicitati dagli item componenti la scala *Describe* (vedi riquadro). La capacità di mindfulness di etichettare a parole i propri contenuti mentali presuppone la consapevolezza degli stati interni a cui si fa riferimento, prevedendo che l'individuo associ parole appropriate agli stati mentali, cognitivi ed emotivi, che sperimenta. Questo aspetto di consapevolezza, fondamentale per l'attributo di mindfulness, non può essere colto attraverso il costrutto della *Mind Mindedness* che identifica unicamente la capacità di attribuzione di termini mentalizzanti, ma non dell'appropriatezza di questi rispetto a ciò che effettivamente il soggetto sperimenta. Si potrebbe, pertanto, ipotizzare che la *Mind Mindedness*, nella sua formulazione rappresentazionale, faccia riferimento a descrizioni incapaci di cogliere eventuali dissintonie tra quanto espresso e quanto realmente sperimentato.

ITEM CHE COMPONGONO IL FATTORE DESCRIBE

- 2- "Sono bravo/a a trovare parole che descrivano i miei sentimenti."
- 7- "Riesco facilmente a trovare le parole per esprimere le mie credenze, le mie opinioni e le mie aspettative."
- 12- "Per me è difficile trovare le parole per descrivere quello a cui sto pensando."
- 16- "Per me è un problema trovare le parole giuste per esprimere quello che penso".
- 22- "Quando provo una sensazione sul mio corpo, mi risulta difficile descriverla perché non trovo le parole giuste."
- 27- "Anche quando mi sento molto turbato/a, posso trovare il modo di tradurlo in parole ed esprimerlo."
- 32- "La mia inclinazione naturale è quella di tradurre le mie esperienze in parole."
- 37- "Di solito sono capace di descrivere abbastanza dettagliatamente come mi sento in un dato momento."

L'utilizzo dei profili di mindfulness rilevati nello studio 2 del presente lavoro ha permesso di approfondire ulteriormente la natura delle relazioni indagate. Si è potuto, infatti, rilevare come la tendenza a produrre attribuzioni mentalizzanti emotive caratterizzate in tono positivo è qualitativamente affine nei pazienti e non pazienti con elevate capacità di mindfulness. Allo stesso modo le elevate capacità di mindfulness dei pazienti avvicinano i loro livelli di mentalizzazione emotiva negativa a quelli dei soggetti appartenenti al campione non clinico con capacità di mindfulness più ridotte. In sintesi, sebbene sussistano elementi che suggeriscono che la mindfulness abbia una qualche influenza rispetto alla dimensione emotiva della mentalizzazione, le relazioni riscontrate non sono di entità tale da far propendere per l'evidenza di tale rapporto, che quando rilevato risulta estremamente sottile.

I nostri risultati impongono alcune riflessioni generali sulla natura dei costrutti indagati e sulle misure utilizzate. L'evidenza maggiore sembra essere quella di una complessiva scarsità di relazioni tra i costrutti indagati e questo esito non è completamente inatteso.

Come evidenziato in precedenza, alcuni aspetti di criticità derivano dalla definizione stessa di mindfulness. Wallin (2007) per primo e Choi-Kain e Gunderson (2009) in seguito hanno sostenuto che la mindfulness si relazioni unicamente con gli aspetti espliciti della mentalizzazione, portando così l'attenzione in modo selettivo alle componenti mediate dalla

cognizione e dal linguaggio. I nostri risultati, tuttavia, potrebbero aprire a una nuova prospettiva che tiene conto della natura essenzialmente esperienziale, pre-riflessiva, pre-simbolica e per sua natura non pienamente esprimibile a parole della mindfulness (Gunaratana, 2002; Mace, 2008). Secondo tale prospettiva la presenza mentale conduce a un cambiamento che non avviene in uno stato mentalizzante (Engler, 2003; Rubin, 1996), non può in alcun modo essere ridotta a una *skill* cognitiva e non prevede la mediazione simbolica. È lo stato di pienezza dell'essere che pone l'accento su ciò che già si è (Kabat-Zinn, 1990). Sarebbe, dunque, forzato connetterla alla componente esplicita del mentalizzare, fortemente mediata dalla simbolizzazione e dal processo secondario (Dennett, 1978, 1987).

Alla luce delle caratteristiche divergenti dei costrutti, si può ipotizzare che operino a livelli mentali molto differenti. Il ricorso al costrutto di Mind Mindedness ha permesso di evidenziare il divario tra la mentalizzazione come espressione verbale di contenuti riferibili alla propria vita mentale e la mindfulness che, come rilevata dal questionario di Baer e collaboratori (2006), fa riferimento alla presenza mentale come un insieme di vissuti di carattere esperienziale, connotati da una dimensione del pensare integrata da richiami emotivi, sensoriali, viscerali e impressionistici. Si potrebbe dunque ipotizzare che proprio il ricorso alla dimensione esplicita della mentalizzazione sia stato limitante nel considerare il rapporto tra questi costrutti. A tal proposito si può far riferimento ad alcune criticità riscontrate in letteratura rispetto al costrutto di Mind Mindedness. Sebbene Fonagy stesso (Sharp & Fonagy, 2008) abbia sostenuto l'esistenza di una sostanziale equivalenza tra Mind Mindedness e Funzione Riflessiva, Meins e collaboratori (2008) hanno distinto la propensione al ricorso a termini riferiti agli stati mentali per descrivere e spiegare il comportamento, dalla capacità di mentalizzazione di base. Anche Luminet e collaboratori (2004) sostengono che esista una distinzione tra il possedere un vocabolario emozionale e la spontanea propensione ad utilizzarlo. In quest'ottica, sebbene la Mind Mindedness possa risultare una misura adeguata della dimensione esplicita del mentalizzare, non può in alcun modo essere assimilabile alla dimensione di base implicita. L'indagine del rapporto tra la mindfulness e la mentalizzazione implicita richiederebbe maggiore attenzione, ma si potrebbe ipotizzare che la relazione positiva riscontrata a livello empirico tra mindfulness e mentalizzazione da Fossati e collaboratori (2011), rifletta proprio il rapporto tra la mindfulness e gli aspetti più profondi e impliciti del mentalizzare, che è possibile rilevare attraverso l'indagine della Funzione Riflessiva.

È opportuno sottolineare che il nostro studio presenta dei limiti evidenti. La numerosità del campione andrebbe ampliata per consentire di trarre inferenze maggiormente affidabili sia in soggetti non affetti da psicopatologia che in campioni clinici tali da consentire l'indagine dell'influenza delle differenti diagnosi sulle relazioni indagate. Il campione clinico è, inoltre, estremamente eterogeneo e tale complessità rende impossibile effettuare considerazioni articolate sull'influenza di caratteristiche specifiche sulle principali relazioni indagate. Inoltre la scelta delle misure, seppur motivata come precedentemente esposto, lascia aperti interrogativi sulla possibilità che la relazione tra i costrutti, se indagata con strumenti capaci, per esempio, di cogliere gli aspetti impliciti della mentalizzazione, potrebbe condurre a esiti differenti.

Ciononostante, i risultati presentati rappresentano un primo promettente passo verso la chiarificazione di una relazione più complessa di quanto concettualizzato di Wallin (2007). L'idea proposta dall'autore che la presenza mentale sia una sorta di antecedente della possibilità di sviluppare la mentalizzazione potrebbe, a nostro parere, essere riformulata effettuando un'importante distinzione. Promuovere o apprendere la mindfulness può migliorare le capacità di mentalizzazione in quanto si assiste alla promozione di una complessiva attenzione agli eventi e agli oggetti intesi in senso ampio, e quindi anche agli stati mentali. Tuttavia, l'attenzione agli stati mentali, sebbene capace di facilitare lo sviluppo della mentalizzazione, non può essere sufficiente a definire una complessiva capacità di mindfulness di cui l'attenzione agli eventi mentali è solo una delle numerose componenti. L'attenzione agli stati mentali non rende complessivamente *mindful* e non è sufficiente a cogliere la natura pre-riflessiva, esperienziale e non mediata dalla cognizione della mindfulness.

Il presente studio rappresenta un primo tentativo di indagare una relazione empiricamente inesplorata e fornisce una base per la comprensione della natura di costrutti che presentano importanti implicazioni cliniche e per il benessere della persona.

BIBLIOGRAFIA

- Agresti, A. (1984). *Analysis of Ordinal Categorical Data*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Ainsworth, M. D. S., & Wittig, B. A. (1971). Attachment and exploratory behavior of one year olds in a Strange Situation. In Foss, B.M. (Ed.), *Determinants of infant behavior: Vol. 4* (pp. 113-136). New York: Barnes and Noble.
- Allen J. G., Fonagy P., & Bateman A. W (2008) *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. Tr. It. La mentalizzazione nella pratica clinica. Cortina Raffaello, Milano.
- American Psychiatry Association (APA). (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition Text-Revised. Washington (DC): APA.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15, 329–342.
- Borkovec, T. D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 153-158.
- Borkovec, T. D., Lyonfields, J. D., Wisner, S. L., & Diehl, L. (1993). The role of worrisome thinking in the suppression of cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 321–324.
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561-576.
- Bouchard, M .A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L. M., Schachter A., & Stein H. (2009) Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25, 47-66
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1127–1135.
- Dennett, D. C. (1978). *Brainstorms: Philosophical Essays on Mind and Psychology*. Cambridge, MA: MIT Press. (trad. it. Brainstorms. Saggi filosofici sulla mente e la psicologia, Adelphi, Milano, 1991).
- Dennett, D. C. (1987). *The intentional stance*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Dunn, J., Bretherton, I., & Munn, P. (1987). Conversations about feeling states between mothers and their young children. *Developmental Psychology*, 23, 132–139.

- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, *33*, 766-771.
- Engler, J. (2003). Being somebody and being nobody: A reexamination of the understanding of Self in psychoanalysis and Buddhism. In J. D. Safran (Ed.), *Psychoanalysis and Buddhism: An unfolding dialogue*. Boston: Wisdom.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID II)*, Version 2.0 New York, NY: Biometric Research Department, New York State Psychiatry Hospital.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press. (trad. it. Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento, Raffaello Cortina, Milano, 2002).
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, *21*, 1355-1381
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attaccamento, Sé riflessivo e disturbi *borderline*. In Fonagy, P. & Target, M. (2001), Attaccamento e funzione riflessiva (pp. 57-100). Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P., Target, M. I., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning Manual, version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews*. London: University College London.
- Giovannini, C., Giromini, L., Bonalume, L., Tagini, A., Lang, M., & Amadei, G. (in press) The Italian Five Facet Mindfulness Questionnaire: A contribution to its Validity and Reliability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.
- Gunaratana, V. H. (2002). *Mindfulness In Plain English*. Boston: Wisdom Publications.
- Josefsson, T., & Brobers, A. (2011). Meditators and non-meditators on sustained and executive attentional performance. *Mental Health, Religion & Culture*, *14*, 291-309.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Dell.
- Korver-Nieberg, N., Berry, K., Meijer, C. J., & de Haan, L. (2013). Adult attachment and psychotic phenomenology in clinical and non-clinical samples: A systematic review. *Psychology and psychotherapy*.
- Luminet, O., Rime, B., Bagby, R., & Taylor, G. J. (2004). A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cognition and Emotion*, *18*, 741-766.
- Mace, C. (2008). *Mindfulness and Mental Health: Therapy, Theory and Science*. London & New York: Routledge.
- Magana, A. B., Goldstein, M. J., Karno, M., & Miklowitz, D. J. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, *17*, 203-212.

- Meins, E. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove, UK: Psychology Press.
- Meins, E., & Fernyhough, C. (2006). *Mind-mindedness coding manual*. Unpublished manuscript. Durham University, Durham, UK.
- Meins, E., & Fernyhough, C. (2010). *Mind-mindedness coding manual, Version 2.0*. Unpublished manuscript. Durham University, Durham, UK.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *42*, 1-24.
- Meins, E., Fernyhough, C., Johnson, F., & Lidstone, J. (2006). Mind-mindedness in children: Individual differences in internal-state talk in middle childhood. *British Journal of Developmental Psychology*, *24*, 181-196.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social Development*, *7*, 1-24.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E., et al. (2003). Pathways to understanding mind: construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development*, *74*, 1194-1211.
- Meins, E., Harris-Waller, J., & Lloyd, A. (2008). Understanding alexithymia: Associations with peer attachment style and mind-mindedness. *Personality and Individual Differences*, *45*, 146-152.
- Pawlby, S., Fernyhough, C., Meins, E., Pariante, C. M., Seneviratne, G., & Bentall, R. P. (2010). Mind-mindedness and maternal responsiveness in infant-mother interactions in mothers with severe mental illness. *Psychological Medicine*, *40*, 1861-1869.
- Preti, E., Sarno, I., & Prunas, A. (2010). Proprietà psicometriche della versione italiana dell'SCL-90-R. *Giornale italiano di psicopatologia*, *16*, 253-254.
- Rubin, J. B. (1996). *Psychotherapy and Buddhism: Toward an Integration*. New York: Plenum.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The Parent's Capacity to Treat the Child as a Psychological Agent: Constructs, Measures and Implications for Developmental Psychopathology. *Social Development*, *17*, 737-754.
- Startup, M., Jackson, M. C., & Bendix, S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Clinical Psychology*, *41*, 417-422.
- Vygotsky, L.S. (1978). Mind in society: The development of higher psychological processes. Cole, M., John-Steiner, V., Scribner, S. & Souberman, E. (Eds.) Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wallin, D. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Wastell, C. A., & Taylor, A. J. (2002). Alexithymic mentalising: Theory of mind and social adaptation. *Social Behaviour and Personality*, *30*, 141-148.

STUDIO 4

EFFICACIA DI UN PROGRAMMA DI MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION A CONFRONTO CON UN CAMPIONE DI CONTROLLO ATTIVO

1. INTRODUZIONE

Il Mindfulness-Based Stress Reduction (Kabat-Zinn, 1982, 1990) è uno degli interventi più noti e diffusi che fornisce istruzioni ed esperienze relative alle pratiche di mindfulness e aiuta a integrare tali pratiche nella vita quotidiana, allo scopo di aumentare il benessere e ridurre il disagio psicologico.

Come abbiamo visto nel capitolo 4 della prima parte del presente lavoro, si tratta di un programma di gruppo all'interno del quale i partecipanti apprendono diverse pratiche di mindfulness, tra le quali la meditazione camminata, la meditazione seduta, l'amorevole gentilezza e il *body scan*. Il programma nasce originariamente in risposta all'esigenza di cure più efficaci a sostegno del trattamento di pazienti affetti da dolore cronico, ma si assiste, negli anni successivi, alla sua diffusione in contesti di cura sempre più vari ed estesi, che comprendono il trattamento di patologie mediche, di disturbi psichici e dello stress in senso ampio (Brady, O'Connor, Burgermeister, & Hanson, 2012; Cohen-Katz et al., 2005; Foureur, Besley, Burton, Yu, & Crisp, 2013; Irving, Dobkin, & Park, 2009; Keng et al., 2011; Penque, 2009).

Il consenso clinico e sperimentale in relazione agli effetti benefici del programma su sintomi ansiosi e depressivi, sulla percezione dello stress e sulla tendenza all'evitamento delle esperienze e delle emozioni negative è ampio. Il MBSR si è, infatti, dimostrato efficace nel ridurre sintomi quali le preoccupazioni eccessive, il rimuginio e la rabbia in campioni clinici e medici (Anderson, Lau, Segal, & Bishop, 2007; Astin, 1997; Nykliček & Kuipers, 2008; Bränström, Kvillemo, Brandberg, & Moskowitz, 2010; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Lengacher et al., 2009; Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005; Shapiro, Bootzin, Figueredo, Lopez, & Schwartz, 2003; Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998; Specia, Carlson, Goodey, & Angen, 2000; Weissbecker et al., 2002; Williams, Kolar, Reger, & Pearson, 2001).

Diversi studi controllati randomizzati riportano un incremento della mindfulness attribuibile alla partecipazione al programma MBSR significativamente superiore rispetto alle

condizioni di controllo (Anderson et al., 2007; Bränström et al., 2010; Gaylord et al., 2011; Gayner et al., 2012; Nyklíček & Kuipers, 2008; Schmidt et al., 2011; Shapiro, Oman, Thoresen, Plante, & Flinders, 2008). Solo tre di questi studi hanno utilizzato il Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ - Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006), strumento ampiamente diffuso e utilizzato anche nel presente lavoro (Bränström et al.; Gaylord et al., 2011; Robins, Keng, Ekblad, & Brantley, 2011). I miglioramenti relativi agli aspetti emotivi quali ansia, depressione o rabbia, potrebbero riflettere un generale miglioramento nella capacità di regolazione delle emozioni e, in particolar modo, della capacità di fronteggiare le emozioni negative senza tentare di sopprimerle, ma accettandole e valutandone la reale natura (Chambers, Gullone, & Allen, 2009). In uno studio di Lykins e Baer (2009) si è riscontrata un'associazione tra esperienza di meditazione e livelli più bassi di difficoltà di regolazione delle emozioni.

Sebbene le evidenze relative all'efficacia del MBSR nell'incrementare il benessere psicologico siano in continuo aumento, si riconosce l'importanza di comprendere quali siano i meccanismi alla base dei cambiamenti osservati e quali i costrutti psicologici che potrebbero intervenire su tali cambiamenti (Baer et al. 2006; Dimidjian & Linehan 2003; Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006). Per rispondere a questa domanda è necessario poter valutare in che modo le pratiche che prevedono la mindfulness portino al suo incremento e se sia effettivamente l'incremento in tale capacità ad apportare i benefici che si osservano. Si mostra necessario, quindi, adottare prospettive differenti per identificare il reale potere del MBSR nell'apportare benefici.

Lo scopo di questo studio è proprio quello di approfondire questo tema attraverso l'indagine degli effetti del programma MBSR posti a confronto con un gruppo di controllo attivo: un corso di nuoto per il perfezionamento dello stile (NPS). Molte delle caratteristiche di questo gruppo di controllo sono tali da renderlo confrontabile con il nostro gruppo sperimentale, ma differisce per la variabile chiave del nostro intervento, ovvero l'apprendimento della mindfulness.

L'esigenza di comprendere quali parti del programma MBSR siano effettivamente responsabili dei benefici osservati è già stata sollevata in letteratura (vedi per esempio Dobkin & Zhao, 2001), ma le risposte a tale interrogativo rimangono sporadiche e non conclusive. Riuscire a identificare le componenti del programma responsabili dei maggiori benefici potrebbe consentire di ottimizzare la formulazione stessa dell'intervento o di adeguarne la

strutturazione a differenti contesti di applicazione. A questo si connette un secondo aspetto molto importante, ovvero il controllo dei fattori non specifici di cambiamento (Dobkin & Zhao, 2011; MacCoon et al., 2012; Shapiro, Brown, & Biegel, 2007). Sebbene il Mindfulness-Based Stress Reduction non sia assimilabile a un intervento di psicoterapia, è possibile trarre indicazioni appropriate dalla più vasta letteratura che nell'ambito della psicoterapia si è occupata dei fattori non specifici, o fattori comuni, di cambiamento (Castonguay, 1993; Greenberg, Constantino, & Bruce, 2006; Swan & Heesacker, 2013; Tschacher, Junghan, & Pfammatter, 2012). L'identificazione di questi aspetti è fondamentale per la scelta dei campioni di controllo. Sebbene numerosi studi abbiano dimostrato l'efficacia del programma MBSR confrontandolo con la lista d'attesa e con altri trattamenti psicologici (Blom et al., 2014; Cathcart, Galatis, Immink, Proeve, & Petkov, 2014; Davidson et al., 2003; Zernicke et al., 2013), una piena comprensione dei meccanismi responsabili dell'efficacia del programma è possibile solo attraverso l'utilizzo di campioni di controllo attivi. La condivisione di caratteristiche rilevanti può, infatti, consentire di attribuire all'attenzione alla presenza mentale il ruolo principe nell'indurre i cambiamenti osservabili (MacCoon et al., 2012). A oggi, gli studi che hanno fatto ricorso a campioni di controllo attivi per la valutazione dell'efficacia di programmi MBSR o da esso derivati, sono giunti a risultati che, seppur talvolta in contrasto proprio in virtù della conformazione dei campioni o delle procedure utilizzate, appaiono promettenti e concordi nel sostenere la necessità di ulteriori indagini con controlli attivi (Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz, & Kesper, 2007; MacCoon et al., 2012; McMillan, Robertson, Brock, & Chorlton, 2002).

A questo scopo, nel nostro studio, si è scelto di utilizzare un campione di controllo attivo, piuttosto che la lista d'attesa, e di controllare l'influenza di fattori non specifici ritenuti consensualmente rilevanti (Dobkin & Zhao, 2011; Farb, 2012; Imel et al., 2008; Kemper et al., 2011; Kirsch, 2005; MacCoon et al., 2012; Mohr et al., 2009; Rothwell, 2006; Wampold et al., 2010; Witek-Janusek et al., 2008), in modo che i campioni fossero confrontabili non solo rispetto alla strutturazione delle loro componenti, ma anche rispetto a caratteristiche quali:

1. Il formato di gruppo che prevede il sostegno dell'individuo, ma consente il confronto;
2. La durata complessiva dell'intervento, la frequenza e la durata delle singole sessioni;
3. La conduzione da parte di persone qualificate e con esperienza;
4. L'importanza del lavoro individuale;
5. La presenza di aspettative positive da parte dei partecipanti e del conduttore.

Si è scelto, quindi, di indagare l'efficacia del programma MBSR rispetto a un gruppo di controllo attivo di frequentanti un corso di nuoto per il perfezionamento dello stile (NPS). Questo tipo di attività si pone a un livello intermedio, mentre si è deciso di escludere dallo studio i gruppi di principianti e i gruppi di nuotatori esperti, nel primo caso perché la mancanza di esperienza presuppone la necessità di un investimento delle energie fisiche e cognitive orientato al controllo, che non consentirebbe di adottare una prospettiva affine alle qualità attivate dalla mindfulness, per quanto riguarda i nuotatori esperti, invece, si sarebbero differenziati eccessivamente dal gruppo sperimentale di soggetti che si avvicinano alla mindfulness per la prima volta.

La scelta del corso di perfezionamento dello stile natatorio, al di là delle evidenti differenze, è motivata dalla presenza di elementi comuni al programma MBSR e che potrebbero favorire lo sviluppo della mindfulness. In entrambi gli interventi viene fatto un costante richiamo dell'attenzione alla respirazione, con riferimento al ritmo di inspirazione ed espirazione e alla coordinazione di respirazione e movimento che, all'aumentare dell'esperienza diventano sempre più automatici, consentendo al respiro di diventare punto primario dell'attenzione. Altro aspetto fondamentale riguarda la consapevolezza della posizione del corpo nello spazio e dei movimenti. L'attenzione al respiro, così come quella rivolta al corpo e al movimento possono richiamare a pratiche basilari nell'acquisizione della piena consapevolezza. Nel corso di nuoto, inoltre, viene fatto specifico richiamo allo sviluppo della capacità di "sentire l'acqua". Questo è rilevante nell'ottica di apprendere come l'acqua, nel suo fluire, ponga resistenza e sia potenziale base per la propulsione del movimento. Lo sviluppo di questa capacità prevede l'adozione di una prospettiva di integrazione tra esperienze interne ed esterne in un'attivazione attentiva intenzionale che consente il processo di correzione e miglioramento. Infine, il gruppo NPS così come il programma MBSR prevede richieste elevate dichiarate in partenza, l'adozione di tecniche differenti, l'importanza dell'impegno individuale per l'ottenimento di risultati duraturi e la possibilità di frequentare un programma avanzato.

La letteratura confrontabile è scarsa e lascia aperti molti interrogativi. In uno studio recente soggetti affetti da fobia sociale sono stati assegnati casualmente a un gruppo MBSR o a un gruppo di attività fisica aerobica (Jazaieri et al., 2012; Goldin et al., 2013). In entrambi i gruppi è stato possibile riscontrare una riduzione della sintomatologia e un aumento del benessere generale, tuttavia non sono stati indagati i livelli di mindfulness e, come sottolineato

dagli autori, la formulazione stessa del lavoro non consente di identificare i meccanismi alla base della riduzione dei sintomi osservata.

Dal confronto tra i gruppi nel nostro studio ci si aspettava di riscontrare un incremento superiore nei partecipanti al programma MBSR sia nei livelli di mindfulness che la concomitante riduzione di sintomatologie psichiche rilevanti, tra le quali ansia e depressione. La condivisione di numerosi fattori terapeutici non specifici avrebbe permesso di attribuire gli esiti alle peculiari specificità degli interventi. Ci si aspettava, infatti, che le caratteristiche condivise con il corso di nuoto non fossero sufficienti all'acquisizione della mindfulness, in quanto, come approfondito in precedenza, attraverso il programma MBSR si mira all'apprendimento di una piena consapevolezza del momento presente che è più del semplice portare attenzione al proprio respiro e al proprio corpo in movimento in modo continuativo.

2. METODOLOGIA

2.1 I CAMPIONI

Il gruppo sperimentale (denominato gruppo **MBSR**) era composto da 49 soggetti, in prevalenza femmine ($n = 32$, 65.3%), e con un'età media di 44.38 anni ($DS = 12.27$, range 19-80). Tutti i soggetti erano di nazionalità italiana e si sono identificati come italiani e di etnia caucasica.

Il gruppo di controllo (denominato gruppo **NPS**) era costituito da 39 soggetti, in prevalenza di sesso femminile ($n = 29$, 74.4%) e con un'età media di 43 anni ($DS = 13.04$, range 20-64). Tutti i soggetti erano di nazionalità italiana e si sono identificati come italiani e di etnia caucasica.

In Tabella 1 sono riportati i dati relativi all'occupazione. Nel gruppo sperimentale sono disponibili informazioni solo per il 34.7% del campione ($n = 17$). La maggior parte dei rispondenti ha dichiarato di avere un'occupazione a tempo pieno ($n = 13$, 76.5%), così come il campione di controllo ($n = 23$, 59.0%).

Tabella. 1 Dati sociodemografici: occupazione

	MBSR			NPS	
	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Frequenza	Percentuale
Full Time	13	26.5	76.5	23	59.0
Pensionato	1	2.0	5.9	3	7.7
Studente	1	2.0	5.9	5	12.8
Casalinga	2	4.1	11.8	8	20.5
Totale	17	34.7	100.0	39	100.0
<i>Mancante</i>	32	65.3		-	-
Totale	49				

Come per le informazioni relative all'occupazione, anche in relazione allo stato civile sono risultati numerosi i dati mancanti nel gruppo MBSR (67.3%, $n = 33$). Il 50% dei rispondenti ($n = 8$) era sposato, così come la maggior parte dei nuotatori (56.4%, $n = 22$) (Tabella 2).

Tabella. 2 Dati sociodemografici: stato civile

	MBSR			NPS	
	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Frequenza	Percentuale
Single	5	10.2	31.3	8	20.5
In una relazione	-	-	-	6	15.4
Sposato	8	16.3	50.0	22	56.4
Convivente	1	2.0	6.3	1	2.6
Separato	2	4.1	12.5	2	5.1
Totale	16	32.7	100.0	39	100.0
<i>Mancante</i>	33	67.3		-	-
Totale	49	100.0			

Dall'indagine sulle abitudini di vita è emerso che i soggetti appartenenti al gruppo sperimentale praticavano in media 2.67 ($DS = 2.07$) ore di attività fisica a settimana, mentre i frequentanti il corso di NPS ne praticavano in media 3.00 ($DS = 1.80$). Il 28.57% ($n = 14$) dei partecipanti al programma MBSR fumava, contro il 12.82% ($n = 5$) dei nuotatori.

Rispetto alle motivazioni che hanno spinto i soggetti a partecipare ai due corsi, nel caso del MBSR l'83.67% ($n = 41$) sosteneva di aver deciso di frequentare il programma per imparare a gestire lo stress e le relazioni interpersonali, mentre il 16.33% ($n = 8$) per raggiungere un

maggiore benessere. Nel gruppo dei nuotatori le motivazioni principali addotte erano il piacere (30.77%, $n = 12$) e motivazioni legate alla forma fisica e all'attività (30,77%, $n = 12$). A seguire, la salute psicofisica (17.95%, $n = 7$), il raggiungimento di un maggiore benessere (10.26%, $n = 4$), migliorare la tecnica (7.69%, $n = 3$) e la gestione dello stress e delle relazioni interpersonali (2.56%, $n = 1$).

2.2 PROCEDURE E STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Il **gruppo sperimentale MBSR** era costituito da soggetti che hanno frequentato programmi di Mindfulness-Based Stress Reduction presso il centro *Feldenkrais* di Milano, tra il 2011 e il 2013. La partecipazione era su libera scelta e a pagamento. I conduttori dei corsi hanno seguito il training di abilitazione alla conduzione del programma MBSR presso il *Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society* dell'Università del *Massachusetts*. Nel corso di un incontro orientativo e di presentazione del programma è stata proposta ai partecipanti la collaborazione, volontaria e in forma anonima allo studio, con la specifica indicazione che il fatto di non partecipare non avrebbe in alcun modo alterato o influenzato lo svolgimento del programma. Ai soggetti che hanno manifestato interesse è stata richiesta la sottoscrizione di un consenso informato e, prima della prima sessione, sono stati forniti i questionari relativi al pre-test (T0), che i soggetti hanno potuto compilare in loco. Al termine dell'ultima sessione (ottava settimana) sono stati forniti i questionari per il post-test (T1).

Il **gruppo di controllo NPS** era costituito da frequentanti il corso di Nuoto Perfezionamento Stile di una piscina pubblica della provincia di Milano nel 2012. La partecipazione era su libera scelta e a pagamento. Agli iscritti ai corsi è stata proposta la partecipazione volontaria e in forma anonima alla ricerca da parte dell'istruttore del corso, con la specifica menzione del fatto che la decisione di non partecipare alla ricerca non avrebbe in alcun modo inficiato la partecipazione al corso. Ai soggetti interessati è stata richiesta la sottoscrizione del consenso informato e sono stati consegnati i questionari per il pre-test prima dell'inizio della prima lezione del corso. Il post test (T1) coincideva con la fine dell'ottava settimana di corso, in modo da adattare il campione alle caratteristiche del programma sperimentale. In entrambi i casi è stata lasciata una settimana di tempo per la compilazione e restituzione dei questionari.

I campioni sono stati esaminati attraverso una batteria di test, preceduta da una scheda contenente alcune informazioni sociodemografiche, anamnestiche e relative allo stile di vita del

soggetto. Sono state, inoltre, aggiunte, in corso d'opera, alcune domande aperte relative alle aspettative e alle motivazioni alla base della decisione di frequentare i corsi. Di conseguenza, tali informazioni sono disponibili solo per una parte del campione e saranno considerate a un livello unicamente esplorativo.

Sono stati selezionati strumenti di valutazione ampiamente utilizzati nella ricerca sulla mindfulness e mirati a indagare l'andamento della mindfulness stessa, della sintomatologia psichica e ansiosa in particolare e il profilo dell'umore generale.

2.2.1 QUESTIONARI SELF-REPORT

Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2006)

Per la valutazione della mindfulness ci siamo serviti della versione del Five Facet Mindfulness Questionnaire il cui lavoro di validazione in lingua italiana e le relative proprietà psicometriche sono descritti nel primo studio del presente lavoro (Giovannini, Giromini, Bonalume, Tagini, Lang, Amadei, in press).

Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993)

Il questionario nasce come versione abbreviata del *Symptom Checklist-90* (SCL-90-R Derogatis, 1994). Si tratta di uno strumento autosomministrato, volto a indagare la presenza di disturbi eventualmente sofferti nel corso della settimana precedente la compilazione. Il test si compone di 53 item con risposta su scala Likert 0-4 (dove 0 = per niente e 4 = moltissimo). Dal test è possibile ricavare punteggi ascrivibili a nove dimensioni sintomatologiche: *Somatizzazione, Ossessione-Compulsione, Ipersensibilità Interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia Fobica, Ideazione Paranoide e Psicoticismo*. Come per il questionario in versione estesa, è inoltre possibile ricavare punteggi indicatori della condizione clinica generale, in particolare il GSI, Global Score Index, indice dell'intensità del disagio generalmente percepito. Dal momento che quando questa ricerca è iniziata non erano disponibili in letteratura versioni validate in italiano del BSI, questo strumento è stato adattato in italiano seguendo una procedura di traduzione e back-translation. Le proprietà psicometriche dello strumento indicano una consistenza interna per le diverse scale che va da .71 a .85 e una attendibilità test-retest compresa tra .68 e .91 (Derogatis, 1993).

State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y; Spielberger et al., 1983)

Si tratta di una variante dell'originale STAI ideata dallo stesso gruppo di autori nel 1970 (Spielberg et al. 1970). Il questionario è mirato a indagare la sintomatologia ansiosa di stato e di

tratto. Con ansia di stato si intende la percezione soggettiva che l'individuo ha del suo livello di preoccupazione e tensione al momento della compilazione e, quindi, attribuibile a una condizione situazionale e potenzialmente passeggera. L'ansia di tratto fa, invece, riferimento alla percezione soggettiva di un'abituale condizione di ansietà e preoccupazione eccessiva, indipendente dalla condizione particolare in cui si trova il soggetto nel momento della somministrazione e legata alle sue caratteristiche più stabili di carattere e personalità. Il test è costituito da 40 item suddivisi equamente in due scale. Per quanto riguarda l'ansia di stato è fatta domanda al soggetto di indicare *come si sente adesso*, nel momento della compilazione, attribuendo un punteggio su scala Likert da 1 (per niente) a 4 (molto) a ogni affermazione. In relazione alle affermazioni per la valutazione dell'ansia di tratto viene richiesto al soggetto di indicare *come si sente abitualmente* attraverso una scala Likert da 1 (quasi mai) a 4 (quasi sempre). I valori delle sottoscale sono ricavati dalla somma dei punteggi ai singoli item diviso per il punteggio massimo di 80. Sono indicati *cut-off* di genere relativi alle due dimensioni: per l'ansia di stato 39.68 per i maschi e 43.85 per le femmine; per l'ansia di tratto 39.94 per i maschi e 43.25 per le femmine.

La versione Y della STAI migliora le proprietà psicometriche dello strumento nella sua versione originale, dimostrando un'eccellente consistenza interna compresa tra .86 e .95 per la scala STAI-S e tra .89 e .91 per la scala STAI-T. La stabilità test-retest a un mese si attesta a valori compresi tra .34 e .62 per STAI-S e tra .71 e .75 per STAI-T (Spielberger *et.al.*, 1983).

Profile of Mood States (POMS; McNair, Lorr & Droppelman, 1971)

Nella sua versione validata in italiano (Farnè, Sebellico, Gnugnoli e Corallo, 1991), il questionario è composto da 58 aggettivi che denotano stati affettivi fluttuanti. Al soggetto è richiesto di indicare a che livello ha risentito di un particolare stato affettivo nel corso della settimana precedente, servendosi di una scala Likert a 5 punti (da "per niente" a "molto").

Lo strumento presenta una struttura fattoriale a sei dimensioni:

- *Tensione-Ansia (fattore T),*
- *Depressione - Avvilimento (fattore D),*
- *Aggressività - Rabbia (fattore A),*
- *Vigore - Attività (fattore V),*
- *Stanchezza - Indolenza (fattore S),*
- *Confusione - Sconcerto (fattore C).*

Insieme le dimensioni portano a una misura globale del disagio affettivo, il *Total Mood Disturbance (TMD)*.

Il questionario è utilizzato prevalentemente nella ricerca sugli effetti degli interventi per valutare i cambiamenti nell'umore ed è stato ampiamente utilizzato in popolazioni cliniche e non, dimostrando una consistenza interna superiore a $\alpha = .90$ e una stabilità al retest da $r = .65$ a $.74$.

2.3. ANALISI STATISTICHE

Per le analisi statistiche è stato utilizzato SPSS 21.0.

La distribuzione delle variabili è stata valutata esaminando i valori di asimmetria e curtosi, dove un valore pari o inferiore a $|1|$ indicava una normale distribuzione delle variabili.

Le differenze tra i due campioni nelle variabili sociodemografiche e in relazione ai punteggi alle scale di valutazione sono state testate con il t di Student, mentre le differenze rispetto al genere e ai dati socio demografici sono state indagate tramite le tabelle di contingenza e il χ^2 . Non si sono riscontrate differenze significative tra i due campioni in relazione all'età, $t(85) = 0.51$, $p = .62$, al genere, $\chi^2(1) = 0.47$, $p = .50$, all'occupazione, $\chi^2(3) = 1.66$, $p = .65$, allo stato civile, $\chi^2(4) = 4.37$, $p = .36$ e al numero di ore di esercizio fisico praticato in settimana, $t(43) = -0.42$.

Le variazioni nei livelli di mindfulness in base al gruppo di appartenenza e all'intervento effettuato sono state indagate attraverso l'ANOVA Multivariata (MANOVA) a misure ripetute. Questa statistica confronta i gruppi identificati prendendo in considerazione la varianza *within* e *between subjects* considerando anche il fattore tempo, in questo caso prima e dopo l'intervento.

Si sono inoltre indagate le differenze tra i punteggi medi al pre-test tra i due gruppi attraverso il t di Student per campioni indipendenti e le differenze all'interno del gruppo tra pre e post-test tramite il t di Student per campioni appaiati.

3. RISULTATI

3.1 STATISTICHE DESCRITTIVE

3.1.1 SCALE DI VALUTAZIONE: PRE-TEST (T0)

In Tabella 3 sono riportate le statistiche descrittive relative ai fattori del Five Facet Mindfulness Questionnaire del gruppo MBSR e del campione di controllo NPS, come rilevate al T0, prima dell'intervento. A una prima osservazione è possibile riscontrare come, fatta eccezione per il fattore Observe, tutti i punteggi medi riportati dal gruppo di controllo risultassero più elevati di quelli del campione di partecipanti al programma MBSR.

Tabella. 3 Statistiche Descrittive del Five Facet Mindfulness Questionnaire – FFMQ al T0: MBSR e NPS

FFMQ T0	MBSR			NPS		
	N	Media	DS	N	Media	DS
OBSERVE	49	25.43	6.45	39	24.38	5.67
DESCRIBE	49	26.88	6.27	39	26.97	5.23
ACT WITH AWARENESS	49	25.73	6.20	39	30.49	4.89
NONJUDGE	49	29.78	6.18	39	30.69	5.74
NONREACT	49	19.12	4.07	39	20.41	4.10
TOTALE	49	126.94	18.36	39	132.95	14.20

A seguire (Tabella 4), sono riportati i punteggi medi ricavati dalla somministrazione al T0 dello State Trait Anxiety Inventory – STAI-S e STAI-T. I punteggi sono riportati per il gruppo sperimentale MBSR e per il gruppo di controllo. Effettuando un'ulteriore distinzione in base al genere è stato possibile rilevare come il gruppo sperimentale rivelasse punteggi di ansia patologici (superiori ai *cut-off* di riferimento) per l'ansia di stato (STAI-S maschi $M = 40.00$, $DS = 11.60$; femmine $M = 44.56$, $DS = 10.76$) e per l'ansia di tratto solo nelle partecipanti di genere femminile (STAI-T $M = 44.63$, $DS = 9.02$).

Tabella. 4 Statistiche Descrittive dello State Trait Anxiety Inventory al T0: MBSR e NPS

		Maschi			Femmine			Campione Totale		
		<i>n</i>	Media	<i>DS</i>	<i>n</i>	Media	<i>DS</i>	<i>n</i>	Media	<i>DS</i>
MBSR T0	STAI-S	17	40.00*	11.60	32	44.56*	10.76	49	42.98	11.16
	STAI-T	17	39.53	8.15	32	44.63*	9.02	49	42.86	8.98
NPS T0	STAI-S	10	29.60	9.47	29	37.66	12.35	39	35.59	12.10
	STAI-T	10	31.00	9.57	29	38.66	10.31	39	36.69	10.56

Nota. * = punteggio superiore al cut-off indicato (Spielberger et al., 1983).

I punteggi medi riportati al pre-test dal gruppo sperimentale e dal campione di controllo NPS nelle scale di valutazione della psicopatologia (BSI) sono rappresentati in Tabella 5 e quelli del profilo dell'umore (POMS) in Tabella 6.

Tabella. 5 Statistiche Descrittive del Brief Symptom Inventory – BSI al T0: MBSR e NPS

		MBSR			NPS		
		<i>N</i>	Media	<i>DS</i>	<i>N</i>	Media	<i>DS</i>
BSI T0	BSI_SOM	49	7.71	5.07	39	9.85	3.61
	BSI_OBS	49	10.92	6.42	39	10.38	3.72
	BSI_IS	49	5.76	3.23	39	7.74	3.17
	BSI_DEP	49	8.73	5.66	39	9.46	4.05
	BSI_ANX	49	9.45	5.37	39	10.03	3.58
	BSI_HOS	49	6.55	3.25	39	7.77	2.55
	BSI_PHOB	49	3.82	2.74	39	6.03	2.15
	BSI_PAR	49	6.76	4.62	39	8.18	2.28
	BSI_PSY	49	6.16	4.07	39	7.00	2.65
	BSI_GSI	49	1.35	0.73	39	1.55	0.44

Nota. BSI_SOM = Somatizzazione, BSI_OBS = Ossessione-Compulsione, BSI_IS = Sensitività Interpersonale, BSI_DEP = Depressione, BSI_ANX = Ansia, BSI_HOS = Ostilità, BSI_PHOB = Ansia Fobica, BSI_PAR = Ideazione Paranoide, BSI_PSY = Psicoticismo.

Tabella. 6 Statistiche Descrittive del Profile Of Mood States – POMS al T0: MBSR e NPS

		MBSR			NPS		
		N	Media	DS	N	Media	DS
POMS T0	POMS_T	49	10.45	6.40	39	6.69	4.94
	POMS_C	49	9.76	5.56	39	6.05	4.74
	POMS_A	49	10.43	7.24	39	6.72	6.89
	POMS_S	49	8.50	5.03	39	4.54	3.94
	POMS_D	49	12.29	9.83	39	6.59	8.66
	POMS_V	49	15.07	6.20	39	16.74	6.49
	POMS_TMD	49	36.36	30.74	39	13.85	29.99

Nota. POMS_C = Confusione-Sconcerto; POMS_A = Aggressività-Rabbia; POMS_S = Stanchezza-Indolenza; POMS_D = Depressione-Avvilimento; POMS_V = Vigore-Attività; POMS_TMD = POMS Total Mood Disturbance.

3.1.2 SCALE DI VALUTAZIONE: POST-TEST (T1)

In Tabella 7 sono riportate le statistiche descrittive della scala di valutazione della mindfulness FFMQ, somministrata al T1, a otto settimane dalla prima somministrazione, in seguito all'intervento (programma Mindfulness-Based Stress Reduction vs. corso di Nuoto Perfezionamento Stile). Da un primo esame si può notare come i punteggi del gruppo sperimentale al T1 fossero superiori ai punteggi medi riportati dagli stessi soggetti al T0 e, a differenza della rilevazione effettuata al T0 superassero quelli del gruppo di controllo nel loro complesso ($M_{MBSR} = 139.04$, $DS = 21.26$, $M_{NPS} = 130.49$, $DS = 16.90$) e in relazione ai singoli fattori, fatta eccezione per la capacità di agire con consapevolezza (Act with Awareness).

Tabella. 7 Statistiche Descrittive del Five Facet Mindfulness Questionnaire – FFMQ al T1: MBSR e NPS

FFMQ T1	MBSR			NPS		
	N	Media	DS	N	Media	DS
Observe	49	27.84	6.51	39	24.00	6.50
Describe	49	28.39	6.10	39	26.72	5.53
Act with Awareness	49	27.98	6.32	39	30.44	4.72
Nonjudge	49	31.73	6.51	39	30.08	5.47
Nonreact	49	22.43	4.73	39	19.26	4.80
FFMQ_TOT	49	139.04	21.26	39	130.49	16.90

Da quanto riportato in Tabella. 8 possiamo riscontrare come, in seguito alla partecipazione al programma MBSR, i punteggi relativi all'ansia di stato e di tratto ricavati attraverso lo STAI fossero scesi sotto la soglia di *cut-off* considerata patologica.

Tabella. 8 Statistiche Descrittive dello State Trait Anxiety Inventory al T1: MBSR e NPS

		Maschi			Femmine			Campione Totale		
		<i>n</i>	Media	<i>DS</i>	<i>n</i>	Media	<i>DS</i>	<i>N</i>	Media	<i>DS</i>
MBSR T1	STAI-S	13	34.46	13.75	26	37.15	9.19	39	36.26	10.81
	STAI-T	16	36.25	7.58	32	41.16	9.12	48	39.52	8.87
NPS T1	STAI-S	10	30.50	6.69	29	38.07	11.26	39	36.13	10.74
	STAI-T	10	31.50	5.91	29	38.34	11.63	39	36.59	10.82

In Tabella 9, sono riportati i punteggi medi al post-test conseguiti dal gruppo MBSR e dal campione di controllo NPS al Brief Symptom Inventory.

Tabella. 9 Statistiche Descrittive del Brief Symptom Inventory – BSI al T1: MBSR e NPS

		MBSR			NPS		
		<i>N</i>	Media	<i>DS</i>	<i>N</i>	Media	<i>DS</i>
BSI T1	BSI_SOM	49	6.61	4.96	39	9.00	2.71
	BSI_OBS	49	8.61	6.28	39	9.79	3.71
	BSI_IS	49	4.86	3.24	39	7.38	3.38
	BSI_DEP	49	6.82	5.18	39	8.74	3.58
	BSI_ANX	49	6.88	4.60	39	9.41	3.39
	BSI_HOS	49	4.86	3.18	39	7.41	2.75
	BSI_PH	49	4.06	3.61	39	5.41	1.21
	BSI_PAR	49	5.43	3.86	39	7.90	2.67
	BSI_PSYC	49	5.08	3.75	39	6.59	2.40
	BSI_GSI	49	1.09	0.70	39	1.45	0.44

Nota. BSI_SOM = Somatizzazione, BSI_OBS = Ossessione-Compulsione, BSI_IS = Sensitività Interpersonale, BSI_DEP = Depressione, BSI_ANX = Ansia, BSI_HOS = Ostilità, BSI_PH = Ansia Fobica, BSI_PAR = Ideazione Paranoide, BSI_PSY = Psicoticismo.

In Tabella 10, infine, sono riportati i punteggi medi al post-test del Profile of Mood States.

Tabella. 10 Statistiche Descrittive del Profile Of Mood States – POMS al T1: MBSR e NPS

		MBSR			NPS		
		N	Media	DS	N	Media	DS
POMS T1	POMS_T	49	5.61	6.46	39	6.54	5.56
	POMS_C	49	7.39	4.48	39	5.69	5.36
	POMS_A	49	7.12	5.83	39	5.51	6.55
	POMS_S	49	4.61	3.78	39	4.74	3.77
	POMS_D	49	7.80	8.01	39	5.44	6.61
	POMS_V	49	16.39	6.89	39	16.62	6.08
	POMS_TMD	49	16.14	26.08	39	11.31	27.59

Nota. POMS_C = Confusione-Sconcerto; POMS_A = Aggressività-Rabbia; POMS_S = Stanchezza-Indolenza; POMS_D = Depressione-Avvilimento; POMS_V = Vigore-Attività; POMS_TOT = POMS Total Mood Disturbance.

3.2 CONFRONTO TRA MBSR E NPS AL T0

Per verificare i livelli iniziali di mindfulness dei soggetti coinvolti nello studio abbiamo effettuato un confronto tra i punteggi medi al FFMQ riportati dal gruppo MBSR e dal gruppo di controllo NPS al T0. Da questa indagine è emerso che prima dell'intervento i frequentati il corso di nuoto presentavano livelli significativamente superiori della capacità di agire con consapevolezza (Act with Awareness) ($M = 30.49$, $DS = 4.89$) rispetto ai partecipanti al programma di mindfulness ($M = 25.73$, $DS = 6.20$), $t(86) = -3.92$, $p = .00$.

L'indagine dei punteggi dello State Trait Anxiety Inventory ha rivelato come il gruppo sperimentale di partecipanti al programma MBSR presentasse livelli medi di ansia di stato ($M = 42.98$, $DS = 11.16$) e di tratto ($M = 42.86$, $DS = 8.98$) significativamente superiori rispetto ai frequentanti il corso di nuoto ($M_{STAI-S} = 35.59$, $DS = 12.10$, $t(86) = 2.97$, $p = .00$, $M_{STAI-T} = 36.69$, $DS = 10.56$, $t(86) = 2.96$, $p = .00$).

Dai punteggi del Brief Symptom Inventory è emerso, invece, come i frequentatori del corso di NPS riportassero punteggi medi significativamente più elevati nelle dimensioni psicopatologiche della somatizzazione ($M = 9.85$, $DS = 3.61$), $t(86) = -2.21$, $p = .03$, e dell'ansia fobica ($M = 6.03$, $DS = 2.15$), $t(85.89) = -4.13$, $p = .00$, rispetto ai partecipanti al corso MBSR

($M_{BSI_SOM} = 7.71$, $DS = 5.07$, $M_{BSI_PHOB} = 3.82$, $DS = 2.74$). Questi ultimi, inoltre, presentavano livelli medi di ipersensibilità interpersonale ($M = 5.76$, $DS = 3.23$) più bassi rispetto al gruppo di controllo ($M = 7.74$, $DS = 3.17$), $t(86) = -2.89$, $p = .01$.

Dal confronto fra i punteggi riportati al POMS al pre-test è stato possibile rilevare come il campione sperimentale presentasse punteggi medi significativamente più elevati in tutte le dimensioni dello strumento, a esclusione della scala V, relativa a Vigore-Attività (Tabella 11).

Tabella. 11 Confronto punteggi medi al POMS al T0: MBSR vs NPS (test t di Student)

	MBSR M, DS	NPS M. DS	T	DF	sig
POMS_T	10.45, 6.40	6.69, 4.94	2.945	79	.004
POMS_C	9.76, 5.56	6.05, 4.74	3.220	79	.002
POMS_A	10.43, 7.24	6.72, 6.89	2.360	79	.021
POMS_S	8.50, 5.03	4.54, 3.94	3.924	79	.000
POMS_D	12.29, 9.83	6.59, 8.66	2.759	79	.007
POMS_V	15.07, 6.20	16.74, 6.49	-1.186	79	.239
POMS_TMD	36.36, 30.74	13.85, 29.99	3.332	79	.001

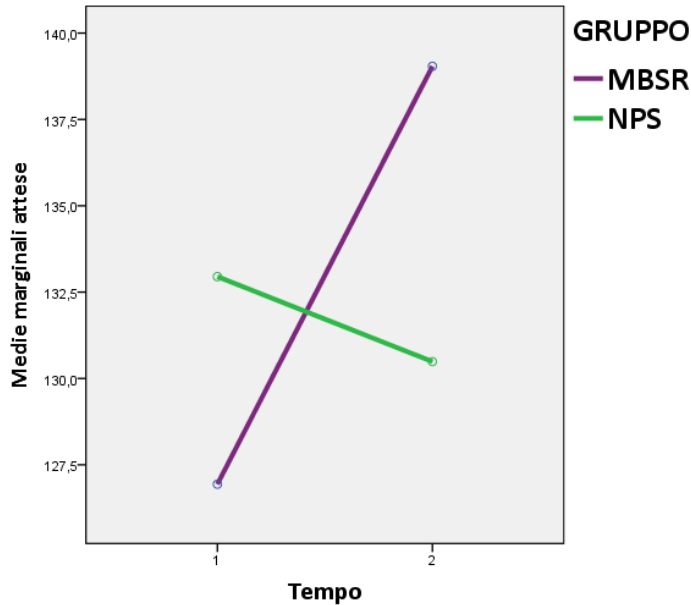
3.3 VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DEL PROGRAMMA MBSR RISPETTO AL CAMPIONE DI CONTROLLO

Si è scelto di verificare gli effetti differenti dei due interventi nei campioni considerati attraverso una MANOVA a misure ripetute, per mezzo della quale abbiamo indagato l'influenza delle variabili "tempo", relativo alle misurazioni a T0 e T1, e "gruppo" di appartenenza e della loro interazione sui livelli di mindfulness, sulla sintomatologia psichica, sui livelli d'ansia e sull'umore. Tutti gli effetti sono riportati significativi per $p < .05$.

3.3.1 VARIAZIONE DEI LIVELLI DI MINDFULNESS IN BASE AL TRATTAMENTO

Dal nostro modello è emerso un effetto principale significativo del tempo sulle variabili Act with Awareness, $F(1, 86) = 5.56$, $p = .02$, e Nonreact, $F(1, 86) = 4.69$, $p = .03$, e sul livello complessivo di mindfulness (FFMQ_TOT), $F(1, 86) = 7.43$, $p = .01$. L'analisi della varianza *between subjects* ha rivelato un effetto principale significativo dell'appartenenza al gruppo rispetto al fattore Act with Awareness, $F(1, 86) = 10.31$, $p = .00$. Dall'indagine dell'interazione tra tempo e appartenenza al gruppo è emerso un complessivo effetto significativo della partecipazione al corso MBSR sull'incremento dei livelli di mindfulness (FFMQ_TOT).

Figura 1. Medie marginali previste per FFMQ_TOT

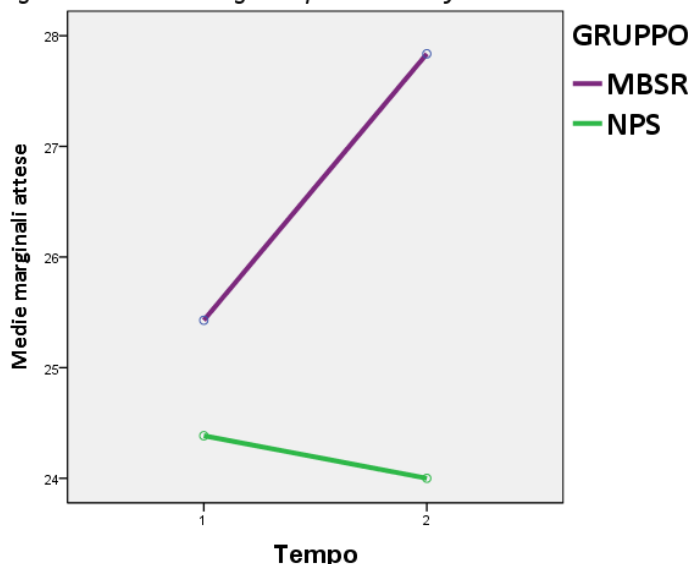


In Figura 1 sono rappresentate le medie marginali previste per il punteggio complessivo. Come appare evidente, il gruppo sperimentale ha riportato un aumento significativamente superiore della mindfulness nel suo complesso, $F(1, 86) = 16.56$, $p = .00$, rispetto al gruppo di controllo NPS.

Dal test t di Student è risultato inoltre come il punteggio medio complessivo del FFMQ al T1 risultasse significativamente superiore nel gruppo MBSR ($M = 139.04$, $DS = 21.26$) rispetto al gruppo di controllo NPS ($M = 130.49$, $DS = 16.90$), $t(86) = 2.05$, $p = .04$.

Prendendo in considerazione i singoli fattori componenti la scala di valutazione della mindfulness, è stato possibile riscontrare un effetto significativo della partecipazione al programma MBSR anche sulle sue componenti.

Figura. 2 Medie marginali previste del fattore Observe

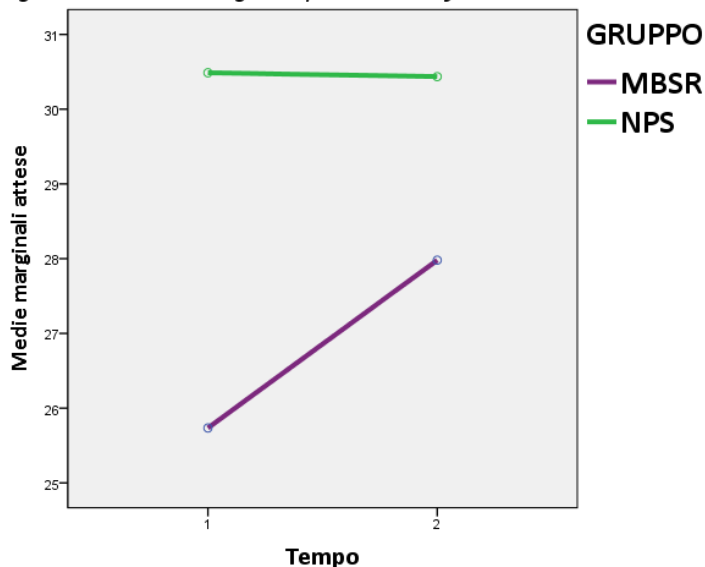


In Figura 2 è rappresentato il fattore Observe, che denota la capacità di osservare i propri sentimenti, pensieri e sensazioni senza perdersi in essi. Si è rilevato un incremento significativamente superiore in questa capacità nei partecipanti al programma MBSR rispetto ai frequentanti il corso di Nuoto Perfezionamento Stile, $F(1, 86) = 6.54$, $p = .01$. Anche in

questo caso dal t test è emerso come il punteggio medio del gruppo MBSR al T1 ($M = 27.84$, $DS = 6.51$) risultasse significativamente superiore a quello del gruppo NPS ($M = 24.00$, $DS = 6.50$), $t(86) = 2.75$, $p = .01$.

Un effetto specifico del programma MBSR si è riscontrato anche sulla capacità di agire in modo consapevole (Figura 3).

Figura. 3 Medie marginali previste del fattore Act with Awareness

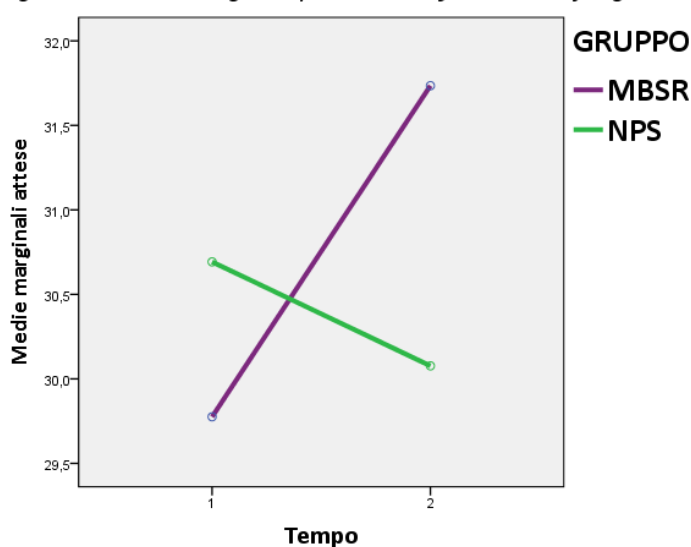


Dal test t avevamo osservato come il campione di controllo presentasse al pre-test punteggi significativamente superiori di questa capacità rispetto al gruppo sperimentale (vedi par. 3.2).

La partecipazione al programma di Mindfulness Based Stress Reduction ha comportato un aumento significativamente superiore all'intervento di controllo nella capacità di agire con consapevolezza, $F(1, 86) = 6.09$, $p = .02$.

Sebbene al T1 i punteggi medi del gruppo di controllo NPS ($M = 30.44$, $DS = 4.72$), fossero ancora significativamente superiori a quelli dei partecipanti al programma MBSR ($M = 27.98$, $DS = 6.32$), è stato possibile osservare come questo divario si fosse ampiamente ridotto in virtù dell'intervento, $t(85.70) = -2.09$, $p = .04$.

Figura.4 Medie marginali previste del fattore Nonjudge

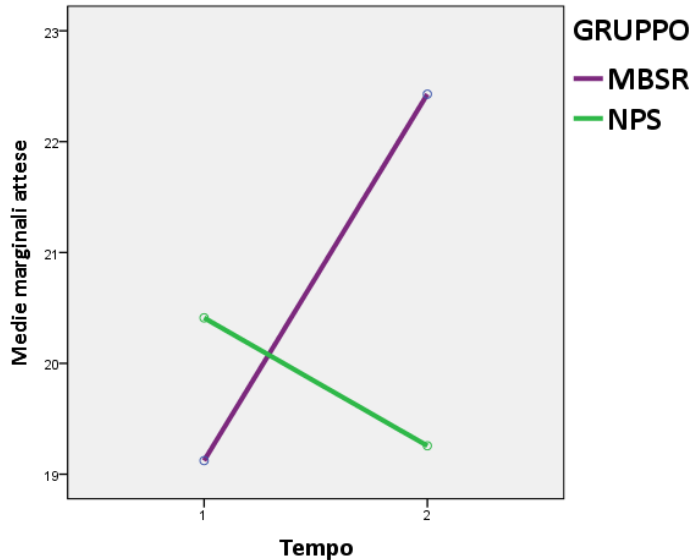


Per il fattore Nonjudge (Figura 4) l'effetto della partecipazione al programma di MBSR è risultato particolarmente evidente, $F(1, 86) = 5.95$, $p = .02$.

Mentre nel gruppo sperimentale si è assistito a un significativo incremento della capacità di non giudizio ($M_{T0} = 29.78$, $DS = 6.18$, $M_{T1} = 31.73$, $DS = 6.51$), $t(48) = -2.39$, $p = .02$, il gruppo di nuotatori ha riportato una riduzione, seppur non significativa, di tale capacità ($M_{T0} = 30.69$, $DS = 5.74$, $M_{T1} = 30.08$, $DS = 5.47$), $t(38) = 1.06$.

Un altro aspetto fortemente influenzato dalla partecipazione al programma è risultato la capacità di non reagire all'esperienza interna (Nonreact) (Figura 5).

Figura. 5 Medie marginali previste di Nonreact



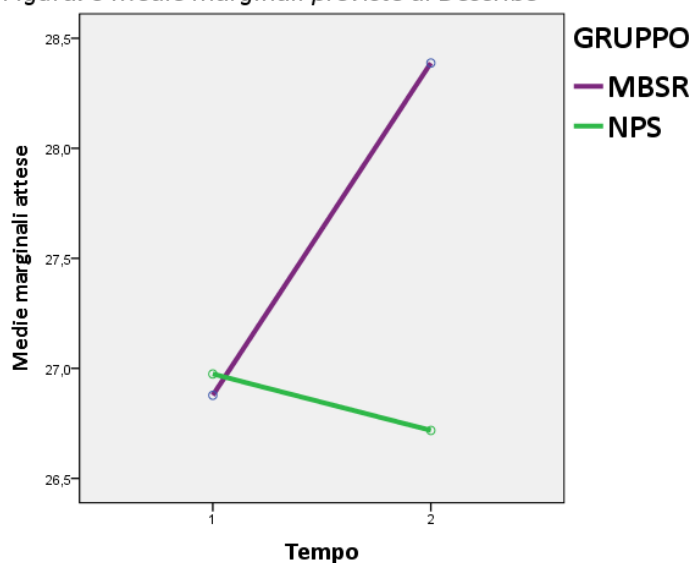
Anche in questo caso è stato possibile assistere a un effetto altamente significativo del programma sulla variabile in questione, $F(1, 86) = 20.15, p = .00$.

Come per il fattore Nonjudge, anche Nonreact ha manifestato un incremento significativo tra T0 e T1 nel gruppo MBSR ($M_{T0} = 19.12, DS = 4.07, M_{T1} = 22.43, DS = 4.73$),

$t(48) = -4.45, p = .00$, mentre si è rilevata una riduzione tendente alla significatività nel gruppo di controllo ($M_{T0} = 20.41, DS = 4.10, M_{T1} = 19.26, DS = 4.80$), $t(38) = 1.94, p = .06$, tanto che il punteggio medio del gruppo MBSR al T1 era significativamente superiore a quello del gruppo NPS, $t(86) = 3.11, p = .00$.

Per quanto riguarda la capacità di descrivere a parole i propri stati interni (Describe), si è rilevato un effetto dell'intervento che, seppur non significativo, tende alla significatività, $F(1,$

Figura. 6 Medie marginali previste di Describe



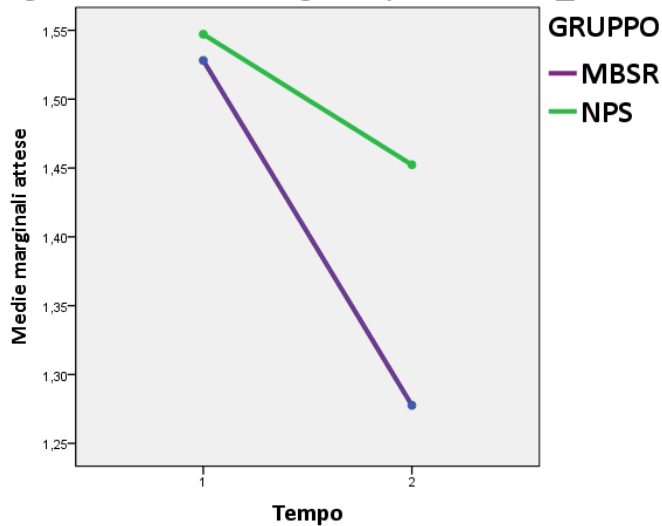
$86) = 3.46, p = .06$ (Figura 6).

Anche in questo caso nel gruppo MBSR si è osservato un incremento statisticamente significativo di questo fattore tra T0 e T1 ($M_{T0} = 26.88, DS = 6.27, M_{T1} = 28.39, DS = 6.10$), $t(48) = -2.24, p = .03$, mentre la riduzione dei punteggi del gruppo NPS non è risultata significativa, $t(38) = 0.40, p = .63$.

3.3.2 VARIAZIONE DELLA SINTOMATOLOGIA PSICHICA IN BASE AL TRATTAMENTO

Dalla MANOVA a misure ripetute effettuata sui punteggi del **Brief Symptom Inventory** è emerso un effetto principale significativo ($p < .05$) del tempo su tutte le variabili del questionario, a eccezione della dimensione sintomatologica dell'ansia fobica (BSI_PH).

Figura. 7 Medie marginali previste BSI_GSI



L'analisi della varianza *between subjects* ha rivelato un effetto principale significativo dell'appartenenza al gruppo rispetto alla dimensione dell'ipersensibilità interpersonale (BSI_IS), $F(1, 76) = 7.25, p = .01$.

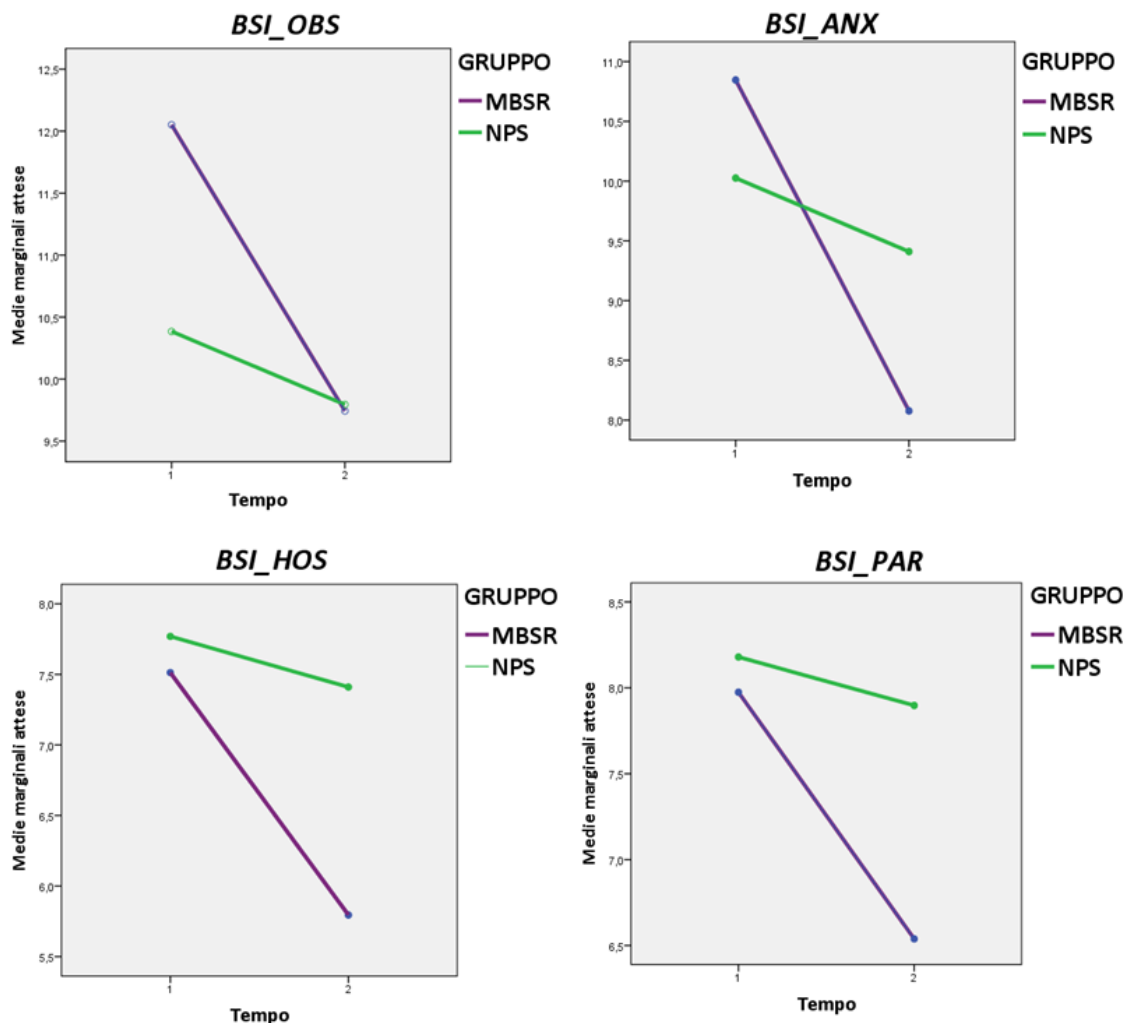
Dall'indagine dell'interazione tra l'effetto del tempo e dell'appartenenza al gruppo, il programma MBSR è risultato più

efficace del corso di NPS nella riduzione delle condizioni cliniche generali (BSI_GSI), $F(1, 76) = 3.84, p = .05$ (Figura 7).

Prendendo in considerazione le singole dimensioni psicopatologiche rappresentate in Figura 8 si può osservare un effetto specifico dell'intervento MBSR nel ridurre i sintomi ossessivo-compulsivi (BSI_OBS), $F(1, 76) = 28.78, p = .04$, ansiosi (BSI_ANX), $F(1, 76) = 45.23, p = .00$, l'ostilità (BSI_HOS), $F(1, 76) = 18.01, p = .01$ e l'ideazione paranoide (BSI_PAR), $F(1, 76) = 12.98, p = .04$.

Sebbene da questa analisi non sia risultato un effetto significativo ($p \leq .01$) dell'intervento MBSR rispetto al corso NPS per le restanti dimensioni, è apparso, tuttavia, interessante rilevare come i partecipanti al programma MBSR riportassero una riduzione significativa dei punteggi medi al post-test anche per le dimensioni dell'ipersensibilità interpersonale ($M_{T0} = 5.76, DS = 3.23, M_{T1} = 4.86, DS = 3.24$), $t(48) = 3.00$, dei sintomi depressivi ($M_{T0} = 8.73, DS = 5.66, M_{T1} = 6.82, DS = 5.18$), $t(48) = 3.83$, e dello psicoticismo ($M_{T0} = 6.16, DS = 4.07; M_{T1} = 5.08, DS = 3.75$), $t(48) = 3.59$.

Figura. 8 Medie marginali previste delle dimensioni psicopatologiche BSI_OBS, BSI_ANX, BSI_HOS e BSI_PAR



Nota. BSI_OBS = Ossessione-Compulsione, BSI_ANX = Ansia, BSI_HOS = Ostilità, BSI_PAR = Ideazione Paranoide.

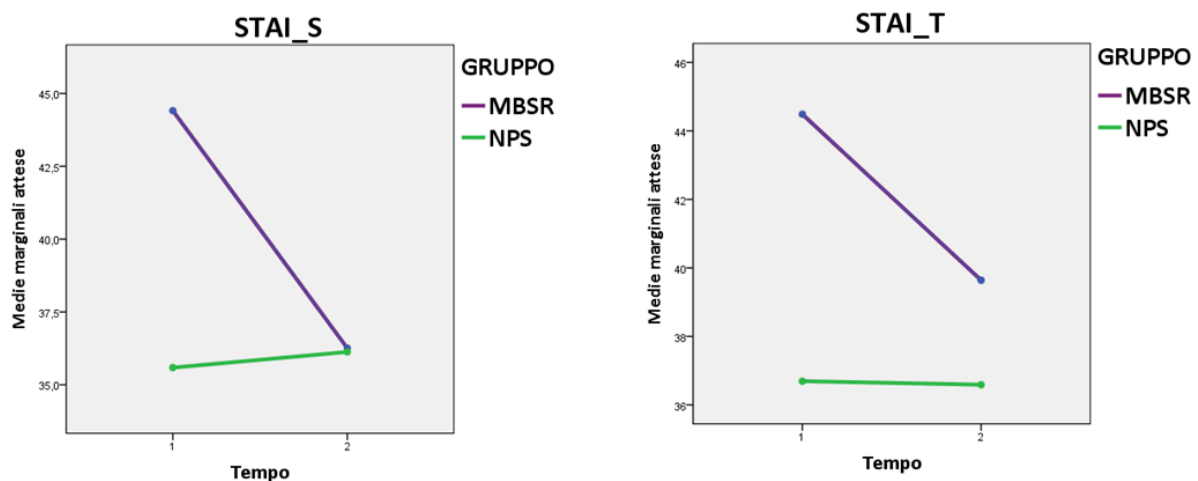
Prendendo in considerazione le singole dimensioni psicopatologiche rappresentate in Figura 8 si può osservare un effetto specifico dell'intervento MBSR nel ridurre i sintomi ossessivo-compulsivi (BSI_OBS), $F(1, 76) = 28.78, p = .04$, ansiosi (BSI_ANX), $F(1, 76) = 45.23, p = .00$, l'ostilità (BSI_HOS), $F(1, 76) = 18.01, p = .01$ e l'ideazione paranoide (BSI_PAR), $F(1, 76) = 12.98, p = .04$.

Sebbene da questa analisi non sia risultato un effetto significativo ($p \leq .01$) dell'intervento MBSR rispetto al corso NPS per le restanti dimensioni, è apparso, tuttavia, interessante rilevare come i partecipanti al programma MBSR riportassero una riduzione significativa dei punteggi medi al post-test anche per le dimensioni dell'ipersensibilità interpersonale ($M_{T0} = 5.76, DS = 3.23, M_{T1} = 4.86, DS = 3.24, t(48) = 3.00$), dei sintomi

depressivi ($M_{T0} = 8.73$, $DS = 5.66$, $M_{T1} = 6.82$, $DS = 5.18$), $t(48) = 3.83$, e dello psicotismo ($M_{T0} = 6.16$, $DS = 4.07$; $M_{T1} = 5.08$, $DS = 3.75$), $t(48) = 3.59$.

Dall'indagine dei punteggi dello **State Trait Anxiety Inventory**, attraverso la MANOVA a misure ripetute, è emerso un effetto principale significativo del tempo ($p \leq .01$) sia sulla dimensione dell'ansia di stato (STAI-S), $F(1, 76) = 9.44$, che sull'ansia di tratto (STAI-T), $F(1, 76) = 7.96$. L'analisi della varianza *between subjects* ha mostrato un effetto principale significativo dell'appartenenza al gruppo ($p \leq .05$) sia per la STAI-S, $F(1, 76) = 4.07$, che per la STAI-T, $F(1, 76) = 6.76$.

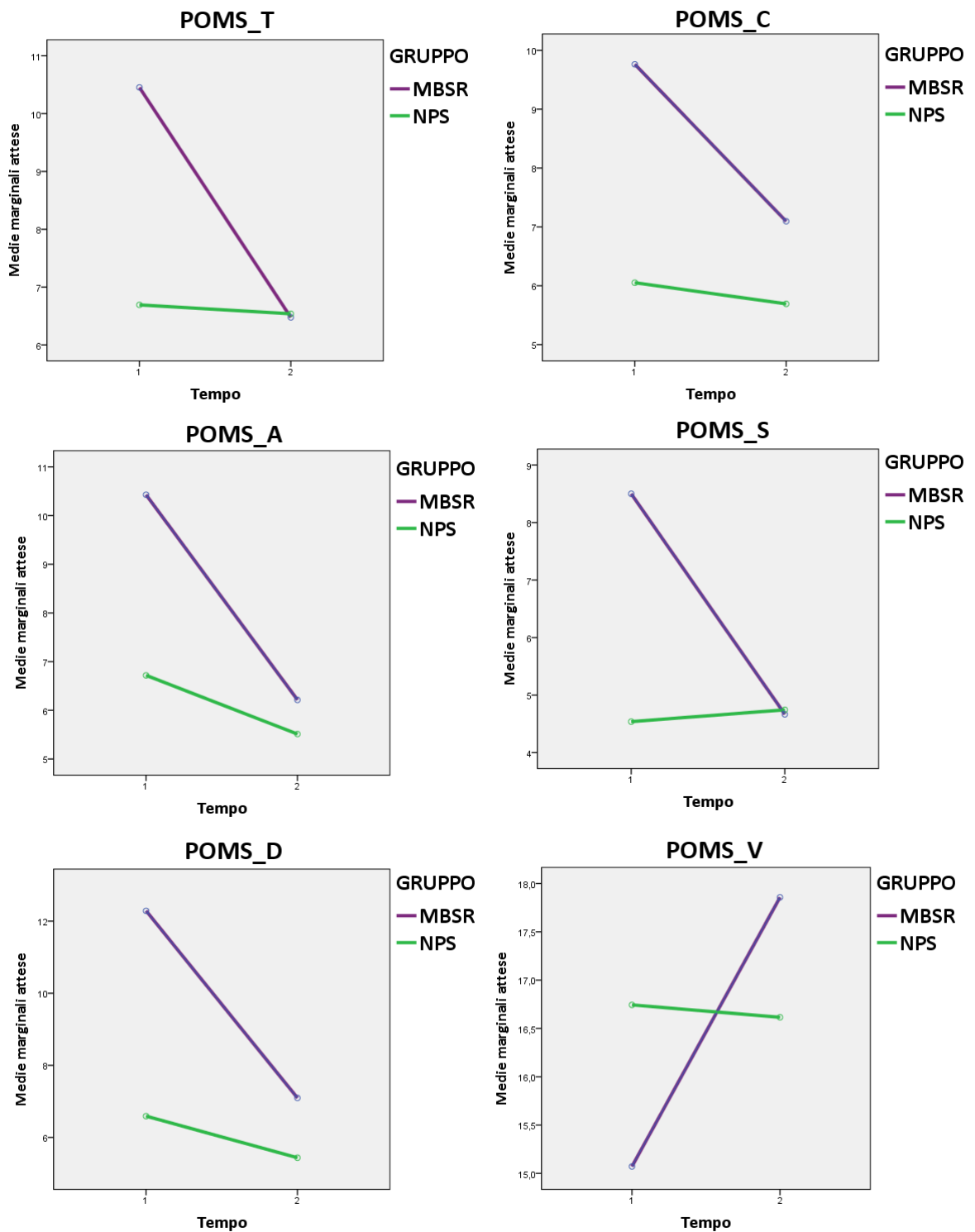
Figura. 9 Medie marginali previste di STAI_S e STAI_T



Dall'indagine dell'effetto combinato di tempo e appartenenza al gruppo (Figura 9), è stato possibile rilevare come il programma MBSR abbia apportato una riduzione significativamente più ampia ($p \leq .01$) della sintomatologia ansiosa di stato, $F(1, 76) = 12.29$, e di tratto, $F(1, 76) = 7.31$, rispetto al corso NPS.

Le variazioni nel profilo dell'umore sono state indagate attraverso la valutazione dei punteggi del **Profile of Mood States**, prima e dopo gli interventi. È emerso un effetto principale significativo del tempo ($p \leq .05$) per tutte le dimensioni del questionario e un effetto principale significativo dell'appartenenza al gruppo ($p \leq .05$) sia per il punteggio complessivo (POMS_TMD – *Total Mood Disturbance*), $F(1, 79) = 4.58$ (Figura 10), che per le dimensioni Confusione-Sconcerto (POMS_C), $F(1, 79) = 5.88$, Stanchezza-Indolenza (POMS_S), $F(1, 79) = 5.73$, e Depressione-Avilimento (POMS_D), $F(1, 79) = 4.70$.

Figura. 10 Medie marginali previste delle sotto-scale del POMS

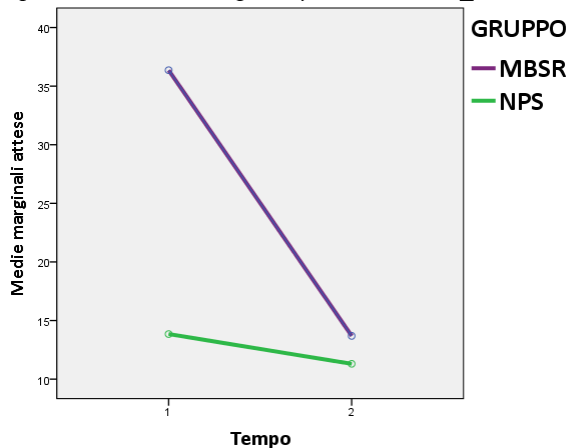


Nota. POMS_T = Tensione-Ansia; POMS_C = Confusione-Sconcerto; POMS_A = Aggressività-Rabbia; POMS_S = Stanchezza-Indolenza; POMS_D = Depressione-Avvilimento; POMS_V = Vigore-Attività.

Il programma MBSR ha dimostrato un effetto significativamente superiore all'intervento di controllo nel ridurre i sintomi affettivi. Come rappresentato in Figura 10, è stato possibile

osservare una maggiore efficacia del MBSR nel ridurre la tensione, $F(1, 79) = 10.93, p = .00$, il senso di sconcerto, $F(1, 79) = 7.27, p = .01$, l'aggressività, $F(1, 79) = 4.02, p = .05$, la stanchezza, $F(1, 79) = 18.88, p = .00$ e i sintomi depressivi, $F(1, 79) = 6.15, p = .02$, e di aumentare, di contro, energia e vigore, $F(1, 79) = 5.73, p = .02$, rispetto al corso di Nuoto Perfezionamento Stile.

Figura. 11 Medie marginali previste POMS_TMD



È stato possibile osservare lo stesso effetto anche in relazione al punteggio complessivo (POMS_TMD), $F(1, 79) = 13.24, p = .00$ (Figura 11).

4. DISCUSSIONE DEI RISULTATI E LIMITI DELLO STUDIO

Negli ultimi anni si è assistito alla diffusione dei contributi scientifici che hanno valutato l'efficacia del programma Mindfulness-Based Stress Reduction, sottolineando l'utilità clinica e gli effetti benefici riscontrabili su condizioni di disagio di diverso livello, su popolazioni particolarmente esposte allo stress e su sintomatologie psichiche svariate (Astin, 1997; Bränström et al., 2010; Beddoe & Murphy, 2004; Himmelstein, 2011; Hoffmann Gurka, 2006; Nyklíèek e Kuipers, 2008; Oman et al., 2008; Rosenzweig, 2003; Samuelson, Carmody, Kabat-Zinn, & Bratt, 2007; Shapiro et al., 2005; Shapiro, Oman, Thoresen, Plante, & Flinders, 2008; Speca et al., 2000; Williams et al., 2001;).

L'evidenza dell'efficacia del programma porta, però, l'attenzione verso l'importanza dell'individuazione delle componenti del programma che sono responsabili dei cambiamenti osservati (MacCoon et al., 2012). Scopo del nostro studio era quello di verificare l'efficacia del programma MBSR facendo ricorso a un campione di controllo attivo che condividesse importanti fattori non specifici con il programma sperimentale. A tal proposito abbiamo confrontato il programma MBSR con un corso di nuoto per il perfezionamento dello stile, strutturato per tempi, durata e frequenza esattamente come il programma MBSR e che

condividendo il formato di gruppo e l'attenzione al lavoro individuale. Il corso di nuoto, inoltre, nella sua formulazione mobilitava diverse dimensioni che, tolta la componente della mindfulness, avrebbero potuto accomunare i due interventi, come il richiamo dell'attenzione al corpo e alla posizione che assume in acqua, alla postura e alla respirazione. I campioni presentavano caratteristiche simili dal punto di vista della distribuzione di genere e delle principali caratteristiche socio demografiche e abitudini di vita, come la pratica di esercizio fisico, denotando la confrontabilità elevata tra di essi.

Come atteso, i risultati del nostro studio mostrano, nel complesso, un chiaro effetto specifico del programma MBSR nell'incrementare i livelli di mindfulness e nel ridurre sintomi psichici invalidanti, tra i quali ansia e affettività negativa.

I livelli di mindfulness al pre-test sono sovrapponibili, fatta eccezione per i livelli più elevati della capacità di agire in modo consapevole riportati dal gruppo di nuotatori. Gli item che compongono la scala fanno ampio riferimento alla capacità di non distrarsi facilmente e di mantenersi concentrati su ciò che si sta facendo. È possibile ipotizzare che gli anni di pratica del nuoto abbiano favorito la capacità di mantenere l'attenzione focalizzata sull'attività che si sta svolgendo, ma i dati in nostro possesso non ci permettono di verificare questa ipotesi.

Dalla nostra indagine delle componenti sintomatologiche risulta che chi si iscrive al programma MBSR presenta livelli più elevati di significativi indicatori di disagio psichico. I livelli di ansia di stato e di tratto degli iscritti al programma MBSR prima dell'avvio del programma, oltre a risultare superiori a quelli dei nuotatori, sono superiori al limite considerato patologico, sia per la componente di stato nel campione totale, che per la componente di tratto nelle donne. Il gruppo sperimentale risulta, inoltre, maggiormente caratterizzato da stati affettivi disfunzionali di tensione nervosa, depressione, aggressività, stanchezza e confusione mentale. Queste caratteristiche potrebbero essere facilmente ricondotte alle motivazioni che spingono a frequentare un programma di MBSR. Nel nostro studio le principali ragioni dichiarate riguardano il desiderio di apprendere modalità migliori di gestione dello stress e delle relazioni interpersonali e di raggiungere un maggiore benessere. È ragionevole supporre che l'accesso al programma sia mediato da un qualche livello di conoscenza, quant'anche limitata, di cosa sia la mindfulness e di come il programma sia particolarmente indicato nel ridurre il disagio causato da condizioni di stress, ansia e disagi legati all'umore.

Il campione di controllo riferisce livelli più elevati di somatizzazione, che indica la percezione di disagi corporei, muscolari e dolori, oltre a livelli più intensi di ansia fobica e di

senso di inadeguatezza nelle relazioni interpersonali. Nell'isciversi al corso di nuoto per il perfezionamento dello stile, i partecipanti sono stati guidati principalmente da motivazioni che riguardano il piacere nel praticare l'attività e le dimensioni della forma fisica, della tecnica natatoria e della salute psicofisica.

Data la ridotta numerosità dei campioni non è stato possibile effettuare indagini più approfondite circa la connessione tra le caratteristiche specifiche dei diversi gruppi e le motivazioni addotte per l'iscrizione ai diversi corsi, sebbene, a un livello esplorativo qualitativo le peculiarità dei campioni possano apparire conformi alle ragioni che hanno guidato gli individui a ricorrere a una determinata attività. Più in generale, le motivazioni e le aspettative dichiarate dai partecipanti sono connotate in modo conforme con l'attività scelta, ma possono essere considerate nel loro complesso come positive, consentendoci di azzerare l'effetto che il solo fatto di avere aspettative positive potrebbe avere sugli esiti rilevati (Greenberg et al., 2006; MacCoon et al., 2012; Tschacher et al., 2012).

Prendendo in considerazione le variazioni nei livelli di mindfulness in base all'intervento effettuato si è potuto osservare come il programma MBSR sia stato capace di comportare un aumento della mindfulness, nel suo complesso così come in relazione alle sue componenti fondamentali, superiore rispetto al campione di controllo, denotando l'effetto specifico del programma su questa acquisizione. L'effetto è particolarmente marcato per la capacità di non reagire all'esperienza interna (Nonreact), che denota l'efficacia dell'intervento nel ridurre la reattività rispetto agli stimoli e alle esperienze interne attraverso la promozione della capacità di prendere una pausa dal "fare" (Kabat-Zinn, 1990).

Il programma si rivela specificamente efficace anche nel promuovere la disposizione a osservare i propri eventi interni in modo consapevole (Observe). È interessante, a tal proposito, sottolineare come l'attenzione portata nel corso di nuoto al corpo, ai suoi movimenti e alla respirazione non sia stata sufficiente a promuovere la capacità *mindful*, che si distingue proprio perché caratterizzata dalla peculiare piena consapevolezza di tali aspetti. Nel training MBSR si esercita la capacità di cogliere l'esperienza nel suo fluire e di dedicare attenzione agli eventi interni, quali pensieri, sensazioni ed emozioni, con apertura e costanza. La capacità descritta dal fattore Observe è particolarmente sensibile alle variazioni nell'esperienza di meditazione e di mindfulness (vedi Baer et al., 2008) e i nostri risultati sembrano avvalorare la capacità del training MBSR di promuoverla.

Il programma MBSR risulta superiore all'intervento di controllo anche nel promuovere la capacità di agire con consapevolezza e disinnescare i comportamenti automatici (Act with Awareness). Le differenze riscontrate tra i campioni al pre-test vengono a ridursi sostanzialmente dopo le otto settimane di training. Si può pensare che, se l'attività sportiva del nuoto può aver aiutato o promosso la concentrazione, questo sia possibile fino al raggiungimento di certo un livello, che non viene però incrementato in conseguenza delle otto settimane di corso di perfezionamento dello stile. Il programma MBSR è capace di promuovere quella specifica componente della mindfulness che è la capacità di prestare attenzione a ciò che si sta facendo, evitare gli automatismi e essere consapevoli delle motivazioni che stanno alla base dei comportamenti che si attuano. Gli item del FFMQ che vanno a valutare questa attitudine fanno, infatti, riferimento sia alla capacità di mantenere la concentrazione (vedi per esempio l'item 13 *"Mi distraigo facilmente"*), che alla capacità di identificare ciò che guida i nostri comportamenti (per esempio, item 8 *"Non presto attenzione a quello che faccio perché sogno a occhi aperti, sono preoccupato/a o comunque distratto/a"*).

Un altro aspetto fondamentale che risulta promosso in modo efficace dal programma MBSR è la disposizione al non giudizio (Nonjudge). Questo esito conferma l'efficacia della promozione dell'assunzione di una posizione di sospensione della critica e di maggiore apertura verso l'esperienza per come si presenta. Tale aspetto, in particolare, sembrerebbe responsabile della possibilità di aumentare la tolleranza al dolore fisico e contribuire a ridurre il disagio psichico, interrompendo il circolo vizioso che si crea tra il giudizio negativo rispetto alle proprie condizioni e la tendenza all'azione per modificarle (Coffey & Hartman, 2008; Segal, Williams, & Teasdale 2002). La capacità di etichettare a parole le proprie esperienze interne sembra anch'essa influenzata dal programma in modo specifico, ma in misura più ridotta rispetto alle altre dimensioni.

Nel gruppo di controllo si assiste a un'interessante reazione inversa. Seppur a un livello qualitativo, si può rilevare una riduzione delle capacità di mindfulness conseguente la partecipazione al corso di nuoto e in particolar modo una riduzione appena apprezzabile della capacità di non reagire all'esperienza interna. È possibile ipotizzare che lo specifico training a cui sono sottoposti i partecipanti al corso di perfezionamento dello stile esponga a dinamiche che promuovono la capacità di reagire in modo automatico a determinati segnali, migliorando le prestazioni.

Gli esiti appena esposti sostengono ampiamente la capacità specifica del programma MBSR di promuovere la mindfulness in tutte le sue componenti, avvalorando l'importanza degli aspetti che la differenziano dall'intervento di controllo nel produrre i cambiamenti osservati.

Queste evidenze assumono un valore più rilevante se considerate in concerto con i risultati ottenuti dalla valutazione delle variazioni nei livelli di disagio psichico riportati dai partecipanti allo studio. A tal proposito il programma MBSR si rivela maggiormente capace del corso di nuoto di ridurre la severità sintomatologica complessiva e specifica. I sintomi ossessivo-compulsivi, caratterizzati dal susseguirsi di pensieri e comportamenti vissuti come automatici e impellenti, risultano ridotti grazie alla promozione dell'accettazione non giudicante (Twohig, Hayes & Masuda, 2006). In linea con studi precedenti, il programma è maggiormente efficace anche nel ridurre l'ostilità e la rabbia, così come l'ideazione paranoide, caratterizzata da un pensiero autoreferenziale, proiettività e sospettosità (Samuelson et al., 2007).

Le componenti di stato e di tratto dell'ansia sono particolarmente importanti nella valutazione dell'efficacia del MBSR, in considerazione del fatto che il programma è mirato alla specifica riduzione dello stress e studi precedenti hanno rimarcato la sua efficacia nella riduzione delle patologie dello spettro ansioso (Kabat-Zinn, Massion, Kristeller, & Peterson, 1992). Dai nostri dati emerge una specifica efficacia del programma nel ridurre la sintomatologia ansiosa che, dopo il training, riporta i livelli complessivi dei partecipanti entro i limiti della normalità clinica.

Altra dimensione particolarmente rilevante è quella dei disagi legati all'umore. Dai nostri risultati appare evidente la superiorità del Mindfulness-Based Stress Reduction nell'indurre cambiamenti positivi nell'umore dei partecipanti. Nel complesso i risultati relativi alle variazioni dell'umore nei gruppi indagati avvalorano l'ipotesi dell'efficacia dell'MBSR nel ridurre sintomi di ansia e tensione, confusione e straniamento, di rabbia, astio e diffidenza, di depressione e avvilitamento e di stanchezza e indolenza, per aumentare, di contro, il senso di energia mentale e vigore percepito. Questi risultati confermano che l'attivazione corporea prevista dal corso di NPS non risulta sufficiente nell'aumentare il tono dell'umore e ridurre le tensioni disfunzionali, mentre il programma MBSR permette l'espressione e l'accettazione dell'emotività negativa, promuovendo l'adozione di un punto di vista decentrato e aumentando la capacità di trovare nuovi significati e nuove strategie di comportamento (Davidson, 2010).

È opportuno, tuttavia, evidenziare che questo studio presenta alcuni importanti limiti. I campioni selezionati non sono stati formati *ad hoc* per il presente studio e non è stato possibile

manipolare le condizioni sperimentali in modo rigoroso, effettuando una randomizzazione degli interventi. I soggetti si sono auto selezionati, dato che si riflette nelle motivazioni soggiacenti alla partecipazione ai diversi training. Questo, tuttavia, consente di ottenere uno spaccato di quella che è l'efficacia del programma MBSR sulla popolazione che naturalmente si viene ad avvicinare ad esso. Un limite evidente è costituito dalla scarsa numerosità, che consente di trarre conclusioni che necessiteranno di ulteriori approfondimenti. L'utilizzo di strumenti di valutazione self-report per la valutazione della mindfulness, infine, implica di per sé una forzatura in quanto si va a valutare la consapevolezza della propria consapevolezza *mindful*, che è passibile di aspetti di desiderabilità e auto-suggestione (vedi per esempio Podsakoff, MacKenzie, & Lee, 2003)

Nonostante queste evidenti limitazioni, nel complesso i nostri risultati portano sostegno all'efficacia del programma MBSR che si è rivelato maggiormente efficace dell'intervento di controllo nell'aumentare le capacità di mindfulness e nel ridurre importanti sintomatologie psichiche come ansia, umore disforico e ideazione disfunzionale. L'attenzione posta alla dimensionalità della mindfulness ha permesso di sostenere l'efficacia del programma in relazione alle diverse componenti in modo peculiare.

L'utilizzo di un campione di controllo attivo, caratterizzato da elevata confrontabilità e da fattori di cambiamento aspecifici come la conformazione temporale, la dimensione di gruppo e la presenza di aspettative positive da parte dei partecipanti, ha dato sostegno all'ipotesi che sia la specificità del programma nel promuovere la presenza mentale a operare i cambiamenti osservati e ci permette di concludere che il richiamo dell'attenzione al movimento e alla respirazione, così come gli elementi strutturali degli interventi, se privati delle qualità della consapevolezza del fluire dell'esperienza nel momento presente e del richiamo al non giudizio, non sono sufficienti a promuovere lo sviluppo della presenza mentale.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, N. D., Lau, M. A., Segal, Z. V., & Bishop, S. R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 449–463.
- Astin, J. A. (1997). *Stress reduction through mindfulness meditation. Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. Psychotherapy and psychosomatics*, 66, 97–106).
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27–45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15, 329–342.
- Beddoe, A. E., & Murphy, S. O. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *The Journal of nursing education*, 43, 305–312.
- Blom, K., Baker, B., How, M., Dai, M., Irvine, J., Abbey, S., ... Tobe, S. W. (2014). Hypertension analysis of stress reduction using mindfulness meditation and yoga: results from the harmony randomized controlled trial. *American journal of hypertension*, 27, 122–9.
- Brady, S., O'Connor, N., Burgermeister, D., & Hanson, P. (2012). The impact of mindfulness meditation in promoting a culture of safety on an acute psychiatric unit. *Perspectives in psychiatric care*, 48, 129–37.
- Bränström, R., Kvillemo, P., Brandberg, Y., & Moskowitz, J. T. (2010). Self-report mindfulness as a mediator of psychological well-being in a stress reduction intervention for cancer patients—a randomized study. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 39, 151–61.
- Castonguay, L. G. (1993). “Common factors” and “nonspecific variables”: Clarification of the two concepts and recommendations for research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 267–286.
- Cathcart, S., Galatis, N., Immink, M., Proeve, M., & Petkov, J. (2014). Brief mindfulness-based therapy for chronic tension-type headache: a randomized controlled pilot study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42, 1–15.
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29, 560–572.
- Coffey, K. A., Hartman, M., & Fredrickson, B. L. (2010). Deconstructing mindfulness and constructing mental health: Understanding mindfulness and its mechanisms of action. *Mindfulness*, 1, 235–253.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D. M., Deitrick, L., & Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a qualitative and quantitative study, part II. *Holistic nursing practice*, 19, 78–86.
- Davidson, R. J. (2010). Empirical explorations of mindfulness: conceptual and methodological conundrums. *Emotion*, 10, 8–11.

- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., ... Sheridan, J. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic medicine*, *65*, 564–570.
- Derogatis, L. R. (1993) *Brief Symptom Inventory: Administration Scoring and Procedures Manual*, 3rd edn. National Computer Systems, Minneapolis, MN.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2006). Defining an Agenda for Future Research on the Clinical Application of Mindfulness Practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 166–171.
- Dobkin, P. L., & Zhao, Q. (2011). Increased mindfulness--the active component of the mindfulness-based stress reduction program? *Complementary therapies in clinical practice*, *17*, 22–7.
- Farb, N. A., Anderson, A. K., & Segal, Z. V. (2012). The mindful brain and emotion regulation in mood disorders. *Canadian journal of psychiatry. Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, *57*, 70-77.
- Farnè, M., Sebellico, D., Gnugnoli, D., & Corallo, A. (1991), *Profile of Mood States*. Manuale, O. S. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: pilot of a mindfulness based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary nurse*, *45*, 114-125.
- Gaylord, S. A., Palsson, O. S., Garland, E. L., Faurot, K. R., Coble, R. S., Mann, J. D., Frey, W., Leniek, K., & Whitehead, W. E. (2011) Mindfulness Training Reduces the Severity of Irritable Bowel Syndrome in Women: Results of a Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Gastroenterology*, *106*, 1678-1688.
- Gayner, B., Esplen, M. J., DeRoche, P., Wong, J., Bishop, S., Kavanagh, L., & Butler, K. (2012). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV. *Journal of Behavioral Medicine*, *35*, 272-285.
- Giovannini, C., Giromini, L., Bonalume, L., Tagini, A., Lang, M., & Amadei, G. (in press) The Italian Five Facet Mindfulness Questionnaire: A contribution to its Validity and Reliability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical psychology review*, *26*, 657–78.
- Goldin, P., Ziv, M., Jazaieri, H., Hahn, K., & Gross, J. J. (2013). MBSR vs aerobic exercise in social anxiety: fMRI of emotion regulation of negative self-beliefs. *Social Cognition and Affective Neuroscience*, *8*, 65-72.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits-A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*, 35-44.

- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and psychosomatics*, *76*, 226–33.
- Himmelstein, S. (2011). Mindfulness-Based Substance Abuse Treatment for Incarcerated Youth: A Mixed Method Pilot Study. *International Journal of Transpersonal Studies*, *30*, 1–10.
- Hoffmann Gurka, A. C. (2006). Mindfulness meditation for college students: A study of its utility and promotion of its practice post treatment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, *67*(1B), 545.
- Imel, Z., Baldwin, S., Bonus, K., & MacCoon, D. (2008). Beyond the individual: Group effects in mindfulness-based stress reduction. *Psychotherapy Research*, *18*, 735-742.
- Irving, J. A., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *15*, 61–66.
- Jazaieri, H., Goldin, P. R, Werner, K., Ziv, M., & Gross, J. J. (2012). A Randomized Trial of MBSR Versus Aerobic Exercise for Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *68*, 715–731.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. 2005 (p. 467).
- Kabat-Zinn, J., Bratt, M. A., Samuelson, M., & Carmody, J. (2007). Mindfulness-Based Stress Reduction in Massachusetts Correctional Facilities. *The Prison Journal*, *87*, 254-268.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A., Kristeller, J., & Peterson, L. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 936–943.
- Keng, S., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical psychology review*, *31*, 1041–56.
- Kemper, K., Bulla, S., Krueger, D., Ott, M. J., McCool, J. A., & Gardiner, P. (2011). Nurses' experiences, expectations, and preferences for mind-body practices to reduce stress. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, *11*, 26.
- Kirsch, P., Esslinger, C., Chen, Q., Mier, D., Lis, S., Siddhanti, S., ..., & Meyer-Lindenberg, A. (2005). Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *The Journal of Neuroscience*, *25*, 11489-11493.
- Lengacher, C. A., Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M. S., Jacobsen, P. B., Klein, T. W., ... & Kip, K. E. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*, *18*, 1261-1272.
- Lykins, E. L., & Baer, R. A. (2009). Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *23*, 226-241.

- MacCoon, D. G., Imel, Z. E., Rosenkranz, M. A., Sheftel, J. G., Weng, H. Y., Sullivan, J. C., ... Lutz, A. (2012). The validation of an active control intervention for Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). *Behaviour research and therapy*, *50*, 3–12.
- McMillan, T., Robertson, I. H., Brock, D., & Chorlton, L. (2002). Brief mindfulness training for attentional problems after traumatic brain injury: A randomised control treatment trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, *12*, 117–125.
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1971). *Manual: Profile of mood states (POMS)*. San Diego, Educational and Industrial Testing Service.
- Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K. E., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S. D., ... Kaplan, R. (2009). The selection and design of control conditions for randomized controlled trials of psychological interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *78*, 275-284.
- Nyklíček, I., & Kuijpers, K. F. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*, *35*, 331-340.
- Oman, D., Shapiro, S. L., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Meditation lowers stress and supports forgiveness among college students: A randomized controlled trial. *Journal of American College Health*, *56*, 569-578.
- Penque, S. (2009). Mindfulness based stress reduction effects on registered nurses. (*Unpublished doctoral dissertation*). Retrieved from http://conservancy.umn.edu/bitstream/58728/1/Penque_umn_0130E_10859.pdf.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. -Y. (2003). Common Method Biases in Behavioral Research: A Critical Review of the Literature and Recommended Remedies. *Journal of Applied Psychology*, *88*, 879-903.
- Robins, C. J., Keng, S. -L., Ekblad, A. G., & Brantley, J. G. (2011). Effects of mindfulness-based stress reduction on emotional experience and expression: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, *68*, 117-131.
- Rosenzweig, S., Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., & Hojat, M. (2003). Mindfulness-Based Stress Reduction Lowers Psychological Distress In Medical Students. *Teaching and Learning in Medicine*, *15*, 88–92.
- Rothwell, N. (2006). The different facets of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, *24*, 79-86.
- Samuelson, M., Carmody, J., Kabat-Zinn, J., & Bratt, M. A. (2007). Mindfulness-based stress reduction in Massachusetts correctional facilities. *The Prison Journal*, *87*, 254-268.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: New York* (p. 351).
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, *12*, 164-176.

- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology, 62*, 373–86.
- Shapiro, S. L., Bootzin, R. R., Figueredo, A. J., Lopez, A. M., & Schwartz, G. E. (2003) The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research, 54*, 85-91.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology, 1*, 105–115.
- Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of clinical psychology, 64*, 840–862.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine, 21*, 581-599.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine, 62*, 613-622.
- Spielberger, C. D., & Gorsuch, R. L. (1983). State-trait anxiety inventory (Form Y). Consulting Psychologists Press.
- Swan, L. K., & Heesacker, M. (2013). Evidence of a pronounced preference for therapy guided by common factors. *Journal of clinical psychology, 69*, 869–79.
- Tschacher, W., Junghan, U. M., & Pfammatter, M. (2012). Towards a Taxonomy of Common Factors in Psychotherapy-Results of an Expert Survey. *Clinical psychology & psychotherapy*.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 37*, 3-13.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Flückiger, C., ... Budge, S. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical psychology review, 30*, 923–33.
- Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J. L., Floyd, A. R., Dedert, E. A., Sephton, S. E. (2002). Mindfulness-Based Stress Reduction and Sense of Coherence Among Women with Fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 9*, 297-307.
- Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E., & Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial. *American Journal of Health Promotion, 15*, 422-432.
- Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K. R., Chroniak, C., Durazo, R., & Mathews, H. L. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity, 22*, 969-981.
- Zernicke, K. A., Campbell, T. S., Blustein, P. K., Fung, T. S., Johnson, J. A., Bacon, S. L., & Carlson, L. E. (2013). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of irritable bowel syndrome

symptoms: a randomized wait-list controlled trial. *International journal of behavioral medicine*, 20, 385–96.

CONCLUSIONI GENERALI

Obiettivo del presente lavoro era quello di fornire un contributo alla definizione della mindfulness, dei suoi confini concettuali e della rilevanza delle sue applicazioni cliniche. La revisione della letteratura riportata nella prima parte ha permesso di delineare l'attitudine complessa di mindfulness attraverso l'identificazione delle sue componenti, la descrizione delle sue aree di sovrapposizione e di distanza rispetto a costrutti psicologici rilevanti e la descrizione delle pratiche atte a promuoverne lo sviluppo. I contributi empirici riportati nella seconda parte hanno quindi fornito sostegno e risposte, seppur non definitive o esaustive, ad alcuni degli interrogativi rimasti inevasi in letteratura. La validazione italiana del Five Facet Mindfulness Questionnaire costituisce un contributo rilevante per la promozione della valutazione della mindfulness, sia in contesti clinici, che nell'ambito della ricerca, confermando la natura multidimensionale e composita del costrutto. L'esplorazione del costrutto di mindfulness nell'ambito della psicopatologia ha permesso di dare sostegno alla rilevanza dell'indagine e della promozione della presenza mentale negli individui affetti da disturbi mentali gravi, che presentano compromissioni specifiche delle attitudini di mindfulness. L'attenzione alla dimensione sintomatologica e la delineazione di profili di soggetti con differenti capacità di mindfulness, hanno permesso, inoltre, di approfondire la relazione scarsamente esplorata in letteratura, tra mindfulness e salute mentale, costituendo una base per ulteriori indagini ed approfondimenti. La valutazione del rapporto tra mindfulness e mentalizzazione ha consentito di fornire il primo tentativo di vagliare in modo sperimentale tale relazione. È stato evidenziato come esistano importanti divergenze tra i costrutti, effettuando una rilettura critica delle posizioni degli autori che avevano in precedenza teorizzato l'esistenza di una sovrapposizione tra i mindfulness e mentalizzazione. Le riflessioni formulate possono contribuire a definire i confini tra le dimensioni indagate, chiarendo la natura della mindfulness, che viene a delinarsi come un processo pre-riflessivo, esperienziale e non mediato dalla cognizione. È stato, infine, possibile fornire un importante sostegno all'efficacia del programma Mindfulness-Based Stress Reduction di Jon Kabat Zinn (1990), che si è rivelato superiore all'intervento di controllo nel promuovere la presenza mentale e il benessere psicofisico dell'individuo. Sebbene appaiano indispensabili ulteriori approfondimenti delle tematiche trattate, si auspica che il contributo proposto abbia fornito sostegno alla rilevanza dell'assunzione di una posizione di attenzione consapevole nei riguardi del fluire dell'esperienza nel momento presente.

ALLEGATI

FIVE FACET MINDFULNESS QUESTIONNAIRE (FFMQ)

Per favore, attribuisca un punteggio ad ognuna delle seguenti frasi utilizzando la scala proposta. Segni con una crocetta il numero che meglio descrive la sua opinione o quello che risulta di solito vero per lei.

1	2	3	4	5
Non mi accade mai o molto raramente	Mi accade raramente	Mi accade a volte	Mi accade spesso	Mi accade molto spesso o sempre

1	Mentre cammino, sto attento/a alle sensazioni del mio corpo che si sta muovendo	1	2	3	4	5
2	Sono bravo/a a trovare parole che descrivano i miei sentimenti	1	2	3	4	5
3	Mi rimprovero di avere emozioni irrazionali o inappropriate	1	2	3	4	5
4	Percepisco i miei sentimenti e le mie emozioni senza essere costretto/a a reagirvi	1	2	3	4	5
5	Quando faccio delle cose la mia mente tende a vagare e mi distraigo facilmente	1	2	3	4	5
6	Quando faccio il bagno o la doccia cerco di prestare attenzione alle sensazioni prodotte dall'acqua sul mio corpo	1	2	3	4	5
7	Riesco facilmente a trovare le parole per esprimere le mie credenze, le mie opinioni e le mie aspettative	1	2	3	4	5
8	Non presto attenzione a quello che faccio perché sogno ad occhi aperti, sono preoccupato/a o comunque distratto/a	1	2	3	4	5
9	Osservo i miei sentimenti senza perdermi in essi	1	2	3	4	5
10	Dico a me stesso/a che non dovrei sentirmi nel modo in cui mi sento	1	2	3	4	5
11	Mi accorgo di come i cibi e le bevande influenzino i miei pensieri, le mie sensazioni corporee e le mie emozioni	1	2	3	4	5
12	Per me è difficile trovare le parole per descrivere quello a cui sto pensando	1	2	3	4	5
13	Mi distraigo facilmente	1	2	3	4	5
14	Credo che alcuni dei miei pensieri siano anormali o cattivi e che non dovrei pensarla in questo modo	1	2	3	4	5
15	Presto attenzione alle sensazioni, come il vento nei capelli o il sole sul viso	1	2	3	4	5
16	Per me è un problema trovare le parole giuste per esprimere quello che penso	1	2	3	4	5
17	Tendo a giudicare i miei pensieri come buoni oppure come cattivi	1	2	3	4	5

18	Trovo difficile rimanere concentrato/a su quello che accade nel presente	1	2	3	4	5
19	Quando i miei pensieri o immagini mi turbano, “faccio un passo indietro” e sono consapevole del pensiero o dell'immagine senza esserne sopraffatto/a	1	2	3	4	5
20	Presto attenzione ai rumori, come ad esempio il ticchettio dell'orologio, al cinguettio degli uccelli, o al passaggio delle macchine	1	2	3	4	5
21	Nelle situazioni difficili riesco a fermarmi senza reagire immediatamente	1	2	3	4	5
22	Quando provo una sensazione sul mio corpo mi risulta difficile descriverla perché non trovo le parole giuste	1	2	3	4	5
23	Mi sembra di “funzionare in automatico” senza troppa consapevolezza di quello che sto facendo	1	2	3	4	5
24	Quando i miei pensieri o immagini mi turbano, riesco a calmarmi in poco tempo	1	2	3	4	5
25	Dico a me stesso/a che non dovrei pensare nel modo in cui penso	1	2	3	4	5
26	Noto gli odori e gli aromi delle cose	1	2	3	4	5
27	Anche quando mi sento molto turbato/a posso trovare il modo di tradurlo in parole ed esprimerlo	1	2	3	4	5
28	Svolgo frettolosamente le mie attività senza prestarvi davvero attenzione	1	2	3	4	5
29	Quando i miei pensieri o immagini mi turbano sono in grado di accorgermene senza reagire	1	2	3	4	5
30	Ritengo che alcune delle mie emozioni siano cattive o inappropriate e che non dovrei sentirle	1	2	3	4	5
31	Noto gli aspetti visivi nell'arte e nella natura, come i colori, le forme, le trame, o i giochi di luci ed ombre	1	2	3	4	5
32	La mia inclinazione naturale è quella di tradurre le mie esperienze in parole	1	2	3	4	5
33	Quando i miei pensieri o immagini mi turbano li noto soltanto e “li lascio andare”	1	2	3	4	5
34	Svolgo dei lavori o dei compiti automaticamente senza essere consapevole di quello che sto facendo	1	2	3	4	5
35	Quando i miei pensieri o immagini mi turbano giudico me stesso come buono o cattivo, a seconda del contenuto del pensiero o dell'immagine	1	2	3	4	5
36	Presto attenzione a come le mie emozioni influenzano i miei pensieri e il mio comportamento	1	2	3	4	5
37	Di solito sono capace di descrivere abbastanza dettagliatamente come mi sento in un dato momento	1	2	3	4	5
38	Mi trovo a fare cose senza prestarvi attenzione	1	2	3	4	5
39	Sono fortemente critico con me stesso/a quando mi vengono delle idee irrazionali	1	2	3	4	5

RINGRAZIAMENTI

Dietro un lavoro che porta il mio nome c'è il contributo di tante persone che per diversi motivi e in vario modo mi hanno sostenuto, guidato, accompagnato in questo viaggio lungo e faticoso.

Ringrazio innanzitutto Gherardo Amadei per avermi fatto conoscere la mindfulness, non solo a livello "accademico", ma con l'enorme umanità del suo esempio e della sua guida. Grazie per aver reso il mio dottorato migliore.

Un ringraziamento enorme a Angela Tagini per il sostegno pratico e soprattutto per quello morale. Grazie per aver acceso luci in fondo a tunnel che sembravano infiniti.

Ringrazio il Prof. Germano Rossi per la consulenza statistica che mi ha offerto con generosità e pazienza.

Un grazie speciale al Prof. Jorge Perez perché, pur dopo tanti anni, un pensiero mi va sempre al suo ricordo ed è un pensiero pieno di affetto, nostalgia e gratitudine. È grazie a lei che mi sono avvicinata alla ricerca, è grazie al suo esempio che continuo nel difficile percorso di conciliarla con la clinica e sempre grazie a lei che, con tutte le difficoltà, credo di riuscirci abbastanza bene!

Un grazie senza fine né confini al mio amico Andrea Norcini Pala. È difficile esprimere a parole la gratitudine che provo nei tuoi confronti. Semplicemente, senza di te questa tesi sarebbe stata monca! Sei una persona preziosa e, come ti ho detto una volta, la tua amicizia è la cosa migliore che mi abbia regalato questo dottorato.

Grazie alle compagne di avventura Alice, Chiara e Katia che hanno passato con me giorni e notti interminabili, resi tollerabili solo dalla condivisione della leggerezza, delle risate, dei pianti, del conforto, dello stimolo a non mollare, del confronto e dell'aiuto costante. Questo lavoro resterà nella mia mente inscindibilmente legato a voi. Spero che questo per noi sia solo un inizio!

Ringrazio le mie amiche e colleghe sinergiche Simona, Nunzia, Michela e Greta per avermi accompagnato nella costruzione dei miei sogni e per aver capito e compensato le mie carenze degli ultimi tempi.

Ringrazio la mia grande e bellissima famiglia, e in particolare i miei genitori e i miei suoceri per avermi sostenuto, sopportato e soprattutto sostituito! Se ho potuto dedicarmi a questo lavoro in modo così costante è stato solo grazie al fatto che mi avete sostituito mentre non potevo fare la mamma a mia figlia. Vi amo infinitamente per l'amore che date a lei e per quello che date a me.

Ringrazio te, Viola, mia piccola principessa, per aver riempito di significato e di motivazione ogni sforzo fatto per riuscire a starti accanto senza farti pesare le mie assenze. Piccola e speciale come sei hai saputo tollerare le mie assenze con il tuo impagabile buonumore e la tua precoce perspicacia che mi rende così orgogliosa di te.

E infine, cosa dirti Simo? Con te il problema sono sempre state le parole, inadeguate a esprimere anche in modo blando il mio amore e in questo caso la mia gratitudine immensa. Tutte le cose migliori della mia vita sono venute da te o con te, quindi, che te lo dico a fare.