
Misurare le abilità di *mindfulness*: uno studio di validazione della versione italiana del *Five Facet Mindfulness Questionnaire*

Fabrizio Didonna e Valentina Bosio

Casa di Cura Villa Margherita – Arcugnano (VI)

Riassunto

Negli ultimi decenni la pratica tradizionale della meditazione di *mindfulness* è stata adattata e implementata come intervento terapeutico in diversi setting clinici, sia medici che psicologici, e integrata all'interno di alcuni modelli di trattamento strutturati e validati come la *Dialectical Behavioral Therapy* (DBT), la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) e l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT). Questi programmi terapeutici concettualizzano la *mindfulness* come un set di abilità che possono essere apprese e praticate al fine di ridurre i sintomi psicopatologici e incrementare la salute e il benessere dell'individuo. Sebbene siano stati condotti numerosi studi empirici per verificare l'efficacia clinica degli interventi basati sulla *mindfulness*, è stata dedicata molta meno attenzione scientifica alle procedure di assessment e misurazione di tale costrutto e delle sue componenti cognitive e fenomenologiche. Strumenti di misura della *mindfulness* sono però necessari per comprenderne la natura e le componenti, nonché i meccanismi cognitivi attraverso cui i training di *mindfulness* possono creare un cambiamento clinico.

Gli autori di questo articolo presentano i risultati di uno studio di validazione della versione italiana del *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) (Baer et al., 2006), una scala multifattoriale di misurazione delle abilità di *mindfulness*. Tale studio ha mostrato che l'FFMQ, anche nella sua versione italiana, è uno strumento valido e attendibile e dotato di buone caratteristiche psicometriche.

Parole chiave: *Mindfulness, Assessment, Studio di validazione, Questionario.*

Abstract

Assessing *mindfulness* skills: A validation study of the Italian version of the *Five Facet Mindfulness Questionnaire*

The traditional practice of *mindfulness* meditation has been adapted and implemented in several clinical settings, both medical and psychological, over the last decades as a therapeutic intervention and integrated into some structured and validated treatment programmes, such as *Dialectical Behavioral Therapy* (DBT), *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) and *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT).

These therapeutic programmes conceptualize mindfulness as a set of skills which can be learned and practiced in order to reduce psychopathological symptoms and increase individual health and well-being.

Although numerous empirical studies have been carried out to verify the clinical effectiveness of mindfulness-based interventions, much less scientific attention has been paid to the assessment and rating procedures of this construct and of its cognitive and phenomenological components. However, tools to rate mindfulness are necessary to understand its nature and its components, as well as the cognitive mechanisms through which mindfulness training can create a clinical change. In this paper the authors presented the results of a validation study of the Italian version of the *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) (Baer et al., 2006), a multifactorial rating scale to assess mindfulness skills. This study has shown that the FFMQ, even in its Italian version, is a valid and reliable tool and has good psychometric properties.

Keywords: *Mindfulness, Assessment, Validation study, Questionnaire.*

INTRODUZIONE

Nel corso degli ultimi decenni si è manifestato, nel campo della psicoterapia, un sempre maggiore interesse nei confronti delle prospettive della psicologia orientale, in particolare verso quelle di origine buddhista. Numerose ricerche hanno cercato di investigare la possibile rilevanza clinica di tali approcci, nonché la loro possibile applicazione alla psicopatologia. Ciò ha dato origine spontaneamente e in modi indipendenti a un atteggiamento culturale trans-epistemologico che ha stimolato la sperimentazione e l'applicazione in ambito psicoterapeutico di teorie, tecniche e principi ben radicati in tali filosofie e che hanno generalmente come focus centrale il concetto di *mindfulness* (Didonna, 2009).

Da un punto di vista etimologico, il termine *mindfulness* è la traduzione inglese della parola in lingua Pali *sati*. La lingua Pali era l'idioma della psicologia buddhista 2.500 anni fa e la *mindfulness* era l'insegnamento centrale di questa tradizione sviluppatasi come metodo finalizzato alla comprensione e alla cessazione della sofferenza umana. Il termine *sati* connota *consapevolezza, attenzione e ricordo* (Germer, Siegel e Fulton, 2005), concetti che definiscono uno stato di coscienza. La *mindfulness* nella psicologia contemporanea viene definita come una modalità mentale, uno stile di pensiero o una *coscienza meta-cognitiva*, in cui i pensieri, le emozioni e le azioni vengono liberati dalla dominazione degli automatici e abituali pattern di elaborazione che attivano e mantengono molti stati disfunzionali, attraverso un progressivo processo di *consapevolezza* e di *decentramento* (Segal, Williams e Teasdale, 2002).

Un gruppo di autorevoli ricercatori anglosassoni (Bishop et al., 2004), durante una serie di incontri finalizzati a trovare un consenso su una definizione operativa del concetto di *mindfulness*, hanno concluso che la *mindfulness* è un processo psicologico attivo caratterizzato da due componenti fondamentali: la prima implica l'autoregolazione dell'attenzione affinché venga mantenuta sull'esperienza immediata, permettendo in tal modo un accresciuto riconoscimento degli eventi mentali nel momento presente; la seconda componente

consiste nell'adottare un particolare orientamento o rapporto verso le proprie esperienze nel momento presente, un modo di relazionarsi caratterizzato principalmente da curiosità, apertura, accettazione e sospensione del giudizio.

Formulare una definizione chiara e condivisa della *mindfulness* appare rilevante poiché fornisce una base concettuale e teorica per lo sviluppo di strumenti di misura di tale costrutto. Tali strumenti, laddove ne vengano verificate la validità e l'attendibilità, possono permettere poi di studiare gli effetti della pratica di *mindfulness*, sia in campioni sani, per comprendere i fattori che mantengono e sviluppano il benessere, che in quelli clinici, per determinare i meccanismi di cambiamento e di riduzione della sintomatologia psicopatologica. Inoltre, nei campioni non clinici, tali scale psicometriche possono permettere di verificare se, in seguito a un addestramento alla *mindfulness*, un incremento dei punteggi nelle abilità di *mindfulness* si associa, ad esempio, a un miglioramento nelle prestazioni in compiti che richiedono abilità attentive o una sospensione dei processi di elaborazione secondaria (modalità valutativa).

Lo stato di *mindfulness* può essere coltivato e sviluppato attraverso una pratica meditativa (in particolare, ma non esclusivamente, con la meditazione *vipassana* di origine buddhista), definita, in termini occidentali, come un'autoregolazione intenzionale e continuativa dell'attenzione verso l'esperienza presente, interna ed esterna, e in cui viene sospesa qualsiasi valutazione semantica su di essa (Goleman e Schwartz, 1976; Marlatt e Kristeller, 1999, p. 68; Kabat-Zinn, 1994, p. 4; Baer, 2003).

I training di *mindfulness* in un ambito clinico aiutano i pazienti a ridurre gli effetti degli schemi di pensiero maladattivi attraverso il cambiamento del modo di rapportarsi del paziente nei confronti dei suoi stati interni (pensieri, sensazioni ed emozioni) e del modo in cui essi vengono elaborati, invece che attraverso il cambiamento del loro contenuto. Inoltre la pratica di *mindfulness* permette di acquisire e sviluppare una capacità di *riconoscimento* e di *accettazione* consapevoli degli stati interni indesiderati, in alternativa all'attivazione di modalità abituali, reattive, automatiche e pre-programmate che tendono normalmente a perpetuare le difficoltà e i disturbi del paziente.

Il *focus* di questi interventi è quello di modificare l'impatto e la risposta (alternativa alla *reazione*) del paziente verso l'esperienza interna disagiata e per questa ragione essi possono essere particolarmente efficaci per quei disturbi nei quali l'intolleranza degli stati negativi e il conseguente evitamento comportamentale costituiscono dei fattori centrali della patologia (vedi disturbi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi alimentari, vari disturbi di personalità, ecc.).

Negli ultimi anni si sono sviluppati diversi modelli terapeutici basati sulla *mindfulness* per un ampio spettro di disturbi e sono stati implementati progressivamente in una varietà di setting clinici (Didonna, 2009). Tra i modelli d'intervento validati empiricamente che utilizzano la *mindfulness* come componente terapeutica centrale si possono annoverare la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR; Kabat-Zinn, 1982; 2003; 2005), la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT; Segal et al., 2002), l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes, Strosahl e Wilson, 1999) e la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT; Linehan, 1993). Sono state descritte anche diverse varianti di questi modelli, che includono ad esempio l'integrazione dei training di *mindfulness* all'interno di un

setting psicoterapeutico individuale secondo diverse prospettive terapeutiche o l'utilizzo di modelli basati sulla mindfulness per soggetti in età evolutiva o in età senile (Didonna, 2009; Germer, Siegel e Fulton, 2005).

Le evidenze empiriche relative all'efficacia terapeutica di tali interventi sono cresciute esponenzialmente negli ultimi anni, rendendo perciò sempre più rilevante l'investigazione dei meccanismi o dei processi clinici attraverso i quali si ottengono tali esiti (Baer, 2003; Baer, Walsh e Lykins, 2009; Bishop et al., 2004; Shapiro et al., 2006). Solo negli ultimi anni sono stati però introdotti nella ricerca e nella pratica clinica alcuni strumenti di misurazione della mindfulness che hanno apportato importanti contributi sia sul piano teorico che su quello clinico.

Come accennato in precedenza, sul piano clinico, l'utilizzo di tali strumenti diventa necessario poiché permette di valutare se i training e la pratica di mindfulness determinano cambiamenti significativi associati a questo stato mentale e se tali modificazioni sono responsabili dei miglioramenti evidenziati nel funzionamento psicologico e nella sintomatologia dell'individuo. Per effettuare tale valutazione sono necessari strumenti psicometrici della mindfulness validi e sensibili (Baer, Smith e Allen, 2004; Brown e Ryan, 2004; Dimidjian e Linehan, 2003).

In un recente lavoro Baer et al. (2006) si sono proposti di esaminare le caratteristiche psicometriche di 5 questionari utilizzati per misurare la mindfulness e di usare questi stessi strumenti per indagare la struttura fattoriale di tale costrutto. Gli strumenti presi in esame sono stati: *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown e Ryan, 2003); *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI; Buchheld, Grossman e Walach, 2001); *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS; Baer et al., 2004); *Cognitive and Affective Mindfulness Scale* (CAMS; Feldman et al., 2003; Hayes e Feldman, 2004) e *Mindfulness Questionnaire* (MQ; Chadwick et al., 2005).

I 5 questionari hanno dimostrato di possedere tutti un'elevata consistenza interna, sono risultati significativamente correlati tra loro e hanno rivelato correlazioni coerenti alle ipotesi con numerose variabili che si ritengono associate alla mindfulness. È però ravvisabile un'importante differenza di contenuto nei diversi reattivi e correlazioni con altri costrutti che variano considerevolmente a seconda del test considerato. Questi dati fanno ipotizzare che i diversi test misurino elementi distinti della mindfulness, portando a formulare una concettualizzazione multidimensionale della stessa.

Da tale dato risulterebbe perciò criticabile l'operazionalizzazione della mindfulness in uno strumento unidimensionale poiché questo comporterebbe la perdita di informazioni; mentre diventa necessario l'utilizzo di uno strumento che sia in grado di cogliere le diverse sottocomponenti. Tuttavia, tra i 5 questionari analizzati, solo il KIMS ha una struttura a quattro fattori, la MAAS è unidimensionale, mentre CAMS, FMI, MQ, pur basandosi su una struttura multifattoriale, permettono unicamente il computo di un punteggio totale.

Nonostante la recente diffusione della pratica e dei modelli basati sulla mindfulness anche nel territorio italiano e, come spiegato, l'imprescindibile necessità di strumenti di assessment di tale costrutto, non esistono al momento test validati in lingua italiana. Il presente lavoro nasce pertanto dalla necessità di colmare tale lacuna.

IL «FIVE FACET MINDFULNESS QUESTIONNAIRE»

Per esplorare le dimensioni latenti della *mindfulness*, Baer e collaboratori hanno condotto un'analisi fattoriale esplorativa combinando gli item dotati di maggiore validità appartenenti ai questionari sopra descritti. I risultati suggeriscono una struttura a cinque fattori. Quattro sono sovrapponibili a quelli individuati nel KIMS:

1. «osservare», che riguarda la capacità di prestare attenzione agli stimoli esterni e interni, come percezioni, sensazioni, pensieri ed emozioni;
2. «descrivere», che implica il definire a parole l'esperienza percepita;
3. «agire con consapevolezza», ossia il prestare attenzione all'attività del momento presente contrastando l'agire reattivo e non consapevole, come guidato da una sorta di pilota automatico;
4. «non giudicare la propria esperienza interna», riferito all'accettazione senza valutazione dei propri pensieri, emozioni e sensazioni nel momento in cui si attivano.

Emerge inoltre un fattore aggiuntivo, costituito dagli item provenienti dal FMI e MQ, che sembra descrivere la tendenza a *non reagire alla propria esperienza interna*, fattore questo di particolare rilevanza clinica rispetto a diverse patologie, ad esempio per il disturbo borderline di personalità o il disturbo ossessivo-compulsivo, ma non evidenziato dagli strumenti di misurazione attualmente disponibili.

Baer e collaboratori hanno pertanto ritenuto utile sviluppare uno strumento di misura nuovo in grado di valutare le distinte componenti rilevate. Dal pool di item esaminato vengono così estrapolati gli item con maggiore saturazione nei diversi fattori e vengono conglobati nella costruzione del FFMQ, che risulta in conclusione composto da 39 item, ognuno dei quali valutato su scala Likert a 5 punti. Le sottoscale hanno evidenziato un'adeguata consistenza interna (alfa di Cronbach compresa tra 0,75 e 0,91).

L'analisi fattoriale confermativa ha convalidato la composizione a cinque fattori; è stato testato inoltre un modello gerarchico dal quale è emerso che i fattori «descrivere», «agire consapevolmente», «non giudicare» e «non reagire» possono essere concettualizzati come elementi di un costrutto di *mindfulness* sovraordinato.

Nello specifico, il fattore «osservare» fa riferimento alla capacità di notare e prestare attenzione intenzionalmente alla propria esperienza interna (esempio di item: «quando faccio una doccia o un bagno sto attento alle sensazioni che mi dà l'acqua sul corpo»); il fattore «descrivere» implica la capacità di dare un nome alle proprie emozioni, sensazioni e pensieri, si riferisce, cioè, all'abilità di descrivere verbalmente il proprio vissuto esperienziale generale (esempio di item: «riesco a trovare le parole per esprimere le mie emozioni»); il fattore «agire con consapevolezza» si riferisce invece alla capacità di mettere in atto azioni, consapevoli che le stiamo attuando e dei reali effetti di esse su noi stessi e sul mondo esterno. Tale modalità è l'opposto del comportarsi in modo automatico, meccanico e senza consapevolezza reale di ciò che stiamo facendo, guidati, per così dire, da una sorta di «pilota automatico» (esempio di item *reversed*: «faccio le cose in fretta, senza essere realmente attento»); il fattore «non giudicare» implica l'assunzione di una posizione osservativa e non giudicante verso se stessi e i propri

stati interni (esempio di item reversed: «dico a me stesso che non dovrei sentirmi nel modo in cui mi sento»); infine, il fattore «non reagire all'esperienza interna» descrive la capacità di stare in contatto con pensieri, emozioni o sensazioni fisiche senza dover mettere in atto un comportamento volto a modificare quel particolare stato interno (esempio di item: «nelle situazioni difficili riesco a fermarmi un momento senza reagire immediatamente»).

L'analisi correlazionale evidenzia relazioni consistenti con costrutti che si assumono essere connessi agli elementi di mindfulness, ad eccezione del fattore «osservare», che rivela anche correlazioni inaspettate. Questo fattore mostra risultati inattesi per due aspetti: non soddisfa il modello gerarchico e presenta correlazioni positive con misure di psicopatologia. Gli autori hanno ipotizzato che esso rappresenti la dimensione che risente maggiormente del livello di meditazione, per cui tali anomalie possono essere ricondotte alle caratteristiche del campione di non-meditatori su cui è stato condotto lo studio di validazione. Dati ulteriori sembrano confermare tale ipotesi: in uno studio di Baer e collaboratori (2007), l'FFMQ è stato somministrato a un gruppo di soggetti con esperienza meditativa e a un gruppo di comparazione con bassa esperienza meditativa. I risultati hanno evidenziato come nel gruppo di esperti tutti i fattori sono significativamente correlati con sintomatologia psicologica e positivamente correlati a misure di benessere (Baer et al., 2007; Lykins e Baer, 2009).

OBIETTIVI DELLO STUDIO

Il presente lavoro vuole analizzare la validità della versione italiana del *Five Facet Mindfulness Questionnaire*. Ci si propone di analizzare se il questionario in esame mantiene buone proprietà psicometriche nella sua applicazione italiana. Nello specifico si vuole verificare, in primo luogo, se viene confermata la composizione a cinque fattori che, nel contesto della mindfulness, come descritto sopra, rappresenta la caratteristica elettiva di questo strumento. La validità del test è indagata inoltre attraverso l'analisi della validità divergente. Non disponendo, al momento dello studio, di nessuno strumento di misurazione dell'abilità di mindfulness validato in lingua italiana, non è stato possibile svolgere una puntuale analisi della validità convergente. Si è preferito così impiegare strumenti di misura, validati e ampiamente utilizzati nella pratica clinica e di ricerca italiana, riferiti a costrutti relati alla sintomatologia psichica che possano rappresentare, teoricamente, misurazioni divergenti delle abilità di mindfulness.

Nel particolare, si è deciso di utilizzare una misurazione dell'alessitimia. L'alessitimia è definita come difficoltà a riconoscere, esplorare ed esprimere i propri vissuti emotivi; dato che la mindfulness include, per definizione, la capacità di osservare, diventare consapevoli e verbalizzare la propria esperienza interna, sono attese correlazioni negative con questo strumento. In particolare, essendo centrale nell'alessitimia l'incapacità di riconoscere e nominare le emozioni, ci si attende che la correlazione maggiore sia con il fattore «descrivere» dell'FFMQ.

Per investigare un ulteriore fattore della mindfulness, si è impiegato uno strumento di misura della dissociazione: uno stato alterato di coscienza, con mancanza di integrazione

e sintesi delle proprie esperienze interne. Essendo la *mindfulness* definita da presenza mentale, consapevolezza e capacità di restare a contatto con la realtà presente, ci si attende che la correlazione con questo costrutto sia negativa e si ipotizza che il legame maggiore sia individuabile con il fattore «agire consapevolmente».

Inoltre, poiché una componente costituente della *mindfulness* è la capacità di focalizzarsi sul momento presente accettando i propri pensieri in maniera non giudicante, si è impiegato uno strumento di misura del rimuginio, definito come un processo mentale caratterizzato da una catena di pensieri negativi pervasivi e relativamente incontrollabili. È attesa una correlazione negativa con questo strumento, ipotizzando una maggiore consistenza della correlazione con il fattore dell'FFMQ «non giudicare l'esperienza interna».

Infine, si è prestata particolare attenzione a quelle ricerche che negli ultimi due decenni hanno evidenziato significative correlazioni tra la pratica di *mindfulness* e una riduzione della sintomatologia clinica psichiatrica (Baer, 2003; Kabat-Zinn et al., 1992; Teasdale et al., 2000; Miller, Fletcher e Kabat-Zinn, 1995; Linehan et al., 1991). Su tale presupposto, è stato impiegato uno strumento di misura della sintomatologia psicopatologica generale: si ipotizza che le diverse misurazioni sintomatologiche siano correlate negativamente alle abilità di *mindfulness*.

PARTECIPANTI

Lo studio è stato svolto coinvolgendo 305 studenti universitari della facoltà di psicologia dell'Ateneo di Padova; 123 soggetti sono maschi (40,3%) e 182 femmine (59,7%). L'età varia da un minimo di 18 a un massimo di 49 anni, con un'età media di 20,89 anni ($sd = 3,7$).

Oltre alle informazioni anagrafiche è stato indagato il livello di esperienza meditativa dei soggetti, su una scala graduata a cinque punti, così come nello studio di validazione originario. La distribuzione di frequenza nei suddetti livelli è indicata nella tabella 1. Non sono emerse differenze significative tra il livello medio di esperienza meditativa dei maschi e delle femmine.

Tabella 1 – Distribuzione di frequenza per livello di meditazione

| Esperienza di meditazione | Frequenza | Percentuale |
|---------------------------|-----------|-------------|
| Nessuna | 234 | 76,7 |
| Scarsa | 46 | 15,1 |
| Media | 12 | 3,9 |
| Discreta | 6 | 2,0 |
| Molta | 7 | 2,3 |

PROCEDURE

Tutti i soggetti sono stati contattati direttamente durante l'orario didattico da uno psicologo. Hanno aderito volontariamente allo studio dopo avere firmato un consenso scritto nel quale la ricerca veniva presentata in modo dettagliato in accordo con *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* (American Psychological Association, 2002). I soggetti erano liberi di allontanarsi dall'aula se non manifestavano interesse a partecipare allo studio; la compilazione del protocollo di ricerca non comportava alcuna forma di ricompensa.

Ai soggetti è stata somministrata una batteria di strumenti, accompagnata da una scheda anamnestica per la rilevazione delle variabili demografiche. Poiché tali questionari prevedevano tutti l'autosomministrazione, ai partecipanti è stato chiesto unicamente di seguire le istruzioni fornite all'inizio di ogni test. L'ordine di somministrazione è stato bilanciato. Le analisi sono state effettuate utilizzando i software SPSS 11.0 e Lisrel 8.72. Sono stati somministrati i test esaminati di seguito.

Five Facet Mindfulness Questionnaire (Baer et al., 2006). La versione italiana del test, descritto sopra, è stata ottenuta attraverso una procedura di *back-translation*. Una prima traduzione italiana è stata stesa dai due autori coadiuvati da uno psicologo bilingue italiano-inglese; la versione così ottenuta è stata ritradotta in inglese da una seconda persona bilingue, quindi sono state discusse e corrette eventuali discrepanze (vedi appendice).

Tale versione del test è stata sottoposta a 15 soggetti per verificare la comprensibilità del questionario così formulato.

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby, Taylor e Parker, 1993). La TAS è una scala di autovalutazione per la misura dell'alestitimia. È composta da 20 item definiti su una scala Likert a 5 punti. Si struttura in tre sottoscale che misurano rispettivamente: 1) difficoltà a identificare le emozioni; 2) difficoltà a descrivere le emozioni e 3) pensiero operatorio. Nella sua versione originale ha dimostrato buona consistenza interna (alfa di Cronbach = 0,81), una buona affidabilità test-retest a distanza di tre mesi ($r = 0,77$) e una struttura fattoriale congruente al costrutto teorico. La versione italiana è stata curata da Bressi et al. (1996), riconfermando le proprietà psicometriche dello studio originale.

Dissociative Experience Scale (DES; Bernstein e Putnam, 1986). È una scala di autovalutazione che misura il livello e il tipo di esperienza dissociativa; è composta da 28 domande che descrivono esperienze dissociative per ognuna delle quali il soggetto deve indicare la frequenza con cui le ha sperimentate. È caratterizzata da un'elevata consistenza interna, con valori di alfa di Cronbach uguali a 0,93, e una buona affidabilità al test-retest, misurata in 0,84 in un intervallo di quattro-otto settimane. La solidità di tali proprietà è riscontrata anche nella versione italiana (Fabbri Bombi et al., 1996).

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer et al., 1990). Si tratta di uno strumento di valutazione della frequenza e dell'intensità dello stato di preoccupazione/rimuginio. È composto da 16 item costruiti su una scala Likert a cinque punti. Ha dimostrato di possedere buone proprietà psicometriche — elevata consistenza interna, con valori di alfa compresi tra 0,88 e 0,92 e correlazione test-retest a 8 settimane di 0,92 — mantenute anche nella forma italiana (Morani, Pricci e Sanavio, 1999).

Symptom Check List 90-R (SCL 90-R; Derogatis, 1977). Rappresenta uno strumento finalizzato alla valutazione del livello di sintomatologia psicopatologica generale. È costituito da 9 scale sintomatiche e da un indice di psicopatologia generale, il GSI. Gli item sono valutati su una scala Likert a cinque punti. Il test ha dimostrato di possedere buone caratteristiche psicometriche, con una buona consistenza interna, valori di alfa di Cronbach compresi tra 0,77 e 0,90, ed elevata affidabilità test-retest. La versione italiana è stata validata ed attualmente è in corso di approfondimenti (Preti, Sarno e Prunas, 2010).

L'attendibilità del test verrà valutata attraverso la misurazione dell'alfa di Cronbach. Particolare attenzione verrà dedicata allo studio della validità fattoriale, essendo la composizione multifattoriale la caratteristica dominante dello strumento in analisi: si condurrà pertanto una prima analisi fattoriale esplorativa e, successivamente, si sottoporrà a verifica il modello fattoriale così rilevato attraverso un'analisi fattoriale confermativa. Inoltre, come ricerca di dati sulla validità di costruito, verrà effettuata un'analisi della validità divergente calcolando il coefficiente di correlazione r di Pearson tra l'FFMQ e gli altri strumenti utilizzati allo scopo di valutare la tipologia e il legame delle correlazioni esistenti. Infine, si indagheranno eventuali differenze di genere nei punteggi medi attraverso il t test per campioni indipendenti.

RISULTATI

Attendibilità

La misurazione dell'alfa di Cronbach è risultata essere uguale a 0,83, espressione di buona consistenza interna (Cicchetti, 1994).

Tutti gli item hanno dimostrato di contribuire al livello di omogeneità della scala giacché nessuna esclusione comporta valori di alfa maggiori. Gli indici di consistenza interna (tabella 2) hanno mostrato valori accettabili sia nei soggetti di sesso femminile (alfa = 0,84), sia in quelli di sesso maschile (alfa = 0,81).

Tabella 2 – Analisi dell'affidabilità distinta per fattori

| | Correlazione corretta item-totale | Alfa di Cronbach se l'item è escluso |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Descrivere ($\alpha = 0,88$) | | |
| Item 2 | 0,741 | 0,857 |
| Item 7 | 0,712 | 0,859 |
| Item 12 | 0,616 | 0,869 |
| Item 16 | 0,654 | 0,865 |

| | | |
|---|-------|-------|
| Item 22 | 0,520 | 0,877 |
| Item 27 | 0,661 | 0,864 |
| Item 32 | 0,570 | 0,875 |
| item37 | 0,712 | 0,859 |
| Agire consapevolmente ($\alpha = 0,86$) | | |
| Item 5 | 0,645 | 0,835 |
| Item 8 | 0,679 | 0,831 |
| Item 13 | 0,695 | 0,828 |
| Item 18 | 0,602 | 0,840 |
| Item 23 | 0,433 | 0,860 |
| Item 28 | 0,603 | 0,840 |
| Item 3 | 0,555 | 0,845 |
| Item 38 | 0,610 | 0,839 |
| Non giudicare ($\alpha = 0,85$) | | |
| Item 3 | 0,483 | 0,842 |
| Item 10 | 0,519 | 0,838 |
| Item 14 | 0,554 | 0,834 |
| Item 17 | 0,599 | 0,828 |
| Item 25 | 0,687 | 0,817 |
| Item 30 | 0,655 | 0,822 |
| Item 35 | 0,601 | 0,828 |
| Item 39 | 0,597 | 0,829 |
| Osservare ($\alpha = 0,80$) | | |
| Item 1 | 0,381 | 0,786 |
| Item 6 | 0,595 | 0,753 |
| Item 11 | 0,428 | 0,783 |
| Item 15 | 0,631 | 0,747 |
| Item 20 | 0,514 | 0,767 |

| | | |
|---|-------|-------|
| Item 26 | 0,534 | 0,765 |
| Item 31 | 0,522 | 0,766 |
| Item 36 | 0,394 | 0,784 |
| Non reagire ($\alpha = 0,66$) | | |
| Item 4 | 0,330 | 0,640 |
| Item 9 | 0,301 | 0,648 |
| Item 19 | 0,315 | 0,643 |
| Item 21 | 0,375 | 0,627 |
| Item 24 | 0,383 | 0,624 |
| Item 33 | 0,452 | 0,606 |
| Item 29 | 0,457 | 0,603 |

Analisi fattoriale

È stata condotta un'analisi fattoriale esplorativa con il metodo di estrazione delle componenti principali e con rotazione obliqua Promax (tabella 3), ricalcando la modalità utilizzata nello studio della Baer. I dati soddisfano i criteri di adeguatezza campionaria richiesti dal test di Kaiser-Meyer-Olkin (MSA = 0,830, maggiore del minimo livello accettabile, 0,50) e i criteri del test di sfericità di Bartlett ($\chi^2 = 4588,83$, $df = 741$, $p < 0,001$).

Tabella 3 – Matrice di correlazione tra fattori

| | Tot. | Non reagire | Osservare | Agire consap. | Descrivere | Non giudicare |
|---------------|---------|-------------|-----------|---------------|------------|---------------|
| TOT | | | | | | |
| Non reagire | 0,434** | | | | | |
| Osservare | 0,336** | 0,192** | | | | |
| Agire consap. | 0,651** | 0,055 | -0,176** | | | |
| Descrivere | 0,692** | 0,131* | 0,165** | 0,366** | | |
| Non giudicare | 0,558** | 0,066 | -0,240** | 0,410** | 0,132* | |

** $p < 0,001$; * $p < 0,05$

Dall'analisi, 9 autovalori iniziali sono risultati maggiori di 1. La soluzione a 9 fattori non permetterebbe però una comprensione chiara e semplice dei dati cosicché non è stata presa in considerazione e, sulla base dell'analisi dello scree test di Cattell, sono stati estratti cinque fattori, in grado di spiegare il 48,60% della varianza complessiva.

I fattori possono essere etichettati, nell'ordine, come: «descrivere», «agire consapevolmente», «non giudicare la propria esperienza interna», «osservare» e «non reagire all'esperienza interna».

L'analisi fattoriale distinta per genere ha permesso di estrapolare i medesimi cinque fattori. Emergono differenze unicamente nell'ordine di estrazione: nel gruppo di soggetti femminili l'ordine è risultato essere: «descrivere l'esperienza», «agire consapevolmente», «osservare», «non giudicare» e «non reagire all'esperienza interna»; mentre nel gruppo maschile: «non giudicare», «agire consapevolmente», «descrivere», «osservare» e «non reagire all'esperienza interna».

Poiché i fattori hanno contenuti distinti di abilità di mindfulness, ci si aspetta tra loro correlazioni positive, ma modeste. Dallo studio, emerge una matrice composta nel complesso da correlazioni significative e positive ad eccezione dei fattori: «non reagire all'esperienza interna», che non correla però con «agire consapevolmente» e «non giudicare», e del fattore «osservare», che ha correlazione significativa, ma di segno negativo, con il fattore «agire consapevolmente». Per verificare l'adeguatezza della soluzione a cinque fattori precedentemente identificata con l'analisi esplorativa, è stata condotta un'analisi fattoriale confermativa (CFA) con stime di massima verosimiglianza (*maximum likelihood*).

Il *Root Mean-Square Residual Error of Approximation* (RMSEA) mostra un valore pari a 0,06 che rispecchia un adattamento adeguato, seppur ai limiti della soglia di accettabilità (Hu e Bentler, 1999). Il *Non-Normed Fit Index* (NNFI) è risultato uguale a 0,96 e il *Comparative Fit Index* (CFI) a 0,97, valori compresi nei criteri di accettabilità del modello. Questi indici, infatti, possono assumere grandezze comprese tra 0 e 1, ed esprimono un adattamento tanto migliore quanto più si avvicinano a 1. I risultati confermano quindi, nel complesso, la bontà del modello di misurazione costituito da cinque diverse dimensioni.

Attendibilità delle sottoscale

Data la natura multifattoriale del test, si è ritenuto utile effettuare un'analisi dell'attendibilità distinta per sottoscale. Il valore dell'alfa di Cronbach per i cinque fattori è, rispettivamente, di 0,88, 0,86, 0,85, 0,80, 0,66. Nel complesso gli indici risultano buoni per strumenti di ricerca e per fini applicativi (De Vellis, 1991; Ercolani e Perugini, 1997), ad eccezione del valore di 0,66 che è considerato di livello sufficiente. L'analisi degli item distinta per le singole sottoscale ha attestato che tutti gli item contribuiscono all'omogeneità della scala giacché nessuna esclusione comporterebbe valori di alfa maggiori. Le correlazioni item e punteggio totale risultano nel complesso adeguate, maggiori di 0,20, come raccomandato da Nunnally e Bernstein (1994). La correlazione corretta item-punteggio totale e il valore del coefficiente calcolato con l'alternativa esclusione degli item sono presentati nella tabella 2.

Validità di costrutto

Sono stati confrontati i punteggi ottenuti nel FFMQ con quelli ottenuti nei seguenti test: PSWQ, TAS, Scl-90r e DES (tabella 4).

Tabella 4 – Matrice di correlazione tra FFMQ e altri test

| | FFMQ | | | | | |
|-----------------------------|----------|-------------|-----------------|---------------|------------|---------------|
| | Tot. | Non reagire | Ossevare | Agire consap. | Descrivere | Non giudicare |
| PSWQ | -0,405** | -0,287** | 0,204** | -0,356** | -0,178** | -0,469** |
| TAS totale | -0,627** | -0,128* | -0,064 | -0,463** | -0,684** | -0,235** |
| TAS difficoltà identificare | -0,517** | -0,225** | 0,149** | -0,446** | -0,424** | -0,389** |
| TAS difficoltà descrivere | -0,554** | -0,031 | -0,048 | -0,390** | -0,710** | -0,178** |
| TAS pensiero operatorio | -0,297** | -0,012 | -0,258** | -0,166** | -0,369** | 0,068 |
| SCL somatizzazione | -0,253** | -0,114* | 0,305** | -0,313** | -0,118* | -0,408** |
| SCL doc | -0,468** | -0,116* | 0,238** | -0,530** | -0,350** | -0,420** |
| SCL sensibilità | -0,464** | -0,151** | 0,199** | -0,400** | -0,368** | -0,446** |
| SCL depressione | -0,429** | -0,196** | 0,192** | -0,411** | -0,234** | -0,454** |
| SCL ansia | -0,390** | -0,219** | 0,216** | -0,370** | -0,218** | -0,427** |
| SCL collera | -0,429** | -0,226** | 0,106 | -0,402** | -0,241** | -0,367** |
| SCL fobia | -0,341** | -0,122* | 0,129* | -0,335** | -0,209** | -0,331** |
| SCL paranoia | -0,411** | -0,216** | 0,184** | -0,364** | -0,230** | -0,411** |
| SCL psicoticismo | -0,390** | -0,167** | 0,199** | -0,366** | -0,254** | -0,420** |
| SCL gsi | -0,467** | -0,192** | 0,245** | -0,462** | -0,295** | -0,493** |
| DES | -0,316** | -0,180** | 0,193** | -0,332** | -0,159** | -0,364** |

** $p < 0,001$; * $p < 0,05$

Note: PSWQ = Penn State Worry Questionnaire; TAS = Toronto Alexithymia Scale; SCL = Symptom Check List 90-R; DES = Dissociative Experience Scale.

Le correlazioni del PSWQ con FFMQ sono tutte significative. Cinque sono, come atteso, correlazioni negative, mentre risulta positiva la correlazione con il fattore «osservare». Sembra che, cioè, che una maggiore tendenza a osservare la propria esperienza sia associata a un maggiore rimuginio. La correlazione negativa maggiore è, come atteso, con il fattore «non giudicare».

Le correlazioni dei punteggi ottenuti alla TAS sono state analizzate sia relativamente al punteggio totale, sia prestando attenzione al punteggio ottenuto nei singoli fattori di cui si costituisce. In generale le correlazioni sono, come atteso, di segno negativo e i valori maggiori si riscontrano, come atteso, con il fattore «descrivere». Unica eccezione è rappresentata dal fattore «osservare» che presenta un'inaspettata correlazione positiva con la sottoscala della TAS *difficoltà a identificare i sentimenti*: in questo caso l'attenzione rivolta alle proprie sensazioni ed emozioni sembra collegata alla difficoltà a descriverle.

L'SCL-90 ha, in tutte le sottoscale, correlazioni sostanzialmente negative con i punteggi dell'FFMQ. Solo il fattore «osservare» ha correlazioni positive: con questo test, la tendenza a osservare la propria esperienza interiore sembra associata a misure di psicopatologia.

La DES ha correlazione negativa con tutti i fattori e, in misura maggiore, come atteso, con il fattore «agire consapevolmente» e «non giudicare». Unica correlazione positiva è con «osservare»: tale risultato emerge anche nel lavoro di validazione originale.

In generale, anche nello studio condotto dalla Baer e collaboratori (2006) il fattore «osservare» ha alcune correlazioni inaspettatamente positive con misure di psicopatologia. In un ulteriore studio condotto dalla stessa in un sottocampione di soggetti con esperienza di meditazione, tali correlazioni non sono più risultate significative. Per replicare il lavoro della Baer, è stato estrapolato un sottocampione di studenti dove fossero meglio rappresentati i diversi livelli di esperienza meditativa (tabella 5): sono stati quindi selezionati i 7 soggetti con molta esperienza di meditazione, 6 con discreta, 12 con media e selezionati a caso 20 soggetti con scarsa e 20 con nessuna esperienza di meditazione; 26 soggetti erano maschi e 39 femmine. In questo sottocampione il fattore «osservare» non ha più correlazioni positive con misure di psicopatologia. Permane invece significativa la correlazione negativa con il fattore della TAS *pensiero operatorio*, così come rimangono coerenti le correlazioni degli altri fattori sebbene alcune non siano più significative.

Tabella 5 – Matrice di correlazione tra FFMQ e altri test in un sottocampione con esperienza meditativa (n = 65)

| | Tot. | Non reagire | Osservare | Agire consap. | Descrivere | Non giudicare |
|-----------------------------|----------|-------------|-----------|---------------|------------|---------------|
| PSWQ | -0,450** | -0,283* | 0,139 | -0,358** | -0,160 | -0,541** |
| TAS totale | -0,591** | -0,223 | 0,004 | -0,372** | -0,661** | -0,272* |
| TAS difficoltà identificare | -0,510** | -0,255* | 0,191 | -0,366** | -0,469** | -0,407** |

| | Tot. | Non reagire | Osservare | Agire consap. | Descrivere | Non giudicare |
|---------------------------|-------------|--------------------|------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| TAS difficoltà descrivere | -0,526** | 0,004 | -0,008 | -0,306* | -0,766** | -0,220 |
| TAS pensiero operatorio | -0,214 | -0,216 | -0,267* | -0,095 | -0,186 | 0,131 |
| SCL somatizzazione | -0,393** | -0,351** | 0,147 | -0,153 | -0,192 | -0,541** |
| SCL doc | -0,372** | 0,060 | 0,142 | -0,359** | -0,404** | -0,302* |
| SCL sensitività | -0,456** | -0,168 | 0,094 | -0,295* | -0,403** | -0,404** |
| SCL depressione | -0,423** | -0,152 | 0,011 | -0,249 | -0,324* | -0,379** |
| SCL ansia | -0,340** | -0,168 | 0,179 | -0,155 | -0,261* | -0,460** |
| SCL collera | -0,549** | -0,252* | -0,219 | -0,303* | -0,346** | -0,357** |
| SCL fobia | -0,349** | -0,186 | 0,163 | -0,232 | -0,221 | -0,424** |
| SCL paranoia | -0,460** | -0,206 | -0,048 | -0,227 | -0,300* | -0,414** |
| SCL psicoticismo | -0,340** | -0,169 | 0,070 | -0,184 | -0,206 | -0,400** |
| SCL gsi | -0,483** | -0,200 | 0,085 | -0,283* | -0,367** | -0,491** |
| DES | -0,216 | -0,223 | 0,107 | -0,052 | -0,119 | -0,311* |

** $p < 0,001$; * $p < 0,05$

Note: PSWQ = Penn State Worry Questionnaire; TAS = Toronto Alexithymia Scale; SCL = Symptom Check List 90-R; DES = Dissociative Experience Scale.

Analisi dei punteggi

Sono stati calcolati i punteggi medi ottenuti nei singoli fattori e, a differenza del lavoro della Baer, si è deciso di calcolare anche il punteggio totale (tabella 6). Si ipotizza che possa essere funzionale come potenziale indicatore generale del livello di abilità di *mindfulness*, la cui articolazione nelle sottocomponenti rimane comunque imprescindibile.

Associazione con età e genere

I punteggi dell'FFMQ hanno dimostrato di non essere associati all'età nel campione analizzato. Per quanto concerne le differenze di genere nei punteggi medi, è emerso che: le femmine hanno punteggi medi significativamente maggiori di quelli dei maschi nel punteggio totale e nei fattori «descrivere», «osservare» e «agire consapevolmente»; mentre i maschi hanno invece punteggi medi significativamente maggiori nel fattore «non reagire all'esperienza interna». I risultati sono specificati nella tabella 6.

Tabella 6 – Punteggi medi campione totale e differenziati per genere

| | Minimo | Massimo | Media | Deviazione standard | Punteggi medi maschi (sd) | Punteggi medi femmine (sd) | t df = 303 | Sig. |
|---------------|--------|---------|--------|---------------------|---------------------------|----------------------------|---------------|-------------|
| FFMQ tot | 80 | 169 | 122,64 | 14,950 | 119,66 (13,99) | 124,78 (15,28) | -2,94 | $p < 0,005$ |
| FFMQ non_reag | 8 | 32 | 18,23 | 3,801 | 18,93 (3,82) | 17,76 (3,73) | 2,68 | $p < 0,05$ |
| FFMQ osserv | 10 | 39 | 23,82 | 5,787 | 22,75(5,22) | 24,56 (6,1) | -2,77 | $p < 0,01$ |
| FFMQ ag_cons | 10 | 40 | 27,85 | 5,555 | 27,02 (5,75) | 28,43 (5,36) | -2,18 | $p < 0,05$ |
| FFMQ descr | 9 | 40 | 25,56 | 6,044 | 23,48 (5,01) | 26,97 (6,25) | -5,34 | $p < 0,001$ |
| FFMQ non_giud | 9 | 56 | 27,05 | 6,423 | 27,48 (6,34) | 26,75 (6,48) | 0,97 | $p = 0,333$ |

DISCUSSIONE

Lo scopo del presente studio è stato quello di effettuare la validazione della versione italiana del FFMQ in un campione di soggetti non clinici. La consistenza interna delle sottoscale è compresa in un range tra 0,88 e 0,66, risultando inferiore a quella rilevata nello studio originario, in cui i valori distinti per ogni fattore sono stati: 0,91, 0,87, 0,87, 0,85, 0,75, ma comunque espressione di un livello di consistenza interna accettabile.

La composizione fattoriale emersa dall'analisi esplorativa risulta sovrapponibile a quella attesa sulla base dello studio originale; tale struttura è sostenuta dall'analisi fattoriale confermativa. È però da annotare come i fattori non correlino tutti tra di loro in modo atteso. Il fattore «osservare» manifesta, infatti, una correlazione inaspettatamente negativa con «non giudicare» e «agire consapevolmente». Già nello sviluppo del KIMS Baer et al. (2004) avevano riportato una correlazione negativa tra «osservare» e «non giudicare», ipotizzando che in persone senza esperienza di meditazione il prestare attenzione alla propria esperienza possa essere più facilmente associato a un processo di giudizio della stessa. Viene cioè formulata l'ipotesi che il fattore «osservare» possa variare considerevolmente in funzione dell'esperienza meditativa del soggetto, con variazioni che riguardano non solo l'intensità ma anche la qualità stessa dell'osservare. Tale ipotesi può essere ripresa per spiegare i risultati ottenuti in questo studio condotto, per l'appunto, su un campione a bassa esperienza meditativa.

Evidenze di validità divergente emergono dall'analisi della matrice di correlazione con gli altri test considerati. Nel complesso vengono confermate le attese di correlazioni negative con i test psicopatologici. Unica eccezione è rappresentata dal fattore «osservare» che, in taluni casi, presenta correlazioni inaspettatamente positive. Tale andamento è stato però riscontrato anche nello studio di validazione originale. Baer et al. (2006; 2008) ipotizzano quindi che la relazione del fattore «osservare» con gli altri costrutti possa variare in funzione dell'esperienza di meditazione, mentre questo non sembra apparentemente succedere per gli altri fattori. Questi dati sono emersi dall'analisi di un gruppo di soggetti in cui era

prevalente un basso livello di esperienza meditativa; quando invece è stato analizzato un gruppo di soggetti in cui i diversi livelli di esperienza meditativa erano rappresentati in maniera più omogenea, non si sono rilevate correlazioni incoerenti.

Questi risultati appaiono coerenti con le osservazioni sopra riportate, suggerendo che la relazione del fattore «osservare» con le altre variabili può cambiare in funzione del livello di esperienza meditativa, mentre questo apparentemente non sembra accadere per gli altri fattori. Questa tesi è supportata inoltre dai risultati di un nostro studio successivo, ancora in fase di preparazione, condotto su persone partecipanti a un ritiro di *mindfulness* a cui è stata somministrata la medesima batteria di test. Nel campione iniziale, composto da 19 persone, si è rilevato, ad esempio, che a inizio ritiro il fattore «osservare» non presentava correlazioni significative con gli altri costrutti, mentre a fine ritiro si è rilevata una correlazione significativa e, come atteso, di segno negativo, con la *difficoltà di descrivere i propri sentimenti* misurata dalla TAS.

In generale, le sottoscale della *mindfulness* risultano collegate in maniera specifica e peculiare a differenti costrutti, e i fattori con le correlazioni maggiori a ogni costrutto sono generalmente coerenti alle previsioni fatte. Questi dati corroborano la validità delle abilità di *mindfulness* individuate risultando praticamente tutte utili per comprendere in modo più esaustivo la relazione della *mindfulness* con i diversi costrutti.

In conclusione, le proprietà psicometriche della versione italiana, nello studio su campione non clinico, risultano nel complesso comparabili ai dati emersi nel lavoro di validazione originario (Baer et al., 2006).

Lo studio presenta, però, alcune limitazioni. La procedura di ricerca adottata non ha permesso di calcolare l'indice di affidabilità test-retest. Non è stata inoltre indagata la validità convergente del test, non disponendo al momento di altri test di misurazione della *mindfulness* validati in lingua italiana. Soprattutto lo studio risente dei limiti della specificità campionaria su cui si è lavorato: i partecipanti sono stati coinvolti nelle facoltà universitarie senza un'adeguata procedura di campionamento, andando a costituire, così, un gruppo di soggetti molto omogeneo per età e caratterizzato soprattutto da un basso livello di esperienza meditativa, sulla base di quanto riferito dai soggetti nella raccolta di informazioni generali svolta precedentemente alla somministrazione degli strumenti. Questo dato risulta ancora più influente giacché risulta incidere sulla composizione fattoriale del test (Baer et al., 2008). Sarà dunque necessario studiare l'andamento del fattore «osservare» in campioni dove sia meglio stratificata l'esperienza di meditazione.

Per la stessa motivazione l'associazione dell'FFMQ con l'età qui indagata è da considerarsi al momento solo esplorativa, essendo il campione molto omogeneo per età ($sd = 3.7$). Inoltre i soggetti erano tutti iscritti alla facoltà di psicologia: questo aspetto deve essere considerato un fattore non controllato che può, potenzialmente, influenzare l'esperienza, le competenze e l'approccio personale agli argomenti trattati.

Manca inoltre un campione clinico per cui non si possono estendere i risultati del presente lavoro a questa popolazione di soggetti. Una caratteristica importante del test è rappresentata dalla strutturazione multifattoriale; l'analisi di tale aspetto risulta però criticabile: è stata infatti svolta un'analisi confirmatoria sullo stesso campione in cui la precedente analisi esplorativa ha determinato l'estrazione dei fattori.

Alla luce di queste limitazioni, il lavoro presentato vuole essere uno studio iniziale di validazione, che verrà necessariamente integrato con ulteriori analisi e ampliato su altri campioni con studi già in corso d'opera. È attualmente in fase di conclusione uno studio di validazione su un campione di soggetti clinici, con focus particolare su pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo, depressione maggiore e disturbo borderline di personalità.

L'utilizzo di uno strumento di misurazione della mindfulness come l'FFMQ può rivelare a nostro avviso interessanti e versatili possibilità applicative, che possono oltrepassare l'ambito squisitamente clinico per la valutazione dell'esito terapeutico o dei meccanismi di cambiamento. Ad esempio, nel contesto scolastico, la misurazione delle abilità di mindfulness prima e dopo un training di mindfulness in soggetti di scuola superiore o universitari (il test non è validato per soggetti in età infantile o preadolescenziale) potrebbe mostrare eventuali correlazioni tra l'addestramento alla mindfulness e miglioramenti prestazionali in compiti che richiedono abilità attentive o nelle diverse attività didattiche. Simili associazioni si potrebbero osservare anche in ambito aziendale o in generale professionale, rispetto ai miglioramenti prestazionali o nelle performance atletiche e agonistiche in ambito sportivo in seguito all'addestramento alle abilità di mindfulness.

Ringraziamenti

Un sentito ringraziamento alla Dott.ssa Caterina Novara, alla Dott.ssa Marta Ghisi e al Prof. Giulio Vidotto dell'Università di Padova per la loro preziosissima collaborazione in fase di traduzione del test e per quanto concerne lo studio di validazione.

FIVE FACET MINDFULNESS QUESTIONNAIRE

Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer e Toney

Traduzione e validazione italiana a cura di Didonna F. e Bosio V. (2012)

Valuti, per favore, le seguenti affermazioni utilizzando la scala sotto riportata (da 1 a 5).
 Contrassegni con una crocetta il numero che meglio descrive la sua *opinione personale* o ciò che
 è *generalmente vero per lei*.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| <i>Mai o molto raramente vero</i> | <i>Raramente vero</i> | <i>Qualche volta vero</i> | <i>Spesso vero</i> | <i>Molto spesso o sempre vero</i> |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Mentre sto camminando noto intenzionalmente le sensazioni del mio corpo in movimento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Riesco facilmente a trovare le parole per descrivere le mie emozioni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Critico me stesso per il fatto di avere emozioni irrazionali o inappropriate | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Percepisco le mie sensazioni ed emozioni senza dover reagire ad esse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Quando faccio qualcosa, la mia mente vaga altrove e vengo facilmente distratto/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Quando faccio una doccia o un bagno sto attento/a alle sensazioni che mi dà l'acqua sul corpo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Riesco facilmente a descrivere con parole le mie convinzioni, opinioni, aspettative | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Non presto attenzione a ciò che sto facendo perché tendo a vagare con la fantasia, ho delle preoccupazioni o sono distratto/a in altri modi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Riesco a osservare le mie emozioni senza perdermi in esse | 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. Noto come i cibi e le bevande influenzano i miei pensieri, le sensazioni fisiche e le emozioni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. È difficile per me trovare le parole per descrivere ciò che sto pensando | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Mi distraigo facilmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Credo che alcuni miei pensieri siano anormali o cattivi e che non dovrei pensare in quel modo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 15. Presto attenzione alle mie sensazioni, come quelle che mi dà il vento tra i capelli o il sole sul viso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Ho difficoltà a pensare alle parole giuste per esprimere come mi sento rispetto a qualcosa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Tendo a giudicare se i miei pensieri sono buoni o cattivi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Ho difficoltà a restare focalizzato su ciò che sta accadendo nel momento presente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Quando ho pensieri o immagini disturbanti, mi fermo un attimo e prendo consapevolezza del pensiero o dell'immagine senza esserne assorbito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Presto attenzione ai suoni, come al ticchettio dell'orologio, al cinguettio degli uccelli o al rumore delle auto che passano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Nelle situazioni difficili riesco a fermarmi un attimo senza reagire immediatamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Quando ho una sensazione nel mio corpo mi è difficile descriverla perché non riesco a trovare le parole giuste | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Mi sembra di essere guidato da un pilota automatico, senza essere molto consapevole di ciò che sto facendo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Quando ho pensieri o immagini disturbanti riesco a sentirmi subito calmo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Dico a me stesso che non dovrei pensare nel modo in cui sto pensando | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Noto gli odori e gli aromi delle cose | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Anche quando mi sento terribilmente giù, riesco a trovare un modo per descrivere a parole ciò che provo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Faccio le cose in fretta senza essere realmente attento a quello che faccio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Quando ho pensieri o immagini disturbanti riesco a notarli semplicemente senza reagire ad essi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Penso che alcune mie emozioni siano cattive o inappropriate e che non dovrei provarle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Noto degli elementi visivi nell'arte o nella natura, come colori, forme, conformazione e zone di luci e ombra | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Tendo spontaneamente a tradurre in parole ciò che sento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Quando ho pensieri o immagini disturbanti li osservo semplicemente e li lascio andare | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 34. Svolgo lavori e compiti automaticamente, senza essere consapevole di quello che sto facendo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Quando ho pensieri o immagini disturbanti mi giudico buono/a o cattivo/a 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 i miei comportamenti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Di solito riesco a descrivere in modo dettagliato come mi sento in un dato momento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Mi trovo a fare delle cose senza prestarvi attenzione | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Disapprovo me stesso quando ho idee irrazionali | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ISTRUZIONI PER LO SCORING

Il punteggio di ogni fattore è calcolato come somma dei punteggi riportati nei singoli item. È calcolato inoltre un punteggio globale, dato dalla somma di tutte le risposte.

Gli item contraddistinti dalla lettera *R* hanno punteggio invertito. Nello schema seguente è indicata la suddivisione degli item nei diversi fattori:

– *Fattore «osservare»*

Item: 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36

– *Fattore «descrivere»*

Item: 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37

– *Fattore «agire con consapevolezza»*

Item: 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R

– *Fattore «non giudicare»*

Item: 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R

– *Fattore «non reagire»*

Item: 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33

BIBLIOGRAFIA

- American Psychological Association/APA (2002). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- Baer, R. (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., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J.M.G. (2007). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15, 329-342.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., et al. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and non-meditating samples. *Assessment*, 15, 329-342.
- Baer, R.A., Walsh, E., & Lykins, E.L.B. (2009). Assessment of mindfulness. In F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 153-168). NY: Springer.
- 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,
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.C., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Bressi, C., Taylor, G., Parker, J., 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.
- 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.
- 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.
- Chadwick, P., Hember, M., Mead, S., Lilley, B., & Dagnan, D. (2005). *Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire*. Unpublished manuscript, University of Southampton Royal South Hants Hospital, UK.

- Cicchetti, D.V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.
- Didonna, F. (2009). *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer.
- Dimidjian, S., & Linehan, M.M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 166-171.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-I for the (Revised) version*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Medicine.
- DeVellis, R.F. (1991). Scale Development: Theory and applications. *Applied Social Research Methods Series*, vol. 26. Newbury Park: Sage.
- Ercolani, A.P., & Perugini, M. (1997). *La Misura in psicologia*. Milano: LED.
- Fabbri Bombi, A., Bertin, I., Cristante, F., & Colombo, F. (1996). Un contributo alla standardizzazione della Dissociative Experience Scale (DES) di Bernstein e Putnam. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 219, 39-46.
- Feldman, G. C., Hayes, A.M., Kumar, S.M., & Greeson, J.M. (2003). *Clarifying the construct of mindfulness: Relations with emotional avoidance, over-engagement, and change with mindfulness training*. Paper presented at the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.
- Germer, C., Siegel, R., & Fulton, P. (Eds.) (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Goleman, D.J., & Schwartz, G.E. (1976). Meditation as an intervention in stress reactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 456-466.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- 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., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., & Pbert, 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. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- 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). *Vivere momento per momento*. Milano: Corbaccio.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Lykins, E.L.B., & Baer, R.A. (2009). Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 226-241.
- Marlatt, G.A., & Kristeller, J.L. (1999). Mindfulness and meditation. In W.R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment* (pp. 67-84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Morani, S., Pricci, D., & Sanavio, E. (1999). «Penn State Worry Questionnaire» e «Worry Domains Questionnaire»: Presentazione delle versioni italiane ed analisi della fedeltà. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 5, 195-209.
- Nunnally, J.C., & Bernstein, L.H. (1994). *Psychometric theory*, 3rd ed. New York: McGraw-Hill.
- Preti, E., Sarno, I., & Prunas, A. (2010). Proprietà psicometriche della versione italiana dell'SCL-90 R. *Giornale italiano di psicopatologia*, 16, 253-254.
- 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.
- Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386.
- Teasdale, J.D., Williams, J.M., Soulsby, J.M., Segal, Z.V., Ridgeway, V.A., & 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.

Presentato il 2 febbraio 2011, accettato per la pubblicazione l'11 settembre 2012

Corrispondenza

Fabrizio Didonna
Casa di Cura Villa Margherita
Via Costacolonna 6
36057 Arcugnano (VI), Italy
e-mail: fabrizio.didonna@casadicuravillamargherita.it