



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DOTTORATO DI RICERCA IN
Scienze Cliniche
curriculum Psicologia e Terapia del dolore

CICLO XXIX

COORDINATORE Prof. F. Annunziato

Promozione del benessere psicologico e gestione del dolore cronico:
Valori, azione impegnata e *mindfulness*

Settore Scientifico Disciplinare M-PSI/08

Dottorando

Dott. Duccio Baroni

Tutor

Prof. Cristina Stefanile

Coordinatore

Prof. Francesco Annunziato

Anni 2013/2016

INDICE

Premessa	7
INTRODUZIONE	9
1. Il dolore cronico	9
2. I modelli psicologici del dolore cronico	12
2.1. Modelli basati sul condizionamento operante	12
2.2. Modelli basati sul sistema nervoso periferico	13
2.3. Modelli basati sul sistema nervoso centrale	13
2.4. Modelli di tipo cognitivo-comportamentale	14
3. L'Acceptance and Commitment Therapy	15
4. Il modello della flessibilità psicologica nel dolore cronico	18
5. ACT e Self-integrity	21
STUDIO 1	
Effetti della mindfulness disposizionale sulla sofferenza emotiva: Il benessere psicologico come variabile mediatrice	
1. Introduzione	23
1.1. Obiettivi e Ipotesi.....	27
2. Metodo	28
2.1. Partecipanti	28
2.2. Strumenti.....	28
2.3. Procedura	29
2.4. Analisi dei dati	30
3. Risultati	30
4. Discussione	33
STUDIO 2	
Predisposizione di strumenti per la rilevazione del successo nei valori personali	
1. Introduzione	37
1.1. Obiettivi e Ipotesi.....	39
Studio 2a: Per una versione italiana del Chronic Pain Valued Inventory (CPVI)	
2. Metodo	40
2.1. Partecipanti.....	40
2.2. Strumenti	40
2.3. Procedura	41
2.4. Analisi dei dati	42
3. Risultati	42
Studio 2b: Per una versione italiana del Brief Values Inventory (BVI)	
4. Metodo	43
4.1. Partecipanti.....	43
4.2. Strumenti	44
4.3. Procedura	45
4.4. Analisi dei dati	46

5. Risultati	47
5.1. Validità di costrutto.....	47
5.2. Validità concorrente e discriminante.....	48
5.3. Validità predittiva.....	48
6. Discussione	50

STUDIO 3

Valutare la capacità di azione impegnata: Per una versione italiana del Committed Action Questionnaire-8 (CAQ-8)

1. Introduzione	54
1.1. Obiettivi e Ipotesi.....	55
2. Metodo	56
2.1. Partecipanti	56
2.2. Strumenti.....	56
2.3. Procedura	57
2.4. Analisi dei dati	58
3. Risultati	59
3.1. Struttura fattoriale	61
3.2. Validità concorrente e discriminante	64
3.3. Validità predittiva	64
4. Discussione	66

STUDIO 4

Autoaffermazione e gestione del dolore cronico: Efficacia di un intervento

1. Introduzione	69
1.1. Obiettivi e Ipotesi.....	74
2. Metodo	76
2.1. Disegno della ricerca.....	76
2.2. Partecipanti	76
2.3. Strumenti.....	76
2.4. Procedura	81
2.5. Analisi dei dati	81
3. Risultati	82
3.1. Omogeneità dei gruppi.....	82
3.2. Correlazioni tra variabili di controllo e variabili dipendenti nei due gruppi.....	85
3.2.1. Correlazioni tra successo nei valori e variabili dipendenti	85
3.2.2. Correlazioni tra capacità di azione impegnata e variabili dipendenti	86
3.2.3. Correlazioni tra livello di mindfulness e variabili dipendenti.....	87
3.3. Effetti dell'autoaffermazione	87
3.3.1. Benessere psicologico.....	87
3.3.2. Accettazione del dolore.....	90
3.3.3. Catastrofizzazione rispetto al dolore.....	92
3.3.4. Inflexibilità psicologica	95
4. Discussione	97

CONCLUSIONI	103
--------------------------	-----

INDICE DELLE TABELLE

STUDIO 1

Tabella 1.1 <i>Intercorrelazioni e statistiche descrittive per la variabili di interesse (N = 119)</i>	31
--	----

STUDIO 2a

Tabella 2.1 <i>Statistiche descrittive delle variabili di interesse</i>	43
---	----

STUDIO 2b

Tabella 2.2 <i>Statistiche descrittive delle variabili di interesse</i>	47
Tabella 2.3 <i>Correlazioni tra BVI e costrutti affini</i>	48
Tabella 2.4 <i>Correlazioni tra BVI, VLQ e Salute fisica</i>	48
Tabella 2.5 <i>Analisi di regressione gerarchica delle variabili di funzionamento rispetto alle Abilità di mindfulness e Successo nei valori</i>	49
Tabella 2.6 <i>Analisi di regressione gerarchica delle variabili di funzionamento rispetto alle Abilità di mindfulness e Discrepanza nei valori</i>	50

STUDIO 3

Tabella 3.1 <i>Statistiche descrittive degli item del CAQ (N = 230)</i>	60
Tabella 3.2 <i>Indici di adattamento dei quattro modelli considerati</i>	63
Tabella 3.3 <i>Intercorrelazioni e statistiche descrittive (N = 230)</i>	64
Tabella 3.4 <i>Analisi di regressione gerarchica delle variabili di funzionamento rispetto alle Abilità di mindfulness, Azione impegnata e Successo nei valori</i>	65

STUDIO 4

Tabella 4.1 <i>Statistiche descrittive delle variabili relative al dolore e differenze nei due gruppi</i>	84
Tabella 4.2 <i>Statistiche descrittive delle variabili di controllo e differenze nei due gruppi</i>	84
Tabella 4.3 <i>Correlazioni tra Successo nei valori, Azione impegnata, Mindfulness e variabili dipendenti nel GS</i>	85
Tabella 4.4 <i>Correlazioni tra Successo nei valori, Azione impegnata, Mindfulness e variabili dipendenti nel GC</i>	86
Tabella 4.5 <i>Analisi della covarianza: Variabile dipendente Benessere psicologico</i>	87
Tabella 4.6 <i>Benessere psicologico nelle diverse condizioni sperimentali</i>	88
Tabella 4.7 <i>Analisi della covarianza: Variabile dipendente Controllo sull'ambiente</i>	88
Tabella 4.8 <i>Controllo sull'ambiente nelle diverse condizioni sperimentali</i>	89
Tabella 4.9 <i>Analisi della covarianza: Variabile dipendente Percezione di relazioni positive</i>	89
Tabella 4.10 <i>Percezione di relazioni positive nelle diverse condizioni sperimentali</i>	89
Tabella 4.11 <i>Analisi della covarianza: Variabile dipendente Percezione di scopo nella vita</i>	90
Tabella 4.12 <i>Percezione di scopo nella vita nelle diverse condizioni sperimentali</i>	90
Tabella 4.13 <i>Analisi della covarianza: Variabile dipendente Accettazione del dolore</i>	91
Tabella 4.14 <i>Accettazione del dolore nelle diverse condizioni sperimentali</i>	91
Tabella 4.15 <i>Analisi della covarianza con Variabile dipendente Pain willingness</i>	91
Tabella 4.16 <i>Pain willingness nelle diverse condizioni sperimentali</i>	92
Tabella 4.17 <i>Analisi della covarianza: Variabile dipendente Activity engagement</i>	92
Tabella 4.18 <i>Activity engagement nelle diverse condizioni sperimentali</i>	92
Tabella 4.19 <i>Analisi della covarianza: Variabile dipendente Catastrofizzazione</i>	93
Tabella 4.20 <i>Catastrofizzazione nelle diverse condizioni sperimentali</i>	93

Tabella 4.21 <i>Analisi della covarianza: Variabile dipendente Ruminazione</i>	93
Tabella 4.22 <i>Ruminazione nelle diverse condizioni sperimentali</i>	94
Tabella 4.23 <i>Analisi della covarianza: Variabile dipendente Percezione di impotenza</i>	94
Tabella 4.24 <i>Percezione di impotenza nelle diverse condizioni sperimentali</i>	94
Tabella 4.25 <i>Analisi della covarianza: Variabile dipendente Esagerazione rispetto al dolore</i>	95
Tabella 4.26 <i>Esagerazione rispetto al dolore nelle diverse condizioni sperimentali</i>	95
Tabella 4.27 <i>Analisi della covarianza: Variabile dipendente Inflexibilità psicologica</i>	96
Tabella 4.28 <i>Inflexibilità psicologica nelle diverse condizioni sperimentali</i>	96
Tabella 4.29 <i>Analisi della varianza: Variabile dipendente Fusione cognitiva</i>	96
Tabella 4.30 <i>Fusione nelle diverse condizioni sperimentali</i>	96
Tabella 4.31 <i>Analisi della covarianza con Variabile dipendente Evitamento esperienziale</i>	97
Tabella 4.32 <i>Evitamento esperienziale nelle diverse condizioni sperimentali</i>	97

INDICE DELLE FIGURE

<i>Figura 1.1.</i> Modello ipotizzato delle variabili predittrici del distress emotivo.	32
<i>Figura 1.2.</i> Modello finale che mostra l'effetto delle abilità di mindfulness sul distress emotivo attraverso il benessere psicologico.	32
<i>Figura 3.1.</i> CAQ-18: Analisi fattoriale confermativa con struttura monofattoriale.	61
<i>Figura 3.2.</i> CAQ-18: Analisi fattoriale confermativa con struttura a due fattori.	62
<i>Figura 3.3.</i> CAQ-8: Analisi fattoriale confermativa con struttura monofattoriale.	62
<i>Figura 3.4.</i> CAQ-8: Analisi fattoriale confermativa con struttura a due fattori.	63
<i>Figura 4.1.</i> Frequenza dei loci algesici rilevati (N = 104).	83

Abstract

L'introduzione della *mindfulness* all'interno della psicologia occidentale ha contribuito a far emergere nuove prospettive di intervento. Tra queste, l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) propone un quadro teorico coerente di processi legati alla promozione del benessere psicologico. Nonostante recentemente la ricerca in tale ambito si sia sviluppata, la relazione tra alcuni di questi processi e il funzionamento psicologico necessita di ulteriori approfondimenti. In particolare, per quanto le abilità di *mindfulness* siano centrali nell'ACT, ancora pochi studi hanno posto la loro attenzione sulle relazioni esistenti tra benessere, distress emotivo e le diverse abilità di *mindfulness* (Bergin & Pakenham, 2016). Pertanto obiettivo della presente ricerca è ampliare le conoscenze relative al ruolo della *mindfulness* e dei valori nella promozione del benessere psicologico.

Il primo studio si è concentrato sull'analisi di tali relazioni ipotizzando, in base alla letteratura (Jimenez et al., 2010), che diverse abilità di *mindfulness* (osservare; descrivere; agire con consapevolezza; non giudicare; non reagire) possano influenzare il grado di distress emotivo attraverso il benessere psicologico. La *path analysis* condotta su un campione di 119 partecipanti ha evidenziato come la capacità di descrivere gli eventi interni e di agire con consapevolezza predicano in modo indiretto, attraverso il benessere psicologico, il distress emotivo, mentre la mancanza di reazione alle esperienze interne lo predica in modo diretto. La capacità di non giudicare gli eventi interni ha mostrato di essere una variabile chiave, in quanto sembra influenzare sia direttamente che indirettamente il distress emotivo. Si tratta di risultati rilevanti non solo da un punto di vista teorico, ma anche per la progettazione di interventi di promozione del benessere.

In aggiunta alle abilità di *mindfulness*, la prospettiva ACT pone al centro del benessere psicologico i valori personali. Per quanto questi rivestano un ruolo fondamentale, le conoscenze dei meccanismi attraverso cui esercitano i loro effetti sul funzionamento psicologico risultano carenti, soprattutto in una popolazione particolare come quella di persone affette da dolore cronico (McCracken & Morley, 2014). Pertanto, il secondo e il terzo studio hanno avuto come obiettivo la validazione italiana di tre strumenti per la valutazione di due processi ancora poco studiati: il successo percepito nel vivere secondo i valori personali e la capacità di agire in linea con essi (azione impegnata). In particolare, il secondo studio ha avuto come scopo la validazione del *Chronic Pain Values Inventory*

(CPVI; McCracken & Yang, 2006) su un campione di pazienti con dolore cronico e della sua versione adattata per popolazioni non cliniche, il *Brief Values Inventory* (BVI; McCracken & Yang, 2008), su un campione di popolazione generale. Gli adattamenti sono risultati attendibili e validi rendendo disponibili tali strumenti nel panorama italiano. Il terzo studio si è concentrato sull'adattamento del *Committed Action Questionnaire-8* (CAQ-8; McCracken, Chilcot, & Norton, 2015) con un campione di popolazione generale. I risultati dell'analisi confermativa hanno confermato una struttura a due fattori coerente con quella della versione originale. Inoltre, alcune analisi di regressione gerarchica hanno sostenuto la validità predittiva dell'adattamento, evidenziando il ruolo che l'azione impegnata riveste nel predire variabili di funzionamento come la flessibilità psicologica, il benessere psicologico, la salute mentale e il distress emotivo.

Il quarto studio, infine, ha mirato ad approfondire i meccanismi attraverso cui gli interventi ACT sui valori esercitano i loro effetti in pazienti con dolore cronico, assumendo come prospettiva esplicativa la teoria della *self-integrity* (Steele, 1988). Questa teoria ritiene che gli individui siano motivati a mantenere un'idea di sé come buoni, degni di valore e adeguati al contesto e che la riflessione sui valori, attivando un processo di autoaffermazione, possa favorire il mantenimento di tale idea. In particolare, è stato ipotizzato che un intervento di autoaffermazione potesse esercitare degli effetti simili a quelli degli interventi ACT su variabili come il benessere psicologico, l'accettazione del dolore, la catastrofizzazione e l'inflessibilità psicologica. Attraverso un disegno monofattoriale tra gruppi, 50 pazienti affetti da dolore cronico sono stati sottoposti ad un intervento di autoaffermazione, mentre 54 pazienti sono stati assegnati al gruppo di controllo. La percezione di successo nei valori, la capacità di azione impegnata e il livello di mindfulness, precedenti alla manipolazione, sono state inserite come covariate nelle analisi della varianza al fine di controllarne gli effetti. I risultati hanno mostrato come l'intervento abbia promosso non solo un aumento del benessere psicologico, ma anche maggior accettazione del dolore e diminuzione della catastrofizzazione; suggerendo che l'autoaffermazione possa essere uno dei meccanismi attraverso cui gli interventi ACT sui valori esercitano i loro effetti.

I risultati della ricerca consentono, da un lato, di porre le basi per un'integrazione tra ACT e *self-integrity* nella progettazione di interventi per la gestione del dolore cronico, dall'altro, di ampliare le conoscenze teoriche relative al ruolo dei valori nella promozione del benessere psicologico.

Premessa

Negli ultimi decenni si è assistito ad una sempre maggiore introduzione nel panorama occidentale di un particolare tipo di meditazione denominata *mindfulness*. Questa trae le sue origini dalla tradizione Buddista di tipo *theravada* ed è volta alla riduzione della sofferenza individuale attraverso lo sviluppo di un percorso di consapevolezza (Kabat-Zinn, 2003). Per quanto la *mindfulness*, considerata come un processo psicologico, sia stata definita da vari autori in modi diversi (Bishop, 2004), al suo centro vi è la capacità di portare consapevolmente l'attenzione sul momento presente in modo non giudicante (Kabat-Zinn, 1994). Il successo di questo tipo di meditazione è dovuto in gran parte all'opera di Jon Kabat-Zinn (1982) che, attraverso lo sviluppo di un protocollo per la riduzione dello stress in pazienti con dolore cronico, ha fatto conoscere la *mindfulness* ai clinici occidentali. Il protocollo *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) ha mostrato di ottenere risultati incoraggianti nel ridurre lo stress, l'ansia e la depressione (Fjorback, Arendt, Ørnbøl, Fink, & Walach, 2011; Khoury et al., 2013; Khoury, Sharma, Rush, & Fournier, 2015); si configura come un insieme di procedure volte allo sviluppo della *mindfulness*, così da permettere ai pazienti di non attivare quei processi mentali automatici, come ad esempio la ruminazione, che ne peggiorano le condizioni (Kabat-Zinn, 1990). Per quanto inizialmente la ricerca si fosse concentrata sull'efficacia della *mindfulness* nell'alleviare la sofferenza, col tempo sempre maggiore interesse è stato posto sui meccanismi psicologici sottesi a tali risultati (Brown, Weinstein, & Creswell, 2012).

Al fine di studiare tali meccanismi è stato posto il problema se la *mindfulness* fosse da considerarsi un costrutto monodimensionale oppure la risultante di più abilità che, unendosi, rendevano possibile il miglioramento dei pazienti (Baer et al., 2008). Attualmente la posizione multicomponente sembra essere quella più accreditata, permettendo, grazie anche allo sviluppo di nuovi strumenti di misurazione, di approfondirne i meccanismi di azione (Baer et al., 2008; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006).

Per quanto un incremento di queste abilità sia stato visto associarsi positivamente alla riduzione della sofferenza emotiva, così come a maggiori livelli di benessere psicologico (Bergin & Pakenham, 2016; Brown & Ryan, 2003; Carlson & Brown, 2005), ancora pochi studi hanno concentrato la loro attenzione sulle relazioni esistenti tra questi due elementi e le diverse abilità di *mindfulness* (Bergin & Pakenham, 2016). Lo Studio 1 del presente lavoro si è concentrato, quindi, sull'approfondimento di questi aspetti, ipotizzando che gli effetti

della mindfulness sulla sofferenza emotiva siano mediati dalla percezione di benessere psicologico eudemonico.

Come precedentemente detto, uno dei primi ambiti in cui la mindfulness è stata applicata riguarda la gestione del dolore cronico. Il motivo di tale applicazione è in parte del suo successo è dovuto alla relativa incoerenza dei risultati ottenuti dalla terapia cognitivo-comportamentale tradizionale nel ridurre la sofferenza dei pazienti affetti da dolore cronico (McCracken & Vowles, 2014). È da sottolineare come né la mindfulness né il protocollo MBSR siano da considerarsi degli approcci psicoterapeutici, quanto piuttosto delle procedure volte a sviluppare un certo tipo di atteggiamento verso gli eventi interni ed esterni. In base ai promettenti risultati ottenuti con questo tipo di meditazione, tuttavia, vari autori appartenenti alla prospettiva cognitivo-comportamentale hanno integrato la mindfulness in vari approcci psicoterapici strutturati. *L'Acceptance and Commitment Therapy* (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), in particolare, ha sviluppato un modello coerente del funzionamento umano riuscendo ad integrare in modo organico i concetti di accettazione, non giudizio e attenzione al momento presente - tipici della mindfulness - con la tradizione comportamentale.

Tale connubio ha permesso di ampliare la possibilità di intervento su pazienti affetti da dolore cronico (McCracken & Morley, 2014), rendendo disponibile al contempo un quadro teorico e filosofico capace di guidare l'avanzamento della ricerca scientifica (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello, 2013). All'interno di questa prospettiva, oltre alla mindfulness, viene data rilevanza ai valori di vita dell'individuo, ritenendoli fattori fondamentali per il cambiamento e la riabilitazione dal dolore. Gli Studi 2, 3 e 4 si sono pertanto concentrati su questo secondo aspetto, tutt'oggi ancora poco studiato (McCracken & Morley, 2014).

Introduzione

1. Il dolore cronico

Secondo l'*International Association for Study of Pain* (IASP) il dolore è definibile come “un’esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata ad un danno tissutale, effettivo o potenziale, o descritta in termini di tale danno” (Merskey & Bogduk, 1994). L’assunzione di un modello bio-psico-sociale all’essere umano (Engel, 1977) ha ormai chiarito come l’esperienza del dolore sia da considerarsi una condizione che investe tutti gli ambiti della persona. Il dolore colpisce la sfera psicologica e sociale del soggetto, traducendosi in emozioni, significati, aspettative e comportamenti che influenzano il versante fisiologico (Świeboda, Filip, Prystupa, & Drozd, 2013; Turk & Okifuji, 2002). Inoltre, come sottolineato dalla IASP (2012), è necessario separare il concetto di dolore dalla presenza di uno stimolo doloroso o da un danno tissutale. Molte persone riportano dolore anche in assenza di queste condizioni e tale esperienza deve essere considerata a tutti gli effetti un’esperienza di dolore.

Al fine di classificare e favorire la diagnosi di patologie dolorose, negli ultimi 40 anni sono stati prodotti molti sistemi classificatori, sia di tipo monodimensionale che multidimensionale (Hawker, Mian, Kendzerska, & French, 2011). L’impiego di una sola caratteristica per classificare il dolore ha sicuramente riscosso il maggior successo e, a tutt’oggi, i sistemi che si basano sui meccanismi patofisiologici o sulla durata del dolore sono i più utilizzati.

Secondo l'*American Pain Society* (APS) esistono due tipologie di dolore basate sui processi patofisiologici sottostanti.

- 1) *Dolore neurogeno* (nocicettivo): causato da lesioni, disfunzioni o perturbazioni transitorie del sistema nervoso periferico o centrale, che si caratterizza per un funzionamento adeguato dei ricettori nocicettivi. A seconda della localizzazione il dolore viene suddiviso in somatico superficiale, somatico profondo e viscerale.
- 2) *Dolore neuropatico*: causato o innescato da lesioni o disfunzioni del sistema nervoso (centrale o periferico); è considerato patologico, in quanto perde la funzione adattiva e può slegarsi dalla lesione iniziale al punto da instaurare una patologia da dolore cronico.

Diversamente, utilizzando come criteri la durata dell'esperienza dolorosa e il suo valore adattivo, possono essere individuate le seguenti tre tipologie di dolore (Sufka & Turner, 2005).

- 1) *Dolore acuto*: dura alcuni secondi ed è strettamente connesso allo stimolo doloroso. Induce una risposta di fuga, semplice o complessa, volta ad interrompere il contatto con lo stimolo doloroso e preservare l'organismo da ulteriori traumi tissutali; spesso è di tipo nocicettivo, ma può anche originarsi da lesioni al sistema nervoso. Tale dolore si accompagna ad una esperienza emotiva e cognitiva spiacevole.
- 2) *Dolore persistente*: dura da alcune ore ad alcune settimane ed è spesso associato ad un danno tissutale che prolunga l'esperienza dolorosa, così da precludere all'organismo l'utilizzo della parte lesa. Questo dolore, quindi, promuove i processi di recupero e di guarigione dei tessuti.
- 3) *Dolore cronico*: dura mesi o anni e comunque oltre il tempo previsto per la risoluzione dell'evento dannoso. È una tipologia di dolore che comporta alterazioni non solo sensoriali, ma anche cognitive ed emotive (Bonica, 1992; Fields, 1999). Se da un lato include fenomeni come l'iperalgisia e l'allodinia, dall'altro induce stati di ritiro sociale, anedonia e apatia. Questa costellazione di sintomi non ha, quindi, un significato evolutivo. Può essere di tipo nocicettivo, neuropatico e causato sia da un danno tissutale sia da un fattore apparentemente ignoto. Il dolore cronico, inoltre, risulta sensibile a fattori ambientali e affettivi che possono esacerbarne e perpetuarne l'intensità e la durata. Se la durata e l'intensità raggiungono livelli tali da frammentare la vita del soggetto questo può andare incontro ad una "sindrome da dolore cronico", caratterizzata da una preoccupazione costante per il funzionamento del corpo, che induce la persona a ricercare immediato e continuo sollievo dal dolore abusando di farmaci, cure mediche e sostanze.

Il primo sistema di classificazione multidimensionale del dolore cronico fu elaborato nel 1979 dalla IASP, e prevede l'individuazione delle sindromi dolorose basandosi su 5 assi:

- 1) Posizione del dolore;
- 2) Il sistema interessato (nervoso, respiratorio, muscolo-scheletrico, ecc.);
- 3) Caratteristiche temporali del dolore;

- 4) Intensità riportata (leggero, medio, grave) e durata nel tempo (meno di un mese, da 1 a 6 mesi, più di sei mesi);
- 5) Eziologia ipotizzata (genetica, traumatica, psicologica, ecc...).

I parametri sopra esposti definiscono una sindrome dolorosa su base prevalentemente descrittiva. Tuttavia, la mancanza di riferimenti alla componente psicosociale del dolore e ai meccanismi neurobiologici che lo mantengono, ha precluso l'utilizzo diffuso da parte sia dei clinici sia dei ricercatori (Fillingim et al., 2014).

Recentemente l'APS e l'*Addiction Clinical Trial Translations Innovations Opportunities and Networks* (ACTTION) hanno proposto l'utilizzo di un nuovo sistema di classificazione multidimensionale (Fillingim et al., 2014), che tenesse maggiormente conto degli aspetti psicosociali del dolore e che facilitasse la ricerca scientifica. Lo scopo del nuovo sistema è quello di creare una tassonomia basata sulle evidenze scientifiche, che includa i meccanismi bio-psico-sociali di mantenimento e che riesca, quindi, ad essere altamente informativa per il trattamento. Le dimensioni diagnostiche del sistema AAPT (ACTTION-APS Pain Taxonomy) sono le seguenti.

- 1) *Criteri diagnostici nucleari*: segni, sintomi e risultati degli esami clinici che indicano la diagnosi base. Vengono considerate le caratteristiche patognomiche del disturbo doloroso considerando la descrizione del paziente, la posizione del dolore, l'intensità e la durata.
- 2) *Caratteristiche frequenti*: sono considerate le caratteristiche riscontrate comunemente nei pazienti affetti dalla patologia, ma che non sono necessarie per fare diagnosi.
- 3) *Comorbilità medica*: riportano le condizioni mediche (ad es.: sindrome di Sjogren) e psichiatriche (ad es.: depressione maggiore, DAG) più frequentemente associate al disturbo.
- 4) *Conseguenze neurobiologiche, psicosociali e funzionali*: viene considerato l'impatto del dolore cronico sulla sfera neurobiologica, psicosociale e funzionale dal momento che la letteratura ne attesta i meccanismi di reciproca influenza sul dolore cronico. Questa dimensione permetterebbe di sviluppare trattamenti specifici che tengano conto delle peculiarità di sottogruppi di pazienti con differenti conseguenze funzionali da dolore cronico.

- 5) *Meccanismi di mantenimento ipotizzati, fattori di rischio e fattori protettivi*: vengono considerati i potenziali meccanismi neurobiologici e psicosociali, così come i fattori di rischio, che contribuiscono a mantenere o attenuare il dolore cronico.

È evidente come il sistema di classificazione AAPT si collochi a metà strada tra un'ottica prettamente descrittiva ed una funzionale. Il grande peso dato ai fattori psicosociali del dolore cronico rispecchia quello che le evidenze scientifiche ormai hanno appurato (Fillingim et al., 2014), cioè che difficilmente il dolore cronico può essere compreso senza considerare anche i processi psicologici che si attivano nel paziente (Woolf, 2010; Woolf et al., 1998).

Alla luce di quanto detto, risulta chiaro come la visione del dolore cronico sia mutata nel tempo. Precedentemente agli anni '60 il dolore era visto come una patologia primariamente medica che, dunque, richiedeva interventi esclusivamente farmacologici (Jensen & Turk, 2014). Tuttavia, tali interventi risultavano spesso inefficaci, se non addirittura iatrogeni, aggravando l'intensità del dolore (Chan & Peng, 2011; Deyo & Mirza, 2009). Nella seconda metà del '900 sempre più psicologi iniziarono ad interessarsi al dolore cronico e a sviluppare strategie di intervento al fine di migliorarne la gestione. Questo contribuì ad un cambiamento nella sua concezione, da puramente biomedica ad una di tipo bio-psico-sociale (Flor & Turk, 2011; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007).

2. I modelli psicologici del dolore cronico

Secondo Jensen e Turk (2014) i modelli psicologici sviluppati per spiegare il dolore cronico possono essere raggruppati in quattro categorie generali: quelli basati sul condizionamento operante, nati tra gli anni '60 e '70 (Fordyce, 1976; Fordyce, Fowler, & DeLateur, 1968); quelli basati sull'interazione del sistema nervoso periferico con la dimensione psicologica (Jacobson, 1938; Schultz, 1932); quelli che si basano primariamente sul rapporto tra sistema nervoso centrale e i processi psicologici, di cui un esempio storico è la teoria del cancello di Melzack e Wall del (1965) ed infine quelli di tipo cognitivo e cognitivo-comportamentale, basati sulle risposte di coping al dolore e che sono stati alla base dello sviluppo dei programmi di intervento cognitivo-comportamentali ancora oggi utilizzati (Keefe & Bradley, 1984; Turk, Meichenbaum, & Genest, 1983; Turner, 1982).

2.1. Modelli basati sul condizionamento operante

Assumendo una prospettiva tipicamente comportamentale questi modelli fondavano la loro struttura sul principio secondo cui comportamenti seguiti da rinforzi si mantengono nel tempo e incrementano la loro frequenza, mentre comportamenti ignoranti o puniti potranno a breve termine aumentare di frequenza e intensità, ma sul lungo periodo scompariranno (Fordyce et al., 1968). Fordyce (1976) notò come i comportamenti di malattia rispetto al dolore, ad esempio il modo in cui le persone lo comunicano agli altri, non differivano da tutti gli altri comportamenti e, quindi, potessero essere ritenuti anch'essi sotto il controllo delle influenze ambientali. Questi modelli ritengono che le condotte relative al dolore seguite da rinforzi, come ad esempio un aumento di vicinanza degli altri o la dispensa da impegni gravosi, aumenteranno in frequenza e intensità col passare del tempo. Al contrario, se questi comportamenti sono sistematicamente ignorati e/o sostituiti da comportamenti incompatibili al ruolo di malato come, ad esempio, l'esercizio fisico, allora le limitazioni nella vita e la disabilità scompariranno sul lungo periodo (Fordyce et al., 1968). Tale visione rivoluzionò gli approcci al dolore cronico legittimando all'interno dei trattamenti, l'inclusione del contesto sociale in cui la persona viveva (Jensen & Turk, 2014).

2.2. Modelli basati sul sistema nervoso periferico

Questi modelli si basano sul presupposto che il sistema nervoso periferico sia in parte sotto il controllo volontario. Dal momento che alcuni tipi di dolore cronico sono aggravati dalla tensione dei muscoli, era stato ipotizzato che procedure psicologiche volte al rilassamento del sistema nervoso periferico avrebbero aumentato il controllo da parte del paziente sull'intensità del dolore. Per quanto queste procedure abbiano dimostrato una certa efficacia (Ostelo et al., 2005; Turner & Chapman, 1982), la ricerca ha evidenziato come la riduzione dell'intensità del dolore sia mediata da un aumento di autoefficacia (Holroyd & et al, 1984; Nouwen & Solinger, 1979) piuttosto che dalla riduzione della tensione muscolare (Andrasik & Holroyd, 1980; Holroyd, Andrasik, & Westbrook, 1977; Nouwen & Solinger, 1979). Tuttavia, al di là dei meccanismi alla base dei loro risultati, ancora oggi molti trattamenti includono una parte di rilassamento volta a ridurre l'attivazione del sistema nervoso periferico (Jensen & Turk, 2014).

2.3. Modelli basati sul sistema nervoso centrale

Nel 1965 Melzack e Wall pubblicarono la teoria del cancello. Il nucleo centrale di questa teoria era quello per cui le informazioni nocicettive provenienti dal sistema periferico e dirette al cervello fossero modulate dal corno dorsale della spina vertebrale in modo sia ascendente che discendente. I due autori ipotizzarono che vari processi psicologici potessero inibire l'accesso delle informazioni nocicettive al cervello, traducendosi in una riduzione del dolore percepito. Alcuni di questi processi sono stati identificati nell'attenzione, nel umore e nella memoria (Gatchel et al., 2007; Melzack & Wall, 1965). Questa prospettiva ebbe un enorme influenza nel campo dei trattamenti per il dolore cronico e permise di integrare in maniera armonica versante biomedico e versante psicosociale.

Più recentemente, Melzack (2001) ha ampliato la teoria proponendo la presenza di una vasta rete di connessioni neurali responsabili dell'esperienza algica. Queste connessioni, chiamate *body-self neuromatrix*, integrerebbero le informazioni provenienti da tre sistemi differenti: quello cognitivo-valutativo, sensoriale-discriminativo e motivazionale affettivo. Il dolore sarebbe percepito in seguito alla risposta dell'intera neuromatrice e non semplicemente come conseguenza del solo segnale di danneggiamento tissutale. In altre parole, il dolore non sarebbe originato primariamente dal sistema periferico, ma dalla risposta della neuromatrice che includendo uno schema del corpo può riprodurre la sensazione di dolore anche in assenza del danno reale.

2.4. Modelli di tipo cognitivo-comportamentale

I modelli derivanti dall'approccio cognitivo-comportamentale iniziarono a svilupparsi durante gli anni '70 e '80 del secolo scorso. In questo periodo all'interno del mondo della psicologia venne data sempre più importanza ai processi di pensiero e alle credenze attraverso cui le persone interpretano il mondo (Beck, 1979; Ellis & Grieger, 1986; Lazarus & Folkman, 1984). Emerse quindi l'idea che alla base della sofferenza psicologica vi fosse una interpretazione erronea della realtà. Questa visione venne applicata anche al dolore cronico portando allo sviluppo di uno dei modelli più conosciuti in quest'ambito: il modello *fear-avoidance* (Crombez, Eccleston, Van Damme, Vlaeyen, & Karoly, 2012; Pincus, Smeets, Simmonds, & Sullivan, 2010; Vlaeyen & Linton, 2000). Alla base di questo modello vi era l'idea che il modo in cui i pazienti interpretano il dolore discrimina tra coloro che hanno un buon adattamento e coloro che riportano maggior disabilità. Qualora il dolore

fosse interpretato come qualcosa di catastrofico, ad esempio come segno di un danno organico o di una patologia incontrollabile, emergerebbe un'emozione di paura connessa alla possibilità di aggravare la condizione attraverso l'attività fisica. L'evitamento di attività e la limitazione della vita rinforzerebbero le credenze catastrofiche, influenzando parallelamente i processi attentivi che sarebbero concentrati sulla rilevazione di possibili aggravamenti fisici. In tal senso, quindi, condotte di evitamento e di ipervigilanza, per quanto adattive sul breve periodo, ridurrebbero la capacità di ripresa delle normali attività aumentando la vulnerabilità alla sofferenza emotiva e alla disabilità.

Alla luce di questi presupposti, quindi, i target degli interventi basati su questa tipologia di modelli sono da un lato le credenze e i pensieri disfunzionali, dall'altro i comportamenti di malattia. L'approccio cognitivo-comportamentale al dolore ha mostrato dei buoni risultati di efficacia (Keefe, Rumble, Scipio, Giordano, & Perri, 2004; Leeuw et al., 2007; Pincus, Burton, Vogel, & Field, 2002). Tuttavia, come sostenuto da Crombez e colleghi (2012) il modello *fear-avoidance* non spiega in maniera esaustiva le dinamiche sottostanti alla disabilità. Secondo gli autori questo approccio non considera il modo in cui le persone cercano di funzionare nonostante il dolore e non rende conto dei tentativi che i pazienti fanno per tentare di migliorare la loro condizione. Si potrebbe dire che i modelli *fear-avoidance* siano sostanzialmente dei modelli di mantenimento del dolore cronico. Ciò che sembra mancare è la consapevolezza che lo scopo di evitare il dolore emerge all'interno di un quadro più complesso di scopi individuali, che se da un lato ne possono essere frustrati, dall'altro possono fungere da elemento motivante al recupero di funzionalità (Crombez et al., 2012). A sostegno di tale posizione, è stato visto come non sia tanto la gravità del dolore a predire l'uso di analgesici o di visite mediche (Engel, Von Korff, & Katon, 1996), quanto piuttosto l'interferenza che il dolore ha rispetto agli scopi di vita dei pazienti di cui il modello *fear-avoidance* non tiene conto.

Maggiore spazio a queste considerazioni è stato dato all'interno dei recenti sviluppi della terapia cognitivo-comportamentale. L'introduzione dei concetti di accettazione e di mindfulness (Kabat-Zinn, 1982) ha permesso di sviluppare una visione della patologia algica che comprendesse anche i valori personali e gli scopi di vita del paziente. In particolare, l'approccio sviluppato dall'*Acceptance and Commitment Therapy* (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) al dolore cronico sembra rispondere in modo promettente alle criticità sopra esposte.

3. L'Acceptance and Commitment Therapy

L'ACT affonda le sue radici nel contestualismo funzionale (Biglan & Hayes, 1996; Hayes, 1993; Hayes & Brownstein, 1986; Hayes, Hayes, & Reese, 1988). Questa prospettiva assume che ogni evento, interno ed esterno alla persona, abbia un significato in base al contesto in cui si verifica (Dougher, 1993) e che le cognizioni debbano essere valutate in termini di utilità rispetto agli obiettivi della persona (Long, Lazzarone, & Hayes, 2010).

La teoria che sta alla base dell'ACT è denominata *Relational Frame Theory* (RFT; Barnes-Holmes, Hayes, & Roche, 2001). Secondo la RFT gli esseri umani sono capaci di creare attraverso il linguaggio delle relazioni arbitrarie tra oggetti, intesi anche come cognizioni e comportamenti, a dispetto delle loro caratteristiche formali e di alterarne le funzioni sulla base di tali relazioni (Hayes et al., 2013).

La RFT pone una netta distinzione tra due tipi di contesti psicologici: il contesto relazionale e quello funzionale. Il primo determina come gli oggetti vengono associati, mentre il secondo le funzioni e le conseguenze di tali associazioni. In particolare, per quanto riguarda le cognizioni, un individuo può apprendere la credenza “sono inadeguato” in un certo momento della propria storia (contesto relazionale), ma l'impatto che questa avrà sulla propria vita sarà determinato dal modo in cui la persona si rapporta a tale credenza (contesto funzionale). Secondo l'RFT le relazioni apprese all'interno dei contesti relazionali sono imm modificabili, mentre introdurre nuovi contesti funzionali che permettano di allentare la relazione tra cognizione e comportamenti è la chiave per ridurre la sofferenza emotiva (Hayes et al., 2013).

Partendo da questi presupposti, l'ACT si configura come un modello operativo della RFT, utile a tradurre in interventi concreti le assunzioni rispetto ai contesti funzionali. La prospettiva ACT sostiene che la sofferenza psicologica sia causata dall'interazione non flessibile tra linguaggio, cognizioni e contingenze ambientali. Essa si origina nel momento in cui il controllo ambientale sul comportamento, cioè l'influenza del contesto, diviene debole producendo un'incapacità di perseguire i propri obiettivi a lungo termine (Hayes et al., 2006). La persona non agirà in base ai limiti e alle opportunità presenti nell'ambiente reale, ma sulla base di pensieri ed emozioni non contingenti alla situazione.

Secondo Hayes (Hayes et al., 2013, 1999) i processi che producono e amplificano la sofferenza psicologica sono riferibili al continuo tentativo di evitare eventi interni come

emozioni e pensieri spiacevoli. Questo impegno riduce l'efficacia dell'individuo nel vivere secondo i propri valori acuendo in ultima analisi la sofferenza.

L'ACT pone, quindi, al centro del suo modello il costrutto di flessibilità psicologica, definita come l'abilità di cambiare o persistere in un comportamento in relazione ai valori personali e alle contingenze situazionali. Tale flessibilità presuppone la capacità di restare in contatto con l'esperienza interna, piacevole o spiacevole, assumendo un atteggiamento non giudicante momento dopo momento (McCracken, 2013; McCracken & Morley, 2014).

Il modello specifica sei processi che contribuiscono alla flessibilità psicologica e che possono essere suddivisi in due grandi aree, quelli derivanti dal concetto di mindfulness: l'accettazione, la defusione cognitiva, il sé come contesto, il contatto con il momento presente; e quelli pertinenti all'effettivo cambiamento comportamentale: i valori e l'azione impegnata (Hayes et al., 2006, 1999).

Considerando i processi appartenenti al primo insieme, l'accettazione è intesa come un atteggiamento di apertura verso qualsiasi evento interno che permetta di restarvi in contatto in modo non giudicante nel momento in cui si presenta. Con il termine accettazione viene sottolineata la disponibilità a vivere gli stati interni evitando i tentativi di cambiarne la forma e la frequenza. La defusione cognitiva è la capacità di distanziarsi dai contenuti verbali dei propri pensieri, riducendone in tal modo l'impatto emotivo. Questo processo mira ad alterare il rapporto che la persona ha con i propri pensieri, modificando il contesto psicologico in cui essi si verificano. Il contatto con il momento presente è il processo che riduce la tendenza umana a vivere nel passato o nel futuro. La capacità di ricordare e immaginare situazioni risulta adattiva in molti contesti, ma a causa della tendenza alla fusione con i contenuti mentali può esitare in una incapacità di portare l'attenzione consapevole a ciò che accade intorno alla persona. Lo scopo di questo processo è quello di fornire un'esperienza più diretta del mondo fisico, riducendo la mediazione del linguaggio e delle cognizioni. Come ultimo processo derivante dalla mindfulness, il sé come contesto enfatizza la possibilità di assumere una prospettiva di osservatore degli eventi interni cercando di promuovere una sensazione di coerenza che trascenda dalle singole esperienze. Questo processo mira a ridurre l'identificazione della persona con gli eventi interni ed esterni e a costruire un senso di sé maggiormente distaccato (Hayes et al., 2006).

I processi che ricadono nel secondo gruppo, cioè derivanti da un'ottica comportamentale sono i valori e l'azione impegnata. I valori sono intesi come direzioni di vita che guidano il comportamento e gli conferiscono significato rendendolo intrinsecamente

rinforzante (Fletcher & Hayes, 2005). Nella prospettiva ACT i valori non possono essere mai raggiunti concretamente, ma organizzano e coordinano il comportamento attraverso la scelta degli obiettivi di vita. Questi possono essere perseguiti grazie all'ultimo processo incluso nel modello, cioè l'azione impegnata (Hayes et al., 2006). Questa si configura come la capacità di mettere in atto dei comportamenti caratterizzati da flessibilità rispetto alle contingenze e capaci di adattarsi ai fallimenti e ai limiti imposti dal contesto (McCracken, 2013). In altre parole, le azioni impegnate sono i comportamenti concreti messi in atto quando una persona persegue i propri valori di vita (Fletcher & Hayes, 2005).

Lo scopo principale degli interventi ACT è quindi rafforzare questi sei processi così da permettere alla persona di perseguire i propri valori in modo flessibile, riducendo di conseguenza la sofferenza derivante dalla lotta contro ciò che è immodificabile (Hayes et al., 2013).

Dal momento che il modello ACT si basa su processi presenti in tutti gli esseri umani, esso è stato applicato ad una varietà di problemi sia psicologici che fisici (Blackledge, Ciarrochi, & Deane, 2009; Joanne Dahl & Lundgren, 2005; Hayes & Strosahl, 2004; Ruiz, 2010). Interventi ACT si sono mostrati utili nel trattamento della depressione maggiore (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007), della fobia sociale (Dalrymple & Herbert, 2007), del disturbo ossessivo-compulsivo (Twohig, Hayes, & Masuda, 2006), del disturbo d'ansia generalizzato (Roemer, Orsillo, & Salters-Pedneault, 2008), delle psicosi (Gaudio & Herbert, 2006) e del disturbo di personalità borderline (Gratz & Gunderson, 2006). In accordo con Hayes et al. (2006) le evidenze finora raccolte suggeriscono che il modello ACT possa contribuire al miglioramento di un discreto numero di condizioni, sia patologiche che normali.

4. Il modello della flessibilità psicologica nel dolore cronico

Data la distinzione che il modello ACT pone tra la sofferenza causata dal contesto oggettivo e la sofferenza originata dai tentativi di evitare le sensazioni interne, questo modello è stato applicato alla gestione del dolore cronico (Vowles & Sorrell, 2008). Secondo McCracken e Morley (2014), infatti, il modello della flessibilità psicologica offre una lettura integrata e informativa per la pratica clinica, rispetto a tale patologia. I pazienti con questo tipo di dolore sono frequentemente sottoposti a sensazioni aversive costanti sulle quali hanno

uno scarso grado di influenza. I continui tentativi di controllo del dolore possono diventare maladattivi soprattutto quando causano effetti collaterali indesiderati o impediscono la messa in atto di azioni in linea con i valori personali, ad esempio in ambito familiare o lavorativo (McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004).

Infatti, la letteratura indica come impegnarsi nella modifica del dolore cronico spesso esacerbi la sofferenza conducendo a maggiori livelli di distress e disabilità (McCracken, Vowles, & Eccleston, 2005). In particolare, i processi maladattivi di gestione del dolore sono stati identificati nell'utilizzo massivo di strategie di evitamento esperienziale, fusione cognitiva e rimuginio (McCracken et al., 2004). Questi impediscono ai pazienti di individuare i propri valori e, conseguentemente, di mettere in atto percorsi di azioni impegnate volti al raggiungimento degli obiettivi da essi derivati. In contrapposizione all'evitamento esperienziale, l'accettazione del dolore cronico, intesa come disponibilità all'esperienza, è stata vista associarsi ad un miglior funzionamento emotivo, sociale e fisico (McCracken, 1998; McCracken, Spertus, Janeck, Sinclair, & Wetzel, 1999; McCracken et al., 2004). Aumentare il grado di accettazione dell'esperienza algica porta ad una diminuzione del tentativo di eliminarla e questo, dal punto di vista dell'ACT, permette di indebolire il controllo che l'esperienza dolorosa, ed i pensieri ad essa connessi, hanno sul comportamento.

L'obiettivo non è quello di ridurre l'intensità o la frequenza di fenomeni spiacevoli come il dolore, la paura o la tristezza, ma quello di ridurre la portata che questi fenomeni hanno sul comportamento (McCracken & Vowles, 2014). Non considerare l'eliminazione del dolore uno scopo primario da parte del paziente permetterebbe una maggior disponibilità di risorse cognitive ed emotive da dedicare al perseguimento dei propri valori (Hayes et al., 1999; McCracken et al., 2005). Gli interventi ACT hanno mostrato una buona efficacia nel trattamento del dolore cronico (Hayes et al., 1999; Hughes, Clark, Colclough, Dale, & McMillan, 2016; Kranz, Bollinger, & Nilges, 2010; McCracken & Morley, 2014; McCracken & Velleman, 2010; McCracken & Vowles, 2014; McCracken et al., 2005), in particolare rispetto al funzionamento fisico ed emotivo dei pazienti (Hann & McCracken, 2014).

Tuttavia, se fino a pochi anni fa la ricerca si concentrava sull'efficacia degli interventi, recentemente si è assistito sempre più ad uno spostamento del focus sui processi psicologici sottostanti a tale efficacia (McCracken & Vowles, 2014). In particolare, dei sei processi coinvolti nella flessibilità psicologica, due hanno ricevuto maggior attenzione:

l'accettazione e il contatto con il momento presente (McCracken, Chilcot, & Norton, 2015; Vowles & McCracken, 2008). La letteratura, quindi, si è focalizzata più sugli aspetti derivanti dalle abilità di mindfulness, che sugli aspetti motivazionali e comportamentali dell'approccio ACT, cioè i valori e l'impegno all'azione (McCracken et al., 2015). Seppur meno studiati, i risultati riguardanti questi due processi sembrano promettenti (Plumb, Stewart, Dahl, & Lundgren, 2009).

La percezione di successo nel vivere secondo i propri valori è stata vista associarsi a minori livelli di dolore percepito, di distress connesso al dolore, di ansia circa il dolore, di depressione, di disabilità fisica e sociale (McCracken & Vowles, 2008; McCracken & Yang, 2006). Questo processo si è dimostrato sensibile ad interventi di tipo ACT e un suo incremento è stato visto collegarsi ad una riduzione della sofferenza emotiva e della disabilità con conseguente miglioramento del funzionamento psico-fisico (McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011; Vowles, McCracken, & O'Brien, 2011). Di particolare interesse si è dimostrato uno strumento largamente usato in questo ambito di ricerca, il *Chronic Pain Values Inventory* (McCracken & Yang, 2006). Questa misura restituisce tre indicatori che permettono di valutare l'importanza assegnata ad alcuni ambiti valoriali, la percezione di successo nel vivere secondo quei valori e un indicatore composito che restituisce la discrepanza tra importanza del valore e successo percepito.

Per quanto riguarda la capacità di azione impegnata, questa è stata studiata primariamente attraverso uno strumento recentemente sviluppato, il *Committed Action Questionnaire* (CAQ) (McCracken, 2013; McCracken et al., 2015). Lo sviluppo di tale strumento è stato motivato dall'assenza di questionari in grado rilevare il livello di capacità di azione impegnata così come definita nel modello della flessibilità psicologica. Come sostenuto da McCracken (2013) in letteratura sono presenti costrutti affini afferenti a modelli simili a quello della flessibilità psicologica, ad esempio il coping di assimilazione e di accomodamento (Schmitz, Saile, & Nilges, 1996) oppure la prospettiva motivazionale di coping (Van Damme, Crombez, & Eccleston, 2004). Tuttavia, il concetto di azione impegnata risulta essere più dinamico di tali costrutti e assume un punto di vista funzionale che essi non includono pienamente. L'azione impegnata, infatti, non riguarda la forma del comportamento, ma la funzione che esso assume rispetto ai valori. In tal senso, il focus viene spostato dalle strategie di coping nei confronti del dolore alle condotte guidate dai valori che possono essere messe in atto al netto dell'interferenza del dolore sulla vita. Dagli studi su pazienti con dolore cronico è emerso come la capacità di azione impegnata si associ

negativamente all'intensità del dolore e al grado di depressione, mentre positivamente all'accettazione del dolore e al funzionamento psicologico e fisico (McCracken, 1998, 2013; McCracken et al., 1999, 2004, 2015).

Nonostante l'approccio ACT al dolore cronico preveda una componente valoriale, solo recentemente la letteratura ha iniziato a concentrarsi su di essa (Hayes et al., 2006; McCracken et al., 2015). La carenza di strumenti adatti a rilevare il successo percepito nel seguire i propri valori e la capacità di azione impegnata ha probabilmente limitato l'esplorazione di questi costrutti (McCracken, 2013). Al fine quindi di ampliare le opportunità di ricerca su questi processi gli studi 2 e 3 del presente lavoro hanno l'obiettivo di adattare e validare in lingua italiana i due strumenti sopra citati. La disponibilità di queste misure nel panorama italiano potrebbe, infatti, facilitare l'approfondimento dei risultati di efficacia mostrati dagli interventi ACT anche nel nostro paese.

5. ACT e Self-integrity

Come detto precedentemente (pag. 19), il fiorire di studi sull'efficacia degli interventi ACT per il dolore cronico ha lasciato spazio ad una sempre più ampia ricerca sui meccanismi sottesi a questi interventi (Hayes et al., 2006). Per quanto la teoria dei contesti relazionali (RFT, Barnes-Holmes, Hayes, & Roche, 2001) sottolinei che l'indebolimento delle connessioni tra linguaggio e comportamento permetta di migliorare la condizione di questi pazienti, come questo avvenga e quali meccanismi psicologici siano coinvolti necessita di ulteriori approfondimenti (Wilson & Sandoz, 2008). Come suggerito da Hayes e colleghi (2013) informazioni utili per il progresso in questo ambito possono derivare anche da campi di ricerca che non si occupano esplicitamente del modello della flessibilità psicologica. In particolare, gli interventi di tipo ACT sui valori si strutturano come una riflessione guidata su ciò che la persona ritiene sia importante nella sua vita con lo scopo di far emergere delle asserzioni che possano fungere da guida e ne possano dirigere le scelte (Harris, 2006). Tali interventi appaiono simili in forma e contenuti agli interventi derivati da una teoria dell'immagine di sé chiamata *Self-integrity* (Steele, 1988).

Questa teoria nasce all'interno del panorama della psicologia sociale e pone al suo centro l'idea che gli esseri umani siano motivati a mantenere una visione di sé stessi come buoni, adeguati al contesto ed eticamente retti (Steele, 1988). Ogni evento, interno od

esterno, può incrinare questo senso di integrità e far entrare la persona in uno stato di minaccia psicologica che è stato visto poter essere ristabilito attraverso il richiamo alla memoria di momenti di vita in cui la persona si è percepita abile ed adeguata sulla base dei valori personali (Sherman & Cohen, 2006). La riflessione sui valori attiverebbe un processo psicologico denominato autoaffermazione che contribuirebbe a estendere il senso di adeguatezza percepito in un determinato ambito di vita al contesto presente riducendone, di conseguenza, la portata destabilizzante all'integrità (Steele, 1988).

Le affinità riscontrate tra le due tipologie di intervento e i differenti punti di vista esplicativi hanno quindi permesso di sviluppare le ipotesi alla base del quarto studio di questo lavoro. Assumendo una prospettiva che consideri il dolore cronico uno *stressor* persistente (Gatchel et al., 2007), si ipotizza che esso conduca i pazienti a percepire un costante senso di minaccia psicologica alla propria integrità. Percependosi come incapaci di gestire il dolore e non adeguati alle situazioni che la vita presenta loro, i pazienti rinuncerebbero a condurre una vita in linea con i propri valori privandosi in tal modo di una fonte consistente di autoaffermazione (Sherman & Cohen, 2006). È dunque ipotizzabile che gli interventi ACT sui valori debbano in parte la loro efficacia all'attivazione di processi autoaffermativi. Lo scopo dello Studio 4 è, dunque, quello di approfondire gli effetti di un intervento di autoaffermazione sulle variabili tipicamente influenzate da interventi ACT, e proporre un collegamento tra psicologia clinica e sociale nell'ambito della gestione del dolore cronico.

In sintesi, il presente lavoro si propone un triplice obiettivo:

- in primo luogo cerca di chiarire i meccanismi attraverso cui la mindfulness esercita i propri effetti sulla sofferenza emotiva attraverso la percezione di benessere psicologico (Studio 1);

- in secondo luogo mira ad ampliare il repertorio di strumenti a disposizione dei ricercatori e dei clinici italiani per valutare due processi appartenenti alla prospettiva ACT ancora poco studiati: il successo percepito nel vivere secondo i valori personali e la capacità di azione impegnata (Studio 2 e Studio 3);

- infine, mira all'approfondimento dei meccanismi attraverso cui gli interventi ACT sui valori in pazienti con dolore cronico esercitano i loro effetti, assumendo come prospettiva esplicativa la teoria della *self-integrity* (Studio 4).

STUDIO 1

Effetti della mindfulness disposizionale sulla sofferenza emotiva: Il benessere psicologico come variabile mediatrice

1. Introduzione

Negli ultimi decenni la ricerca sulla mindfulness è cresciuta in modo considerevole (Davis & Hayes, 2011). Generalmente con mindfulness si fa riferimento ad uno stato mentale di apertura non giudicante, di curiosità e accettazione verso le esperienze interne ed esterne al soggetto che emergono nel momento presente (Bishop, 2004; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Kabat-Zinn, 2003). Tuttavia, nel corso degli anni questo termine ha assunto una varietà di significati (Davis & Hayes, 2011) arrivando ad includere un tipo di pratica meditativa, un modo di processare le informazioni e un tratto di personalità. Nel complesso, tutte queste definizioni rimandano all'abilità di focalizzare l'attenzione su ciò che accade dentro e fuori alla persona che esperisce un flusso esperienziale senza cercare di modificarlo. Importante sottolineare come lo stato di mindfulness non riguardi il distanziamento dai vissuti o il rilassamento del corpo, ma piuttosto l'assunzione di una prospettiva di osservazione della realtà per come è percepita e senza ulteriori elaborazioni (Williams, 2010).

La meditazione di tipo mindfulness fu inizialmente impiegata nel trattamento del dolore cronico (Kabat-Zinn, 1982). Successivamente la sua applicazione fu estesa alla psicoterapia e integrata in nuovi modelli afferenti all'approccio cognitivo-comportamentale (Hayes et al., 1999; Kabat-Zinn, 2005; Linehan, 1993; Segal et al., 2001). Sempre più studi hanno evidenziato la sua efficacia nel trattamento di varie patologie psichiatriche come l'ansia (Hofmann et al., 2010; Roemer et al., 2008), la depressione (Hofmann et al., 2010; Teasdale et al., 2000), i disturbi alimentari (Tapper et al., 2009), l'abuso di sostanze (Bowen et al., 2006) e i disturbi di personalità (Fossati, Feeney, Maffei, & Borroni, 2011; Wupperman, Fickling, Klemanski, Berking, & Whitman, 2013; Wupperman, Neumann, & Axelrod, 2008). Inoltre, è emerso come la pratica meditativa possa essere utile nel ridurre la presenza di pensieri ruminativi e di comportamenti di evitamento (Jain et al., 2007; Kearns et al., 2016; Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, & Malone, 2007; Michalak, Hölz, & Teismann, 2011) che sembrano avere un ruolo nell'insorgenza e nel mantenimento dei

disturbi dell'umore (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Harrington & Loffredo, 2010; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Papageorgiou & Wells, 2001). Oltre che nella patologia mentale, la pratica della mindfulness ha mostrato di essere efficace anche in malattie di carattere primariamente organico come i disturbi cardiaci, la fibromialgia, il morbo di Parkinson (Fitzpatrick, Simpson, & Smith, 2010; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004) e le neoplasie (Labelle, Campbell, Faris, & Carlson, 2015; Ledesma & Kumano, 2009).

Parallelamente all'applicazione in ambito terapeutico, la mindfulness si è mostrata utile anche a persone non affette da alcuna patologia (Baer et al., 2006; Holzel et al., 2011) nel gestire lo stress (Chiesa & Serretti, 2009), nel regolare le emozioni (Desrosiers, Vine, Klemanski, & Nolen-Hoeksema, 2013; Farb, Anderson, & Segal, 2012; Goldin & Gross, 2010; Hülshager, Alberts, Feinholdt, & Lang, 2013) e nell'incrementare il benessere psicologico (Carmody & Baer, 2008; Chiesa & Serretti, 2009). Da queste ricerche, quindi, è stato desunto che la capacità di portare un'attenzione consapevole e non giudicante all'esperienza nel momento presente sia una caratteristica intrinseca dell'essere umano e che sia soggetta ad un miglioramento qualora venga esercitata attraverso la pratica (Brown & Ryan, 2003; Brown, Ryan, & Creswell, 2007; Jimenez, Niles, & Park, 2010). Sulla base di queste considerazioni, quindi, la letteratura ha iniziato a interessarsi alle differenze nelle abilità di mindfulness in campioni di persone non praticanti la meditazione al fine di studiare i livelli di mindfulness disposizionale (Baer et al., 2008, 2006; Frewen et al., 2010; Moskowitz et al., 2015; Way, Creswell, Eisenberger, & Lieberman, 2010).

La ricerca su persone con più alti livelli di mindfulness ha mostrato come questi soggetti riportino minori livelli di ansia, depressione e stress, percependo al contempo maggior benessere e auto-controllo se comparati con persone con minor livello di mindfulness (Brown & Ryan, 2003; Brown et al., 2007, 2012; Desrosiers et al., 2013; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, & Laurenceau, 2007; Frewen et al., 2010; Lau et al., 2006; Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, & Schmidt, 2006; Way et al., 2010).

Da quanto emerge dalla letteratura appare chiaro come la mindfulness sia stata in parte considerata un concetto unitario (Brown & Ryan, 2003), tuttavia alcuni autori (ad es., Dimidjian & Linehan, 2003) hanno messo in discussione tale posizione proponendone una visione di tipo multidimensionale. La posizione che più ha cercato di sintetizzare i vari contributi sul tema è quella di Baer e colleghi (2006). Gli autori evidenziano la presenza di cinque aspetti, assimilabili a capacità, che nel loro insieme darebbero vita allo stato di

mindfulness. Questi aspetti sono: la capacità di osservare, cioè porre attenzione all'esperienza che proviene dal corpo e dall'ambiente così come essa si presenta; la capacità di descrivere tali esperienze, cioè dare un nome alle emozioni, ai pensieri e alle sensazioni fisiche; essere in grado di agire con consapevolezza, cioè l'abilità di portare l'attenzione sul momento presente mentre viene compiuta un'azione; la capacità di non giudicare l'esperienza interna, ovvero accettare senza valutazione i propri pensieri e sentimenti; ed infine non reagire all'esperienza interna, cioè la capacità di provare emozioni e pensieri senza sentirsi obbligati a liberarsene.

Una buona riuscita nella messa in atto di queste abilità sembra correlare negativamente con il distress emotivo (ad es.: ansia e depressione) sia in popolazioni cliniche che non cliniche (Baer, Smith, & Allen, 2004; Baer et al., 2006; Carmody & Baer, 2008). In accordo con Carmody e Baer (2008) le abilità di mindfulness sembrano mediare totalmente la relazione tra la meditazione e i sintomi psicologici. In particolare, ansia e depressione sembrano essere fortemente e negativamente correlate con l'abilità di dare un nome alle emozioni, agire con consapevolezza, non giudicare gli stati interni ed evitare di reagire impulsivamente alle esperienze interiori (ad es.: Bowlin & Baer, 2012; Cash & Whittingham, 2010; Didonna & Bosio, 2012; Veehof, ten Klooster, Taal, Westerhof, & Bohlmeijer, 2011).

Inoltre, agire con consapevolezza così come non reagire e non giudicare gli stati interni sembrano moderare la relazione tra stress percepito e sintomatologia depressiva (Bränström, Duncan, & Moskowitz, 2011). A differenza degli altri quattro aspetti, la capacità di osservare la propria esperienza interiore appare essere soggetta più delle altre alla pratica meditativa (Baer et al., 2008; Didonna & Bosio, 2012) e sembra esercitare i suoi effetti sul benessere solo quando questa sia sviluppata attraverso la meditazione. Infatti, in campioni di persone che non meditano, osservare gli eventi interni sembra correlare positivamente con il distress emotivo (Didonna & Bosio, 2012), nonostante non ne sia un predittore significativo (Hou, Wong, Lo, Mak, & Ma, 2014; Veehof et al., 2011).

Oltre che con il distress emotivo, la mindfulness è stata studiata in relazione ad altre variabili come il benessere psicologico (Ryff, 1989). Secondo Ryff (1989), il benessere psicologico si struttura come un costrutto multidimensionale composto da sei aspetti: l'autoaccettazione, le relazioni positive e significative con gli altri, la percezione di autodeterminazione e di autonomia, il senso di efficacia nella gestione delle richieste del proprio ambiente interno ed esterno, il senso che la propria vita abbia un significato e la percezione

di crescita personale. Sempre più ricerche mostrano una relazione significativa e positiva tra mindfulness e benessere psicologico (Baer et al., 2008; Carmody & Baer, 2008; Harrington, Loffredo, & Perz, 2014; Jimenez et al., 2010; Josefsson, Larsman, Broberg, & Lundh, 2011; Keng, Smoski, & Robins, 2011; Pradhan et al., 2007; Ryff, 2014) indicando, quindi, un certo grado di associazione tra i due costrutti. Tale relazione è stata indagata considerando la mindfulness come predittiva del benessere psicologico e facendo emergere come le capacità di descrivere, non giudicare e non reagire agli stati interni, così come l'abilità di agire con consapevolezza possano spiegare una grande porzione della varianza del benessere psicologico (Baer et al., 2008).

Nonostante il sempre maggior interesse per il concetto di mindfulness, solo un numero esiguo di studi ha considerato la mindfulness, il distress emotivo e il benessere psicologico simultaneamente. Tra questi Jimenez e colleghi (2010) hanno rilevato che la componente auto-accettazione del benessere psicologico, così come concettualizzato da Ryff (1989), insieme alle emozioni positive e alle aspettative di regolazione emotiva, mediano la relazione tra una misura globale di mindfulness e i sintomi depressivi. Tuttavia, in questo studio gli autori hanno considerato solo una delle componenti del benessere (auto-accettazione) e solo una delle componenti del distress emotivo (depressione). Inoltre, la mindfulness è stata considerata come un costrutto globale e, quindi, non sono stati analizzati i contributi dei singoli aspetti di cui è composta. È impossibile quindi individuare quale capacità specifica possa avere maggior influenza sul benessere psicologico e conseguentemente sui sintomi depressivi.

D'altro canto, circa la relazione tra benessere psicologico e distress emotivo, la ricerca risulta essere in parte discordante. Liu, Shono e Kitamura (2009) hanno trovato una relazione moderatamente negativa tra i due costrutti, concludendo che essi condividano un certo grado di varianza, ma che siano effettivamente due costrutti indipendenti. Nonostante tale associazione gli autori riportano come non sia possibile confermare l'ipotesi che il benessere psicologico predica negativamente il distress emotivo né è possibile ipotizzare la relazione inversa. Al contrario, Wood e Joseph (2010) rilevano che il benessere psicologico predice la sintomatologia depressiva anche quando siano tenute sotto controllo variabili di sfondo come quelle anagrafiche, di personalità e di ricerca di cure mediche. Gli autori (Wood & Joseph, 2010) concludono che coloro che risultano avere bassi livelli di benessere psicologico hanno un rischio doppio di incorrere in un disturbo depressivo nei dieci anni successivi rispetto a coloro con un alto livello di benessere.

Come detto precedentemente, Jimenez e colleghi (2010) hanno trovato che la componente auto-accettazione del benessere psicologico media la relazione tra mindfulness e sintomi depressivi, sottolineando la funzione regolativa che il concetto di sé ha su emozioni e comportamenti. Su un piano pratico, quindi, identificare quali aspetti della mindfulness influenzino il benessere psicologico risulta essere estremamente importante, soprattutto in ambito clinico (Didonna & Bosio, 2012). Recentemente la mindfulness è divenuta un aspetto chiave di molti modelli di intervento, ad esempio il *Mindfulness-Based Stress Reduction* (Kabat-Zinn, 2003; Kabat-Zinn, 1982), la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (Segal et al., 2001), l'*Acceptance and Commitment Therapy* (Hayes et al., 1999), e la *Dialectical Behavior Therapy* (Linehan, 1993). Tali modelli hanno mostrato la loro efficacia trasversalmente a vari contesti (Fjorback et al., 2011; Grossman et al., 2004), ma nonostante ciò si rende necessaria una maggior conoscenza dei processi psicologici che sono alla base degli effetti di questi interventi (Hayes et al., 2006). Sviluppare una conoscenza chiara e specifica delle relazioni tra i differenti aspetti della mindfulness, benessere psicologico e distress emotivo emerge quindi come una necessità, dal momento che fornirebbe informazioni rilevanti allo sviluppo di interventi sempre più efficaci.

1.1. Obiettivi e Ipotesi

Anche se le evidenze empiriche sottolineano come esista una relazione tra le componenti della mindfulness, il benessere psicologico e il distress emotivo, alcune questioni necessitano di essere chiarite. Risulta quindi importante identificare quali aspetti della mindfulness influenzino esclusivamente il benessere psicologico e il distress emotivo e quali di questi li influenzino entrambi. Secondo, è importante esaminare i possibili effetti indiretti di ciascuna componente sul distress emotivo attraverso il benessere psicologico. Infatti, la maggioranza delle ricerche riguardanti le componenti della mindfulness ha considerato il distress e il benessere separatamente, mentre, qualora siano stati studiati simultaneamente, la mindfulness è stata considerata come un costrutto mono-dimensionale. Il presente studio, quindi, mira a chiarire le relazioni tra le specifiche componenti della mindfulness disposizionale, il benessere psicologico e il distress emotivo.

Specificatamente, per quanto concerne le abilità di mindfulness, si ipotizza che la capacità di descrivere le esperienze interne, agire con consapevolezza, non giudicare gli eventi interni e riuscire a non reagirvi automaticamente predicano sia il benessere

psicologico che il distress emotivo, mentre la capacità di osservare non emerga come predittore significativo di nessuna delle variabili dipendenti considerate (Ipotesi 1).

Inoltre, si ipotizza che gli effetti di ciascuna abilità sul distress emotivo siano mediati dal benessere psicologico, così che maggiori livelli di mindfulness disposizionale possano aumentare il benessere che a sua volta ridurrà i livelli di distress emotivo (Ipotesi 2).

2. Metodo

2.1. Partecipanti

I partecipanti sono stati 119 cittadini italiani (96 donne e 23 maschi), tra 22 a 68 anni (età media = 28.96 anni; $DS = 12.6$). Rispetto al livello educativo, la maggioranza (73.9%) ha completato le scuole media superiori, il 18.6% ha una laurea triennale o magistrale, il 5.9% mentre i restanti hanno completato le scuole medie inferiori. Riguardo allo stato civile, il 79.9% dichiara di non essere coniugato.

Infine, il 67.2% riporta di non praticare alcuna attività meditativa, il 15.1% di praticarla spesso o sempre, il 10.1% a volte, mentre i restanti di non praticarla quasi mai.

2.2. Strumenti

I partecipanti hanno completato un questionario che – oltre a domande relative ad informazioni socio-demografiche – comprendeva misure self-report volte ad indagare le abilità di mindfulness, il distress emotivo e il benessere psicologico, come di seguito specificato.

Pratica meditativa. La frequenza di pratica meditativa è stata valutata utilizzando una scala ad item singolo di tipo Likert a 6 punti con una variazione di punteggi possibile da 0 (mai) a 5 (tutti i giorni). Questa misura è stata adattata da Josefsson e colleghi (2011) al fine di rilevare l'attività meditativa nell'ultimo mese.

Abilità di mindfulness. È stata utilizzata la versione italiana (Didonna & Bosio, 2012) del *Five-Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer et al., 2006). Il FFMQ si compone di 39 affermazioni con formato di risposta di tipo Likert a 5 punti che varia da 1 (*mai o quasi mai vero*) a 5 (*molto spesso o sempre vero*). Lo strumento misura le cinque abilità di mindfulness così come individuate da Baer e colleghi (2006): osservare (8 item; ad es.:

“*Mentre sto camminando noto intenzionalmente le sensazioni del mio corpo in movimento*”); descrivere (8 item; ad es.: “*Riesco facilmente a trovare le parole per descrivere le mie emozioni*”), agire con consapevolezza (8 item; ad es.: “*Mi distraigo facilmente*”), non giudicare l’esperienza interna (8 item; ad es.: “*Critico me stesso per il fatto di avere emozioni irrazionali o inappropriate*”) e non reagire all’esperienza interna (7 item; ad es.: “*Riesco a osservare le mie emozioni senza perdermi in esse*”). Il FFMQ ha mostrato buona validità in varie popolazioni (ad es.: Baer et al., 2008; de Bruin, Topper, Muskens, Bögels, & Kamphuis, 2012) e differenti paesi (ad es.: Didonna & Bosio, 2012; Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere, & Philippot, 2011; Hou et al., 2014). Nel presente studio a punteggi maggiori corrispondono maggiori livelli di abilità; l’attendibilità – verificata mediante alpha di Cronbach – è risultata buona o soddisfacente per tutte le scale (osservare: alpha = .83; descrivere: alpha = .88; agire con consapevolezza: alpha = .91; non giudicare le esperienze interne: alpha = .86; non reagire alle esperienze interne: alpha = .67).

Distress emotivo. È stata impiegata la versione italiana (Costantini et al., 1999) dell’*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983), che si compone di 14 item (ad es.: “*Provo un sentimento improvviso di panico*”) valutati su scala Likert a 4 punti (0 = per nulla; 3 = sempre). In popolazioni non psichiatriche la scala viene utilizzata come misura della sofferenza emotiva generale (Brennan et al., 2010). Punteggi più elevati indicano maggior livello di distress. L’alpha di Cronbach per questo studio è di .84.

Benessere psicologico. È stata utilizzata la versione italiana ridotta (Sirigatti et al., 2009) della *Ryff’s Psychological Well-Being Scale* (RPWB; Ryff, 1989). Lo strumento si compone di 18 item (ad es.: “*Sono soddisfatto di come sono andate le cose nella mia vita*”) su scala Likert a 6 punti (1 = del tutto in disaccordo; 6 = del tutto d’accordo). Punteggi più elevati indicano maggior percezione di benessere psicologico. Nel presente studio è stato utilizzato il punteggio globale (alpha = .86).

2.3. Procedura

I partecipanti hanno compilato il questionario in maniera anonima e individuale. Il reclutamento è avvenuto in aule studio universitarie e in luoghi pubblici. Per la partecipazione allo studio era richiesto di essere maggiorenni, con nessun altro criterio di esclusione. Ciascun partecipante ha fornito il consenso informato al trattamento dei dati nel pieno rispetto della legge sulla privacy (D. Lgs 196/03) prima della compilazione del

questionario, che è avvenuta su base totalmente volontaria e senza che venissero forniti incentivi. Di seguito alla compilazione ciascun partecipante è stato sottoposto ad un breve *debriefing*. Le procedure seguite sono state sviluppate in accordo con le linee guida fornite dall'*American Psychological Association*.

2.4. Analisi dei dati

Come primo passo è stato valutato l'ammontare dei valori *missing*. La percentuale di questi nell'intero *dataset* si è attestata al 0.4%. Dal momento che l'MCAR test (Little, 1988) non è risultato significativo ($p = .83$), è stato adottato il metodo della massimizzazione della stima per rimpiazzare i valori mancanti (Schlomer, Bauman, & Card, 2010). Alcune analisi preliminari sono state condotte al fine di valutare la non violazione delle assunzioni di normalità e linearità multivariata.

In una seconda fase sono state calcolate le statistiche descrittive del campione e le intercorrelazioni tra le componenti della mindfulness (FFMQ), il benessere psicologico (RPWB) e il distress emotivo (HADS). Al fine di verificare le ipotesi iniziali è stata condotta una *path analysis*. Il *fit* del modello è stato valutato prendendo come riferimento i seguenti indici di bontà: il *Comparative Fit Index* (CFI), il *Goodness-of-Fit Index* (GFI), e il *Normed Fit Index* (NFI). Valori tra 0.95 e 0.97 sono stati considerati indicare un *fit* accettabile, mentre valori maggiori di 0.97 di *fit* buono. Inoltre, è stato considerato il *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). Qualora questo avesse assunto valori tra 0.05 e 0.08 sarebbe stato considerato un indicatore di *fit* accettabile, mentre con valori inferiori a 0.05 di un buon *fit* ai dati. Infine, un *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) compreso tra di 0.10 e 0.06 è stato considerato indicatore di un *fit* accettabile, mentre inferiore a 0.05 di un buon *fit* (Schermelleh-Engel, Moosbrugger, & Müller, 2003).

Tutte le analisi sono state effettuate usando i software IBM SPSS 22 e AMOS 22.

3. Risultati

Per tutte le variabili di interesse l'asimmetria è risultata inferiore a 2, mentre la curtosi inferiore a 7, indicando una distribuzione normale univariata all'interno del campione così come raccomandato da West e colleghi (West, Finch, & Curran, 1995).

Nessuna differenza di genere è stata rilevata né per il benessere psicologico né per il distress emotivo. Inoltre, l'età, il livello educativo e la pratica meditativa non sono risultate correlare significativamente con nessuna delle due variabili d'interesse.

Le analisi descrittive e le correlazioni sono presentate in Tabella 1.1. In linea con l'ipotesi 1, le abilità di mindfulness descrivere, agire con consapevolezza, non giudicare l'esperienza interiore e non reagire ad essa correlano positivamente con il benessere psicologico e negativamente con il distress emotivo, mentre non si rilevano associazioni significative tra la capacità di osservare e le due variabili dipendenti. Come atteso, emerge anche una correlazione negativa tra il benessere e il distress emotivo.

Tabella 1.1

Intercorrelazioni e statistiche descrittive per le variabili di interesse (N = 119)

	1	2	3	4	5	6	M	DS	Min	Max
1. Benessere psicologico							4.37	.71	2.44	5.83
2. Distress emotivo	-.68***						.82	.43	.07	2.43
3. Osservare	.17	-.04					3.16	.84	1.25	5.00
4. Descrivere	.50***	-.36***	.22*				3.46	.79	1.88	5.00
5. Agire	.56***	-.52***	.19*	.46***			3.64	.83	1.25	5.00
6. Non giudicare	.42***	-.45***	-.17	.27**	.39***		3.60	.80	1.50	5.00
7. Non reagire	.34***	-.42***	.26**	.28**	.37***	.27**	2.86	.56	1.29	4.29

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Sulla base dell'ipotesi 1 e dei risultati correlazionali, la componente "osservare" è stata esclusa dal modello di interazione ipotizzato (cfr. Fig. 1.1).

La *path analysis* mostra che alcune delle relazioni non risultano significative (ad es.: da non reagire verso il distress emotivo) e, quindi, sono state rimosse. Il modello rivisto è stato verificato e i risultati sono presentati in Figura 1.2.

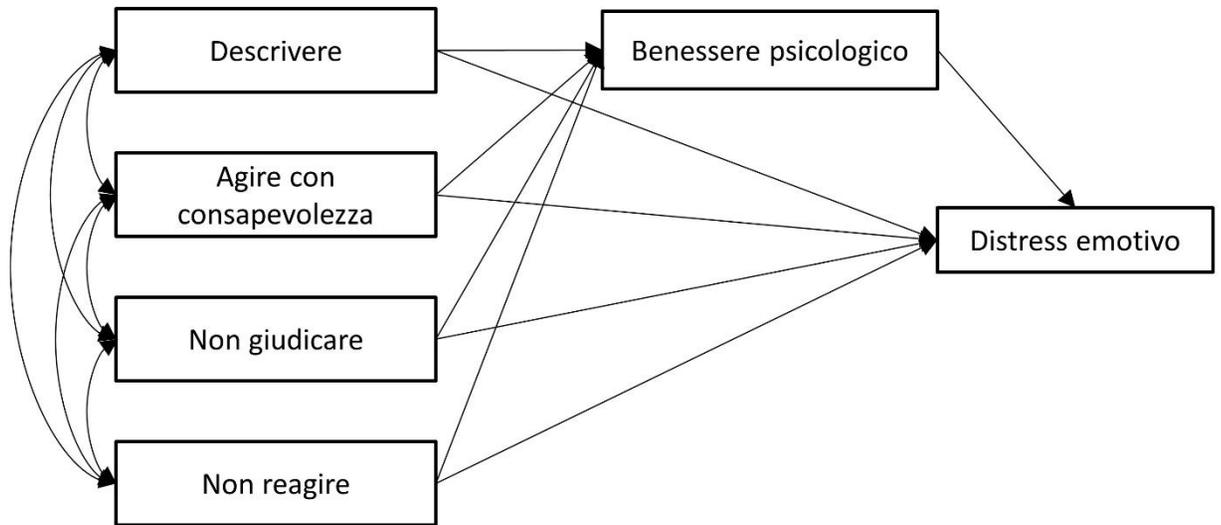


Figura 1.1. Modello ipotizzato delle variabili predittrici del distress emotivo.

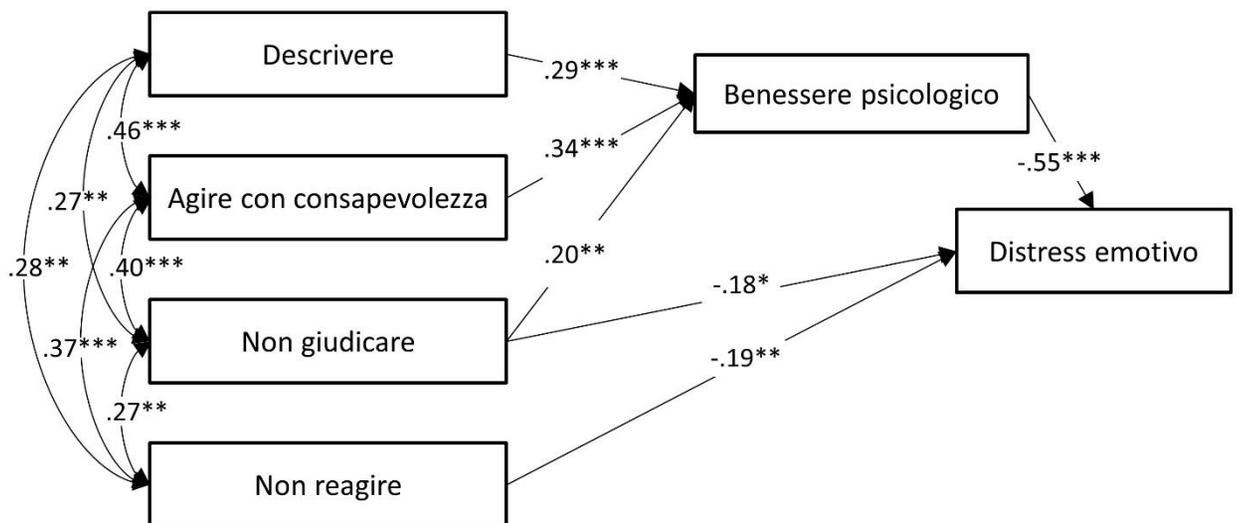


Figura 1.2. Modello finale che mostra l'effetto delle abilità di mindfulness sul distress emotivo attraverso il benessere psicologico.

Nel modello finale tutti i coefficienti risultano significativi e variano da un minimo di .18 ad un massimo di .55. Il modello mostra di adeguarsi ai dati in modo accettabile. Infatti, il CFI (0.99) e il NFI (0.98) risultano all'interno del campo di variazione raccomandato, suggerendo un buon *fit*. Il RMSEA (0.07) indica un *fit* accettabile, mentre l'SRMR risulta indicare un buon *fit* (0.03). Sono stati verificati gli effetti diretti e indiretti al

fine di valutare il ruolo di mediazione totale e parziale del benessere psicologico tra le componenti della mindfulness e il distress emotivo.

Le analisi mostrano come la capacità di descrivere gli eventi interni e di agire con consapevolezza predicano il distress emotivo in modo indiretto attraverso il benessere psicologico. In particolare, i risultati della procedura di *bootstrapping* sembrano confermare che gli effetti indiretti di descrivere (*lower bound* = -0.26, *upper bound* = -0.08) e agire con consapevolezza (*lower bound* = -0.33, *upper bound* = -0.08) sul distress emotivo siano significativi. Non giudicare le esperienze interne si associa con il distress emotivo sia in modo diretto che indiretto (*lower bound* = -0.20, *upper bound* = -0.005) attraverso il benessere psicologico. Infine, non reagire agli eventi interni sembra predire direttamente il distress emotivo, ma non il benessere psicologico. Come atteso, il benessere psicologico sembra avere un ruolo nel predire un minor distress emotivo. In generale le componenti della mindfulness e il benessere psicologico spiegano il 52% del distress emotivo.

4. Discussione

Il presente studio aveva lo scopo di verificare un modello in cui le abilità di mindfulness fossero associate con il distress emotivo e il benessere psicologico. In particolare, lo studio mirava ad aumentare la conoscenza riguardo i possibili effetti della mindfulness sul benessere e sul funzionamento delle persone, considerando lo specifico contributo di ciascuna componente.

In linea con lo studio di Wood e Joseph (2010), i risultati mostrano come la mindfulness sembra associarsi a un maggior livello di benessere psicologico e a minori livelli di distress emotivo. Tali risultati rafforzano precedenti ricerche in cui il benessere (Way et al., 2010) e la mindfulness (Farb et al., 2012) sembrano contrastare ansia e depressione. In particolare, emerge come un incremento nelle abilità di mindfulness, eccetto la capacità di osservare gli stati interni, possano contribuire a ridurre il distress emotivo. Inoltre, la capacità di descrivere e non giudicare gli eventi interni, insieme all'abilità di agire con consapevolezza, sembrerebbero aumentare il benessere psicologico, mentre la capacità di non reagire alle esperienze interne sembra non avere un ruolo nel determinarlo.

Come previsto e in linea con la letteratura (Hou et al., 2014; Josefsson et al., 2011; Veehof et al., 2011), l'aspetto di osservazione degli stati interni non è associato con nessuna

delle variabili di interesse. Come già rilevato in precedenti studi, l'associazione tra osservare e distress emotivo non sembra essere significativa negli individui con limitata pratica meditativa, come quelli considerati nel presente studio (Baer et al., 2006; Didonna & Bosio, 2012; Veehof et al., 2011). Similmente, Baer e colleghi (2008) hanno trovato che l'associazione tra osservare e benessere psicologico appare divenire significativa solo tra coloro che meditano, supportando l'ipotesi che i benefici di questa componente emergano una volta che venga esercitata (Baer et al., 2006). In tal senso, quindi, l'assenza di relazione tra la componente osservare e le variabili di interesse rilevata nel presente studio potrebbe essere dovuta allo scarso livello di pratica meditativa dei partecipanti.

Per quanto concerne le restanti abilità di mindfulness, queste sembrano predire significativamente il distress emotivo, nonostante ciascuna vi si associ in modi differenti. La capacità di descrivere e agire con consapevolezza predicono il distress in modo indiretto attraverso il benessere psicologico, non giudicare sembra predirlo sia in modo diretto che indiretto, mentre l'abilità di non reagire automaticamente alle emozioni predice il distress in modo diretto.

Da quanto emerge, un risultato importante riguarda il ruolo del benessere psicologico come mediatore totale della relazione tra le due componenti della mindfulness agire con consapevolezza e descrivere, e il distress emotivo. Precedenti studi hanno trovato come la capacità di agire con consapevolezza sia l'aspetto più rilevante nel predire il distress emotivo (Cash & Whittingham, 2010; Veehof et al., 2011). I risultati del presente studio, quindi, chiariscono un possibile processo attraverso cui questo avvenga: focalizzare l'attenzione sul momento presente ed evitare reazioni automatiche proteggerebbe dal distress emotivo attraverso l'incremento del benessere percepito. Un processo simile sembra avvenire per ciò che riguarda la componente descrivere. Agire con consapevolezza e essere in grado di dare un nome alle emozioni, ai pensieri e alle sensazioni fisiche aumenterebbe la percezione di controllo sull'ambiente, il senso di autonomia e la percezione di crescita personale, che in ultima analisi ridurrebbero la probabilità di sperimentare ansia e depressione.

Un dato interessante riguarda la capacità di non giudicare l'esperienza interna, infatti questa abilità sembra avere un rapporto complesso sia con il benessere che con il distress emotivo. Secondo la letteratura (Desrosiers et al., 2013; Kingston et al., 2007; Labelle et al., 2015; Michalak et al., 2011) questa componente ridurrebbe la ruminazione, che sembra avere un ruolo chiave sia nei disturbi d'ansia che nella depressione (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Papageorgiou & Wells, 2001),

attraverso la promozione di una miglior regolazione emotiva (Bränström et al., 2011). D'altro canto, è ipotizzabile anche una relazione inversa per cui minori livelli di ruminazione potrebbero incrementare il benessere psicologico (Harrington & Loffredo, 2010). In sintesi, l'abilità di accettare i propri contenuti interni senza giudicarli potrebbe da un lato incrementare il benessere psicologico, e dall'altro limitare il distress emotivo attraverso una riduzione dell'attività ruminativa.

I risultati indicano che anche la capacità di non reagire in modo automatico alle esperienze sembra avere un ruolo nella diminuzione del distress emotivo. In linea con studi precedenti (Bränström et al., 2011; Hou et al., 2014), l'abilità di sperimentare stimoli interni senza sentirsi obbligati a reagirvi aiuta a ridurre i vissuti di ansia e depressione. Diversamente, il benessere psicologico non sembra essere coinvolto in questo processo. Questi risultati sono in contrasto con quanto emerso in letteratura (Baer et al., 2008; Josefsson et al., 2011; Veehof et al., 2011) secondo cui l'abilità di distanziarsi dalle proprie emozioni e dai propri pensieri predice il benessere psicologico. In accordo con Josefsson e colleghi (2011), tuttavia, la capacità di non reagire sembra riflettere l'abilità di rimanere in uno stato di equilibrio interiore di fronte alle avversità. Sarebbe proprio questo stato di equilibrio che permetterebbe alle restanti abilità di mindfulness di esprimere i propri effetti benefici. Da notare come gli autori (Josefsson et al., 2011) trovino che non reagire sia l'unica abilità delle cinque considerate che medi la relazione tra meditazione e benessere psicologico, supportando l'ipotesi che, in modo simile alla componente osservare, sia sensibile alla pratica stessa (Josefsson et al., 2011). È possibile, perciò, che la mancanza di relazione tra non reagire e benessere trovata nel presente studio possa essere attribuita all'alto numero di partecipanti non praticanti. Nonostante questa parziale spiegazione, le relazioni tra la capacità di non reagire, benessere psicologico e meditazione necessitano in futuro di ulteriori approfondimenti.

Sebbene il presente studio ampli la letteratura sulla mindfulness, vi sono alcuni limiti da tenere in considerazione. Il primo è la natura *cross-sectional* del disegno di ricerca. Dal momento che non vi è stata manipolazione delle variabili indipendenti, non possono essere fatte inferenze causali sulla base delle analisi strutturali. Futuri studi a carattere sperimentale potranno considerare questo aspetto e, attraverso una manipolazione delle abilità di mindfulness, potrebbero giungere ad una più solida spiegazione del ruolo di ciascuna componente nel determinare il benessere psicologico e il distress emotivo. In secondo luogo, alcune variabili non considerate in questo studio potrebbero aver influenzato le relazioni

emerse, ad esempio il livello di ruminazione, il livello di rimuginio, le aspettative di regolazione emotiva e la presenza di disturbi psichiatrici o eventi stressanti recenti. Future ricerche potrebbero esaminare in maniera più specifica questi costrutti al fine di chiarirne il grado di influenza sulle relazioni emerse nel presente studio. In terzo luogo, alcuni limiti sono legati alle caratteristiche del campione. Nonostante non siano state rilevate differenze significative tra i due sessi, il campione era composto principalmente da donne, ulteriori approfondimenti sono necessari per valutare se il modello trovato sia riproducibile in un campione più bilanciato. Inoltre, una comparazione tra soggetti con alto e basso livello di pratica meditativa sarebbe stata utile dal momento che questa è emerso essere una variabile importante nell'impatto delle abilità sulle variabili criterio. Infine, la modesta numerosità campionaria e il metodo di raccolta non totalmente probabilistico, richiedono cautela nel generalizzare i risultati ottenuti.

Concludendo, questo primo studio sembra chiarire alcuni dei processi coinvolti nella promozione del benessere psicologico come mezzo per la riduzione del distress emotivo. Nel complesso la mindfulness si conferma un costrutto multidimensionale che svolge un ruolo chiave all'interno del funzionamento psicologico delle persone. Quanto emerso risulta rilevante non solo a livello teorico, ma anche per la costruzione di interventi efficaci. Ad esempio, i clinici potrebbero focalizzarsi sull'incremento delle abilità di descrizione delle esperienze interne, di azione consapevole, di non giudizio e non reazione agli eventi interni qualora l'obiettivo sia ridurre la portata di emozioni come l'ansia e la depressione. D'altro canto, potrebbero usare tecniche specifiche per aumentare le abilità di descrizione dell'esperienza interna, di azione consapevole e di non giudizio con il fine di rafforzare il benessere psicologico.

STUDIO 2

Predisposizione di strumenti per la rilevazione del successo nei valori personali

1. Introduzione

All'interno di quella che viene chiamata la “terza generazione” delle terapie cognitivo-comportamentali, l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes et al., 1999) riveste un ruolo di primaria importanza (Wilson, Sandoz, Kitchens, & Roberts, 2010). Come illustrato nell'introduzione del presente lavoro (pag. 15) il modello della flessibilità psicologica alla base dell'ACT sostiene che vi sia un insieme di processi psicologici che spiegano il funzionamento normale delle persone (Hayes et al., 2013; Hayes et al., 2006). Tra questi, un ruolo centrale è assunto dai valori considerati come mete di vita desiderate, per loro natura irraggiungibili, in quanto pertinenti ad un modo di essere piuttosto che ad uno specifico obiettivo (Hayes et al., 2006). I valori non solo forniscono una direzione alla terapia permettendo di sostenere la motivazione durante il percorso (Wilson & Murrell, 2004), ma vivere in linea con essi è stato visto associarsi a maggior benessere psicologico (Plumb et al., 2009; Shin & Steger, 2014; Williams, Ciarrochi, & Heaven, 2015) e minore livello di distress emotivo (Wilson et al., 2010) e, più in generale, a miglior qualità della vita (Plumb et al., 2009).

Nonostante la rilevanza assegnata ai valori all'interno del modello ACT, relativamente pochi strumenti sono stati sviluppati e validati per misurare la percezione di successo nel vivere in linea con i valori personali (Wilson et al., 2010). Tra questi, ad esempio, vi è il *Valued Living Questionnaire* (Wilson & Groom, 2002; Wilson et al., 2010), che si compone di due sezioni ciascuna contenente dieci ambiti valoriali. La prima parte chiede di assegnare a ciascun valore un grado di importanza personale, la seconda di valutare quanto la persona ha percepito di comportarsi in linea con essi. Per quanto lo strumento appaia simile al CPVI, nelle consegne non viene specificato cosa si intenda per valore lasciando spazio a possibili fraintendimenti. Altre misure utilizzate per rilevare il successo nei valori sono la “bussola della vita” e il “centro del bersaglio” (Dahl & Lundgren, 2006). Queste prevedono la raccolta di informazioni di carattere prevalentemente qualitativo, non permettendo una standardizzazione dei risultati.

Nel 2006 McCracken e Yang hanno sviluppato una misura del comportamento guidato da valori specifico per persone con dolore cronico: il *Chronic Pain Valued Inventory* (CPVI), che presenta sei domini di valore, per ognuno dei quali viene richiesto di valutare sia il grado di importanza attribuitagli, sia il grado di successo percepito nel seguirli. Lo strumento consente di disporre di un punteggio medio di importanza attribuita ai sei domini valoriali e un punteggio medio di successo percepito nel seguirli. Il punteggio d'importanza è, tuttavia, essenzialmente impiegato come base per calcolare la scala di discrepanza, come media delle differenze tra importanza e successo in ciascun dominio; si presuppone, infatti, che minor successo nel vivere in linea con un valore ritenuto importante implichi maggiore sofferenza psicologica rispetto ad avere lo stesso successo in un valore considerato poco importante.

Il CPVI ha mostrato di avere una buona coerenza interna nella popolazione clinica sia per la scala successo che per quella di discrepanza, raggiungendo valori di alpha pari a .82 (McCracken & Yang, 2006). Anche sul versante della validità di costruito lo strumento appare solido. In accordo, infatti, con la prospettiva ACT, sia la scala di successo che quella di discrepanza si associano non solo a maggiori livelli di accettazione del dolore (McCracken & Yang, 2006), ma anche all'evitamento esperienziale e al grado di accettazione generale; inoltre, la scala successo correla con il livello di mindfulness disposizionale (McCracken & Velleman, 2010). Sul piano della validità predittiva le due scale hanno mostrato di essere predittori significativi di alcune variabili di funzionamento come la disabilità psicologica, la depressione e l'ansia rispetto al dolore (McCracken & Yang, 2006).

Date le buone proprietà psicometriche manifestate per il campione clinico, nel 2008 McCracken e Yang hanno modificato il CPVI in modo da poter essere utilizzato con la popolazione generale. Eliminando i riferimenti al dolore cronico, ma mantenendo la struttura originale, gli autori hanno costruito il *Brief Values Inventory* (BVI; McCracken & Yang, 2008), che si compone di due sezioni, ciascuna formata da sei item. La prima valuta l'importanza di sei domini di valore (*Famiglia; Relazioni intime; Amicizie; Lavoro; Salute; Crescita e apprendimento*), la seconda il successo percepito nel vivere secondo i valori individuati. Similmente al CPVI, lo strumento permette di valutare sia il successo percepito nei valori sia la discrepanza tra importanza e successo. I due punteggi sono calcolati come media dei sei item della scala successo e come media delle differenze tra importanza e successo in ciascun valore.

Per la scala di successo sono state osservate correlazioni positive con la salute generale e con il funzionamento sociale ed emotivo, e negative con i livelli di stress (McCracken & Yang, 2008). Nel complesso, il BVI ha mostrato una buona validità predittiva; tenendo, infatti, sotto controllo il grado di accettazione e di mindfulness, il punteggio di successo risulta spiegare una porzione di varianza aggiuntiva di variabili come la salute generale, la vitalità e il funzionamento emotivo (McCracken & Yang, 2008).

1.1. Obiettivi e Ipotesi

Vista la necessità di disporre di strumenti adeguati per la rilevazione dei processi psicologici coinvolti nel modello della flessibilità psicologica, una prima fase dello studio (Studio 2a) è stata indirizzata ad una validazione preliminare del CPVI su un campione di persone con dolore cronico. In particolare, oltre all'attendibilità, sarà valutata la validità di costrutto, ipotizzando che le scale del CPVI correlino con alcune variabili connesse concettualmente al successo nei valori.

Successivamente (Studio 2b), si è proceduto alla validazione italiana del BVI, con un campione estratto dalla popolazione generale. Sul piano della validità di costrutto, è stata considerata l'associazione tra le scale del BVI e variabili concettualmente legate al successo nei valori; la validità convergente è stata analizzata tramite l'associazione tra il BVI e il successo nei valori misurato attraverso un altro degli strumenti disponibili in letteratura, ipotizzando che le due misure correlino tra loro positivamente. Dal momento che il successo nei valori è stato visto contribuire al grado di qualità della vita e che questa è influenzata dal livello di salute, la validità discriminante è stata verificata considerando la correlazione tra il BVI e il livello di salute fisica, ipotizzando l'assenza di relazioni significative; infine, la validità predittiva è stata valutata rispetto a variabili di funzionamento psicologico, ipotizzando che il successo nei valori risulti un predittore significativo di tali variabili anche quando sia controllato il contributo esplicativo della mindfulness.

Studio 2a: Per una versione italiana del Chronic Pain Valued Inventory (CPVI)

2. Metodo

2.1. Partecipanti

Questo studio preliminare è stato condotto su un campione di 53 partecipanti (41.5% donne; 58.5% uomini) affetti da dolore cronico da almeno 6 mesi.

L'età media del campione è di 48.7 anni ($DS = 15.3$). La maggioranza (47.2%) dichiara di aver terminato le scuole superiori, il 35.8% le scuole medie inferiori, mentre il 9.4% ha terminato le scuole elementari; i restanti hanno una laurea triennale o magistrale. La totalità dei partecipanti riporta di soffrire di dolore cronico.

2.2. Strumenti

Ai partecipanti è stata somministrata la versione italiana del CPVI volta a misurare in persone con dolore cronico sia il successo percepito nel vivere secondo i valori personali, sia il grado di discrepanza tra importanza attribuita ai valori e successo nel vivere in linea con essi. Lo strumento si compone di due sezioni ciascuna composta dai medesimi 6 item. La prima parte valuta il grado di importanza attribuita ai domini valoriali presentati, mentre la seconda il grado di successo percepito nel seguirli. La modalità di risposta è su scala Likert a 6 punti (0 = per nulla importante/nessun successo; 5 = estremamente importante/massimo successo). Sono state, inoltre, somministrate una serie di scale volte a rilevare le seguenti variabili d'interesse.

Percezione di scopo nella vita. La sottoscala "Scopo nella vita" della versione italiana a 18 item (Sirigatti et al., 2009) della *Ryff's Psychological Well-Being Scale* (RPWB; Ryff, 1989) è stata utilizzato per misurare la percezione di direzionalità e significato che i partecipanti attribuiscono alla propria vita. In particolare, la sottoscala è composta da 3 item (ad es.: "*Non ho una buona percezione di quello che sto cercando di fare nella vita*") con formato di risposta di tipo Likert a 6 punti (1 = del tutto in disaccordo; 6 = del tutto d'accordo). Punteggi elevati riflettono una maggiore consapevolezza ed elaborazione di mete e senso della direzione della propria vita. L'alpha di Cronbach per il presente studio è di .66.

Flessibilità psicologica. La versione italiana (Lijoi et al., 2014) della *Psychological Inflexibility in Pain Scale* (PIPS; Wicksell, Renöfält, Olsson, Bond, & Melin, 2008) è stata

utilizzata per misurare il livello di flessibilità psicologica. Questo strumento è stato sviluppato specificatamente per pazienti affetti da dolore cronico e si compone di 16 item (ad es.: “*Ho bisogno di capire cosa c’è di sbagliato per andare avanti*”). Il formato di risposta è di tipo Likert a 7 punti (1 = mai vero; 7 = sempre vero). Punteggi elevati esprimono maggior grado di flessibilità psicologica. Nel presente studio l’alpha di Cronbach è di .87.

Benessere psicologico. Al fine di valutare il grado di benessere psicologico nel campione è stato utilizzato il punteggio globale della versione italiana a 18 item (Sirigatti et al., 2009) della *Ryff’s Psychological Well-Being Scale* (RPWB; Ryff, 1989), precedentemente descritta per lo Studio 1 (pag. 29). L’alpha di Cronbach nel presente studio è di .85.

Mindfulness. La versione italiana (Rabitti, Miselli, & Moderato, 2013) della *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown & Ryan, 2003) è stata utilizzata per valutare il livello di mindfulness disposizionale del campione. Lo strumento si compone di 15 item (ad es.: “*Tendo a non notare le emozioni, la tensione fisica, o il disagio finché non catturano davvero la mia attenzione*”). Il formato di risposta è su scala Likert a 6 punti (1 = Quasi sempre; 6 = Quasi mai). Punteggi più alti riflettono maggior livello di mindfulness. L’alpha di Cronbach per il presente studio è di .84.

2.3. Procedura

Le procedure di adattamento dello strumento seguite sono state quelle indicate da Brislin (1986). In una prima fase la versione inglese del CPVI è stata tradotta in lingua italiana da un traduttore fluente in entrambe le lingue. In un secondo momento, tale versione è stata sottoposta a *back-translation*. Le due versioni sono state valutate indipendentemente da tre giudici fluenti nella lingua inglese. Le discrepanze sono state risolte e nuovamente sottoposte a traduzione.

Il reclutamento dei partecipanti è avvenuto durante l’orario ambulatoriale presso un centro di terapia del dolore toscano, su base opportunistica, utilizzando come unici criteri di esclusione la minore età e la mancanza di consenso informato. Ai partecipanti è stato sottoposto un questionario presentato come una raccolta di opinioni e abitudini relative al dolore che è stato compilato in maniera anonima. La partecipazione alla ricerca è stata volontaria e non sono stati offerti incentivi; è stato garantito l’anonimato richiedendo il consenso al trattamento dei dati nel pieno rispetto della legge sulla privacy (D. Lgs 196/03). Al termine del questionario ogni partecipante ha ricevuto un breve *debriefing*. Le procedure

seguite sono state sviluppate in accordo con le linee guida fornite dall'*American Psychological Association*.

2.4. Analisi dei dati

Come primo passo è stato valutato l'ammontare dei *missing* all'interno del *dataset*. Dal momento che è stata rilevata l'assenza di tali valori, si è proceduto con alcune analisi preliminari con lo scopo di confermare la non violazione delle assunzioni di normalità univariata.

Sono state calcolate le statistiche descrittive per le variabili di interesse. Inoltre, al fine di stimare l'attendibilità delle scale successo e discrepanza, è stata calcolata l'alpha di Cronbach, considerando valori uguali o superiori a .60 come valori di coerenza interna accettabile.

La validità di costrutto dello strumento è stata valutata attraverso analisi delle correlazioni tra le due scale del CPVI, la scala scopo nella vita del RPWB e il punteggio di flessibilità psicologica (PIPS). È stata, inoltre, considerata l'associazione dei punteggi alle due scale con il benessere psicologico complessivo (RPWB) e con il livello di mindfulness (MAAS).

Tutte le analisi sono state condotte usando i software IBM SPSS 22 e AMOS 22.

3. Risultati

Le analisi preliminari volte a valutare la normalità della distribuzione delle variabili di interesse evidenziano come questa sia rispettata per tutti i punteggi.

Sul piano descrittivo, sono valutati come domini più importanti la famiglia ($M = 4.47$; $DS = 1.08$), le relazioni intime ($M = 4.43$; $DS = 1.03$) e la salute ($M = 4.38$; $DS = 0.86$), seguite dal lavoro ($M = 4.30$; $DS = 1.03$), l'amicizia ($M = 4.09$; $DS = 0.98$) e la crescita personale ($M = 4.00$; $DS = 1.18$). In Tabella 2.1 sono mostrate le statistiche descrittive delle variabili d'interesse.

La coerenza interna delle scale successo ($\alpha = .74$) e discrepanza ($\alpha = .74$) si attesta a livelli accettabili. Per entrambe le scale le correlazioni item-totale sono superiori a .30 e la media delle correlazioni inter-elemento risulta .32.

Tabella 2.1

Statistiche descrittive delle variabili di interesse

	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Asimmetria (ES)</i>	<i>Curtosi (ES)</i>
Successo nei valori (CPVI)	3.43	.88	1.50	5.00	-.39 (.33)	-.70 (.64)
Discrepanza nei valori (CPVI)	.84	.87	-.33	3.17	.77 (.33)	-.03 (.64)
Scopo nella vita (RPWB)	4.60	1.15	2.00	6.00	-.49 (.33)	-.75 (.64)
Flessibilità (PIPS)	4.10	1.13	1.25	6.62	.06 (.33)	-.09 (.64)
Benessere psicologico (RPWB)	4.45	.77	2.72	5.67	-.38 (.33)	-.88 (.64)
Mindfulness (FFMQ)	4.47	.82	2.33	6.00	-.40 (.33)	-.26 (.64)

Per quanto riguarda la validità di costrutto emerge come il successo nel vivere secondo i valori correla positivamente con la percezione di avere uno scopo nella vita ($r = .44, p < .01$), ma non correla con la flessibilità psicologica ($r = .05, p = .73$). Diversamente da quanto atteso, la scala discrepanza non sembra associarsi in modo significativo con nessuna delle due variabili (Scopo nella vita: $r = -.09, p = .52$; Flessibilità psicologica: $r = -.04, p = .76$).

Per valutare ulteriormente la validità di costrutto sono state analizzate le correlazioni tra le due scale del CPVI, benessere psicologico e mindfulness. Come atteso, e in linea con la letteratura (McCracken & Velleman, 2010), la scala successo correla positivamente ($r = .62, p < .01$) sia con il benessere, sia con i livelli di mindfulness ($r = .35, p < .01$). Al contrario, la scala di discrepanza non manifesta correlazioni con nessuna delle due variabili (Benessere psicologico: $r = -.22, p = .12$; Mindfulness: $r = -.17, p = .23$).

Studio 2b: Per una versione italiana del Brief Values Inventory (BVI)

4. Metodo

4.1. Partecipanti

Il campione dello studio si compone di 158 partecipanti, di cui 63.9% donne ($n = 101$) e 36.1% uomini ($n = 57$) con un'età media di 27.93 ($DS = 11.8$). La maggioranza ha completato le scuole medie superiori (76.6%), il 15.8% ha un titolo di laurea triennale o magistrale, i restanti hanno completato le scuole medie inferiori. La maggior parte dei partecipanti (80.4%) dichiara di non essere coniugata.

4.2. Strumenti

Ai partecipanti è stata somministrata la versione italiana del BVI volta a misurare nella popolazione generale sia il successo percepito nel vivere secondo i valori personali, sia il grado di discrepanza tra importanza attribuita ai valori e successo nel vivere in linea con essi. La modalità di risposta è su scala Likert a 6 punti (0 = per nulla importante/nessun successo; 5 = estremamente importante/massimo successo).

Sono state, inoltre, somministrate una serie di scale volte a rilevare le seguenti variabili d'interesse.

Flessibilità psicologica. È stata impiegata una versione italiana (Pennato, Berrocal, Bernini, & Rivas, 2013) dell'*Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II; Bond et al., 2011), che si compone di 7 item (ad es.: “Le emozioni sono causa di problemi nella mia vita”) su scala Likert a 7 punti (1 = mai vero; 7 = sempre vero). Alti punteggi riflettono maggior flessibilità psicologica. In questo studio l'attendibilità, misurata attraverso l'alpha di Cronbach, è pari a .83.

Percezione di scopo nella vita. Per misurare la percezione di direzionalità e di significato che i partecipanti attribuiscono alla propria vita è stata utilizzata la sottoscala “Scopo nella vita” della versione italiana a 18 item (Sirigatti et al., 2009) della *Ryff's Psychological Well-Being Scale* (RPWB; Ryff, 1989), già descritta nel precedente Studio 2a (pag. 40). L'alpha di Cronbach per il presente studio è di .68.

Successo nei valori. È stata utilizzata la versione italiana (Miselli, Presti, Rabitti & Moderato, 2009) del *Valued Living Questionnaire* (VLQ; Wilson & Murrell, 2004; Wilson et al., 2010). Lo strumento si divide in due sezioni; la prima chiede di valutare, su scala Likert a 10 punti, l'importanza attribuita a 10 domini di valore – quali ad esempio le relazioni familiari, la salute e il lavoro – mentre la seconda valuta, attraverso la stessa modalità di risposta, quanto la persona sia riuscita ad agire in linea con i propri valori (“coerenza”) durante l'ultima settimana. Le risposte fornite alle due sezioni “importanza” e “coerenza” possono essere utilizzate per calcolare, attraverso il loro prodotto, un punteggio composto, che consente di quantificare in che misura nella vita quotidiana una persona si comporti in linea con i valori che ritiene importanti. A punteggi più alti corrisponde maggiore capacità di vivere secondo i propri valori. Nel presente studio sono stati utilizzati il punteggio di coerenza e quello composto che hanno mostrato buona attendibilità (rispettivamente: alpha .79 e .83).

Salute fisica. È stato utilizzato l'indice sintetico "salute fisica" della versione italiana (Apolone et al., 2005) dello *Short Form 12 Health Survey* (SF-12; Ware, Kosinski, & Keller, 1996), calcolato in base alle risposte a sei item (ad es.: "*Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della Sua salute fisica?*"). Punteggi elevati esprimono maggior livello di vitalità e minor grado di disabilità dovuti alla salute fisica. Nel presente studio l'alpha di Cronbach è pari a .66.

Benessere psicologico. È stato utilizzato il punteggio globale della versione italiana a 18 item (Sirigatti et al., 2009) della *Ryff's Psychological Well-Being Scale* (RPWB; Ryff, 1989), già descritta nel precedente Studio 1 (pag. 29). L'alpha di Cronbach nel presente studio è di .85.

Salute mentale. È stato utilizzato l'indice sintetico "salute mentale" della versione italiana (Apolone et al., 2005) dello *Short Form 12 Health Survey* (SF-12; Ware et al., 1996), calcolato in base alle risposte a sei item (ad es.: "*Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito calmo e sereno?*"). Punteggi elevati esprimono maggior livello di vitalità e minor grado di disabilità dovuti alla salute fisica. Nel presente studio l'alpha di Cronbach è pari a .81.

Distress emotivo. Per misurare il grado di sofferenza emotiva è stata somministrata la versione italiana (Costantini et al., 1999) dell'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983). La scala è costituita da 14 item su scala Likert a 4 punti (0 = per nulla; 3 = sempre). Punteggi più alti indicano maggior livello di distress. L'alpha per questo studio è di .83.

Mindfulness. È stata utilizzata la versione italiana (Didonna & Bosio, 2012) del *Five-Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer et al., 2006), composto da 39 item (ad es.: "*Mentre sto camminando noto intenzionalmente le sensazioni del mio corpo in movimento*") su scala Likert a 5 punti che varia da 1 (mai o quasi mai vero) a 5 (molto spesso o sempre vero). A punteggi più alti corrisponde maggior livello di mindfulness. Nel presente studio è stato utilizzato il punteggio globale della scala che ha mostrato un'alpha di Cronbach pari a .89.

4.3. Procedura

Per l'adattamento in lingua italiana sono state seguite le linee proposte da Brislin (1986). La versione inglese del BVI è stata inizialmente tradotta in lingua italiana e successivamente sottoposta a *back-translation*. La versione originale e quella retro tradotta

sono state poi valutate indipendentemente da tre giudici fluenti nella lingua inglese. Le eventuali discrepanze sono state risolte e nuovamente sottoposte a traduzione.

I partecipanti sono stati reclutati durante gli orari delle lezioni universitarie e in luoghi pubblici come sale di attesa e biblioteche. La somministrazione è avvenuta in forma individuale, sia singolarmente che in piccoli gruppi; la partecipazione alla ricerca è stata volontaria e non sono stati offerti incentivi. Prima della compilazione è stato raccolto da parte dello sperimentatore il consenso informato al trattamento dei dati nel pieno rispetto della legge sulla privacy (D. Lgs 196/03). Requisiti per la partecipazione allo studio sono stati la maggiore età e aver fornito il consenso informato. Al termine del questionario ogni partecipante ha ricevuto un breve *debriefing*. Le procedure seguite sono state sviluppate in accordo con le linee guida fornite dall'*American Psychological Association*.

4.4. Analisi dei dati

È stato, inizialmente, valutato l'ammontare dei valori *missing* all'interno del *dataset* che è risultato pari al 0.37%. Dal momento che l'MCAR test (Little, 1988) è risultato non significativo, i *missing* sono stati considerati distribuiti casualmente. Questo ha permesso di utilizzare il metodo della massimizzazione della stima per il rimpiazzo (Schlomer et al., 2010). Alcune analisi preliminari sono state condotte al fine di valutare la non violazione delle assunzioni di normalità univariata.

Al fine di saggiare la coerenza interna del BVI è stata calcolata l'alpha di Cronbach. La validità dello strumento è stata valutata analizzando le correlazioni tra i punteggi ottenuti dai partecipanti alle sottoscale successo e discrepanza e quelli riportati alle diverse scale considerate. In particolare, per la validità di costrutto è stato considerato il grado di associazione con la scala di flessibilità psicologica (AAQ-II) e la sottoscala "scopo nella vita" del RPWB; per la validità concorrente sono state valutate direzione e intensità delle associazioni con le scale coerenza e discrepanza del VLQ; per la validità discriminante è stato valutato il grado di associazione con l'indice di salute fisica del SF-12; per la validità predittiva è stato valutato il grado di associazione con il benessere psicologico (RPWB), la salute mentale del SF-12 e il distress emotivo (HADS). Sono state, inoltre condotte analisi di regressione gerarchica, considerando come variabili criterio il benessere psicologico, la salute mentale e il distress emotivo. In particolare, un primo insieme di regressioni gerarchiche è stato effettuato inserendo al primo step il livello di mindfulness (FFMQ) da tenere sotto controllo e al secondo il punteggio alla scala di successo nei valori. Un secondo

insieme di regressioni gerarchiche è stato condotto sostituendo nel secondo step al successo nei valori il punteggio di discrepanza ottenuto al BVI.

Tutte le analisi sono state condotte usando i software IBM SPSS 22 e AMOS 22.

5. Risultati

Le analisi mostrano come i punteggi delle scale successo e discrepanza del BVI si distribuiscano normalmente all'interno del campione (cfr. Tab. 2.2), con valori di asimmetria e curtosi che si attestano al di sotto dei limiti raccomandati (West et al., 1995). Anche per tutte le altre variabili di interesse l'asimmetria e la curtosi sono soddisfacenti.

La coerenza interna delle scale successo ($\alpha = 0.70$) e discrepanza ($\alpha = 0.66$) del BVI è nel complesso accettabile. Inoltre, le correlazioni item-totale per entrambe le scale risultano superiori a .30, mentre le medie delle correlazioni inter-elemento sono .29 per la scala successo e .25 per la scala discrepanza.

Tabella 2.2

Statistiche descrittive delle variabili di interesse

	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Asimmetria (ES)</i>	<i>Curtosi (ES)</i>
Successo nei valori (BVI)	3.06	.80	.33	4.50	-.51 (.19)	.13 (.38)
Discrepanza nei valori (BVI)	1.23	.74	-.33	4.33	.89 (.19)	1.52 (.38)
Flessibilità (AAQ-II)	5.00	1.25	1.00	7.00	-.56 (.19)	-.07 (.38)
Scopo nella vita (RPWB)	4.30	1.05	1.70	6.00	-.32 (.19)	-.54 (.38)
Coerenza (VLQ)	6.35	1.60	2.10	10.00	-.16 (.19)	-.08 (.38)
Composito (VLQ)	1.73	1.50	-1.50	5.90	.30 (.19)	.02 (.38)
Salute mentale (SF-12)	40.40	11.20	14.40	58.85	-.31 (.19)	-1.05 (.38)
Salute fisica (SF-12)	-4.64	6.22	-21.63	14.47	.05 (.19)	.80 (.38)
Benessere psicologico (RPWB)	4.32	.71	2.11	5.83	-.36 (.19)	-.02 (.38)
Distress emotivo (HADS)	.84	.42	.07	2.42	.62 (.19)	.85 (.38)
Mindfulness (FFMQ)	3.33	.48	1.97	4.46	-.17 (.19)	-.1 (.38)

5.1. Validità di costrutto

Per quanto concerne la validità, i risultati sembrano confermare un'accettabile validità di costrutto del BVI. Si osserva, infatti, che il successo percepito nel vivere secondo

i propri valori e la discrepanza tra importanza e successo correlano con la flessibilità psicologica e la sottoscala “scopo nella vita” della RPWB (cfr. Tab. 2.3). In particolare, emerge come il più alto grado di associazione si rilevi tra il successo percepito nei valori e la percezione di scopo nella vita, indicando come coloro che sono più allineati con i valori esperiscano un maggior senso di direzionalità e significato nella vita.

Tabella 2.3

Correlazioni tra BVI e costrutti affini

	<i>Scopo nella vita</i>	<i>Flessibilità</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
BVI - Successo	.44**	.41**	3.06	.80	.33	4.5
BVI - Discrepanza	-.26**	-.26**	1.23	.74	-.33	4.33

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

5.2. Validità concorrente e discriminante

Riguardo alla validità concorrente, questa sembra essere confermata. I risultati, infatti, mostrano come i punteggi alle due scale del BVI si associno in maniera significativa a quelli delle scale del VLQ (cfr. Tab. 2.4).

Al contrario, nessuna delle due scale del BVI manifesta correlazioni con la salute fisica, esito che depone a favore della validità discriminante dello strumento.

Tabella 2.4

Correlazioni tra BVI, VLQ e Salute fisica

	<i>VLQ - Coerenza</i>	<i>VLQ - Composito</i>	<i>Salute fisica (SF-12)</i>
BVI - Successo	.58**	.62**	-.05
BVI - Discrepanza	-.41**	-.41**	.05

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

5.3. Validità predittiva

Al fine di valutare la validità predittiva sono state condotte una serie di analisi di correlazione tra le due scale del BVI e il benessere psicologico, la salute mentale e il distress

emotivo. I risultati mostrano correlazioni significative e con direzioni in linea con quanto previsto.

In particolare, il punteggio alla scala successo è associato positivamente con il benessere psicologico ($r = .50, p < .01$) e la salute mentale ($r = .42, p < .01$), ma negativamente con il distress emotivo ($r = -.36, p < .01$). Al contrario, il punteggio di discrepanza manifesta correlazioni negative con il benessere ($r = -.28, p < .01$) e la salute mentale ($r = -.31, p < .01$) e positive con il distress emotivo ($r = .24, p < .01$).

Al fine di verificare l'ipotesi secondo cui mettere in atto azioni in linea con i propri valori contribuisca al funzionamento psicologico, sono state condotte una serie di analisi di regressione tenendo sotto controllo il livello di mindfulness. Nelle Tabelle 2.5 e 2.6 sono riportati i risultati delle analisi di regressione in cui sono stati inclusi tra i predittori rispettivamente il successo nei valori e il punteggio alla scala di discrepanza.

Tabella 2.5

Analisi di regressione gerarchica delle variabili di funzionamento rispetto alle Abilità di mindfulness e Successo nei valori

Predittori	β	R^2_{Adj}	ΔR^2	F
Benessere psicologico				
1. Mindfulness	.59***	.35***		84.10
2. Mindfulness	.50***			
Successo	.37***	.47***	.13***	70.65
Salute mentale				
1. Mindfulness	.40***	.15***		29.62
2. Mindfulness	.31***			
Successo	.34***	.26***	.11***	28.12
Distress emotivo				
1. Mindfulness	-.55***	.30***		68.43
2. Mindfulness	-.49***			
Successo	-.23**	.35***	.05**	43.00

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

I risultati mostrano come, in entrambi i gruppi di analisi, le scale del BVI spieghino una percentuale di varianza ulteriore rispetto al contributo offerto dalla mindfulness. L'inserimento del successo percepito al secondo step incrementa del 13% la varianza spiegata nel prevedere il benessere psicologico e dell'11% nel prevedere la salute mentale.

Per queste due variabili criterio la scala di discrepanza risulta aggiungere solo una piccola, seppur significativa, percentuale di varianza spiegata, che si attesta al di sotto del 10%.

Il distress emotivo appare la variabile meno spiegata dall'introduzione nelle analisi delle scale successo e discrepanza, che offrono un contributo di spiegazione rispettivamente del 5% e del 3%.

Tabella 2.6

Analisi di regressione gerarchica delle variabili di funzionamento rispetto alle Abilità di mindfulness e Discrepanza nei valori

Predittori	β	R^2 Adj	ΔR^2	F
Benessere psicologico				
1. Mindfulness	.59***	.34***		84.10
2. Mindfulness	.56***			
Discrepanza	-.20**	.38**	.04**	49.24
Salute mentale				
1. Mindfulness	.40***	.15***		29.62
2. Mindfulness	.36***			
Discrepanza	-.26***	.22***	.07***	22.62
Distress emotivo				
1. Mindfulness	-.55***	.30***		68.43
2. Mindfulness	-.53***			
Discrepanza	.17*	.33*	.03**	38.75

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Nel complesso, si può notare come i coefficienti di regressione abbiano direzioni in linea con quanto atteso. Il successo nei valori sembra predire positivamente sia il benessere psicologico sia la salute mentale, e negativamente il distress emotivo. Al contrario, la discrepanza nei valori appare predire positivamente il distress, ma negativamente il benessere e la salute mentale.

6. Discussione

Data la carenza di strumenti per la valutazione dei valori all'interno della prospettiva ACT, il presente studio si proponeva di validare in via preliminare le versioni italiane del CPVI (McCracken & Yang, 2006) e del BVI (McCracken & Yang, 2008).

La coerenza interna dei due strumenti è risultata accettabile, attestandosi su valori leggermente più alti per il CPVI rispetto al BVI. Questo esito è parzialmente in linea con quanto ottenuto per il CPVI da McCracken e Yang (2006) che, su un campione di pazienti con dolore cronico, avevano rilevato alti livelli di coerenza interna ($\alpha = .82$) per entrambe le scale.

Circa il motivo dei diversi valori di coerenza rilevati tra i due strumenti nel presente studio, si può ipotizzare che nel campione clinico la variabilità delle risposte sia stata ridotta dalla condizione di malattia. Da quanto emerso, e in linea con la letteratura (McCracken e Yang, 2006), sembra che il dolore cronico possa aumentare l'importanza di alcuni domini come la famiglia, le relazioni intime e la salute, favorendo quindi la coerenza interna del CPVI rispetto a quella del BVI.

È tuttavia da considerare che su campioni di popolazione generale – come è stato notato da Wilson e colleghi (2010) – la rilevanza della coerenza interna tra domini valoriali differenti è dubbia: assegnare un determinato livello di successo ad un dominio non necessariamente comporta che ad un altro venga attribuito un grado di successo simile. Questa riflessione può essere utile per rendere conto della non elevata coerenza del BVI. Ulteriori approfondimenti delle caratteristiche psicometriche dello strumento si rendono quindi necessari, valutando, ad esempio, l'attendibilità test-retest della misura.

Per quanto concerne la validità di costrutto, emerge come, in entrambi i campioni, le persone che esperiscono maggior successo nel vivere secondo i propri valori risultano percepire maggior direzionalità e scopo nella propria vita. Tale esito conferma la validità di costrutto sia del CPVI che del BVI ed è in linea con ricerche precedenti (Plumb et al., 2009; Shin & Steger, 2014), secondo le quali interventi che promuovono comportamenti coerenti con i propri valori contribuiscono ad incrementare il senso di significato dell'esistenza.

In entrambi gli studi è stato considerato il grado di associazione tra il successo nei valori, la discrepanza nei valori e la flessibilità psicologica (Hayes et al., 1999, 2006). Per quanto tali associazioni siano emerse per il BVI, in pazienti con dolore cronico non si è rilevata nessuna correlazione significativa né tra la scala successo del CPVI e la flessibilità psicologica, né tra questa e la scala discrepanza del CPVI. Una possibile spiegazione di tale esito può essere rintracciata nell'utilizzo della PIPS (Wicksell et al., 2008) per misurare la flessibilità psicologica in pazienti con dolore cronico. Secondo alcuni autori (McCracken & Velleman, 2010) questo strumento valuta solo alcuni dei processi che producono la flessibilità, non riuscendo a cogliere la complessità del costrutto. In particolare, il PIPS

misurerebbe il livello di evitamento esperienziale e di fusione cognitiva, che all'interno del modello sono ritenuti tra i processi meno legati ai valori (Hayes et al., 2006).

In linea con quanto rilevato da McCracken e Velleman (2010), la validità di costrutto del CPVI sembra essere confermata dal grado di associazione che la scala successo manifesta con il benessere psicologico e i livelli di mindfulness; tuttavia queste associazioni non risultano significative quando si consideri la scala discrepanza del CPVI. Una possibile spiegazione è che il ridotto numero di soggetti e il processo di pesatura da cui origina la scala riducano la variabilità delle risposte, comportando una perdita di significatività nelle associazioni altrimenti rilevate per la scala successo. A favore di questa ipotesi concorrono i risultati del secondo studio condotto su popolazione generale, in cui il maggior numero di partecipanti e la natura non selettiva del campione permette maggiore variabilità di risposte della scala discrepanza. Nel complesso e data la natura preliminare dei due studi, la validità di costrutto sia del CPVI che del BVI risulta soddisfacente.

La validità concorrente del BVI risulta adeguata. Vi è una sostanziale comunanza di risultati tra il BVI e uno strumento come il VLQ (Wilson et al., 2010). Sebbene le due misure abbiano strutture simili e il VLQ manifesti una coerenza interna superiore, imputabile probabilmente al maggior numero di item, il BVI sembra sopperire ad alcuni limiti del VLQ. Ad esempio, nel VLQ viene chiesto di riferirsi ai valori, ma non è esplicitato cosa si intenda con questo termine, mentre il BVI spiega che cosa siano e ne propone alcuni esempi. Il VLQ, inoltre, presenta i domini valoriali attraverso brevi etichette (ad es.: Lavoro; Spiritualità) che possono risultare confuse, mentre il BVI offre una sintetica descrizione di ciascun dominio corredandolo di esempi e chiarendone così il significato. Questi accorgimenti rendono le consegne del BVI più chiare e ne aumentano la validità di facciata rispetto al VLQ.

Come previsto dalle ipotesi, non si rileva un'associazione tra il successo nei valori al BVI e la salute fisica, deponendo a favore della validità discriminante dello strumento.

L'associazione tra successo nei valori misurato con il BVI e alcune variabili di funzionamento è stata confermata, mettendo in luce una relazione diretta tra successo, benessere psicologico e salute mentale, e inversa con il distress emotivo.

I benefici di vivere una vita in linea con i valori personali sembrano essere sottolineati anche dai risultati, ottenuti nella popolazione generale, delle analisi di regressione gerarchica. È interessante notare come sia il successo che il livello di discrepanza misurati con il BVI, risultino predittori significativi del benessere psicologico, della salute mentale e del distress emotivo anche quando sia tenuto conto del livello di mindfulness. Il controllo di

tale variabile è risultato importante dal momento che la letteratura identifica in esso un predittore significativo delle variabili di funzionamento considerate (Baer et al., 2008).

In particolare, nel caso della scala di successo si è osservato un incremento di varianza spiegata rispetto alle abilità di mindfulness per il benessere psicologico; tale evidenza non solo concorda con precedenti ricerche (Williams, Ciarrochi, & Heaven, 2015), ma si allinea con una visione eudemonica del benessere psicologico (Ryff, 1989). Secondo tale prospettiva, infatti, una componente essenziale del benessere consiste nella capacità di attribuire un significato alla propria vita, attraverso la messa in atto di comportamenti coerenti con i valori personali (Shin & Steger, 2014). Anche per quanto attiene alla salute mentale e al distress emotivo, si è osservato come la scala successo sia capace di spiegarne una porzione di varianza aggiuntiva rispetto alla mindfulness, in accordo con quanto già rilevato da McCracken e Yang (2008) rispetto al funzionamento emotivo e alla salute generale.

La scala di discrepanza ha messo in luce una discreta capacità predittiva delle variabili considerate benché l'entità dei coefficienti, così come la proporzione di varianza spiegata, risultino inferiori a quelle evidenziate per la scala successo. Una possibile spiegazione del diverso contributo fornito dalle due scale potrebbe essere che il processo di pesatura della scala successo, attraverso l'importanza attribuita ai domini, determini una diminuzione della variabilità producendo una minor capacità predittiva. Nel complesso i dati sembrano confermare la validità predittiva del BVI, sostenendo l'ipotesi secondo cui vivere in linea con i valori contribuirebbe ad un miglior funzionamento psicosociale.

I risultati ottenuti sembrano quindi confermare, seppur in via preliminare, la bontà degli adattamenti italiani del CPVI e del BVI. D'altra parte, alcuni limiti sono da tenere in considerazione. In primo luogo la ridotta dimensione campionaria di entrambi gli studi permette solo limitatamente una generalizzazione dei risultati. È possibile, infatti, che i campioni considerati non colgano in modo adeguato la variabilità delle popolazioni da cui sono stati estratti. Futuri studi potranno estendere i presenti risultati non solo a campioni più ampi, ma anche maggiormente bilanciati rispetto al genere. Inoltre, una verifica della validità test-retest sarebbe stata maggiormente utile per valutare l'attendibilità dei due strumenti. Infine, data la natura correlazionale dei due studi, le relazioni ipotizzate sono da considerarsi di carattere associativo e non causale.

STUDIO 3

Valutare la capacità di azione impegnata: Per una versione italiana del Committed Action Questionnaire-8 (CAQ-8)

1. Introduzione

La prospettiva ACT pone al centro del suo modello d'intervento lo sviluppo della flessibilità psicologica intesa come capacità di agire in linea con i valori personali, anche in presenza di pensieri o emozioni spiacevoli e nella consapevolezza dei limiti e delle opportunità imposte dal contesto (Hayes et al., 2013). Un aspetto fondamentale della flessibilità è, dunque, l'individuazione dei valori personali e la messa in atto comportamenti coerenti con essi (Hayes et al., 2006). Come illustrato in precedenza (pag. 16), l'ACT pone particolare attenzione all'ambiente in cui le azioni e le scelte personali vengono fatte. I limiti imposti dal contesto devono essere considerati e l'azione guidata dai valori continuamente calibrata su di essi. L'abilità di perseguire un corso di azione o interromperlo sulla base delle condizioni esterne (ad es.: limiti oggettivi dell'ambiente) o interne alla persona (ad es.: cambiamento nei valori) è stata denominata capacità di azione impegnata (Hayes et al., 2006, 2012).

Tra i vari strumenti sviluppati per misurare i processi del modello ACT, solo il *Committed Action Questionnaire* (CAQ; McCracken, 2013) è stato costruito per valutare la capacità di azione impegnata. Partendo da un insieme di 24 item l'autore è arrivato a comporre un questionario di 18 item suddivisi in due sottoscale: aspetti positivi (ad es.: *“Quando un obiettivo è difficile da raggiungere, sono in grado di fare piccoli passi per raggiungerlo”*) e aspetti negativi (ad es.: *“Se mi sento stressato e scoraggiato, vengo meno agli impegni presi”*) dell'azione impegnata. Il CAQ, limitatamente a pazienti affetti da dolore cronico, ha mostrato buone caratteristiche di attendibilità e validità (McCracken, 2013). Successivamente allo sviluppo del CAQ, McCracken, Chicot e Norton (2015) ne hanno proposto una seconda versione in cui, pur mantenendo una struttura a due fattori, gli item sono stati ridotti a 8 (CAQ-8; McCracken et al., 2015). Nella popolazione di pazienti con dolore cronico il CAQ-8 ha manifestato delle discrete proprietà psicometriche, mostrando una buona coerenza interna sia per il punteggio globale ($\alpha = .87$) sia per le sottoscale (aspetti positivi: $\alpha = .87$; aspetti negativi = $.80$) e una buona validità di costruito. In linea con la prospettiva ACT, la capacità di azione impegnata ha mostrato di

associarsi a minori livelli di depressione e ad un miglior funzionamento sociale, a maggiore salute mentale e a migliore salute generale (McCracken, 2013; McCracken et al., 2015). Da notare come gli item che compongono il CAQ-8 non contengono nessun riferimento al dolore cronico o alla condizione di malattia (ad es.: *“Riesco a portare avanti progetti a lungo termine, anche quando i progressi sono lenti”*) rendendo lo strumento facilmente sottoponibile anche a popolazioni diverse da quella originaria. Ad oggi, per quanto conosciuto, il CAQ-8 è stato sottoposto a tre adattamenti in lingue diverse dall’inglese, mostrando di mantenere delle buone caratteristiche di validità e affidabilità con un alpha di Cronbach per l’intero strumento che si attesta a .75 per la versione cinese, a .83 della versione francese e a .84 per quella svedese (Åkerblom, Perrin, Fischer, & McCracken, 2016; Gagnon, Dionne, Martel, & McCracken, 2015; Wong et al., 2015). Da sottolineare come solo l’adattamento in lingua francese sia stato condotto anche su popolazione generale.

1.1. Obiettivi e Ipotesi

Vista la scarsità di strumenti volti a misurare la capacità di azione impegnata e le buone proprietà psicometriche mostrate, il presente studio ha come obiettivo quello di produrre un adattamento italiano del CAQ-8. Lo scopo è validarne non solo la struttura a due fattori attraverso un’analisi confermativa e un confronto con la struttura fattoriale della versione estesa, ma anche le caratteristiche psicometriche di attendibilità e validità in un campione estratto dalla popolazione generale.

Per quanto riguarda la struttura fattoriale, saranno messi a confronto due modelli strutturali – a uno e a due fattori – sia per il CAQ che per il CAQ-8. È ipotizzato che la struttura a due fattori sia superiore in termini di adattamento a quella ad un fattore e che i modelli a due fattori del CAQ e del CAQ-8 non differiscano tra loro in modo significativo.

La validità concorrente sarà valutata esaminando le associazioni tra la capacità di azione impegnata con la flessibilità psicologica, la percezione di successo nel seguire i propri valori e le abilità di mindfulness. In particolare, è atteso che la capacità di azione impegnata correli positivamente con tutte e tre le variabili (Hayes et al., 1999; McCracken, 2013; McCracken & Morley, 2014). Inoltre, si ipotizza che la capacità di azione impegnata correli positivamente con alcune variabili di funzionamento psicologico come il benessere psicologico e la salute mentale, mentre negativamente con il distress emotivo.

La validità discriminante sarà valutata attraverso il grado di associazione con la salute fisica, ipotizzando che i due costrutti non riportino alcuna associazione. Infine, la validità

predittiva del CAQ-8 sarà valutata rispetto a variabili di funzionamento psicologico come la flessibilità psicologica, il benessere psicologico (McCracken & Yang, 2008), il distress emotivo (McCracken, 2013; McCracken et al., 2015; McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011; McCracken & Yang, 2006) e la salute mentale (McCracken, 2013; McCracken et al., 2015; McCracken & Yang, 2008). È ipotizzato che la capacità di azione impegnata risulti un predittore significativo di tali variabili, anche quando sia tenuto sotto controllo il contributo esplicativo della mindfulness e del successo percepito nel vivere secondo i propri valori.

2. Metodo

2.1. Partecipanti

Lo studio ha preso in esame un campione di 230 persone, delle quali il 24.8% (n = 57) maschi e il 75.2% (n = 173) femmine, con età media di 25.6 anni ($DS = 10.41$). Riguardo al livello di istruzione la maggior parte ha completato le scuole medie superiori (83%) o l'università (laurea triennale: 2.6%; laurea magistrale: 7.8%); il 4.8% ha conseguito la licenza media e l'1.7% solo la licenza elementare. La maggioranza (87%) dichiara di non essere coniugato.

2.2. Strumenti

Ai partecipanti è stato somministrato un questionario appositamente predisposto, volto a rilevare le seguenti variabili.

Capacità di azione impegnata. È stato utilizzato l'adattamento italiano del *Committed Action Questionnaire* (CAQ; McCracken, 2013). Il formato di risposta è su scala Likert a 7 punti (0 = mai vero; 6 = sempre vero) e restituisce un punteggio globale di azione impegnata. Alti punteggi riflettono maggiori livelli di azione impegnata.

Flessibilità psicologica. È stata impiegata una versione italiana (Pennato et al., 2013) dell'*Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II; Bond et al., 2011), già descritta per lo Studio 2b (pag. 44). L'attendibilità della scala, misurata attraverso l'alpha di Cronbach, in questo studio è pari a .83.

Successo nei valori. È stata utilizzata la versione italiana del *Brief Values Inventory* (BVI; McCracken & Yang, 2008), adattata nel precedente Studio 2b (pag. 43). Considerata la

maggior coerenza interna osservata per la scala successo, nel presente studio è stato utilizzato solo il relativo punteggio ($\alpha = .70$).

Abilità di mindfulness. È stata utilizzata la versione italiana (Didonna & Bosio, 2012) del *Five-Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer et al., 2006), già descritto nel precedente Studio 1 (pag. 28). Nel presente studio è stato utilizzato il punteggio complessivo; l'alpha di Cronbach è risultata pari a .88.

Salute fisica. È stata utilizzato l'indice sintetico di salute fisica della versione italiana (Apolone et al., 2005) dello *Short Form 12 Health Survey* (SF-12; Ware et al., 1996) calcolato in base alle risposte a sei item (ad es.: “*Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della Sua salute fisica?*”). A punteggi più alti corrispondono minor limitazioni dovute a problemi di salute fisica. L'alpha di Cronbach per questo studio è di .63.

Benessere psicologico. È stato utilizzato il punteggio globale della versione italiana a 18 item (Sirigatti et al., 2009) della *Ryff's Psychological Well-Being Scale* (RPWB; Ryff, 1989), già descritto nel precedente Studio 1 (pag. 29). L'alpha di Cronbach per il presente studio è di .84.

Distress emotivo. È stato utilizzato il punteggio complessivo della versione italiana (Costantini et al., 1999) dell'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983), già descritto nel precedente Studio 1 (pag. 29). L'alpha di Cronbach per questo studio è di .82.

Salute mentale. È stata utilizzato l'indice sintetico di salute mentale della versione italiana (Apolone et al., 2005) dello *Short Form 12 Health Survey* (SF-12; Ware et al., 1996) calcolato in base alle risposte a sei item (ad es.: “*Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito calmo e sereno?*”). A punteggi maggiori corrisponde maggior salute mentale. La coerenza interna, misurata attraverso l'alpha di Cronbach, per il presente studio è di .80.

2.3. Procedura

La versione originale del CAQ è stata adattata in italiano attraverso un processo di traduzione e *back-translation* così come raccomandato da Brislin (1986). La versione originale e quella retro-tradotta sono state sottoposte ad un confronto da parte di tre giudici indipendenti e fluenti nella lingua inglese. Le eventuali discrepanze sono state risolte e nuovamente sottoposte a traduzione fino ad arrivare ad una versione finale italiana. Gli item del CAQ-8 sono stati quindi estratti da questa versione.

Il reclutamento del campione è avvenuto su base opportunistica in luoghi pubblici come sale lettura, aule studio universitarie e sale d'attesa. La somministrazione è avvenuta in forma individuale, sia singolarmente che in piccolo gruppi. La partecipazione è avvenuta su base volontaria e nel rispetto dell'anonimato dei partecipanti; non sono stati offerti incentivi per la partecipazione. Requisiti per la partecipazione allo studio sono stati la maggiore età e aver fornito il consenso informato all'utilizzo dei propri dati personali nel pieno rispetto della legge sulla privacy (D. Lgs 196/03) prima di compilare il questionario. Al termine della somministrazione ogni partecipante ha ricevuto un breve *debriefing*. Le procedure seguite sono state sviluppate in accordo con le linee guida fornite dall'*American Psychological Association*.

2.4. Analisi dei dati

È stata valutata la quantità di *missing* all'interno del *dataset* che è risultata inferiore al 2%. Il *test* di Little per valutare la distribuzione casuale dei *missing* non è risultato significativo ($p = .08$), permettendo l'utilizzo del metodo di massimizzazione della stima per il rimpiazzo (Schlomer et al., 2010). Ulteriori analisi preliminari sono state condotte per valutare la normalità univariata e multivariata dei dati.

Al fine di valutare l'attendibilità del CAQ-8 sono state calcolate le alpha di Cronbach e il *Composite Reliability* (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2009) dell'intero strumento e delle sottoscale aspetti positive e negativi dell'azione impegnata. Per entrambi gli indici, valori maggiori di .70 sono stati considerati indicativi di una attendibilità accettabile.

Al fine di confermare la struttura fattoriale, sono stati calcolati due modelli fattoriali (monofattoriale e a due fattori) sia per il CAQ-8 sia per il CAQ. I coefficienti di regressione standardizzati sono stati considerati soddisfacenti qualora fossero al di sopra di .32 (Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008). La comparazione tra i quattro modelli ottenuti è stata condotta utilizzando come criterio l'adattamento di ciascuno di essi ai dati e seguendo un principio di parsimonia. L'adattamento dei modelli è stato valutato riferendosi ai seguenti indici di bontà: *Comparative Fit Index* (CFI), *Goodness-of-Fit Index* (GFI), *Non-Normed Fit Index* (NNFI). Valori tra 0.95 e 0.97 sono stati considerati accettabili, mentre valori maggiori di 0.97 buoni. Oltre a questi è stato valutato anche il *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). È stato assunto che valori inferiori a 0.05 indichino un buon adattamento e valori tra 0.05 e 0.08 accettabile. Infine è stato considerato che un valore dello *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) minore di 0.10 sia indicatore di *fit* accettabile, mentre inferiore a

0.05 di buon *fit* (Schermelleh-Engel et al., 2003). Dal momento che l'obiettivo è la comparazione dei quattro modelli, è stato considerato anche l'*Akaike Information Criterion* (AIC). In particolare, il modello con un valore dell'AIC inferiore è stato valutato come migliore rispetto agli altri.

La validità concorrente è stata valutata osservando le correlazioni tra il punteggio globale del CAQ-8 e costrutti concettualmente legati alla capacità di azione impegnata. Tali costrutti sono stati la flessibilità psicologica (AAQ-II), il successo nel vivere secondo i propri valori (BVI) e le abilità di mindfulness (FFMQ). Inoltre, sono state considerate le associazioni con alcune variabili di funzionamento psicologico come il benessere psicologico (RPWB), il distress emotivo (HADS) e la salute mentale (SF-12).

La validità discriminante è stata valutata attraverso la correlazione tra il punteggio di azione impegnata e l'indice di salute fisica (SF-12). Correlazioni tra .5 e 1 sono state considerate forti, tra .3 e .5 moderate, tra .1 e .3 deboli (Cohen, 1988).

Infine, con lo scopo di valutare la validità predittiva dello strumento sono state condotte alcune analisi di regressioni gerarchiche. Le variabili dipendenti sono state la flessibilità psicologica, il benessere psicologico, il distress emotivo e la salute mentale, riguardo alle variabili indipendenti, in un primo step sono state inserite le abilità di mindfulness e il successo percepito nel vivere secondo i valori, mentre nel secondo step la capacità di azione impegnata.

Tutte le analisi sono state eseguite con LISREL 8.80 (Jöreskog & Sörbom, 2006).

3. Risultati

Le analisi mostrano come i punteggi assunti dagli item del CAQ-8 si distribuiscano normalmente all'interno del campione (cfr. Tab. 3.1) con valori di asimmetria inferiori ad 1 e di curtosi inferiori a 7 (West et al., 1995). Il coefficiente di Mardia si attesta, tuttavia, a 5.16 (*critical ratio* = 3.09) indicando che i dati non si distribuiscono seguendo un profilo di normalità multivariata (Nimon, 2012); in conseguenza di ciò nelle analisi confermative è stato considerato il χ^2 di Satorra-Bentler (Satorra & Bentler, 1994).

Per tutte le altre variabili di interesse l'asimmetria (< 2) e la curtosi (< 7) risultano soddisfacenti.

Tabella 3.1

Statistiche descrittive degli item del CAQ (N = 230)

Item CAQ	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Asimmetria</i>	<i>ES</i>	<i>Curtosi</i>	<i>ES</i>
1	3.73	1.16	0	6	-.451	.160	.352	.320
2	4.01	1.10	0	6	-.356	.160	.232	.320
3*	3.62	1.29	0	6	-.217	.160	-.451	.320
4*	3.87	1.14	0	6	-.232	.160	-.217	.320
5	3.17	1.66	0	6	-.065	.160	-.924	.320
6*	4.16	1.26	0	6	-.365	.160	-.465	.320
7*	3.85	1.32	0	6	-.396	.160	-.264	.320
8	1.83	1.39	0	6	.545	.160	-.381	.320
9	2.41	1.33	0	6	.282	.160	-.377	.320
10*	3.01	1.35	0	6	.084	.160	-.391	.320
11	3.16	1.47	0	6	.082	.160	-.792	.320
12	3.69	1.19	0	6	-.271	.160	.278	.320
13	3.80	1.09	0	6	-.359	.160	.779	.320
14	2.25	1.48	0	6	.528	.160	-.171	.320
15	3.77	1.43	0	6	-.241	.160	-.511	.320
16*	2.51	1.58	0	6	.185	.160	-.768	.320
17*	2.36	1.58	0	6	.351	.160	-.683	.320
18*	1.97	1.41	0	6	.594	.160	.105	.320

Nota. Gli item contrassegnati con * compongono il CAQ-8.

La coerenza interna del CAQ-8 si attesta a valori di alpha di .80 per l'intero strumento, di .81 per la sottoscala aspetti positivi e di .70 per la sottoscala aspetti negativi. Il CR a sua volta indica un valore di .85 per l'intera scala, di .82 per la sottoscala aspetti positivi e di .70 per la sottoscala aspetti negativi. Tali valori sembrano confermare nel complesso una buona attendibilità dello strumento.

3.1. Struttura fattoriale

Una serie di analisi confermativa sono state condotte su entrambe le versioni del CAQ, valutando la bontà di adattamento di due diversi modelli: ad un fattore e a due fattori. I quattro modelli verificati sono presentati nelle figure seguenti (cfr. Fig. 3.1; Fig. 3.2; Fig. 3.3; Fig. 3.4).

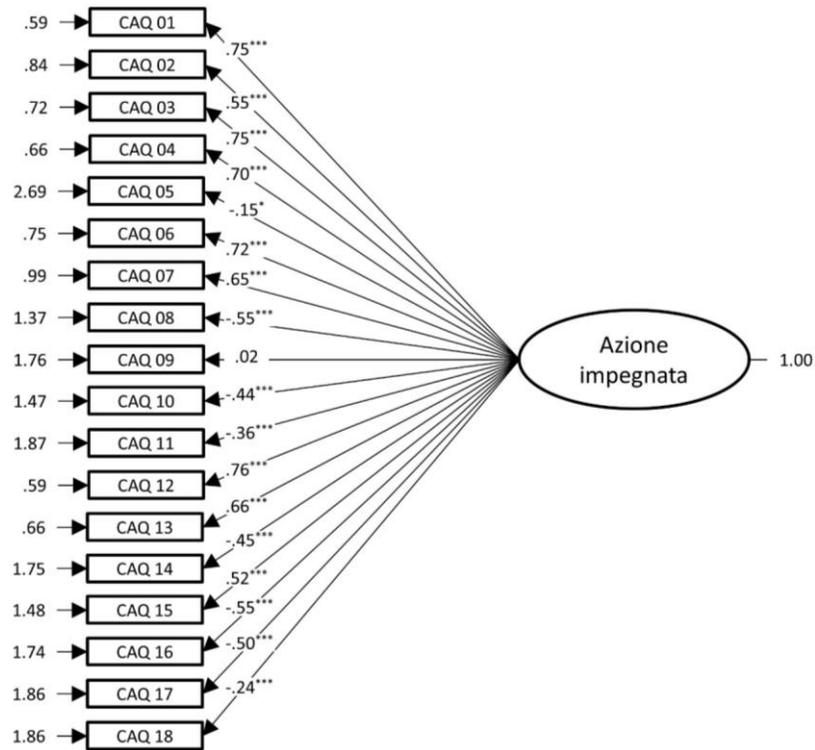


Figura 3.1. CAQ-18: Analisi fattoriale confermativa con struttura monofattoriale.

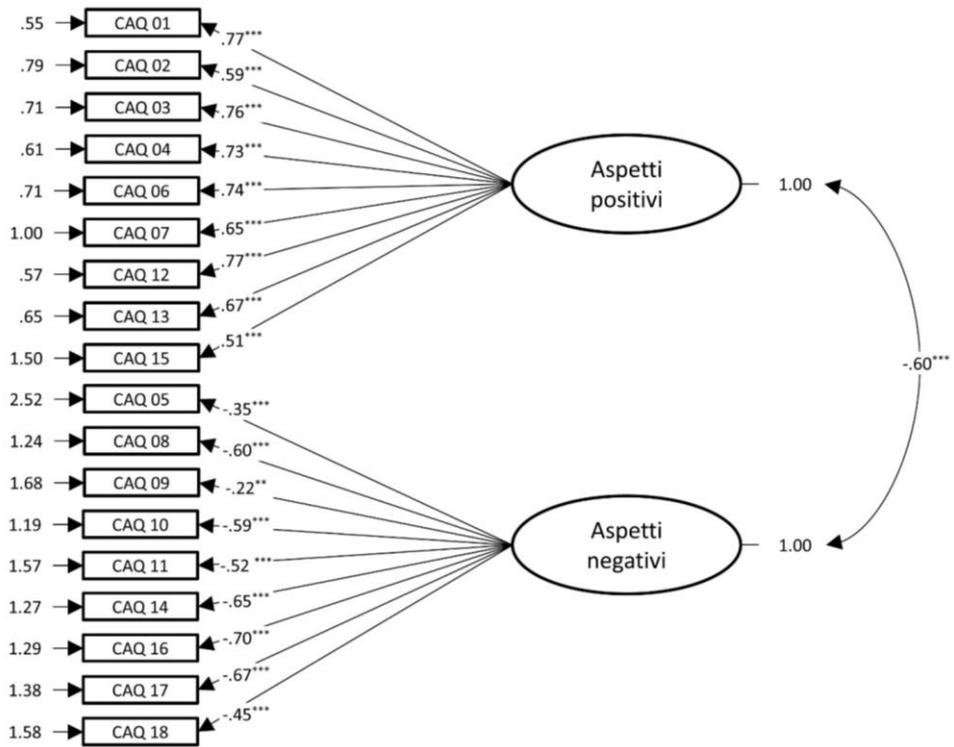


Figura 3.2. CAQ-18: Analisi fattoriale confermativa con struttura a due fattori.

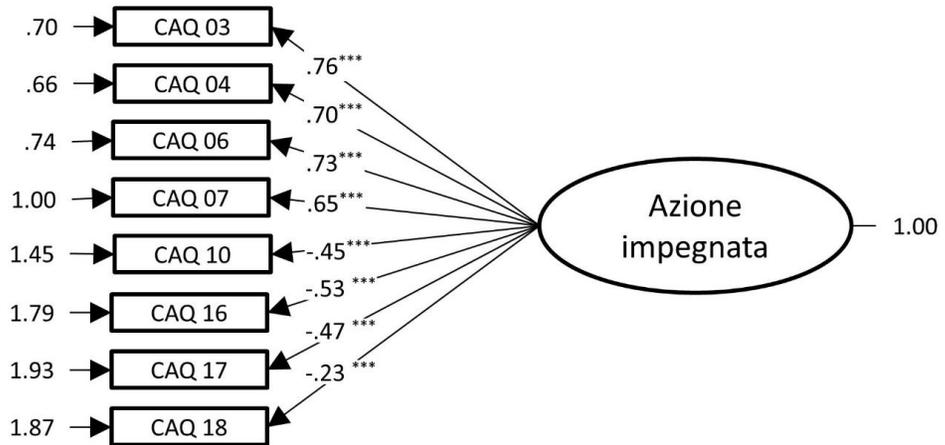


Figura 3.3. CAQ-8: Analisi fattoriale confermativa con struttura monofattoriale.

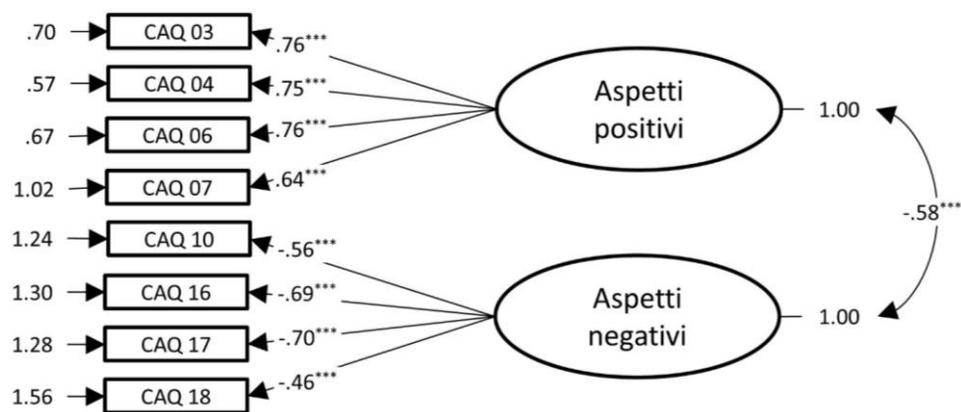


Figura 3.4. CAQ-8: Analisi fattoriale confermativa con struttura a due fattori.

Come mostrato in Tabella 3.2, entrambi i modelli calcolati per la versione a 18 item sono risultati scarsamente capaci di riprodurre i dati: gli standard raccomandati sono stati raggiunti solo da RMSEA e RMRS per il modello a due fattori, e solo da SRMR per il modello monofattoriale. Sulla base delle analisi, il CAQ-8 ha mostrato migliori indici di *fit* almeno per quanto riguarda il modello a due fattori (cfr. Tab. 3.2). Nonostante il χ^2 risulti significativo, i restanti indici di adattamento mostrano come il modello a due fattori risulti il migliore tra quelli considerati riportando, inoltre, coefficienti standardizzati soddisfacenti. Tali risultati sembrano, quindi, confermare la struttura a due fattori correlati del CAQ-8, in linea con quanto affermato nello studio originale (McCracken et al., 2015).

Tabella 3.2

Indici di adattamento dei quattro modelli considerati

	S-B χ^2	df	CFI	GFI	NNFI	AIC	RMSEA	SRMR
CAQ monofattoriale	387.7	135***	.77	.76	.74	534.3	.10	.09
CAQ due fattori	230.9	134***	.90	.89	.88	355.7	.07	.07
CAQ-8 monofattoriale	95.9	20***	.82	.87	.75	142.2	.14	.09
CAQ-8 due fattori	31.3	19*	.97	.97	.95	70.0	.06	.05

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

3.2. Validità concorrente e discriminante

Al fine di valutare la validità concorrente del CAQ-8 sono state condotte alcune correlazioni con costrutti legati all'azione impegnata. I risultati sono mostrati in Tabella 3.3. Come previsto, le correlazioni tra il punteggio al CAQ-8 e gli altri costrutti considerati sono significative e nelle direzioni attese con un intervallo di variazione da $|.02|$ a $|.63|$. In particolare, l'azione impegnata correla positivamente con la flessibilità psicologica, il successo nei valori, le abilità di mindfulness, il benessere psicologico e la salute mentale, mentre negativamente con il distress emotivo. Unica variabile che non correla significativamente con l'azione impegnata è la salute fisica, confermando la validità discriminante del CAQ-8.

Tabella 3.3

Intercorrelazioni e statistiche descrittive (N = 230)

	1	2	3	4	5	6	7	M	DS	Min	Max
1. Azione impegnata								3.7	.88	.62	5.6
2. Flessibilità psicologica	.57**							3.1	1.23	1.0	7.0
3. Successo valori	.52**	.39**						3.0	.76	.33	4.5
4. Mindfulness	.55**	.63**	.27**	-.15*				3.2	.47	1.9	4.5
5. Benessere psicologico	.63**	.68**	.50**	-.26**	.59**			4.3	.71	2.1	5.8
6. Salute mentale	.46**	.55**	.44**	-.29**	.44**	.52**		39.1	10.7	14.4	58.8
7. Distress emotivo	-.49**	-.67**	-.37**	.23**	-.52**	-.62**	-.63**	.91	.42	.07	2.4
8. Salute fisica	.02	.12	-.04	.05	.06	.09	-.18**	52.1	6.3	34.1	71.0

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

3.3. Validità predittiva

Al fine di verificare l'ipotesi secondo cui la capacità di azione impegnata contribuisca al funzionamento psicologico, sono state condotte delle analisi di regressione gerarchica tenendo sotto controllo il livello di mindfulness e il successo nel vivere secondo i propri valori. Come mostrato in Tabella 3.4, la capacità di azione impegnata si è dimostrata un predittore significativo di tutte le variabili considerate. I coefficienti di regressione per la capacità di azione impegnata variano da $|.17|$ a $|.30|$.

I risultati mostrano come la capacità di azione impegnata spieghi, per tutte le variabili di funzionamento, una percentuale di varianza ulteriore rispetto al contributo offerto dalla mindfulness e dal successo nei valori.

Tabella 3.4

Analisi di regressione gerarchica delle variabili di funzionamento rispetto alle Abilità di mindfulness, Azione impegnata e Successo nei valori

Predittori	β	R^2 Adj	ΔR^2	F
Flessibilità psicologica				
1. Mindfulness	.45***	.44***		90.70
Successo valori	.13*			
2. Azione impegnata	.26***	.48***	.04***	70.00
Benessere psicologico				
1. Mindfulness	.36***	.47***		103.00
Successo valori	.25***			0
2. Azione impegnata	.30***	.52***	.05***	83.80
Distress emotivo				
1. Mindfulness	-.37***	.32***		55.55
Successo valori	-.17**			
2. Azione impegnata	-.20**	.34**	.02**	40.50
Salute mentale				
1. Mindfulness	.27***	.30***		50.25
Successo valori	.28***			
2. Azione impegnata	.17*	.32***	.02*	35.90

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Per quanto l'incremento di varianza spiegata non sia elevato, la flessibilità psicologica e il benessere psicologico risultano le variabili maggiormente spiegate dalla capacità di azione impegnata, con un incremento rispettivamente del 4% e del 5%. Il distress emotivo e la salute mentale appaiono le variabili meno spiegate dall'introduzione della capacità di azione impegnata, che contribuisce alla loro spiegazione per il 2%.

4. Discussione

In linea con la sempre maggior necessità di strumenti di misurazione per rilevare i processi sottesi alla flessibilità psicologica, il presente studio ha avuto come scopo l'adattamento e la validazione della versione italiana del CAQ-8 (McCracken et al., 2015) su un campione estratto dalla popolazione generale.

Le analisi confermano come la versione italiana del CAQ-8 mantenga le soddisfacenti caratteristiche psicometriche della misura originale (McCracken et al., 2015) manifestando una buona coerenza interna, come indicato dai valori delle alpha di Cronbach e di *Composite Reliability* sia per l'intero strumento che per le sottoscale aspetti positivi e negativi dell'azione impegnata. Tuttavia, in accordo con McCracken e colleghi (2015), un uso separato delle due scale è sconsigliato visto l'esiguo numero di item di cui si compongono.

In linea con quanto ipotizzato, il modello a due fattori del CAQ-8 risulta quello che meglio si adatta ai dati, confermando la struttura fattoriale già rilevata da McCracken e colleghi (2015). Il χ^2 corretto per dati non normali, tuttavia, si attesta a valori significativi, indicando una differenza tra il modello teorico e quello osservato. L'attendibilità del χ^2 come statistica di bontà di adattamento è ancora dibattuta (Hooper et al., 2008); è, infatti, comune la posizione per cui su campioni numerosi, come quello del presente studio, la probabilità di ottenere χ^2 significativi sia alta (Bentler & Bonett, 1980). È possibile, quindi, che tale significatività sia da imputarsi alla numerosità del campione rendendo necessario valutare nel complesso anche gli altri indici di adattamento.

Considerando il CFI, il GFI, il NNFI, l'RMSEA e l'SRMR emerge come il modello a due fattori del CAQ-8 non solo risulti quello migliore, ma sia anche l'unico che raggiunga un livello accettabile di adattamento confermando la struttura a due fattori del CAQ-8 (McCracken et al., 2015). La bontà di questo modello è ulteriormente supportata dal valore assunto dall'AIC che risulta essere il più basso dei quattro. In contrasto con quanto atteso, il modello a due fattori per il CAQ non ha manifestato un buon adattamento ai dati. È possibile che tale esito sia da imputare alla ridotta numerosità del campione. Futuri studi potranno approfondire questo risultato ampliando la grandezza campionaria.

La validità concorrente risulta adeguata. In linea con quanto ipotizzato il CAQ-8 correla positivamente con la flessibilità psicologica, il successo nel vivere secondo i valori, le abilità di mindfulness, il benessere psicologico e la salute mentale, mentre negativamente

con il distress emotivo. In accordo con quanto rilevato da McCracken (2015) nella popolazione clinica, la forza di tali correlazioni varia da forte a moderata, confermando la rilevanza assunta dalla capacità di azione impegnata nel funzionamento psicologico (Hayes et al., 2006, 2012).

Come previsto dalle ipotesi, la validità discriminante risulta accettabile in quanto non emerge una associazione significativa tra la capacità di azione impegnata e la salute fisica.

Riguardo alla validità predittiva del CAQ-8, le ipotesi sono confermate. In linea con il modello ACT, la capacità di azione impegnata è un predittore significativo della flessibilità psicologica, del benessere psicologico, del distress emotivo e della salute mentale, anche quando siano tenuto conto della mindfulness e del successo nel vivere secondo i propri valori. Quanto emerso è in accordo con precedenti ricerche che sottolineano come la capacità di mettere in atto un comportamento guidato da valori si associ ad un miglior funzionamento psicologico (Åkerblom et al., 2016; Trompeter et al., 2013). È interessante notare come rispetto alla flessibilità, la non elevata capacità predittiva dell'azione impegnata sia comprensibile alla luce della prospettiva ACT. Le abilità di mindfulness e il successo nei valori, infatti, colgono gran parte dei processi sottesi alla flessibilità psicologica (ad es.: defusione cognitiva, contatto con il momento presente, valori) (Hayes et al., 2013) riuscendo a spiegarne il 44%. La capacità di azione impegnata, tuttavia, contribuisce a spiegarne un ulteriore 4%, portando al 48% la porzione di varianza spiegata della flessibilità psicologica. Tali risultati sono in linea con la prospettiva proposta dall'ACT, secondo cui il contatto consapevole con il momento presente sia un prerequisito necessario per individuare i valori personali e, quindi, mettere in atto comportamenti in linea con essi (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011; Wilson & Sandoz, 2008).

Nel complesso quanto rilevato supporta non solo la validità dell'adattamento italiano del CAQ-8, ma sottolinea come le varie componenti della flessibilità psicologica contribuiscano a spiegare il funzionamento psicologico normale.

Nonostante i risultati del presente studio appaiano incoraggianti, sono da tenere in considerazione alcuni limiti. Innanzitutto il campione del presente studio è costituito in maggioranza da donne e, dunque, non può essere fatta una generalizzazione dei risultati. Futuri studi potranno verificare i risultati ottenuti su campioni più bilanciati rispetto al genere. In secondo luogo l'attendibilità della misura è stata valutata esclusivamente in termini di coerenza interna. Non esistendo al momento una verifica della validità test-retest ulteriori studi sono richiesti per arrivare ad una più completa valutazione dell'adattamento.

Infine, le associazioni rilevate sono di carattere puramente correlazionale e comi tali non permettono di ipotizzare relazioni causali tra processi ACT e variabili di funzionamento. Futuri studi a carattere longitudinale potranno approfondire il contributo della capacità di azione impegnata nel determinare il funzionamento psicologico.

Nel complesso la versione italiana del CAQ-8 è risultata adeguata, rendendo disponibile uno strumento valido e attendibile per la misurazione della capacità di azione impegnata e, quindi, per l'approfondimento del ruolo di questo processo nella promozione del benessere psicologico.

STUDIO 4

Autoaffermazione e gestione del dolore cronico: Efficacia di un intervento

1. Introduzione

L'approccio cognitivo-comportamentale al trattamento del dolore cronico ha mostrato di essere tra quelli con maggior efficacia *evidence-based* (Eccleston, Morley, Williams, Yorke, & Mastroyannopoulou, 2002; Hoffman, Papas, Chatkoff, & Kerns, 2007; Keefe & Caldwell, 1997; Morley, Eccleston, & Williams, 1999; Morley et al., 1999; Weydert, Ball, & Davis, 2003), tanto da essere incluso nelle linee guida per la gestione del dolore dell'*American Chronic Pain Association* (2016). Gli interventi di tipo cognitivo-comportamentale tradizionali prendono le mosse da un modello di mantenimento del distress causato dal dolore denominato *fear-avoidance* (Fordyce, 1976). Come illustrato nell'introduzione al presente lavoro (pag. 14), questo modello teorizza che sia la valutazione cognitiva del dolore in termini catastrofici a generare la paura del dolore stesso producendo schemi di comportamento evitanti, che a loro volta favoriscono inconsapevolmente la disabilità (Vlaeyen & Linton, 2000; Vlaeyen, Kole-Snijders, Rotteveel, Ruesink, & Heuts, 1995). Il timore di aggravare la sofferenza può portare, inoltre, a una focalizzazione dell'attenzione sul dolore abbassando le soglie percettive di tolleranza. (Melzack, 2001; Rhudy, France, Bartley, McCabe, & Williams, 2009). La catastrofizzazione può essere, quindi, concettualizzata come una risposta cognitivo-affettiva al dolore, caratterizzata da mancanza di speranza, ruminazione ed esagerazione della minaccia connessa al dolore (Quartana, Campbell, & Edwards, 2009; Sullivan et al., 2001). Le credenze disfunzionali alla base della catastrofizzazione sono state classificate da DeGood e Tait (2001) in quattro categorie: eziologiche, diagnostiche, riguardanti le modalità di trattamento e i suoi risultati. Tali credenze sono state viste associarsi a maggiore disabilità e maggiori livelli di depressione (Jensen, 2011; Jensen, Turner, & Romano, 2001; Keefe et al., 2000; Turner, Jensen, & Romano, 2000). Inoltre, di una certa rilevanza sono emerse essere le credenze relative all'autoefficacia (Bandura, 1977) rispetto alla gestione del dolore (Asghari & Nicholas, 2001).

Sulla base di queste premesse, gli interventi cognitivo-comportamentali standard hanno come target primario la riduzione dei livelli di catastrofizzazione (Keefe, Brown, Wallston, & Caldwell, 1989; Martel, Thibault, Roy, Catchlove, & Sullivan, 2008; Thibault, Loisel, Durand, Catchlove, & Sullivan, 2008) e delle strategie di coping maladattive, in favore di credenze più funzionali e stili di coping maggiormente adattivi (Lazarus & Folkman, 1984; Turner, Holtzman, & Mancl, 2007).

I risultati di efficacia degli interventi cognitivo-comportamentali standard, tuttavia, hanno mostrato alcune incoerenze (Ehde, Dillworth, & Turner, 2014) aprendo la strada all'idea che l'accettazione del dolore fosse un costrutto rilevante per il miglioramento della qualità della vita dei pazienti (Kabat-Zinn, 2003; McCracken, 1998). Molti studi hanno evidenziato come, in pazienti con dolore cronico, l'accettazione si associ a minori livelli di preoccupazione, minore disabilità psicologica e fisica, migliore condizione lavorativa e relazionale, nonché a minor intensità di dolore percepito (McCracken, 1998; McCracken & Velleman, 2010; McCracken, Vowles, & Zhao-O'Brien, 2010; Vowles & McCracken, 2008).

Come presentato nell'introduzione al presente lavoro (pag. 15) pur restando all'interno del filone cognitivo-comportamentale, un approccio che si è particolarmente concentrato sull'individuazione di strategie efficaci per il miglioramento del benessere psicologico dei pazienti, includendo l'accettazione nel suo modello, è l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes et al., 1999).

Gli interventi ACT differiscono da quelli cognitivo-comportamentali tradizionali per il fatto di non focalizzarsi sulla modifica dei pensieri, delle emozioni e delle sensazioni fisiche, ma sottolineano l'importanza dell'osservazione non giudicante degli eventi interni, esortando la persona a comportarsi in modo coerente con i propri valori nonostante i limiti imposti dal dolore (Kerns, Sellinger, & Goodin, 2011; Vowles, McCracken, & Eccleston, 2007). La prospettiva ACT al dolore cronico ritiene che ciò che aggrava la situazione dei pazienti sia la lotta che l'individuo conduce per liberarsi dal dolore stesso (Dahl & Lundgren, 2005). Più la persona cercherà di liberarsi dal dolore più impiegherà energie, tempo e sforzi in un obiettivo irrealizzabile sacrificando la possibilità di vivere una vita in linea con i propri valori. Lo scopo degli interventi ACT è, quindi, quello di aumentare la flessibilità psicologica (pag. 19) attraverso la promozione di alcuni processi psicologici derivanti, da un lato, dalla mindfulness e dall'altro, dalla tradizione comportamentale (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello, 2013). Nell'ambito della gestione del dolore cronico sono

emerge essere rilevanti le abilità di mindfulness (Day, Thorn, & Rubin, 2014; Kabat-Zinn, 1982) e il successo percepito nel mettere in atto comportamenti in linea con i propri valori (McCracken & Yang, 2006).

Per quanto riguarda le abilità di mindfulness, queste contribuiscono all'aumento dell'autoefficacia, della percezione di controllo sull'ambiente, dell'accettazione del dolore e alla riduzione della catastrofizzazione (Brown & Ryan, 2003; Day, Jensen, Ehde, & Thorn, 2014; Day, Thorn, et al., 2014; Song, Lu, Chen, Geng, & Wang, 2014). Inoltre, la mindfulness è un predittore significativo del funzionamento fisico ed emotivo, nonché del benessere psicologico (Baer et al., 2004; Grossman et al., 2004; Kabat-Zinn, 1990; McCracken & Velleman, 2010; McCracken & Yang, 2008; Rosenzweig et al., 2010).

Il successo nel seguire i propri valori, seppur meno studiato, ha mostrato di associarsi positivamente con il funzionamento emotivo, fisico e sociale (McCracken & Vowles, 2008; McCracken & Yang, 2006; Wilson et al., 2010), correlando positivamente con all'accettazione del dolore e negativamente con il distress relativo al dolore, l'ansia per il dolore e i livelli di depressione (McCracken & Velleman, 2010; McCracken & Vowles, 2008). Vowles e colleghi (2011), tuttavia, hanno messo in evidenza come la percezione di successo nel mettere in atto azioni coerenti con i valori fosse una delle variabili per cui, in seguito ad un intervento ACT, si registrasse la maggior diminuzione di effetto al *follow-up*. Gli autori ipotizzavano, quindi, che questa variabile fosse particolarmente vulnerabile alla perdita di efficacia nel tempo e necessitasse di rinforzi temporali.

In linea con quanto ipotizzato da Hayes e colleghi (2013), la riflessione sui valori potrebbe avere un effetto positivo nel sostenere la percezione di successo nei valori e, quindi, la flessibilità psicologica. Una teoria che ha sottolineato l'importanza di tale riflessione è quella della *self-integrity* (Steele, 1988).

La letteratura (Harris & Epton, 2009) evidenzia come anche il solo richiamare alla memoria episodi in cui la persona abbia agito in linea con i propri valori possa portare dei benefici. Brevi compiti di scrittura riguardanti i valori personali hanno mostrato di incrementare le prestazioni scolastiche (Cohen, Garcia, Purdie-Vaughns, Apfel, & Brzustoski, 2009), ridurre lo stress (Creswell et al., 2005) e migliorare l'accettazione di messaggi per la salute (Harris & Napper, 2005).

In linea con quanto detto precedentemente (pag. 21), la teoria della *self-integrity* si fonda sul concetto di integrità secondo cui le persone sono motivate a proteggere e a mantenere un senso globale del sé come adattato all'ambiente e moralmente adeguato

(Steele, 1988). Fondamentale è la condizione di minaccia psicologica, definita come un'attivazione interna in risposta a situazioni che sfidano il senso di integrità e che produce ipervigilanza motivando, al contempo, alla riaffermazione della percezione di adeguatezza (Steele, 1988). Nella spinta a ristabilire il senso di integrità può essere colto un importante punto di contatto tra la teoria della *self-integrity* e la prospettiva ACT.

All'interno della teoria della *self-integrity* si ipotizza che la persona possa focalizzarsi primariamente sul riacquisire una buona idea di sé a discapito di vantaggi e obiettivi a lungo termine (Cohen & Sherman, 2014). La necessità di ristabilire l'integrità impegna risorse mentali che, in modo simile alla lotta contro la sofferenza, potrebbero essere impiegate più efficacemente per seguire i propri valori. Similmente nell'ACT, qualora la persona si fonda cognitivamente con rappresentazioni che le impediscono di raggiungere i propri obiettivi – ad esempio impegnandosi nell'evitamento di emozioni spiacevoli o ripetendosi di “non essere all'altezza” o “abbastanza capace” – inizierà a ridurre la propria flessibilità psicologica. Risulta chiaro come in entrambe le teorizzazioni sia previsto che la persona si impegni attivamente per evitare la sofferenza derivante da rappresentazioni di sé come inadeguato e che tale impegno possa ridurre la possibilità di raggiungere obiettivi a lungo termine.

Secondo la teoria della *Self-integrity* al fine di ridurre la minaccia psicologica e rafforzare il senso di adeguatezza, è possibile stimolare nella persona la riflessione su momenti in cui ritenga di aver agito in linea con i propri valori. Il processo che si attiva viene definito autoaffermazione e mira a sviluppare nella persona una visione più complessa del sé e delle risorse di cui dispone (Cohen & Sherman, 2014), in una accezione simile a quella proposta dall'ACT nel concetto di Sé come contesto (Hayes et al., 2012).

Il processo di autoaffermazione è messo in atto spontaneamente dalle persone (Silverman, Logel, & Cohen, 2013) e può essere attivato anche da piccoli eventi quotidiani che all'interno del sistema cognitivo della persona assumono un significato di adeguatezza al contesto (Sherman & Cohen, 2006; Steele, 1988).

Il metodo di intervento maggiormente studiato per indurre autoaffermazione è la riflessione sui valori di vita (McQueen & Klein, 2006). Richiamare alla memoria episodi in cui la persona ha agito in linea con i propri valori ha come finalità quella di ripristinare il senso di competenza, adattamento e bontà della persona, soprattutto in presenza di minacce all'identità (Sherman & Cohen, 2006) attraverso la produzione di contenuti auto-generati (Sherman, 2013). La letteratura mostra come interventi di autoaffermazione in condizioni di

minaccia svolgano un ruolo protettivo nei confronti del benessere psicologico (Armitage, 2016; Creswell et al., 2005; Howell, 2016; Nelson, Fuller, Choi, & Lyubomirsky, 2014; Sherman, 2013). In particolare, uno studio condotto da Nelson e colleghi (2014) evidenzia come un intervento di autoaffermazione aumenti il benessere psicologico di tipo eudemonico (Ryan & Deci, 2001) nei partecipanti con più basso livello di benessere iniziale. In linea con una visione multidimensionale del benessere psicologico (Ryan & Deci, 2001; Ryff, 1989), un aspetto che sembra essere favorito da interventi di autoaffermazione è quello delle relazioni positive con gli altri. Alcuni studi hanno mostrato come l'autoaffermazione promuova un atteggiamento di cura verso gli altri (Lindsay & Creswell, 2014) e aumenti i comportamenti prosociali (Thomaes, Bushman, de Castro, & Reijntjes, 2012) favorendo, quindi, l'instaurarsi di relazioni positive. Una seconda componente del benessere psicologico che ha mostrato di essere influenzata da interventi di autoaffermazione è la percezione di controllo ambientale (Nelson et al., 2014). Tale relazione è comprensibile considerando che l'autoaffermazione rafforza il senso di integrità dell'individuo permettendoli di mantenere un senso di adeguatezza e competenza al contesto (Steele, 1988). Un terzo aspetto del benessere che sembra sensibile ad interventi di autoaffermazione è la percezione di avere uno scopo nella vita (McGregor & Little, 1998; Nelson et al., 2014). È comunque da notare come la ricerca in questo ambito sia ancora agli inizi e scarse siano le conoscenze rispetto ai meccanismi attraverso cui gli interventi di autoaffermazione favoriscano una percezione di direzionalità e di scopo nella vita (Shin & Steger, 2014).

Se da un lato l'autoaffermazione ha mostrato di favorire il benessere, dall'altro ha evidenziato la capacità di diminuire la frequenza di pensieri ruminativi (Koole, Smeets, van Knippenberg, & Dijksterhuis, 1999). Questi, come detto precedentemente (pag. 69), possono far parte di uno stile di pensiero catastrofizzante che assume particolare rilievo sia all'interno del dolore cronico (Sullivan et al., 2001) sia nell'esordio e mantenimento della sofferenza emotiva (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Papageorgiou & Wells, 2001).

Rispetto a popolazioni particolari, l'autoaffermazione ha mostrato di avere effetti sul rapporto tra stress e malattie croniche (Creswell et al., 2005; Sherman et al., 2009). Ad esempio, effetti di riduzione delle reazioni fisiologiche allo stress e miglioramento del benessere psicologico sono stati rilevati in donne affette da tumori alla mammella (Creswell et al., 2007). Inoltre, l'autoaffermazione è stata vista contribuire alle capacità di mettere in

atto comportamenti di salute al fine di ridurre l'impatto della patologia sulla vita dei pazienti (Mancuso, 2012; Ogedegbe, 2012; Peterson, 2012).

In accordo con Morley, Davis e Burton (2005) le persone con dolore cronico spesso sviluppano un cambiamento degli schemi identitari. Secondo il modello del “*Self-Pain Enmeshment*” (Morley, 2010; Pincus & Morley, 2001) il dolore cronico avrebbe la capacità di disregolare non solo il comportamento e il pensiero dell'individuo, ma anche il concetto di sé. Tale modifica si caratterizza per una perdita di fiducia in sé stessi e di autoefficacia nel gestire il dolore aumentando i livelli di catastrofizzazione. Questo rende l'individuo costantemente minacciato nel suo senso d'integrità attivando il sistema del sé e impiegando risorse psicologiche al fine di mantenerlo in equilibrio (Cohen & Sherman, 2014; Morley, 2010).

Diviene, quindi, ipotizzabile che non solo per questi pazienti possa essere utile un intervento di autoaffermazione, ma che alla base dell'efficacia degli interventi ACT sui valori (Vowles et al., 2011) possa esserci l'attivazione di un processo di autoaffermazione che favorisce il ristabilirsi del senso di integrità. Una volta ridotta la percezione di minaccia, infatti, la persona può aprirsi all'esperienza del dolore, accettandola, e concentrarsi sui propri obiettivi di vita. L'autoaffermazione, quindi, mitigherebbe l'esaurimento delle risorse cognitive permettendo un loro impiego più efficiente e promuovendo l'assunzione di un comportamento di malattia più adattivo.

Come sostenuto da McCracken e Morley (2014), nonostante la crescente quantità di studi che evidenziano l'efficacia di interventi ACT per il dolore centrati sui valori (McCracken & Vowles, 2008; McCracken & Yang, 2006; Wilson et al., 2010), poco si sa sui processi attraverso cui questi agiscano. Da quanto detto è ipotizzabile che le due prospettive considerate, ACT e *Self-integrity*, possano informarsi a vicenda rispetto ai processi coinvolti nella promozione del benessere psicologico delle persone affette da dolore cronico.

1.1. Obiettivi e Ipotesi

Lo scopo generale del presente studio è quello di approfondire la conoscenza dei processi che sottostanno all'efficacia degli interventi ACT per il dolore cronico. Il primo obiettivo riguarda la possibilità di spiegare, almeno in parte, gli effetti degli interventi ACT sul dolore cronico, facendo riferimento all'attivazione di un processo di autoaffermazione. In tal senso è atteso che un intervento di autoaffermazione produca dei risultati in linea con

quelli dei protocolli ACT. Il secondo obiettivo è quello di verificare, in via preliminare, la possibilità che un intervento di autoaffermazione possa essere integrabile all'interno dei protocolli per la gestione del dolore cronico basati sul modello ACT. Tale integrazione avrebbe il valore aggiunto di includere nei protocolli uno strumento di facile implementazione per il mantenimento degli effetti dell'intervento nel tempo.

Al fine di chiarire le sopracitate eventualità si ritiene che debbano essere verificate le seguenti ipotesi specifiche su un campione di persone affette da dolore cronico.

Ipotesi 1. Si ipotizza che un intervento di autoaffermazione incrementi la percezione del benessere eudemonico dei partecipanti, in particolare nelle sue dimensioni di relazioni positive con gli altri (Cook, Purdie-Vaughns, Garcia, & Cohen, 2012; Crocker et al., 2008; Lindsay & Creswell, 2014; Schumann, 2014; Thomaes et al., 2012), controllo ambientale (McGregor & Little, 1998; Nelson et al., 2014) e scopo nella vita (Cohen et al., 2009; Cook et al., 2012)

Ipotesi 2. In linea con gli studi riguardanti il successo percepito nel vivere secondo i valori (McCracken & Velleman, 2010; McCracken & Vowles, 2008), si ipotizza che i soggetti autoaffermati riportino livelli di accettazione del dolore maggiori rispetto al gruppo di controllo

Ipotesi 3. Si ipotizza che nei soggetti autoaffermati l'intervento possa ridurre i livelli di catastrofizzazione rispetto al dolore (Vowles et al., 2007) con particolare riferimento alla ruminazione (Koole et al., 1999).

Ipotesi 4. Ci si attende, infine, che la riflessione sui valori possa avere un effetto di riduzione dell'inflessibilità psicologica così come previsto dal modello ACT (Hayes et al., 2013)

Si ritiene importante verificare le quattro ipotesi tenendo sotto controllo gli effetti che il successo percepito nel vivere secondo i valori, il livello di mindfulness e la capacità di azione impegnata hanno nell'influenzare le variabili d'interesse.

2. Metodo

2.1. Disegno della ricerca

Il disegno utilizzato nel presente studio è stato di tipo monofattoriale tra gruppi indipendenti. La variabile indipendente manipolata è stata il grado di autoaffermazione. Le variabili dipendenti rilevate sono state il benessere psicologico e le sue dimensioni, il livello di accettazione del dolore e le relative componenti, i livelli di catastrofizzazione riguardo al dolore e le relative dimensioni e il grado di inflessibilità psicologica. I partecipanti sono stati assegnati casualmente a due condizioni: gruppo sperimentale (GS) e gruppo di controllo (GC). Nella condizione sperimentale veniva indotta l'autoaffermazione attraverso una procedura adattata da Cohen e colleghi (Cohen, Aronson, & Steele, 2000), mentre il gruppo di controllo non subiva alcuna manipolazione. In seguito alla manipolazione sono state rilevate le variabili d'interesse.

2.2. Partecipanti

I partecipanti sono 104 persone affette da dolore cronico (51% uomini e 49% donne), di età compresa tra 21 e 85 ($M = 44.78$; $DS = 16.94$). Rispetto al livello educativo, l'8.7% riporta di aver completato solo le scuole elementari, il 26% le scuole medie inferiori, il 52.9% le scuole medie superiori, il 12.5% ha una laurea triennale o magistrale. Riguardo allo stato civile la maggior parte dei partecipanti (60.6%) afferma di essere coniugato. Tutti i partecipanti dichiarano di soffrire di dolore da più di sei mesi.

2.3. Strumenti

La raccolta dei dati è stata effettuata tramite un questionario appositamente costruito per il presente studio. Lo strumento si compone di tre sezioni: la prima ha come scopo la rilevazione di informazioni socio-anagrafiche, nonché relative alla natura del dolore, al successo percepito nei propri valori, alla capacità di azione impegnata e al livello di mindfulness; la seconda parte è costituita dallo stimolo sperimentale per la manipolazione della variabile indipendente "autoaffermazione"; la terza, infine, è costituita da scale volte alla rilevazione delle variabili dipendenti. Di seguito vengono presentate le variabili di interesse e la relativa scala per la misura, nonché lo stimolo per l'induzione dell'autoaffermazione.

Sezione 1: Informazioni descrittive e variabili di controllo

Caratteristiche del dolore. È stata impiegata una versione italiana (Conti, 1999) del *West Haven Yale - Multidimensional Pain Inventory* (MPI; Kerns, Turk, & Rudy, 1985). Questo strumento si compone di tre parti ciascuna volta ad indagare specifici aspetti psico-sociali del dolore cronico, secondo un approccio tipicamente cognitivo-comportamentale. La prima parte (MPI-1) è composta da 5 scale che indagano: la gravità percepita del dolore (ad es.: *“Mediamente, quanto è stato grave il Suo dolore durante la scorsa settimana?”*; 3 item; alpha = .69), l’interferenza che il dolore ha con la vita quotidiana (ad es.: *“In generale, quanto influiscono i Suoi problemi di dolore sulle attività della vita quotidiana?”*; 9 item; alpha = .91), la percezione di controllo sulla vita (ad es.: *“In che misura pensa di essere stato capace di controllare la sua vita nel corso della settimana passata?”*; 2 item; alpha = .70), il distress emotivo causato dal dolore (ad es.: *“Durante la scorsa settimana quanto si sentiva teso o ansioso?”*; 3 item; alpha = .83) e il supporto sociale percepito dagli altri significativi (ad es.: *“Quale attenzione mostra il Suo coniuge (o il familiare più stretto) nei confronti dei Suoi problemi di dolore?”*; 3 item; alpha = .89).

La seconda parte (MPI-2) rileva le reazioni alle manifestazioni di dolore da parte degli altri significativi. Le scale che compongono questa parte sono: risposte punitive (ad es.: *“Mi ignora”*; 4 item; alpha = .69), risposte sollecite (ad es.: *“Mi chiede cosa può fare per essermi d’aiuto”*; 6 item; alpha = .78) e risposte di distrazione (ad es.: *“Accende la TV in modo da distrarmi dal dolore”*; 4 item; alpha = .67). Infine, la terza parte (MPI-3) ha lo scopo di valutare il grado di attività generale (alpha = .76) attraverso la frequenza di alcuni comportamenti suddivisi in quattro sottoscale: faccende domestiche (ad es.: *“Lavare i piatti”*; 5 item; alpha = .83), lavoro all’aperto (ad es.: *“Tagliare l’erba”*; 5 item; alpha = .75), attività extradomestiche (ad es.: *“Andare fuori a cena”*; 4 item; alpha = .59) e attività sociali (ad es.: *“Far visita agli amici”*; 5 item; alpha = .54). Il formato di risposta resta invariato nelle tre parti ed è su scala Likert a 7 punti (0 = assenza del problema/mai; 6 = massima gravità/molto spesso). L’MPI è stato sottoposto ad adattamento in varie lingue quali il tedesco (Flor, Rudy, Birbaumer, Streit, & Schugens, 1990), lo svedese (Bergström et al., 1998) e l’olandese (Lousberg et al., 1999), confermando la stessa struttura fattoriale in tutte le versioni.

Successo nei valori. È stato impiegato il *Chronic Pain Values Inventory* (CPVI; McCracken & Yang, 2006) validato in via preliminare nel precedente Studio 2a (pag. 40). La coerenza

interna, in termini di alpha di Cronbach, rilevata nel presente studio è di .70 per la scala successo e di .77 per la scala di discrepanza.

Azione impegnata. È stato impiegato l'adattamento italiano del *Committed Action Questionnaire* (CAQ-8; McCracken et al., 2015) sviluppato nel precedente Studio 3 (pag. 54). L'alpha di Cronbach per il presente studio è di .70.

Mindfulness. È stata somministrata la versione italiana (Rabitti et al., 2013) della *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown & Ryan, 2003), già descritta nel precedente Studio 2a (pag. 41). L'alpha di Cronbach per il presente studio è di .84.

Sezione 2: Manipolazione della variabile indipendente "autoaffermazione"

La manipolazione della variabile indipendente autoaffermazione è avvenuta attraverso una procedura adattata da Cohen, Aronson e Steele (2000). In particolare, ai soggetti del GS è stato chiesto di leggere una lista di 12 valori (ad es.: "Essere indipendente"; "Apprendere sempre cose nuove") e di scegliere i due più importanti personalmente. Il compito era introdotto dalla frase: "*Le chiediamo adesso di pensare alle cose che davvero contano nella Sua vita. Legga la lista di valori riportata di seguito. Le chiediamo di indicare i DUE valori più importanti per Lei. Anche se più opzioni potrebbero sembrarLe importanti, per favore indichi solo le due più importanti*". Successivamente è stato chiesto di riportare per iscritto, in poche righe, perché questi valori siano rilevanti nella vita del partecipante cercando di inserire almeno tre motivi per ciascun valore e, ove possibile, portando alcuni esempi tratti dalla vita personale. Una volta scritto, si chiedeva di rileggere i valori scelti e rispondere a tre item con formato di risposta su scala Likert a 5 punti (1 = del tutto falso; 5 = del tutto vero) aventi lo scopo di rafforzare la manipolazione. Questi item erano: "*I valori che ho scelto sono importanti per definire chi sono io*"; "*I valori che ho scelto hanno influenzato la mia vita*"; "*In generale, cerco di vivere in linea con i valori che ho scelto*". Lo scopo di tale procedura è quello di rievocare in memoria situazioni in cui la persona è riuscita a vivere in linea con i propri valori e aumentarne quindi nel momento presente il senso di autoaffermazione.

Al fine di controllare gli effetti della manipolazione dopo lo svolgimento del compito di autoaffermazione è stato chiesto di leggere nuovamente le opzioni scelte e rispondere su una scala Likert a 7 punti ai seguenti tre item: "*Le domande sui valori mi hanno fatto pensare a...* a) *...le cose che non mi piacciono di me stesso (0)- ...le cose che mi piacciono di me stesso (6); b) ...le cose in cui sono pessimo (0) - ...le cose in cui sono bravo (6); c) ...le cose*

che non apprezzo di me stesso (0) - ...le cose che apprezzo di me stesso (6)” (Harris et al., 2014).

Al GC non è stata somministrata alcuna procedura di autoaffermazione.

Sezione 3: Rilevazione delle variabili dipendenti

Benessere psicologico. È stato utilizzato il punteggio complessivo della versione italiana a 18 item (Sirigatti et al., 2009) della *Ryff's Psychological Well-Being Scale* (RPWB; Ryff, 1989), già descritta nel precedente Studio 1 (pag. 29). L'alpha di Cronbach per il presente studio è di .83.

Percezione di relazioni positive. Al fine di misurare la percezione di fiducia e calore nelle relazioni con gli altri è stata utilizzata la sottoscala “Relazioni positive con gli altri” della versione italiana a 18 item (Sirigatti et al., 2009) della *Ryff's Psychological Well-Being Scale* (RPWB; Ryff, 1989). La sottoscala si compone di 3 item (“*Ho la sensazione che gli amici mi stiano dando molto*”) con formato di risposta su scala Likert a 6 punti (1 = del tutto in disaccordo; 6 = del tutto d'accordo). A punteggi maggiori corrispondono maggior percezione di affetto, calore ed empatia nelle relazioni. L'alpha di Cronbach per il presente studio è di .60.

Percezione di controllo ambientale. Per valutare la percezione di dominio e competenza sull'ambiente circostante è stata impiegata la sottoscala “Controllo ambientale” della versione italiana a 18 item (Sirigatti et al., 2009) della *Ryff's Psychological Well-Being Scale* (RPWB; Ryff, 1989). La sottoscala si compone di 3 item (ad es.: “*Le richieste della vita di tutti i giorni spesso mi abbattono*”) su scala Likert a 6 punti (1 = del tutto in disaccordo; 6 = del tutto d'accordo). Punteggi più alti riflettono maggior capacità di gestione e controllo dell'ambiente di vita della persona. La coerenza interna in termini di alpha di Cronbach nel presente studio è di .50.

Percezione di scopo nella vita. Per misurare la percezione di direzionalità e di significato che i partecipanti attribuiscono alla propria vita è stata utilizzata la sottoscala “Scopo nella vita” della versione italiana a 18 item (Sirigatti et al., 2009) della *Ryff's Psychological Well-Being Scale* (RPWB; Ryff, 1989), già descritta nel precedente Studio 2a (pag. 40). L'alpha di Cronbach per il presente studio è di .60.

Accettazione del dolore. È stato utilizzato l'adattamento italiano (Bernini, Pennato, Cosci, & Berrocal, 2010) del *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ; McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004). Lo strumento si compone di due sottoscale con formato di

risposta su scala Likert a 7 punti (0 = mai vero; 6 = sempre vero) che mirano a rilevare i costrutti di *activity engagement* (ad es.: “*Vado avanti con la mia vita qualunque sia il mio livello di dolore*”; 11 item) e *pain willingness* (ad es.: “*Sacrificherei volentieri delle cose importanti della mia vita pur di controllare meglio questo dolore*”; 9 item). Per *activity engagement* si fa riferimento a quanto la persona riesca ad impegnarsi in attività importanti nonostante il dolore; il costrutto di *pain willingness* concerne l’assenza di tentativi di controllare o evitare il dolore. È inoltre possibile calcolare un punteggio complessivo di accettazione del dolore. A punteggi più alti corrispondono maggiori livelli di *activity engagement* (alpha = .83), *pain willingness* (alpha = .82) e accettazione del dolore (alpha = .82).

Catastrofizzazione del dolore. È stata impiegata la versione italiana (PCS-I; Monticone et al., 2014) del *Pain Catastrophising Scale* (Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995). Lo strumento si compone di 13 item suddivisi in tre sottoscale: ruminazione (ad es.: “*Continuo a pensare a quanto il dolore mi provochi sofferenza*”; 5 item), esagerazione (ad es.: “*Mi chiedo se qualcosa di serio possa accadermi*”; 2 item), impotenza (ad es.: “*Sento di non riuscire ad andare avanti*”; 6 item) con formato di risposta su scala Likert a 5 punti (0 = del tutto vero; 4 = del tutto falso). A valori più alti corrisponde maggior livello di catastrofizzazione. L’affidabilità delle scale, in termini di alpha di Cronbach, per il presente studio è di .84 per la ruminazione, di .50 per l’esagerazione, di .75 per l’impotenza e .87 per l’intero strumento.

Inflessibilità psicologica. È stata utilizzata la versione italiana (Lijoi et al., 2014) della *Psychological Inflexibility in Pain Scale* (PIPS; Wicksell et al., 2008) composta di 16 item su scala Likert a 7 punti (1 = mai vero; 7 = sempre vero), suddivisi in due sottoscale: fusione cognitiva (ad es.: “*Non sono io che controllo la mia vita, è il mio dolore*”; 6 item) ed evitamento esperienziale (ad es.: “*Per evitare di provare dolore non faccio cose che per me sono importanti*”; 10 item). La fusione cognitiva riguarda il grado in cui la persona ritiene veri e adeguati i suoi pensieri rispetto al dolore, mentre l’evitamento esperienziale valuta quanto la persona si impegni in attività volte a ridurre il dolore o le emozioni negative ad esso correlate. La coerenza interna nel presente studio, misurata mediante l’alpha di Cronbach, è di .71 per la sottoscala fusione cognitiva, .86 per l’evitamento esperienziale e di .87 per l’inflessibilità psicologica.

2.4. Procedura

Il disegno sperimentale che ha guidato la ricerca è di tipo monofattoriale a criterio singolo (autoaffermazione) con gruppi indipendenti.

Con lo scopo di valutare quanto un intervento di autoaffermazione potesse influire sulle variabili di interesse, sono stati predisposti due questionari identici eccetto per la sezione dedicata alla manipolazione del grado di autoaffermazione. Tali questionari sono stati somministrati a due gruppi di pazienti affetti da dolore cronico reclutati su base opportunistica presso alcuni centri per il trattamento del dolore toscani. A ciascun partecipante è stata illustrata la ricerca presentandola come una raccolta di opinioni e atteggiamenti rispetto al dolore. L'assegnazione ai due gruppi (sperimentale e controllo) è avvenuta su base casuale. La partecipazione allo studio è stata volontaria e non prevedeva né incentivi né ricompense. La compilazione del questionario è avvenuta singolarmente e in modo anonimo. Requisiti per la partecipazione allo studio sono stati la maggiore età e aver fornito il consenso informato all'utilizzo dei dati nel pieno rispetto della legge sulla privacy (D. Lgs 196/03) prima di compilare il questionario. Al termine della somministrazione ogni partecipante ha ricevuto un breve *debriefing*. Il completamento del questionario ha richiesto circa 30 minuti. Le procedure seguite sono state sviluppate in accordo con le linee guida fornite dall'*American Psychological Association*.

2.5. Analisi dei dati

Una volta constatata l'assenza di *missing* nel *database* si è proceduto ad ulteriori analisi preliminari per controllare l'omogeneità dei due gruppi rispetto alle variabili socio-demografiche, alla tipologia di dolore e alle variabili successo nei valori, capacità di azione impegnata e livello di mindfulness. In particolare, è stata impiegata l'ANOVA per le variabili età, intensità del dolore al momento della compilazione, gravità del dolore, sostegno sociale, interferenza con la vita quotidiana, percezione di controllo sulla vita, distress emotivo, risposte del partner, attività generale, successo percepito nei valori, capacità di azione impegnata e livello di mindfulness. Diversamente per le variabili genere, titolo di studio, condizione lavorativa, stato civile, durata e posizione del dolore ed efficacia percepita della terapia farmacologica, l'omogeneità è stata valutata attraverso tabelle di contingenza e test del χ^2 .

Al fine di poter impiegare l'analisi della covarianza (ANCOVA) sono state considerate le correlazioni tra le variabili successo nei valori, capacità di azione impegnata

e livello di mindfulness con le variabili dipendenti, qualora l'associazione non risultasse significativa la variabile indipendente sarebbe esclusa dal modello. Inoltre, al fine di verificare l'uguaglianza delle varianze nei due gruppi rispetto alle variabili dipendenti è stata impiegata una serie di test di Levene (1960) per le varianze di errore. Infine, in entrambi i gruppi, è stata verificata l'omogeneità della pendenza di regressione per ciascuna covariata ipotizzata in rispetto ad ogni variabile dipendente.

Con lo scopo di rilevare le differenze significative nelle variabili dipendenti tra i due gruppi sono state condotte una serie di analisi della covarianza (ANCOVA). In particolare è stato ritenuto importante, sia teoricamente che sulla base delle verifiche di omogeneità, controllare l'influenza delle variabili successo nei valori, capacità di azione impegnata e livello di mindfulness, inserendo tali variabili come covariate.

Tutte le analisi sono state eseguite con il pacchetto IBM SPSS 22.

3. Risultati

Dalle analisi preliminari condotte per valutare la normalità delle variabili dipendenti nei due gruppi non risultano valori di asimmetria maggiori di $|1|$. I valori di curtosi risultano leggermente superiori al limite di $|1|$ (Bulmer, 1979) per le variabili scopo nella vita (-1.03) e ruminazione (-1.11) nel GS, ma possono comunque essere ritenuti accettabili dato che si attestano al di sotto di $|2|$ (West et al., 1995). I test di Levene, condotti al fine di valutare l'omogeneità delle varianze delle variabili dipendenti tra i due gruppi, risultano non significativi; inoltre, le analisi volte a verificare l'omogeneità della pendenza di regressione nelle due condizioni non evidenziano significatività. È stato quindi possibile condurre le analisi di covarianza per verificare le ipotesi dello studio.

I valori di asimmetria degli item di controllo, maggiori $|1|$ in senso negativo, indicano l'avvenuta manipolazione della variabile indipendente.

3.1. Omogeneità dei gruppi

Riguardo alla posizione del dolore (cfr. Fig. 4.1), in entrambi i gruppi la parte del corpo con maggior frequenza algica risulta la schiena (GS: $n = 17$; GC: $n = 18$), seguita dalla testa (GS: $n = 13$; GC: $n = 12$) e dalle gambe (GS: $n = 6$; GC: $n = 5$). Vengono successivamente il collo (GS: $n = 3$; GC: $n = 4$), le ginocchia (GS: $n = 3$; GC: $n = 4$), le braccia (GS: $n = 3$; GC: $n = 2$), la mano destra (GS: $n = 2$; GC: $n = 3$) e sinistra (GS: $n = 2$;

GC: $n = 1$) e, infine, l'addome (GS: $n = 1$; GC: $n = 2$). Da notare come alcuni partecipanti (GS: $n = 0$; GC: $n = 3$) riportino di essere affetti da fibromialgia e, quindi, la collocazione prevalente del dolore risulta difficile. Nessuna differenza significativa emerge tra i gruppi rispetto alla posizione del dolore ($\chi^2 = 4.36$; $df = 9$; $p = .89$).

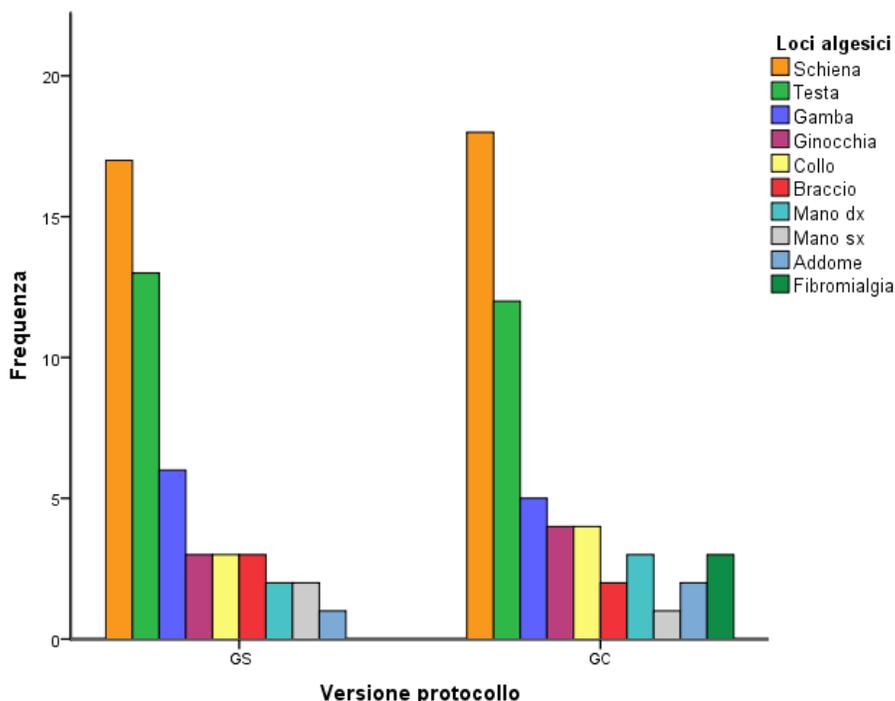


Figura 4.1. Frequenza dei loci algesci rilevati nei due gruppi (N = 104).

Le analisi condotte per verificare l'omogeneità dei due gruppi rispetto alle variabili di interesse mostrano come non vi siano differenze significative per l'età (GS: $M = 42.04$; $DS = 17.95$; GC: $M = 47.33$; $DS = 15.70$; $F_{(1,102)} = 2.57$; $p = .11$), il genere ($\chi^2 = 1.5$; $df = 1$; $p = .21$), il livello di educazione ($\chi^2 = 6.3$; $df = 4$; $p = .18$), il tempo vissuto affetti da dolore ($\chi^2 = 12$; $df = 6$; $p = .06$), l'intensità media di dolore nell'ultima settimana e l'efficacia percepita della terapia farmacologica ($\chi^2 = 10.8$; $df = 6$; $p = .09$).

Riguardo alle variabili inerenti strettamente al dolore (cfr. Tab. 4.1) non si rilevano differenze significative nella gravità del dolore, nel grado di interferenza con la vita quotidiana e nella compromissione affettiva dovuta al dolore; per tali variabili i due campioni si attestano a livelli moderatamente bassi. I gruppi non si differenziano nel supporto sociale ricevuto, nella percezione di controllo sulla vita, nella tipologia di risposta dei partner e nel

grado di attività generale. In particolare, sia nel GS che nel GC, le risposte sollecite sono quelle maggiormente esperite dai partecipanti, seguite da quelle di distrazione e da quelle punitive.

Infine, come mostrato in Tabella 4.2, riguardo al successo nei propri valori e al grado di discrepanza non emerge una differenza significativa tra i due gruppi, i quali riportano livelli moderati su entrambe le scale. Nessuna differenza significativa è stata, inoltre, rilevata per le due variabili di controllo: capacità di azione impegnata e livello di mindfulness.

Tabella 4.1

Statistiche descrittive delle variabili relative al dolore e differenze nei due gruppi

	GS (n = 50)		GC (n = 54)		Totale (n = 104)		Min-Max teorici	F
	M	DS	M	DS	M	DS		
Dolore nell'ultima settimana	3.54	2.15	3.98	2.30	3.77	2.23	0-10	1.01
Gravità	2.26	1.16	2.71	1.25	2.50	1.22	0-6	3.70
Interferenza	1.79	1.25	2.12	1.35	2.00	1.31	0-6	1.60
Compromissione affettiva	2.92	1.40	2.93	1.52	2.93	1.46	0-6	.00
Sostegno sociale percepito	3.10	1.85	3.11	1.95	3.10	1.90	0-6	.00
Controllo sulla vita	4.34	1.36	3.99	1.51	4.16	1.44	0-6	1.58
Risposte punitive	0.90	1.24	.90	1.05	.90	1.14	0-6	.00
Risposte di distrazione	2.98	1.35	2.96	1.39	2.97	1.40	0-6	.00
Risposte sollecite	3.15	1.47	3.26	1.46	3.21	1.46	0-6	.16
Attività generale	2.63	0.89	2.70	.87	2.67	.87	0-6	.12

Tabella 4.2

Statistiche descrittive delle variabili di controllo e differenze nei due gruppi

	GS (n = 50)		GC (n = 54)		Totale (n = 104)		Min-Max teorici	F
	M	DS	M	DS	M	DS		
Successo nei valori	3.08	0.77	3.39	.88	3.24	.84	0-5	3.51
Discrepanza nei valori	1.07	0.94	.90	.91	.98	.92	-5-5	.80
Azione impegnata	3.97	0.85	4.05	.99	4.01	.92	0-6	.18
Mindfulness	4.25	0.85	4.44	.79	4.35	.82	1-6	1.42

3.2. Correlazioni tra variabili di controllo e variabili dipendenti nei due gruppi

3.2.1. Correlazioni tra successo nei valori e variabili dipendenti

Rispetto al benessere psicologico (cfr. Tab. 4.3 e Tab. 4.4), il successo nei valori manifesta delle correlazioni positive, in entrambi i gruppi, sia con il benessere globale che con le dimensioni controllo ambientale, relazioni positive e scopo nella vita.

Per quanto concerne l'accettazione del dolore, il successo nei valori correla positivamente con l'*activity engagement* sia nel GS che nel GC e, in nessuno dei due gruppi, con la dimensione *pain willingness*. Da notare come nel GS emerga un'associazione diretta e significativa tra successo nei valori e accettazione del dolore globale, mentre nel GC la correlazione non risulti significativa.

Riguardo alla catastrofizzazione del dolore, sia nel GS che nel GC, il successo nei valori correla negativamente con la ruminazione e con il livello di catastrofizzazione globale; diversamente, non si associa con le dimensioni impotenza ed esagerazione nel GS, mentre nel GC correla solo con la dimensione impotenza.

Rispetto all'inflessibilità psicologica, nel GS il successo nei valori correla negativamente sia con l'inflessibilità globale che con l'evitamento esperienziale, mentre nel GC nessuna delle associazioni risulta significativa.

Tabella 4.3

Correlazioni tra Successo nei valori, Azione impegnata, Mindfulness e variabili dipendenti nel GS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Successo valori	.47**	.31*	.38**	.55**	.47**	.26	.44**	-.51**	-.27	-.27	-.43**	-.21	-.42**	-.38**
Azione impegnata	.33*	.38**	.47**	.51**	.55**	.30*	.52**	-.40**	-.26	-.24	-.36**	-.12	-.44**	-.36*
Mindfulness	.04	-.21	-.14	.00	.30*	.10	.25	-.38**	-.41**	-.31*	-.44**	.06	-.20	-.12

Nota. Controllo ambiente (1); Relazioni (2); Scopo nella vita (3); Benessere Psicologico (4); Activity engagement (5); Pain willingness (6); Accettazione dolore (7); Ruminazione (8); Impotenza (9); Esagerazione (10); Catastrofizzazione (11); Fusione cognitiva (12); Evitamento esperienziale (13); Inflessibilità psicologica (14).

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

3.2.2. Correlazioni tra capacità di azione impegnata e variabili dipendenti

Come mostrato nelle Tabelle 4.3 e 4.4, la capacità di azione impegnata correla positivamente, in entrambi i gruppi, con il benessere psicologico globale, la percezione di controllo sull'ambiente e la percezione di scopo nella vita; al contrario, correla positivamente con la percezione di relazioni positive nel GS, ma non nel GC.

Rispetto all'accettazione del dolore, in entrambi i gruppi, la capacità di azione impegnata correla positivamente sia con l'accettazione del dolore globale che con la componente *activity engagement*; diversamente la variabile *pain willingness* risulta associarsi positivamente con la capacità di azione impegnata solo nel GS e non nel GC.

La capacità di azione impegnata emerge correlare negativamente con la catastrofizzazione globale e la ruminazione nel GS, mentre nel GC si associa esclusivamente con la componente esagerazione.

Associazioni simili emergono anche riguardo all'inflessibilità psicologica, per cui la capacità di azione impegnata correla negativamente con l'inflessibilità globale e l'evitamento esperienziale nel GS, mentre nel GC si associa solo all'evitamento. La fusione cognitiva invece non risulta associarsi con l'azione impegnata in nessuno dei due gruppi.

Tabella 4.4

Correlazioni tra Successo nei valori, Azione impegnata, Mindfulness e variabili dipendenti nel GC

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Successo valori	.55**	.37**	.36**	.57**	.45**	-.12	.27	-.34*	-.36**	-.18	-.38**	-.04	-.24	-.19
Azione impegnata	.50**	.13	.59**	.57**	.33*	.20	.37**	-.19	-.20	-.30*	-.26	-.08	-.28*	-.24
Mindfulness	.32*	.25	.22	.41**	.17	-.10	.07	.06	-.10	-.15	-.04	-.01	-.19	-.14

Nota. Controllo ambiente (1); Relazioni (2); Scopo nella vita (3); Benessere Psicologico (4); Activity engagement (5); Pain willingness (6); Accettazione dolore (7); Ruminazione (8); Impotenza (9); Esagerazione (10); Catastrofizzazione (11); Fusione cognitiva (12); Evitamento esperienziale (13); Inflessibilità psicologica (14).

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

3.2.3. Correlazioni tra livello di mindfulness e variabili dipendenti

Per quanto concerne le associazioni tra mindfulness e variabili dipendenti (cfr. Tab. 4.3 e 4.4), la mindfulness non correla con nessun aspetto del benessere psicologico nel GS, mentre nel GC si associa positivamente con il controllo ambientale percepito e il benessere globale.

In nessuno dei due gruppi il livello di mindfulness correla con l'accettazione del dolore globale né con la variabile *pain willingness* e, tuttavia, nel GS si rileva un'associazione positiva con la dimensione *activity engagement* non presente nel GC.

Riguardo alla catastrofizzazione e le sue componenti unica correlazione significativa risulta quella tra mindfulness e catastrofizzazione globale all'interno del GS.

In nessun gruppo la mindfulness correla con l'inflessibilità psicologica globale, la fusione cognitiva e l'evitamento esperienziale.

3.3. Effetti dell'autoaffermazione

3.3.1. Benessere psicologico

L'analisi della covarianza condotta sul benessere psicologico rivela come emerga un effetto principale ($F_{(1,100)} = 4.58$; $p = .03$; $\eta^2 = .02$) dell'autoaffermazione per il benessere psicologico complessivo, con il gruppo sperimentale che riporta una media ($M = 4.62$; $DS = .73$) significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo ($M = 4.39$; $DS = .76$). Inoltre si rilevano sia un effetto principale del successo nel seguire i propri valori ($F_{(1,100)} = 29.50$; $p = .00$; $\eta^2 = .16$), sia della capacità di azione impegnata ($F_{(1,100)} = 26.50$; $p = .00$; $\eta^2 = .14$) sul livello di benessere percepito (cfr. Tab. 4.5 e 4.6).

Tabella 4.5

Analisi della covarianza: Variabile dipendente Benessere psicologico

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	η^2
Successo valori (covariata)	1	8.39	8.39	29.50***	.16
Azione impegnata (covariata)	1	7.52	7.52	26.50***	.14
Autoaffermazione	1	1.30	1.30	4.58*	.02
Residuo	100	28.70	.28		

Nota. $R^2 \text{ Adj} = .44$.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabella 4.6

Benessere psicologico nelle diverse condizioni sperimentali

	<i>Media osservata</i>	<i>Media stimata</i>	<i>DS</i>
GC (<i>n</i> = 54)	4.45	4.39	.75
GS (<i>n</i> = 50)	4.54	4.62	.68

Riguardo componenti del benessere, i risultati mostrano come vi sia un effetto significativo dell'autoaffermazione ($F_{(1,99)} = 4.20$; $p = .04$; $\eta^2 = .03$) a favore del gruppo sperimentale ($M = 4.37$; $DS = .87$) circa la percezione di controllo sull'ambiente rispetto al gruppo di controllo ($M = 4.02$; $DS = 1.17$). In modo simile al benessere complessivo, il successo nei valori ($F_{(1,99)} = 21.66$; $p = .00$; $\eta^2 = .14$) e la capacità di azione impegnata ($F_{(1,99)} = 10.88$; $p = .00$; $\eta^2 = .07$) appaiono avere un effetto principale su questa variabile, mentre il livello di mindfulness non sembra esercitarne alcuno (cfr. Tab. 4.7 e 4.8).

Tabella 4.7

Analisi della covarianza: Variabile dipendente Controllo sull'ambiente

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>η^2</i>
Successo valori (covariata)	1	15.85	15.85	21.66***	.14
Azione impegnata (covariata)	1	7.97	7.97	10.88**	.07
Mindfulness (covariata)	1	.07	.07	.10	.00
Autoaffermazione	1	3.1	3.1	4.20*	.03
Residuo	99	72.50	.73		

Nota. $R^2 \text{ Adj} = .32$.* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Dal momento che l'abilità di mindfulness non sembra associarsi né alla percezione di relazioni positive con gli altri né con la percezione di avere uno scopo nella vita, questa variabile è stata esclusa dalle analisi della covarianza. Dai risultati emerge che sia l'autoaffermazione ($F_{(1,100)} = 6.12$; $p = .01$; $\eta^2 = .05$) che il successo percepito nei valori ($F_{(1,100)} = 8.94$; $p = .00$; $\eta^2 = .07$) abbiano un effetto principale sulla percezione di intrattenere relazioni positive con gli altri. In particolare, il gruppo sperimentale ($M = 4.73$; $DS = 1.10$) riporta una maggior percezione di tali relazioni rispetto a quello di controllo ($M = 4.22$; DS

= 1.08). La capacità di azione impegnata non appare avere alcun effetto su questa variabile (cfr. Tab. 4.9 e 4.10).

Tabella 4.8

Controllo sull'ambiente nelle diverse condizioni sperimentali

	<i>Media osservata</i>	<i>Media stimata</i>	<i>DS</i>
GC (<i>n</i> = 54)	4.11	4.02	1.17
GS (<i>n</i> = 54)	4.27	4.37	.87

Tabella 4.9

Analisi della covarianza: Variabile dipendente Percezione di relazioni positive

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	η^2
Successo valori (covariata)	1	9.43	9.43	8.94**	.07
Azione impegnata (covariata)	1	2.01	2.01	1.90	.02
Autoaffermazione	1	6.45	6.45	6.12*	.05
Residuo	100	105.48	1.05		

Nota. $R^2 \text{Adj} = .13$.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabella 4.10

Percezione di relazioni positive nelle diverse condizioni sperimentali

	<i>Media osservata</i>	<i>Media stimata</i>	<i>DS</i>
GC (<i>n</i> = 54)	4.28	4.22	1.08
GS (<i>n</i> = 50)	4.66	4.73	1.10

Contrariamente a quanto atteso l'autoaffermazione non sembra esercitare alcun effetto sulla percezione di avere uno scopo nella vita (cfr. Tab. 4.11 e 4.12). Su tale variabile appaiono avere maggior peso, infatti, le due covariate successo nei valori ($F_{(1,100)} = 6.07$; $p = .01$; $\eta^2 = .04$) e capacità di azione impegnata ($F_{(1,103)} = 28.64$; $p = .00$; $\eta^2 = .20$).

Globalmente i partecipanti sottoposti ad autoaffermazione, quindi, sembrano percepirsi maggiormente in grado di gestire il proprio ambiente e di avere relazioni sociali positive che, in ultima analisi, sembrano contribuire ad una differenza nel benessere psicologico percepito.

Tabella 4.11

Analisi della covarianza: Variabile dipendente Percezione di scopo nella vita

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	η^2
Successo valori (covariata)	1	4.87	4.87	6.07*	.04
Azione impegnata (covariata)	1	22.98	22.98	28.64***	.20
Autoaffermazione	1	.00	.00	.00	.00
Residuo	100	80.23	.80		

Nota. $R^2 \text{Adj} = .31$.* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabella 4.12

Percezione di scopo nella vita nelle diverse condizioni sperimentali

	<i>Media osservata</i>	<i>Media stimata</i>	<i>DS</i>
GC ($n = 54$)	4.55	4.49	1.14
GS ($n = 50$)	4.43	4.50	1.02

3.3.2. Accettazione del dolore

Riguardo l'accettazione del dolore, si rileva un effetto principale della variabile autoaffermazione ($F_{(1,100)} = 5.00$; $p = .02$; $\eta^2 = .04$) sui due gruppi. In particolare il gruppo sperimentale mostra maggiori livelli di accettazione del dolore ($M = 3.33$; $DS = .96$) rispetto al gruppo di controllo ($M = 2.99$; $DS = .77$). Emerge, inoltre, un effetto principale sia del successo nei valori ($F_{(1,100)} = 5.90$; $p = .01$; $\eta^2 = .04$) che della capacità di azione impegnata ($F_{(1,100)} = 15.22$; $p = .000$; $\eta^2 = .11$) sull'accettazione del dolore (cfr. Tab. 4.13 e 4.14).

Dal momento in cui né il successo nei valori né il livello di mindfulness sembrano associarsi significativamente con la variabile *pain willingness*, queste variabili non sono state inserite come covariate nell'analisi. I risultati mostrano sia un effetto principale dell'autoaffermazione ($F_{(1,101)} = 5.84$; $p = .01$; $\eta^2 = .05$) sia un effetto della capacità di azione impegnata ($F_{(1,101)} = 6.40$; $p = .01$; $\eta^2 = .06$) sul *pain willingness* (cfr. Tab. 4.15 e 4.16). Anche in questo caso il gruppo sperimentale riporta maggiori valori di questa variabile ($M = 2.80$; $DS = 1.30$) rispetto al gruppo di controllo ($M = 2.25$; $DS = 1.08$) facendo ipotizzare una maggior capacità percepita di impegnarsi nelle attività quotidiane nonostante il livello di dolore. Non è stato rilevato nessun effetto dell'autoaffermazione sulla variabile *activity engagment* e, tuttavia, gli effetti principali del successo nei valori ($F_{(1,99)} = 13.57$; $p = .00$; η^2

= .09) e della capacità di azione impegnata ($F_{(1,99)} = 10.48$; $p = .00$; $\eta^2 = .07$) risultano significativi (cfr. Tab. 4.17 e 4.18).

Tabella 4.13

Analisi della covarianza: Variabile dipendente Accettazione del dolore

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	η^2
Successo valori (covariata)	1	3.45	3.45	5.90*	.04
Azione impegnata (covariata)	1	8.91	8.91	15.22***	.11
Autoaffermazione	1	2.93	2.93	5.00*	.04
Residuo	100	58.53	.61		

Nota. $R^2 \text{Adj} = .23$.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabella 4.14

Accettazione del dolore nelle diverse condizioni sperimentali

	<i>Media osservata</i>	<i>Media stimata</i>	<i>DS</i>
GC ($n = 54$)	3.04	2.99	.77
GS ($n = 50$)	3.30	3.33	.96

Tabella 4.15

Analisi della covarianza: Variabile dipendente Pain willingness

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	η^2
Azione impegnata (covariata)	1	8.57	8.57	6.40*	.06
Autoaffermazione	1	7.83	7.83	5.84*	.05
Residuo	101	135.32	1.34		

Nota. $R^2 \text{Adj} = .09$.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabella 4.16

Pain willingness nelle diverse condizioni sperimentali

	<i>Media osservata</i>	<i>Media stimata</i>	<i>DS</i>
GC (<i>n</i> = 54)	2.27	2.25	1.08
GS (<i>n</i> = 50)	2.79	2.80	1.30

Tabella 4.17

Analisi della covarianza: Variabile dipendente Activity engagment

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	η^2
Successo valori (covariata)	1	11.19	11.19	13.57***	.09
Azione impegnata (covariata)	1	8.64	8.64	10.48**	.07
Mindfulness (covariata)	1	.65	.65	.78	.00
Autoaffermazione	1	.91	.91	1.10	.00
Residuo	99	81.62	.82		

Nota. $R^2 \text{Adj} = .27$.* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabella 4.18

Activity engagment nelle diverse condizioni sperimentali

	<i>Media osservata</i>	<i>Media stimata</i>	<i>DS</i>
GC (<i>n</i> = 54)	3.67	3.58	1.07
GS (<i>n</i> = 50)	3.68	3.77	1.06

3.3.3. Catastrofizzazione rispetto al dolore

I risultati mostrano un effetto principale significativo sulla catastrofizzazione sia dell'autoaffermazione ($F_{(1,100)} = 4.21$; $p = .04$; $\eta^2 = .03$) sia della covariate successo nei valori ($F_{(1,100)} = 12.14$; $p = .00$; $\eta^2 = .09$) e capacità di azione impegnata ($F_{(1,100)} = 4.15$; $p = .04$; $\eta^2 = .03$). In particolare, il gruppo sperimentale riporta minori livelli di catastrofizzazione rispetto al dolore ($M = 1.31$; $DS = .88$) in confronto al gruppo di controllo ($M = 1.61$; $DS = .73$).

Un effetto principale dell'autoaffermazione ($F_{(1,100)} = 5.96$; $p = .01$; $\eta^2 = .05$) è rilevato anche sul pensiero ruminativo che si attesta a valori significativamente più alti nel

gruppo di controllo ($M = 2.13$; $DS = 1.04$) rispetto a quello sperimentale ($M = 1.81$; $DS = 1.17$) (cfr. Tab. 4.19 e 4.20). Sulla ruminazione appare avere un effetto anche il successo percepito nei valori ($F_{(1,100)} = 14.29$; $p = .00$; $\eta^2 = .11$), mentre la capacità di azione impegnata non esercita alcun effetto (cfr. Tab. 4.21 e 4.22). Riguardo alla percezione di impotenza di fronte al dolore, non emerge un effetto principale dell'autoaffermazione, ma esclusivamente un effetto del successo nei valori ($F_{(1,101)} = 10.35$; $p = .00$; $\eta^2 = .09$) (cfr. Tab. 4.23 e 4.24).

Tabella 4.19

Analisi della covarianza: Variabile dipendente Catastrofizzazione

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	η^2
Successo valori (covariata)	1	6.50	6.50	12.14**	.09
Azione impegnata (covariata)	1	2.22	2.22	4.15*	.03
Autoaffermazione	1	2.25	2.25	4.21*	.03
Residuo	100	53.56	.54		

Nota. $R^2 \text{ Adj} = .18$.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabella 4.20

Catastrofizzazione nelle diverse condizioni sperimentali

	<i>Media osservata</i>	<i>Media stimata</i>	<i>DS</i>
GC ($n = 54$)	1.55	1.61	.73
GS ($n = 50$)	1.37	1.31	.88

Tabella 4.21

Analisi della covarianza: Variabile dipendente Ruminazione

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	η^2
Successo valori (covariata)	1	14.21	14.21	14.29***	.11
Azione impegnata (covariata)	1	2.91	2.91	2.92	.02
Autoaffermazione	1	5.93	5.93	5.96*	.05
Residuo	100	99.41	.99		

Nota. $R^2 \text{ Adj} = .19$.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabella 4.22

Ruminazione nelle diverse condizioni sperimentali

	<i>Media osservata</i>	<i>Media stimata</i>	<i>DS</i>
GC (<i>n</i> = 54)	2.13	2.21	1.04
GS (<i>n</i> = 50)	1.81	1.72	1.17

Tabella 4.23

Analisi della covarianza: Variabile dipendente Percezione di impotenza

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	η^2
Successo valori (covariata)	1	5.57	5.57	10.35**	.09
Autoaffermazione	1	.17	.17	.30	.00
Residuo	101	54.37	.54		

Nota. $R^2 \text{Adj} = .08$.* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabella 4.24

Percezione di impotenza nelle diverse condizioni sperimentali

	<i>Media osservata</i>	<i>Media stimata</i>	<i>DS</i>
GC (<i>n</i> = 54)	1.06	1.10	.67
GS (<i>n</i> = 50)	1.06	1.02	.86

Infine, sono rilevati un effetto principale dell'autoaffermazione ($F_{(1,100)} = 5.27$; $p = .02$; $\eta^2 = .04$) e della capacità di azione impegnata ($F_{(1,100)} = 5.27$; $p = .01$; $\eta^2 = .05$) sulla componente esagerazione. I confronti tra le medie delle due condizioni evidenziano come il gruppo sperimentale ($M = 1.14$; $DS = 1.05$) riporti minori livelli di esagerazione rispetto a quello di controllo ($M = 1.62$; $DS = 1.19$) (cfr. Tab. 4.25 e 4.26).

Tabella 4.25

Analisi della covarianza: Variabile dipendente Esagerazione rispetto al dolore

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	η^2
Azione impegnata (covariata)	1	7.06	7.06	6.09*	.05
Mindfulness (covariata)	1	3.34	3.34	2.88	.02
Autoaffermazione	1	6.11	6.11	5.27*	.04
Residuo	100	115.97	1.16		

Nota. $R^2 \text{Adj} = .11$.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabella 4.26

Esagerazione rispetto al dolore nelle diverse condizioni sperimentali

	<i>Media osservata</i>	<i>Media stimata</i>	<i>DS</i>
GC ($n = 54$)	1.60	1.62	1.19
GS ($n = 50$)	1.17	1.14	1.05

3.3.4. *Inflessibilità psicologica*

L'analisi della covarianza rispetto all'inflessibilità psicologica non mette in luce nessun effetto principale dell'autoaffermazione. Si rilevano degli effetti principali delle covariate successo nei valori ($F_{(1,100)} = 4.22$; $p = .04$; $\eta^2 = .04$) e capacità di azione impegnata ($F_{(1,100)} = 5.05$; $p = .02$; $\eta^2 = .04$) (cfr. Tab. 4.27 e 4.28). Similmente accade per la dimensione evitamento esperienziale su cui solo le due covariate esercitano un effetto principale (Successo nei valori: $F_{(1,100)} = 5.70$; $p = .02$; $\eta^2 = .05$; Azione impegnata: $F_{(1,100)} = 8.08$; $p = .00$; $\eta^2 = .06$) (cfr. Tab. 4.29 e 4.30). Dal momento che nessuna delle variabili considerate come covariate manifesta di correlare con la fusione cognitiva, è stata condotta una analisi della varianza che non mostra alcuna differenza tra i due gruppi rispetto a questa variabile ($F_{(1,102)} = 1.51$; $p = .82$) (cfr. Tab. 4.31 e 4.32).

Tabella 4.27

Analisi della covarianza: Variabile dipendente Inflexibilità psicologica

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	η^2
Successo valori (covariata)	1	4.79	4.79	4.22*	.04
Azione impegnata (covariata)	1	5.73	5.73	5.05*	.04
Autoaffermazione	1	1.10	1.10	.97	.00
Residuo	100	113.39	1.13		

Nota. $R^2 \text{Adj} = .10$.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabella 4.28

Inflexibilità psicologica nelle diverse condizioni sperimentali

	<i>Media osservata</i>	<i>Media stimata</i>	<i>DS</i>
GC ($n = 54$)	3.87	3.92	1.07
GS ($n = 50$)	3.77	3.71	1.18

Tabella 4.29

Analisi della varianza: Variabile dipendente Fusione cognitiva

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Tra gruppi	1	.03	.039	.02
Entro i gruppi	102	153.77	1.51	

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabella 4.30

Fusione cognitiva nelle diverse condizioni sperimentali

	<i>M</i>	<i>DS</i>
GC ($n = 54$)	4.75	1.18
GS ($n = 50$)	4.71	1.27

Tabella 4.31

Analisi della covarianza: Variabile dipendente Evitamento esperienziale

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	η^2
Successo valori (covariata)	1	8.00	8.00	5.70*	.05
Azione impegnata (covariata)	1	11.33	11.33	8.08**	.06
Autoaffermazione	1	2.03	2.03	1.45	.01
Residuo	100	140.25	1.40		

Nota. $R^2_{Adj} = .15$.* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabella 4.32

Evitamento esperienziale nelle diverse condizioni sperimentali

	<i>Media osservata</i>	<i>Media stimata</i>	<i>DS</i>
GC ($n = 54$)	3.35	3.41	1.26
GS ($n = 50$)	3.20	3.13	1.32

4. Discussione

La letteratura mostra come i valori assumano una certa rilevanza nel miglioramento della qualità della vita in persone affette da patologie croniche (Charlson et al., 2014; Creswell et al., 2007; Ogedegbe, 2012; Peterson, 2012). Il duplice obiettivo del presente studio era quello da un lato di verificare in via preliminare se gli effetti degli interventi ACT sui valori potessero essere spiegati dall'attivazione di processi di autoaffermazione, dall'altro se un intervento di autoaffermazione potesse essere adeguato per essere incluso in protocolli ACT al fine di sostenerne l'effetto nel tempo.

In linea con la letteratura (Howell, 2016; Nelson et al., 2014) l'intervento di autoaffermazione appare incrementare, se pur moderatamente, la percezione di benessere eudemonico nei partecipanti, confermando la prima ipotesi di ricerca (Ipotesi 1). Tale dato può essere spiegato considerando che questo tipo di benessere origina dalla percezione di vivere in accordo con quelle che sono le reali aspirazioni della persona, dalla soddisfazione dei bisogni psicologici e dall'esperienza di avere uno scopo nella vita (Ryan & Deci, 2001). Il richiamare alla memoria momenti in cui la persona ha avuto successo nel vivere secondo

i propri valori sembra rafforzare questa percezione. L'aver controllato il livello di successo percepito nel seguire i propri valori e la capacità di azione impegnata precedenti alla manipolazione conferma la validità dei risultati ottenuti.

Rispetto alle dimensioni di cui si compone il benessere eudeumonico (Ryff, 1989), sembra essere confermata l'ipotesi secondo cui l'intervento di autoaffermazione favorisce la percezione di relazioni positive con gli altri. Vari studi hanno messo in evidenza come l'autoaffermazione stimoli un atteggiamento prosociale verso gli altri (Cook et al., 2012; Crocker et al., 2008; Schumann, 2014; Thomaes et al., 2012). In particolare, Lindsay e Creswell (2014) hanno rilevato come il rapporto tra autoaffermazione e volontà di aiutare e sostenere l'altro sembra essere mediato da un incremento di *self-compassion*. Secondo gli autori l'aumento di un atteggiamento non giudicante e di cura verso sé stessi produrrebbe una maggior apertura, favorendo la percezione e la costruzione di relazioni positive. Questa posizione risulta di particolare interesse per l'ambito del dolore cronico. Sarebbe interessante valutare in futuri studi se anche in persone con dolore cronico la *self-compassion* si ponga come predittore più prossimo, da un lato, di migliori relazioni sociali e, dall'altro, di un incremento di accettazione del dolore e di flessibilità psicologica. Da notare come il successo nei valori, precedente alla manipolazione, eserciti un effetto significativo sulla percezione di relazioni positive. Tale dato sembra essere in linea con la possibilità che seguire i valori personali riduca il senso di minaccia all'integrità del sé permettendo un'apertura verso gli altri (Lindsay & Creswell, 2014).

In linea con l'ipotesi secondo la quale l'intervento di autoaffermazione avrebbe favorito un aumento di percezione di controllo sull'ambiente, i risultati mostrano che le persone autoaffermate riportano maggior livello di questa variabile. L'incremento di percezione di controllo sull'ambiente è ritenuto essere indicativo di un aumento di integrità del sé (Nelson et al., 2014; Steele, 1988), questo dato, quindi, conferma la capacità dell'intervento di favorire il senso di adeguatezza al contesto. In secondo luogo, tale aumento appare rilevante dal momento che il controllo ambientale si pone come un fattore importante per gli individui affetti da dolore cronico che, spesso, soffrono di una perdita di autoefficacia nella gestione delle incombenze quotidiane, al punto che tale mancanza ha mostrato di essere un fattore chiave nell'aggravamento della patologia e nel peggioramento della qualità della vita (Kerns et al., 1985; Nicholas, 2007; Rudy, Kerns, & Turk, 1988; Turk & Rudy, 1987). In linea con la prospettiva ACT, il successo nei valori e la capacità di azione impegnata esercitano un effetto principale su questa variabile. Come rilevato da McCracken e Vowles

(2008) la percezione di riuscire a vivere in linea con i valori personali è un predittore significativo del funzionamento psicosociale in questi pazienti e, di tale funzionamento, un fattore cruciale è la percezione di controllo sul proprio ambiente.

Contrariamente a quanto atteso l'intervento di autoaffermazione non sembra aumentare la percezione di avere uno scopo nella vita. Questo dato risulta parzialmente in contrasto con la letteratura (McGregor & Little, 1998; Nelson et al., 2014) e, tuttavia, amplia le scarse conoscenze riguardo agli interventi per incrementare la percezione di scopo nella vita (Shin & Steger, 2014). Una possibile spiegazione del mancato incremento potrebbe essere rintracciabile nella struttura stessa della manipolazione. È possibile che l'intervento, focalizzandosi su episodi passati, non stimoli una visione prospettica dei valori come direzioni di vita (Cohen & Sherman, 2014). Gli effetti principali del successo nei valori e della capacità di azione impegnata sembrano, tuttavia, in linea con quanto sostenuto da Shin e Steger (2014), secondo cui il senso di scopo nella vita è promosso dalla consapevolezza di avere le capacità per seguire i propri valori.

Riassumendo, se da un lato l'intervento sembra rafforzare il senso di integrità dei partecipanti come emerge dagli effetti sul controllo ambientale percepito e sulle relazioni positive, non sembra produrre un cambiamento nella capacità di utilizzare i valori per dirigere le scelte di vita. Questo, all'interno di una ipotesi di integrazione tra la teoria della *self-integrity* e il modello della flessibilità psicologica, resterebbe di specifico appannaggio degli interventi ACT.

Considerando le variabili inerenti il dolore cronico, i risultati mettono in luce come l'intervento di autoaffermazione promuova una maggior accettazione del dolore (Ipotesi 2). Similmente a quanto rilevato da Creswell e colleghi (2007) riguardo alla gestione della malattia oncologica e in linea con la prospettiva del *Self-Pain Enmeshment* (Morley, 2010; Pincus & Morley, 2001), l'autoaffermazione sembra favorire la considerazione di altre fonti per rafforzare il senso di integrità, diminuendo l'importanza del dolore all'interno della vita del paziente. Questa interpretazione è supportata dall'effetto principale dell'autoaffermazione sulla dimensione di *pain willingness* che si caratterizza per la comprensione da parte del paziente di quanto l'evitamento esperienziale e il controllo sul dolore siano strategie inefficaci sul lungo periodo (McCracken et al., 2004; Wicksell, Olsson, & Melin, 2009). Successivamente all'intervento di autoaffermazione il dolore sembra non essere più considerato come qualcosa di cui liberarsi, ma più realisticamente come una parte dei molteplici aspetti della vita del paziente.

Interessante è l'assenza di correlazione tra successo nei valori e *pain willingness*. Alla luce di quanto rilevato nel presente studio, è ipotizzabile che la percezione di successo nei valori non contribuisca di per sé alla diminuzione del bisogno di controllo sul dolore, ma servirebbe come presupposto per la riflessione sui valori nel presente. La necessità di riattivare periodicamente tale riflessione (Vowles et al., 2011), dunque, sembra poter essere soddisfatta in modo valido da interventi di autoaffermazione. In altre parole è possibile che ciò che stimola una maggior *pain willingness* e, quindi, accettazione del dolore, sia l'atto autoaffermativo piuttosto che il dato statico di constatazione del successo nei valori. Tale interpretazione è in linea con quanto ritenuto dall'ACT, per cui l'individuazione dei valori sia da considerarsi un processo dinamico che non si esaurisce, ma che al contrario diventa esso stesso un fattore di promozione di flessibilità psicologica (McCracken & Vowles, 2008, 2014).

In linea con quanto ipotizzato (Ipotesi 3), l'intervento di autoaffermazione riduce i livelli di catastrofizzazione anche quando sia controllato l'effetto, comunque significativo, del successo nei valori e della capacità di azione impegnata. Quanto emerso è in accordo con la letteratura (Keefe et al., 2000; Koole et al., 1999; Leung, 2012) secondo cui interventi di autoaffermazione contribuiscono a ridurre la quantità e la qualità dei pensieri catastrofici associati alla condizione problematica.

Riguardo alle dimensioni specifiche della catastrofizzazione, emerge come ruminazione ed esagerazione siano significativamente minori nel gruppo sperimentale. Come già rilevato da Koole e colleghi (1999), l'autoaffermazione riduce la produzione di pensieri ruminativi attraverso l'assunzione di una prospettiva sovraordinata e, quindi, meno legata allo scopo contingente che sostiene la ruminazione. Dai risultati del presente studio tale meccanismo sembra attivarsi anche quando l'oggetto della ruminazione è il dolore cronico. Inoltre, secondo vari autori (Craner, Gilliam, & Sperry, 2015; Sullivan et al., 1995) le scale ruminazione ed esagerazione sembrano cogliere quella che nella prospettiva di coping proposta da Lazarus e Folkman (1984) è definita valutazione primaria dello stimolo. Questa valutazione pertiene al grado in cui lo stimolo viene interpretato come minaccioso. In tal senso l'intervento di autoaffermazione sembra promuovere una visione del dolore meno catastrofica intervenendo non tanto sulle abilità di coping, quanto sulla valutazione dell'impatto che il dolore ha sulla vita della persona. Interessante notare come gli item che compongono la sottoscala ruminazione del PCS (ad es.: "*Desidero con impazienza che il dolore vada via*") siano in gran parte affermazioni che richiamano la volontà di eliminare il

dolore e, quindi, ben rappresentano la lotta contro la sofferenza che è obiettivo principale degli interventi ACT. La differenza nei livelli di ruminazione è, dunque, un ulteriore dato a supporto della possibilità che gli interventi di autoaffermazione contribuiscano a ridurre questa lotta e di conseguenza possano ben integrarsi nei protocolli ACT per il dolore.

L'assenza di effetto principale della riflessione sui valori rispetto all'inflessibilità psicologica non permette di confermare la quarta ipotesi dello studio (Ipotesi 4). Due possono essere le possibili spiegazioni per questo esito. La brevità dell'intervento di autoaffermazione può non essere stata sufficiente nel determinare un cambiamento apprezzabile nei livelli di inflessibilità psicologica. Sarebbe, quindi, interessante valutare se un intervento maggiormente strutturato e di più lunga durata possa influenzare in modo significativo i livelli di inflessibilità psicologica. Una seconda ipotesi riguarda lo strumento impiegato per valutare l'inflessibilità. Come precedentemente osservato (pag. 51), la PIPS si compone di due sottoscale – evitamento e fusione cognitiva – che potrebbero non cogliere l'inflessibilità psicologica nella sua interezza. La riflessione sui valori, quindi, non influirebbe su questi due processi che sono concettualmente distanti dall'ambito valoriale (Hayes et al., 2006).

Nonostante i risultati ottenuti siano incoraggianti e amplino le conoscenze rispetto al ruolo dei valori in persone affette da dolore cronico, vi sono alcuni limiti, oltre quelli già esposti, da tenere in considerazione. In primo luogo, questi riguardano il campione in esame. L'impossibilità di accedere ad una lista dei partecipanti precedentemente alla somministrazione ha determinato la natura non totalmente casuale dell'assegnazione alle due condizioni, tuttavia l'inserimento come covariate delle variabili ritenute di interesse ha permesso di incrementare l'attendibilità dei risultati ottenuti. Sempre rispetto al campione, l'esigua numerosità di soggetti e la varietà di loci algesci costituisce un secondo limite da considerare. Per quanto, infatti, tutti i partecipanti fossero affetti da dolore cronico, all'interno del campione erano presenti varie patologie caratterizzate da differenti posizioni algiche e differenti livelli di interferenza con la vita quotidiana. Se da un lato questo può rivelarsi confondente nell'approfondimento delle relazioni esaminate, dall'altro potrebbe costituire un punto di forza dello studio in quanto le variabili considerate sono ipotizzate essere indicatrici di processi psicologici trasversali alle patologie e, quindi, generalizzabili alla condizione di dolore cronico nel suo insieme. Infine, è da considerare che tutti i partecipanti del presente studio erano sottoposti a terapia farmacologica per il dolore. È noto come alcune tipologie di medicinali come ad esempio gli oppiacei e le benzodiazepine

possano avere alcuni effetti collaterali sia sul piano psicologico che comportamentale, ad esempio abbassamento del tono dell'umore, dipendenza e disfunzioni cognitive (Gauntlett-Gilbert et al., 2016). Si ritiene auspicabile che in ricerche future venga controllata la tipologia di trattamento farmacologico al fine di controllare in modo sistematico questa variabile.

Un secondo ordine di limiti riguarda il disegno di ricerca. L'assenza di una rilevazione di follow-up non permette di fare ipotesi sulla durata di mantenimento dei risultati ottenuti. Tuttavia, uno degli scopi del presente studio era valutare la possibilità che un intervento di autoaffermazione si ponesse come strumento efficace per stimolare in maniera puntiforme la riflessione sui valori. Questo tipo di manipolazione non è da considerarsi sostitutivo di un più complesso intervento terapeutico di tipo ACT, ma come possibile strumento per supportarne l'efficacia nel tempo. In tal senso, futuri studi potrebbero far seguire ad un protocollo ACT per il dolore cronico degli interventi di autoaffermazione al fine di verificarne la capacità di sostenerne gli effetti. È necessario sottolineare come i partecipanti assegnati alla condizione di controllo non abbiano svolto alcun compito rispetto ai valori. Sarebbe, quindi, interessante valutare se i risultati ottenuti vengano mantenuti anche in un disegno di ricerca che preveda una condizione di controllo più bilanciata in cui, ad esempio, fosse chiesto di riflettere su valori non importanti. Infine, future ricerche potranno verificare la presenza di variabili mediatrici degli effetti dell'intervento di autoaffermazione, come ad esempio le emozioni positive, l'autocontrollo, l'auto-efficacia, l'autostima e il livello di astrazione nel rappresentarsi la minaccia.

CONCLUSIONI

La presente ricerca ha permesso di approfondire alcuni aspetti concettuali e metodologici riguardo alla promozione del benessere psicologico. Considerati i recenti sviluppi dell'approccio cognitivo-comportamentale, è stato assunto come modello quello della flessibilità psicologica proposto dall'ACT (Hayes et al., 1999) ponendo particolare attenzione, da un lato, agli aspetti derivanti dalla mindfulness e, dall'altro, in quanto ancora poco studiata (McCracken & Morley, 2014; Plumb et al., 2009) alla dimensione valoriale.

In riferimento al primo obiettivo e alla necessità di approfondire le relazioni tra abilità di mindfulness e funzionamento psicologico (Jimenez et al., 2010), quanto emerso sembra evidenziare un quadro complesso di relazioni. È stato messo in luce quanto la mindfulness sia da considerarsi un costrutto costituito da molteplici aspetti (Baer et al., 2008), ciascuno dei quali con un diverso peso nel sostenere il funzionamento psicologico. In linea con la ricerca in ambito clinico (Khoury et al., 2013, 2015) la mindfulness risulta avere un ruolo fondamentale nel produrre il benessere psicologico e, per quanto non sia il suo scopo, nel ridurre la sofferenza emotiva (Way et al., 2010; Wood & Joseph, 2010). Inoltre, è confermata l'importanza della mindfulness anche in ambito di dolore cronico, dove le abilità da essa derivate sembrano avere nel complesso la capacità di sostenere il benessere, la salute mentale e l'accettazione del dolore.

Come osservato in precedenza (pag. 17), risulta evidente come gli elementi nucleari della mindfulness siano ben rappresentati all'interno del modello ACT (Hayes et al., 1999) nei processi di accettazione, defusione cognitiva, contatto con il momento presente e sé come contesto. E tuttavia, questi risultano essere solo una parte del modello che è integrato con una componente valoriale (identificazione dei valori e azione impegnata) a cui viene demandato l'aspetto motivazionale e organizzativo del comportamento (Hayes et al., 2013).

Per quanto la divisione tra valori e azione impegnata sia in parte artificiosa e i due processi siano intimamente connessi, la possibilità di disporre di strumenti di misura che ne valutino in modo attendibile l'attivazione risulta di estrema utilità sia a livello di ricerca che di intervento (Plumb et al., 2009). In linea con il secondo obiettivo, il presente lavoro, quindi, ha cercato di rendere disponibili nel panorama italiano tre possibili misure di tali costrutti: il CPVI e il BVI per il successo nei valori e il CAQ-8 per la capacità di azione impegnata. I risultati sono incoraggianti dal momento che restituiscono, seppur in via preliminare, degli indici di validità e attendibilità adeguati per tutti gli strumenti. Inoltre, rispondendo alla

necessità di approfondimento rispetto ai meccanismi psicologici attraverso cui i valori esercitano i loro effetti sul funzionamento psicologico (Plumb et al., 2009), il presente lavoro ha evidenziato come sia il successo nei valori che la capacità di azione impegnata predicano variabili come la flessibilità psicologica, il benessere e la salute mentale. Tali risultati sono in linea non solo con precedenti ricerche (McCracken, 2013), ma anche con una visione di reciproco supporto tra valori e funzionamento psicologico, in cui il perseguimento dei valori promuove il benessere psicologico e maggiore benessere può facilitare la messa in atto di comportamenti coerenti con i valori personali (Williams et al., 2015).

Come già illustrato (pag. 19) un ambito in cui i valori hanno mostrato un ruolo chiave è quello del dolore cronico (McCracken & Yang, 2006), quindi, grazie all'adattamento dei suddetti strumenti, è stato possibile spostare l'attenzione sulle relazioni teorico-applicative dei valori sia rispetto ad altri processi ACT, sia ad alcune variabili di funzionamento in pazienti con dolore cronico.

Inserendosi in uno spazio ancora limitatamente studiato, la presente ricerca ha cercato di integrare le conoscenze derivanti dall'ambito della psicologia sociale con quelle in ambito di trattamento del dolore cronico. Il terzo obiettivo era, infatti, quello di chiarire alcuni meccanismi alla base degli interventi ACT sui valori e al contempo di tracciare future linee di sviluppo. È stato evidenziato come non solo il successo percepito nei valori e la capacità di azione impegnata abbiano un ruolo importante nel determinare il funzionamento dei pazienti, ma che la stessa riflessione sulle direzioni di vita può contribuire da un lato ad aumentare il benessere psicologico e l'accettazione del dolore e, dall'altro, diminuire l'impatto psicologico che il dolore ha sulla vita dei pazienti.

Nel complesso i risultati sono in linea con la letteratura (Cohen & Sherman, 2014; Creswell et al., 2007; Sherman et al., 2009) e sembrano confermare l'ipotesi che alla base dell'efficacia degli interventi ACT sui valori vi sia l'attivazione di un processo autoaffermativo. In particolare, gli effetti dell'intervento di autoaffermazione, benché non elevati, risultano interessanti dal momento che sostengono una visione processuale dei valori. È possibile, dunque, ritenere che la chiarificazione dei valori propria degli interventi ACT promuova un recupero del senso di integrità della persona così come indicato dalla sostanziale similarità di risultati tra lo Studio 4 e quelli ottenuti da interventi ACT (McCracken & Vowles, 2008; McCracken & Yang, 2006; Plumb et al., 2009; Wicksell et al., 2008). Alla luce di queste considerazioni, quindi, è ipotizzabile che interventi di autoaffermazione strutturati possano essere integrati nei programmi ACT per il dolore

cronico con l'obiettivo di promuovere il funzionamento e il benessere psicologico dei pazienti.

Bibliografia

- Åkerblom, S., Perrin, S., Fischer, M. R., & McCracken, L. M. (2016). A Validation and generality study of the Committed Action Questionnaire in a swedish sample with chronic pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(3), 260-270. doi:10.1007/s12529-016-9539-x
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974-983. doi:10.1016/j.brat.2010.06.002
- American Chronic Pain Association. (2016). *American Chronic Pain Association - Treatments*. Retrieved from <https://theacpa.org/Treatments>
- Andrasik, F., & Holroyd, K. A. (1980). A test of specific and nonspecific effects in the biofeedback treatment of tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(5), 575-586. doi:10.1037/0022-006X.48.5.575
- Apolone, G., Mosconi, P., Quattrocioni, L., Gianicolo, E. A. L., Groth, N., & Ware, J. E. (2005). *Questionario sullo stato di salute SF-12: versione italiana*. Milano: Guerini e Associati.
- Armitage, C. J. (2016). A brief psychological intervention to protect subjective well-being in a community sample. *Quality of Life Research*, 25(2), 385-391. doi:10.1007/s11136-015-1076-6
- Asghari, A., & Nicholas, M. K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Pain*, 94(1), 85-100.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11(3), 191-206. doi:10.1177/1073191104268029
- 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. doi:10.1177/1073191105283504
- 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(3), 329-342. doi:10.1177/1073191107313003

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191.
- Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C., & Roche, B. (2001). The (not so) strange death of stimulus equivalence. *European Journal of Behavior Analysis*, 2(1), 35-41.
- Baumeister, R. F., Smart, L., & Boden, J. M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: the dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, 103(1), 5.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Bell, A. (2014). Life-course and cohort trajectories of mental health in the UK, 1991-2008: A multilevel age period cohort analysis. *Social Science & Medicine*, 120, 21-30. doi:10.1016/j.socscimed.2014.09.008
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606. doi:10.1037/0033-2909.88.3.588
- Bergin, A. J., & Pakenham, K. I. (2016). The Stress-Buffering Role of Mindfulness in the Relationship Between Perceived Stress and Psychological Adjustment. *Mindfulness*, 7(4), 928-939. doi:10.1007/s12671-016-0532-x
- Bergström, G., Jensen, I. B., Bodin, L., Linton, S. J., Nygren, A., & Carlsson, S. G. (1998). Reliability and factor structure of the Multidimensional Pain Inventory-Swedish Language version (MPI-S). *Pain*, 75(1), 101-110.
- Bernini, O., Pennato, T., Cosci, F., & Berrocal, C. (2010). The psychometric properties of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire in Italian patients with chronic pain. *Journal of Health Psychology*, 15(8), 1236-1245. doi:10.1177/1359105310365576
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology*, 5(1), 47-57. doi:10.1016/S0962-1849(96)80026-6
- Bishop, S. R. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. doi:10.1093/clipsy/bph077
- Blackledge, J. T., Ciarrochi, J., & Deane, F. P. (2009). *Acceptance and commitment therapy contemporary theory research and practice*. Bowen Hills: Australian Academic Press.
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science & Medicine*, 66(8), 1733-1749. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.030

- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-688. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007
- Bonica, J. J. (1992). *Il dolore*. Roma: Antonio Delfino
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D., ... Marlatt, G. A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 20*(3), 343-347. doi:10.1037/0893-164X.20.3.343
- Bowlin, S. L., & Baer, R. A. (2012). Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences, 52*(3), 411-415. doi:10.1016/j.paid.2011.10.050
- Bränström, R., Duncan, L. G., & Moskowitz, J. T. (2011). The association between dispositional mindfulness, psychological well-being, and perceived health in a Swedish population-based sample: Influence of dispositional mindfulness. *British Journal of Health Psychology, 16*(2), 300-316. doi:10.1348/135910710X501683
- Brennan, C., Worrall-Davies, A., McMillan, D., Gilbody, S., & House, A. (2010). The Hospital Anxiety and Depression Scale: A diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *Journal of Psychosomatic Research, 69*(4), 371-378. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.04.006
- Brislin, R. W. (1986). Research instruments. *Field methods in cross-cultural research, 159-162*.
- 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*(4), 822-848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry, 18*(4), 211-237. doi:10.1080/10478400701598298
- Brown, K. W., Weinstein, N., & Creswell, J. D. (2012). Trait mindfulness modulates neuroendocrine and affective responses to social evaluative threat. *Psychoneuroendocrinology, 37*(12), 2037-2041. doi:10.1016/j.psyneuen.2012.04.003
- Bulmer, M. G. (1979). *Principles of statistics*. New York: Dover Publications.

- Campayo, J. G., Rodero, B., Alda, M., Sobradiel, N., Montero, J., & Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica, 131*(13), 487-492.
- Carlson, L. E., & Brown, K. W. (2005). Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research, 58*(1), 29-33. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.04.366
- 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*(1), 23-33. doi:10.1007/s10865-007-9130-7
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 879-889. doi:10.1016/j.cpr.2010.01.006
- Cash, M., & Whittingham, K. (2010). What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? *Mindfulness, 1*(3), 177-182. doi:10.1007/s12671-010-0023-4
- Chan, C., & Peng, P. (2011). Failed back surgery syndrome. *Pain Medicine, 12*(4), 577-606.
- Charlson, M. E., Wells, M. T., Peterson, J. C., Boutin-Foster, C., Ogedegbe, G. O., Mancuso, C. A., ... Isen, A. M. (2014). Mediators and moderators of behavior change in patients with chronic cardiopulmonary disease: the impact of positive affect and self-affirmation. *Translational Behavioral Medicine, 4*(1), 7-17. doi:10.1007/s13142-013-0241-0
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 15*(5), 593-600.
- Cohen, G. L., Aronson, J., & Steele, C. M. (2000). When beliefs yield to evidence: reducing biased evaluation by affirming the self. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*(9), 1151-1164. doi:10.1177/01461672002611011
- Cohen, G. L., Garcia, J., Purdie-Vaughns, V., Apfel, N., & Brzustoski, P. (2009). Recursive processes in self-affirmation: Intervening to close the minority achievement gap. *Science, 324*(5925), 400-403. doi:10.1126/science.1170769
- Cohen, G. L., & Sherman, D. K. (2014). The psychology of change: Self-affirmation and social psychological intervention. *Annual Review of Psychology, 65*(1), 333-371. doi:10.1146/annurev-psych-010213-115137

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, N.J: L. Erlbaum.
- Conti, L. (1999). *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*. Firenze: SEE.
- Cook, J. E., Purdie-Vaughns, V., Garcia, J., & Cohen, G. L. (2012). Chronic threat and contingent belonging: Protective benefits of values affirmation on identity development. *Journal of Personality and Social Psychology*, *102*(3), 479-496. doi:10.1037/a0026312
- Cornil, Y., & Chandon, P. (2013). From fan to fat? Vicarious losing increases unhealthy eating, but self-affirmation is an effective remedy. *Psychological Science*, *24*(10), 1936-1946. doi:10.1177/0956797613481232
- Costantini, M., Musso, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Garrone, O., ... Morasso, G. (1999). Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Supportive Care in Cancer*, *7*(3), 121-127.
- Courville, T., & Thompson, B. (2001). Use of structure coefficients in published multiple regression articles: β is not enough. *Educational and Psychological Measurement*, *61*(2), 229-248.
- Craner, J. R., Gilliam, W. P., & Sperry, J. A. (2015). Rumination, magnification, and helplessness: How do different aspects of pain catastrophizing relate to pain severity and functioning? *The Clinical Journal of Pain*, *1*. doi:10.1097/AJP.0000000000000355
- Creswell, J. D., Lam, S., Stanton, A. L., Taylor, S. E., Bower, J. E., & Sherman, D. K. (2007). Does self-affirmation, cognitive processing, or discovery of meaning explain cancer-related health benefits of expressive writing? *Personality and Social Psychology Bulletin*, *33*(2), 238-250. doi:10.1177/0146167206294412
- Creswell, J. D., Welch, W. T., Taylor, S. E., Sherman, D. K., Gruenewald, T. L., & Mann, T. (2005). Affirmation of personal values buffers neuroendocrine and psychological stress responses. *Psychological Science*, *16*(11), 846-851.
- Crocker, J., Niiya, Y., & Mischkowski, D. (2008). Why does writing about important values reduce defensiveness? Self-affirmation and the role of positive other-directed feelings. *Psychological Science*, *19*(7), 740-747. doi:10.1111/j.1467-9280.2008.02150.x

- Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W., & Karoly, P. (2012). Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. *The Clinical Journal of Pain*, 28(6), 475-483.
- Crombez, G., Vlaeyen, J. W. S., Heuts, P. H. T., & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability: *Pain*, 80(1), 329-339. doi:10.1016/S0304-3959(98)00229-2
- Dahl, J., & Lundgren, T. (2005). Behavior analysis of epilepsy: Conditioning mechanisms, behavior technology and the contribution of ACT. *The Behavior Analyst Today*, 6(3), 191.
- Dahl, J., Lundgren, T., & Hayes, S. C. (2006). *Living Beyond Your Pain: Using Acceptance and Commitment Therapy to Ease Chronic Pain*. Oakland, CA, United States: New Harbinger Publications.
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31(5), 543-568. doi:10.1177/0145445507302037
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198-208. doi:10.1037/a0022062
- Day, M. A., Jensen, M. P., Ehde, D. M., & Thorn, B. E. (2014). Toward a theoretical model for mindfulness-based pain management. *The Journal of Pain*, 15(7), 691-703. doi:10.1016/j.jpain.2014.03.003
- Day, M. A., Thorn, B. E., & Rubin, N. J. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: A mixed-methods analysis comparing treatment responders and treatment non-responders. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(2), 278-285. doi:10.1016/j.ctim.2013.12.018
- de Bruin, E. I., Topper, M., Muskens, J. G., Bögels, S. M., & Kamphuis, J. H. (2012). Psychometric properties of the Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample. *Assessment*, 19(2), 187-197.
- DeGood, D. E., & Tait, R. C. (2001). Assessment of pain beliefs and pain coping. In D. C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment, 2nd ed* (pp. 320-345). New York, NY, US: Guilford Press.

- 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*(7), 654-661. doi:10.1002/da.22124
- Deyo, R. A., & Mirza, S. K. (2009). The case for restraint in spinal surgery: does quality management have a role to play? *European Spine Journal, 18*(S3), 331-337. doi:10.1007/s00586-009-0908-x
- Didonna, F., & Bosio, V. (2012). Misurare le abilità di mindfulness: uno studio di validazione della versione italiana del Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 18*(3), 261-284.
- Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2003b). Mindfulness practice. In W. O'Donohue, J. E. Fisher, & S. C. Hayes (Eds), *Empirically supported techniques of cognitive behavior therapy: A step-by-step guide for clinicians*. New York, NY, US: John Wiley.
- Dougher, M. J. (1993). Interpretive and hermeneutic research methods in the contextualistic analysis of verbal behavior. In S. C. Hayes, L. J. E. Hayes, H. W. E. Reese, & T. R. E. Sarbin (Eds), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 211-221). Reno, NV, US: Context Press.
- Eccleston, C., Morley, S., Williams, A., Yorke, L., & Mastroiannopoulou, K. (2002). Systematic review of randomised controlled trials of psychological therapy for chronic pain in children and adolescents, with a subset meta-analysis of pain relief. *Pain, 99*(1), 157-165.
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: Efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist, 69*(2), 153-166. doi:10.1037/a0035747
- Ellis, A., & Grieger, R. M. (1986). *Handbook of rational-emotive therapy*. New York, NY, US: Springer Publishing Company.
- Engel, C. C., Von Korff, M., & Katon, W. J. (1996). Back pain in primary care: predictors of high health-care costs: *Pain, 65*(2), 197-204. doi:10.1016/0304-3959(95)00164-6
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136. doi:10.1126/science.847460
- Epton, T., Harris, P. R., Kane, R., van Koningsbruggen, G. M., & Sheeran, P. (2015). The impact of self-affirmation on health-behavior change: A meta-analysis. *Health Psychology, 34*(3), 187-196. doi:10.1037/hea0000116

- Farb, N. A., Anderson, A. K., & Segal, Z. V. (2012). The mindful brain and emotion regulation in mood disorders. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 57(2), 70-77.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J.-P. (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(3), 177-190. doi:10.1007/s10862-006-9035-8
- Fields, H. L. (1999). Pain: An unpleasant topic: *Pain*, 82, 61-69. doi:10.1016/S0304-3959(99)00139-6
- Fillingsim, R. B., Bruehl, S., Dworkin, R. H., Dworkin, S. F., Loeser, J. D., Turk, D. C., ... Wesselmann, U. (2014). The ACTION-american pain society pain taxonomy (AAPT): An evidence-based and multidimensional approach to classifying chronic pain conditions. *The Journal of Pain*, 15(3), 241-249. doi:10.1016/j.jpain.2014.01.004
- Fitzpatrick, L., Simpson, J., & Smith, A. (2010). A qualitative analysis of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in Parkinson's disease. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 179-192. doi:10.1348/147608309X471514
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy - a systematic review of randomized controlled trials: Systematic review of mindfulness RCTs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(2), 102-119. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01704.x
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 315-336. doi:10.1007/s10942-005-0017-7
- Flor, H., Rudy, T. E., Birbaumer, N., Streit, B., & Schugens, M. M. (1990). The applicability of the West Haven-Yale multidimensional pain inventory in German-speaking countries. Data on the reliability and validity of the MPI-D. *Schmerz*, 4(2), 82-87.
- Flor, H., & Turk, D. C. (2011). *Chronic pain: An integrated biobehavioral perspective*. Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioural Methods for Chronic Pain and Illness*. Saint Louis: Mosby.

- Fordyce, W. E., Fowler, R. S., & DeLateur, B. (1968). An application of behavior modification technique to a problem of chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, *6*(1), 105-107. doi:10.1016/0005-7967(68)90048-X
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, *31*(6), 772-799. doi:10.1177/0145445507302202
- 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*(6), 563-578. doi:10.1080/14616734.2011.608993
- Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., Neufeld, R. W. J., Lane, R. D., Densmore, M., Stevens, T. K., & Lanius, R. A. (2010). Individual differences in trait mindfulness predict dorsomedial prefrontal and amygdala response during emotional imagery: An fMRI study. *Personality and Individual Differences*, *49*(5), 479-484. doi:10.1016/j.paid.2010.05.008
- Gagnon, J., Dionne, F., Martel, M., & McCracken, L. (2015). *Validation of the Short Version of the Committed Action Questionnaire (CAQ-8) in French-Speaking populations* ACBS Annual World Conference, Berlin, Germany.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, *133*(4), 581-624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581
- 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*(3), 415-437. doi:10.1016/j.brat.2005.02.007
- Gauntlett-Gilbert, J., Gavriloff, D., & Brook, P. (2016). Benzodiazepines may be worse than opioids: Negative medication effects in severe chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, *32*(4), 285-291. doi:10.1097/AJP.0000000000000253
- Goldin, P., & Gross, J. (2010). Effect of mindfulness meditation training on the neural bases of emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, *10*(1), 83-4.
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, *37*(1), 25-35.

- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(1), 35-43. doi:10.1016/S0022-3999(03)00573-7
- Hair, J. F., Jr, Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2009). *Multivariate Data Analysis* (7th ed). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall College Division.
- Hann, K. E. J., & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*(4), 217-227. doi:10.1016/j.jcbs.2014.10.001
- Harrington, R., & Loffredo, D. A. (2010). Insight, rumination, and self-reflection as predictors of well-being. *The Journal of Psychology, 145*(1), 39-57. doi:10.1080/00223980.2010.528072
- Harrington, R., Loffredo, D. A., & Perz, C. A. (2014). Dispositional mindfulness as a positive predictor of psychological well-being and the role of the private self-consciousness insight factor. *Personality and Individual Differences, 71*, 15-18. doi:10.1016/j.paid.2014.06.050
- Harris, P. R., & Epton, T. (2009). The impact of self-affirmation on health cognition, health behaviour and other health-related responses: a narrative review. *Social and Personality Psychology Compass, 3*(6), 962-978. doi:10.1111/j.1751-9004.2009.00233.x
- Harris, P. R., & Napper, L. (2005). Self-affirmation and the biased processing of threatening health-risk information. *Personality and Social Psychology Bulletin, 31*(9), 1250-1263. doi:10.1177/0146167205274694
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: an overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia, 12*(4), 70.
- Harris, R. (2013). *The Happiness Trap: Stop Struggling, Start Living*. Wollombi, N.S.W.: Exisle Publishing.
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36). *Arthritis Care & Research, 63*(S11), 240-252. doi:10.1002/acr.20543

- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Eds), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, NV, US: Context Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York, NY, US: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9(2), 175-190.
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses: A Study in Evidence. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50(1), 97-111. doi:10.1901/jeab.1988.50-97
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198. doi:10.1016/j.beth.2009.08.002
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. (2004). A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York, NY, US: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, 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/European Review of Applied Psychology*, 61(3), 147-151. doi:10.1016/j.erap.2011.02.001

- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., & Kerns, R. D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology, 26*(1), 1-9. doi:10.1037/0278-6133.26.1.1
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169-183. doi:10.1037/a0018555
- Holroyd, K. A., Andrasik, F., & Westbrook, T. (1977). Cognitive control of tension headache. *Cognitive Therapy and Research, 1*(2), 121-133.
- Holroyd, K. A., & et al. (1984). Change mechanisms in EMG biofeedback training: Cognitive changes underlying improvements in tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(6), 1039-1053. doi:10.1037/0022-006X.52.6.1039
- Holzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science, 6*(6), 537-559. doi:10.1177/1745691611419671
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Method, 6*(1), 53-60.
- Hou, J., Wong, S. Y.-S., Lo, H. H.-M., Mak, W. W.-S., & Ma, H. S.-W. (2014). Validation of a chinese version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Hong Kong and development of a short form. *Assessment, 21*(3), 363-371.
- Howell, A. J. (2016). Self-affirmation theory and the science of well-being. *Journal of Happiness Studies*. doi:10.1007/s10902-016-9713-5
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2016). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain: A systematic review and meta-analyses. *The Clinical Journal of Pain*. Advance online publication. doi:10.1097/AJP.0000000000000425
- Hülshager, U. R., Alberts, H. J. E. M., Feinholdt, A., & Lang, J. W. B. (2013). Benefits of mindfulness at work: the role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. *The Journal of Applied Psychology, 98*(2), 310-325. doi:10.1037/a0031313

- International Association for the Study of Pain, Task Force on Taxonomy. (2012). *Classification of Chronic Pain*. Seattle, WA: IASP Press.
- Jacobson, E. (1938). Progressive Relaxation. *The American Journal of the Medical Sciences*, *196*(5), 732.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. (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*(1), 11-21.
- Jensen, M. P. (2011). Psychosocial approaches to pain management: An organizational framework. *Pain*, *152*(4), 717-725. doi:10.1016/j.pain.2010.09.002
- Jensen, M. P., & Turk, D. C. (2014). Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: Why it matters to ALL psychologists. *American Psychologist*, *69*(2), 105-118. doi:10.1037/a0035641
- Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(4), 655-662. doi:10.1037//0022-006X.69.4.655
- 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*(6), 645-650. doi:10.1016/j.paid.2010.05.041
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2006). LISREL 8.80 for Windows [Computer software]. Lincolnwood, IL: Scientific Software International
- Josefsson, T., Larsman, P., Broberg, A. G., & Lundh, L.-G. (2011). Self-reported mindfulness mediates the relation between meditation experience and psychological well-being. *Mindfulness*, *2*(1), 49-58. doi:10.1007/s12671-011-0042-9
- 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*(1), 33-47. doi:10.1016/0163-8343(82)90026-3
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York, NY, US: Delta.

- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. New York, NY: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 144-156. doi:10.1093/clipsy/bpg016
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness*. New York, NY, US: Hyperion.
- Kearns, N. P., Shawyer, F., Brooker, J. E., Graham, A. L., Enticott, J. C., Martin, P. R., & Meadows, G. N. (2016). Does rumination mediate the relationship between mindfulness and depressive relapse? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *89*(1), 33-49. doi:10.1111/papt.12064
- Keefe, F. J., & Bradley, L. A. (1984). Behavioral and psychological approaches to the assessment and treatment of chronic pain. *General Hospital Psychiatry*, *6*(1), 49-54. doi:10.1016/0163-8343(84)90059-8
- Keefe, F. J., Brown, G. K., Wallston, K. A., & Caldwell, D. S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, *37*(1), 51-56. doi:10.1016/0304-3959(89)90152-8
- Keefe, F. J., & Caldwell, D. S. (1997). Cognitive behavioral control of arthritis pain. *Medical Clinics of North America*, *81*(1), 277-290.
- Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Egert, J. R., Affleck, G., Sullivan, M. J., & Caldwell, D. S. (2000). The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *Pain*, *87*(3), 325-334.
- Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A., & Perri, L. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The Journal of Pain*, *5*(4), 195-211. doi:10.1016/j.jpain.2004.02.576
- Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, *31*(6), 1041-1056. doi:10.1016/j.cpr.2011.04.006
- Keough, K. A., & Markus, H. R. (1998). The role of the self in building the bridge from philosophy to biology. *Psychological Inquiry*, *9*(1), 49-53. doi:10.1207/s15327965pli0901_7

- Kerns, R. D., Sellinger, J., & Goodin, B. R. (2011). Psychological treatment of chronic pain. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 411-434. doi:10.1146/annurev-clinpsy-090310-120430
- Kerns, R. D., Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI): *Pain*, 23(4), 345-356. doi:10.1016/0304-3959(85)90004-1
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-528. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.03.009
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(2), 193-203. doi:10.1348/147608306X116016
- Koole, S. L., Smeets, K., van Knippenberg, A., & Dijksterhuis, A. (1999). The cessation of rumination through self-affirmation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(1), 111-125. doi:10.1037/0022-3514.77.1.111
- Kranz, D., Bollinger, A., & Nilges, P. (2010). Chronic pain acceptance and affective well-being: A coping perspective. *European Journal of Pain*, 14(10), 1021-1025. doi:10.1016/j.ejpain.2010.03.010
- Labelle, L. E., Campbell, T. S., Faris, P., & Carlson, L. E. (2015). Mediators of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): Assessing the timing and sequence of change in cancer patients: timing and sequence of MBSR-related change. *Journal of Clinical Psychology*, 71(1), 21-40. doi:10.1002/jclp.22117
- Lang, I. A., Llewellyn, D. J., Hubbard, R. E., Langa, K. M., & Melzer, D. (2011). Income and the midlife peak in common mental disorder prevalence. *Psychological Medicine*, 41(7), 1365-1372. doi:10.1017/S0033291710002060
- 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(12), 1445-1467. doi:10.1002/jclp.20326
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer Publishing Company.

- Ledesma, D., & Kumano, H. (2009). Mindfulness-Based Stress Reduction and cancer: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, *18*(6), 571-579. doi:10.1002/pon.1400
- Leeuw, M., Goossens, M. E. J. B., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J. W. S. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, *30*(1), 77-94. doi:10.1007/s10865-006-9085-0
- Leung, L. (2012). Pain catastrophizing: An updated review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *34*(3), 204. doi:10.4103/0253-7176.106012
- Levene, H. (1960). Robust tests for equality of variances. *Contributions to probability and statistics: Essays in honor of Harold Hotelling*, *2*, 278-292.
- Lijoi, E., Ristè, N., Melchiorri, E., Rossi, E., Violini, P., & Panzera, A. (2014). *Avoidance and cognitive fusion in mental suffering: Adaptation and validation study of an Italian version of the Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) in Italian adolescents with psychological distress*. ACBS World Conference 12 Poster Session - Minneapolis, Minnesota, USA.
- Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2014). Helping the self help others: self-affirmation increases self-compassion and pro-social behaviors. *Frontiers in Psychology*, *5*. doi:10.3389/fpsyg.2014.00421
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Little, R. J. A. (1988). A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American Statistical Association*, *83*(404), 1198. doi:10.2307/2290157
- Liu, Q., Shono, M., & Kitamura, T. (2009). Psychological well-being, depression, and anxiety in Japanese university students. *Depression and Anxiety*, *26*(8), E99-E105. doi:10.1002/da.20455
- Logel, C., & Cohen, G. L. (2012). The role of the self in physical health: Testing the effect of a values-affirmation intervention on weight loss. *Psychological Science*, *23*(1), 53-55. doi:10.1177/0956797611421936
- Long, D. M., Lazzarone, T., & Hayes, S. C. (2010). Acceptance and Commitment Therapy: Basic foundations and clinical model. In Bulli & Melli, *Mindfulness & Acceptance in Psicoterapia. La terza generazione della terapia cognitivo-comportamentale* (pagg. 75-104). Firenze: Eclipsi.

- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27(2), 173-187. doi:10.1016/j.cpr.2006.08.001
- Lousberg, R., Van Breukelen, G. J., Groenman, N. H., Schmidt, A. J., Arntz, A., & Winter, F. A. (1999). Psychometric properties of the Multidimensional Pain Inventory, Dutch language version (MPI-DLV). *Behaviour research and therapy*, 37(2), 167-182.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2009). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research and Theory*, 16(2), 149-165. doi:10.1080/16066350701850295
- Malinowski, P. (2008). Mindfulness as psychological dimension: concepts and applications. *The Irish Journal of Psychology*, 29(1-2), 155-166.
- Mancuso, C. A. (2012). Increasing physical activity in patients with asthma through positive affect and self-affirmation: A randomized trial. *Archives of Internal Medicine*, 172(4), 337. doi:10.1001/archinternmed.2011.1316
- Martel, M. O., Thibault, P., Roy, C., Catchlove, R., & Sullivan, M. J. L. (2008). Contextual determinants of pain judgments. *Pain*, 139(3), 562-568. doi:10.1016/j.pain.2008.06.010
- Martens, A., Johns, M., Greenberg, J., & Schimel, J. (2006). Combating stereotype threat: The effect of self-affirmation on women's intellectual performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42(2), 236-243. doi:10.1016/j.jesp.2005.04.010
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74(1), 21-27.
- McCracken, L. M. (2013). Committed action: An application of the psychological flexibility model to activity patterns in chronic pain. *The Journal of Pain*, 14(8), 828-835. doi:10.1016/j.jpain.2013.02.009
- McCracken, L. M., Chilcot, J., & Norton, S. (2015). Further development in the assessment of psychological flexibility: A shortened Committed Action Questionnaire (CAQ-8). *European Journal of Pain*, 19(5), 677-685. doi:10.1002/ejp.589
- McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 267-274. doi:10.1016/j.brat.2011.02.004

- McCracken, L. M., & Morley, S. (2014). The psychological flexibility model: A basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *The Journal of Pain, 15*(3), 221-234. doi:10.1016/j.jpain.2013.10.014
- McCracken, L. M., Spertus, I. L., Janeck, A. S., Sinclair, D., & Wetzel, F. T. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: pain-related anxiety and acceptance. *Pain, 80*(1), 283-289.
- McCracken, L. M., & Thompson, M. (2009). Components of mindfulness in patients with chronic pain. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*(2), 75-82. doi:10.1007/s10862-008-9099-8
- McCracken, L. M., & Velleman, S. C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care: *Pain, 148*(1), 141-147. doi:10.1016/j.pain.2009.10.034
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2008). A prospective analysis of acceptance of pain and values-based action in patients with chronic pain. *Health Psychology, 27*(2), 215-220. doi:10.1037/0278-6133.27.2.215
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American Psychologist, 69*(2), 178-187. doi:10.1037/a0035623
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method: *Pain, 107*(1), 159-166. doi:10.1016/j.pain.2003.10.012
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy, 43*(10), 1335-1346. doi:10.1016/j.brat.2004.10.003
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Zhao-O'Brien, J. (2010). Further development of an instrument to assess psychological flexibility in people with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 33*(5), 346-354. doi:10.1007/s10865-010-9264-x
- McCracken, L. M., & Yang, S.-Y. (2006). The role of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain: *Pain, 123*(1), 137-145. doi:10.1016/j.pain.2006.02.021
- McCracken, L. M., & Yang, S.-Y. (2008). A contextual cognitive-behavioral analysis of rehabilitation workers' health and well-being: Influences of acceptance, mindfulness,

- and values-based action. *Rehabilitation Psychology*, 53(4), 479-485.
doi:10.1037/a0012854
- McGregor, I., & Little, B. R. (1998). Personal projects, happiness, and meaning: On doing well and being yourself. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 494-512. doi:10.1037//0022-3514.74.2.494
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186-193. doi:10.1016/j.brat.2010.12.006
- McQueen, A., & Klein, W. M. P. (2006). Experimental manipulations of self-affirmation: A systematic review. *Self and Identity*, 5(4), 289-354. doi:10.1080/15298860600805325
- Melzack, R. (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *Journal of dental education*, 65(12), 1378-1382.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory. *Science*, 150(3699), 971-979.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). Classification of chronic pain, IASP Task Force on Taxonomy. *Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press (Also available online at www.iasp-pain.org)*.
- Merskey, H., Bonica, J.J., Carmon, A., Dubner, R., Kerr, F. W. L., Lindblom, U., ...Sunderland, S. (1979). Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6(3), 249-52.
- Meyer, K., Sprott, H., & Mannion, A. F. (2008). Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the German version of the Pain Catastrophizing Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(5), 469-478. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.12.004
- Michalak, J., Hölz, A., & Teismann, T. (2011). Rumination as a predictor of relapse in mindfulness-based cognitive therapy for depression: Rumination as a predictor of relapse. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(2), 230-236. doi:10.1348/147608310X520166
- Miselli, G., Presti, G., Rabitti, E., & Moderato, P. (2009). Measuring difference: An in-progress program of validation of ACT oriented clinical tools in Italy. *ABAI Fifth International Conference, Oslo(Norway), 7-9 August*.
- Monticone, M., Ferrante, S., Ferrari, S., Foti, C., Mugnai, R., Pillastrini, P., ... Vanti, C. (2014). The Italian version of the Pain Beliefs and Perceptions Inventory: cross-

- cultural adaptation, factor analysis, reliability and validity. *Quality of Life Research*, 23(6), 1789-1795. doi:10.1007/s11136-013-0621-4
- Morley, S. (2010). The self in pain. *Reviews in pain*, 4(1), 24.
- Morley, S., Davies, C., & Barton, S. (2005). Possible selves in chronic pain: self-pain enmeshment, adjustment and acceptance: *Pain*, 115(1), 84-94. doi:10.1016/j.pain.2005.02.021
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1), 1-13.
- Moskowitz, J. T., Duncan, L. G., Moran, P. J., Acree, M., Epel, E. S., Kemeny, M. E., ... Folkman, S. (2015). Dispositional mindfulness in people with HIV: Associations with psychological and physical health. *Personality and Individual Differences*, 86, 88-93. doi:10.1016/j.paid.2015.05.039
- Nelson, S. K., Fuller, J. A. K., Choi, I., & Lyubomirsky, S. (2014). Beyond self-protection: Self-affirmation benefits hedonic and eudaimonic well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40(8), 998-1011. doi:10.1177/0146167214533389
- Nicholas, M. K. (2007). The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *European Journal of Pain*, 11(2), 153-163. doi:10.1016/j.ejpain.2005.12.008
- Nicholas, M. K., & Asghari, A. (2006). Investigating acceptance in adjustment to chronic pain: Is acceptance broader than we thought? *Pain*, 124(3), 269-279. doi:10.1016/j.pain.2006.04.032
- Nimon, K. F. (2012). Statistical Assumptions of Substantive Analyses Across the General Linear Model: A Mini-Review. *Frontiers in Psychology*, 3. doi:10.3389/fpsyg.2012.00322
- Nouwen, A., & Solinger, J. W. (1979). The effectiveness of EMG biofeedback training in low back pain. *Biofeedback and Self-Regulation*, 4(2), 103-111. doi:10.1007/BF01007105
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). The assessment of reliability. *Psychometric theory*, 3(1), 248-292.
- Ogedegbe, G. O. (2012). A randomized controlled trial of positive-affect intervention and medication adherence in hypertensive african americans. *Archives of Internal Medicine*, 172(4), 322. doi:10.1001/archinternmed.2011.1307

- Ostelo, R. W., van Tulder, M. W., Vlaeyen, J. W., Linton, S. J., Morley, S., & Assendelft, W. J. (2005). Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. doi:10.1002/14651858.CD002014.pub2
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 160-164. doi:10.1016/S1077-7229(01)80021-3
- Pennato, T., Berrocal, C., Bernini, O., & Rivas, T. (2013). Italian version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): Dimensionality, reliability, convergent and criterion validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4), 552-563. doi:10.1007/s10862-013-9355-4
- Peterson, J. C. (2012). A randomized controlled trial of positive-affect induction to promote physical activity after percutaneous coronary intervention. *Archives of Internal Medicine*, 172(4), 329. doi:10.1001/archinternmed.2011.1311
- Pincus, T., Burton, A. K., Vogel, S., & Field, A. P. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27(5), 109-120.
- Pincus, T., & Morley, S. (2001). Cognitive-processing bias in chronic pain: A review and integration. *Psychological Bulletin*, 127(5), 599-617. doi:10.1037/0033-2909.127.5.599
- Pincus, T., Smeets, R. J., Simmonds, M. J., & Sullivan, M. J. (2010). The fear avoidance model disentangled: improving the clinical utility of the fear avoidance model. *The Clinical journal of pain*, 26(9), 739-746.
- Plumb, J. C., Stewart, I., Dahl, J., & Lundgren, T. (2009). In search of meaning: Values in modern clinical behavior analysis. *Behavior Analyst*, 32(1), 85.
- Pradhan, E. K., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerker, B., Gilpin, A. K., Magyari, T., ... Berman, B. M. (2007). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis & Rheumatism*, 57(7), 1134-1142. doi:10.1002/art.23010
- Proulx, T., & Inzlicht, M. (2012). The five «a»s of meaning maintenance: Finding meaning in the theories of sense-making. *Psychological Inquiry*, 23(4), 317-335. doi:10.1080/1047840X.2012.702372
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(5), 745-758. doi:10.1586/ern.09.34

- Rabitti, E., Miselli, G., & Moderato, P. (2013). Misurare la capacità di restare in contatto con il momento presente: La validazione italiana della "Mindful Attention Awareness Scale". *Psicologia Cognitiva e Comportamentale*, *19*(3), 323-339.
- Rhudy, J. L., France, C. R., Bartley, E. J., McCabe, K. M., & Williams, A. E. (2009). Psychophysiological responses to pain: Further validation of the nociceptive flexion reflex (NFR) as a measure of nociception using multilevel modeling. *Psychophysiology*, *46*(5), 939-948. doi:10.1111/j.1469-8986.2009.00835.x
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(6), 1083-1089. doi:10.1037/a0012720
- Rosenzweig, S., Greeson, J. M., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A., & Beasley, D. (2010). Mindfulness-Based Stress Reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research*, *68*(1), 29-36. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.03.010
- Rudy, T. E., Kerns, R. D., & Turk, D. C. (1988). Chronic pain and depression: Toward a cognitive-behavioral mediation model. *Pain*, *35*(2), 129-140. doi:10.1016/0304-3959(88)90220-5
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *10*(1), 125-162.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, *52*(1), 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, *57*(6), 1069.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *83*(1), 10-28. doi:10.1159/000353263
- Sapolsky, R. M. (2004). Why zebras don't get ulcers: the acclaimed guide to stress, stress-related diseases, and coping. New York, NY: Owl Book

- Satorra, A., & Bentler, P. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. *Latent variables analysis: Applications for developmental research*, 399-419.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.
- Schlomer, G. L., Bauman, S., & Card, N. A. (2010). Best practices for missing data management in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 57(1), 1-10. doi:10.1037/a0018082
- Schmeichel, B. J., & Vohs, K. (2009). Self-affirmation and self-control: Affirming core values counteracts ego depletion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(4), 770-782. doi:10.1037/a0014635
- Schmitz, U., Saile, H., & Nilges, P. (1996). Coping with chronic pain: flexible goal adjustment as an interactive buffer against pain-related distress: *Pain*, 67(1), 41-51. doi:10.1016/0304-3959(96)03108-9
- Schultz, J. H. (1932). *Das autogene training: konzentrative selbstentspannung: versuch einer klinisch-praktischen darstellung*. Leipzig, Germany: Thieme.
- Schumann, K. (2014). An affirmed self and a better apology: The effect of self-affirmation on transgressors' responses to victims. *Journal of Experimental Social Psychology*, 54, 89-96. doi:10.1016/j.jesp.2014.04.013
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2001). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Sherman, D. K. (2013). Self-affirmation: Understanding the effects. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(11), 834-845. doi:10.1111/spc3.12072
- Sherman, D. K., & Cohen, G. L. (2006). The psychology of self-defense: self-affirmation theory. In *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 38, pagg. 183-242). Elsevier.
- Sherman, D. K., Cohen, G. L., Nelson, L. D., Nussbaum, A. D., Bunyan, D. P., & Garcia, J. (2009). Affirmed yet unaware: Exploring the role of awareness in the process of self-affirmation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(5), 745-764. doi:10.1037/a0015451

- Sherman, D. K., & Hartson, K. A. (2011). Reconciling self-protection with self-improvement. In M. D. Alicke & C. Sedikides (Eds.), *Handbook of self-enhancement and self-protection* (pp. 128-151). New York, NY: Guildford Press
- Shin, J. Y., & Steger, M. F. (2014). Promoting meaning and purpose in life. In A. C. Parks & S. M. Schueller (Eds), *The Wiley Blackwell Handbook of Positive Psychological Interventions* (pp. 90-110). Chichester, UK: John Wiley & Sons
- Silverman, A., Logel, C., & Cohen, G. L. (2013). Self-affirmation as a deliberate coping strategy: The moderating role of choice. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(1), 93-98. doi:10.1016/j.jesp.2012.08.005
- Sirigatti, S., Stefanile, C., Giannetti, E., Iani, L., Penzo, I., & Mazzeschi, A. (2009). Assessment of factor structure of Ryff's Psychological Well-Being Scales in Italian adolescents. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 259, 30-50.
- Song, Y., Lu, H., Chen, H., Geng, G., & Wang, J. (2014). Mindfulness intervention in the management of chronic pain and psychological comorbidity: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(2), 215-223. doi:10.1016/j.ijnss.2014.05.014
- Spiers, N., Bebbington, P., McManus, S., Brugha, T. S., Jenkins, R., & Meltzer, H. (2011). Age and birth cohort differences in the prevalence of common mental disorder in England: National Psychiatric Morbidity Surveys 1993-2007. *The British Journal of Psychiatry*, 198(6), 479-484. doi:10.1192/bjp.bp.110.084269
- Steele, C. M. (1988). The psychology of self-affirmation: sustaining the integrity of the self. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. Burlington: Elsevier.
- Steele, C. M., Spencer, S. J., & Lynch, M. (1993). Self-image resilience and dissonance: The role of affirmational resources. *Journal of personality and social psychology*, 64(6), 885.
- Steger, M. F. (2012). Making Meaning in Life. *Psychological Inquiry*, 23(4), 381-385. doi:10.1080/1047840X.2012.720832
- Sufka, K., & Turner, D. (2005). An evolutionary account of chronic pain: Integrating the natural method in evolutionary psychology. *Philosophical Psychology*, 18(2), 243-257. doi:10.1080/09515080500169488
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524.

- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., ... others. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain, 17*(1), 52-64.
- Świeboda, P., Filip, R., Prystupa, A., & Drozd, M. (2013). Assessment of pain: types, mechanism and treatment. *Pain, 2*, 7.
- Tapper, K., Shaw, C., Ilsley, J., Hill, A. J., Bond, F. W., & Moore, L. (2009). Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite, 52*(2), 396-404. doi:10.1016/j.appet.2008.11.012
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., 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*(4), 615-623. doi:10.1037//0022-006X.68.4.615
- Thibault, P., Loisel, P., Durand, M.-J., Catchlove, R., & Sullivan, M. J. L. (2008). Psychological predictors of pain expression and activity intolerance in chronic pain patients: *Pain, 139*(1), 47-54. doi:10.1016/j.pain.2008.02.029
- Thomaes, S., Bushman, B. J., de Castro, B. O., & Reijntjes, A. (2012). Arousing «gentle passions» in young adolescents: Sustained experimental effects of value affirmations on prosocial feelings and behaviors. *Developmental Psychology, 48*(1), 103-110. doi:10.1037/a0025677
- Trompetter, H. R., ten Klooster, P. M., Schreurs, K. M. G., Fledderus, M., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2013). Measuring values and committed action with the Engaged Living Scale (ELS): Psychometric evaluation in a nonclinical sample and a chronic pain sample. *Psychological Assessment, 25*(4), 1235-1246. doi:10.1037/a0033813
- Turk, D. C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York, NY: Guilford Press.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 678-690. doi:10.1037//0022-006X.70.3.678
- Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1987). Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy, 25*(4), 237-249. doi:10.1016/0005-7967(87)90002-7

- Turner, J. A. (1982). Comparison of group progressive-relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(5), 757.
- Turner, J. A., & Chapman, R. C. (1982). Psychological interventions for chronic pain: a critical review. *Pain, 12*(1), 1-21. doi:10.1016/0304-3959(82)90167-1
- Turner, J. A., Holtzman, S., & Mancl, L. (2007). Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain: *Pain, 127*(3), 276-286. doi:10.1016/j.pain.2006.09.005
- Turner, J. A., Jensen, M. P., & Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain, 85*(1), 115-125.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research and Therapy, 44*(10), 1513-1522.
- Van Damme, S., Crombez, G., & Eccleston, C. (2004). Disengagement from pain: the role of catastrophic thinking about pain: *Pain, 107*(1), 70-76. doi:10.1016/j.pain.2003.09.023
- Van Damme, S., Crombez, G., & Eccleston, C. (2008). Coping with pain: A motivational perspective. *Pain, 139*(1), 1-4. doi:10.1016/j.pain.2008.07.022
- 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*(8), 1045-1054. doi:10.1007/s10067-011-1690-9
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain, 85*(3), 317-332.
- Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M. J., Rotteveel, A. M., Ruesink, R., & Heuts, P. H. T. G. (1995). The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. *Journal of Occupational Rehabilitation, 5*(4), 235-252. doi:10.1007/BF02109988
- Vowles, K. E., & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 397-407. doi:10.1037/0022-006X.76.3.397
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *European Journal of Pain, 11*(7), 779-787. doi:10.1016/j.ejpain.2006.12.007

- Vowles, K. E., McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2008). Patient functioning and catastrophizing in chronic pain: The mediating effects of acceptance. *Health Psychology, 27*(2), 136-143. doi:10.1037/0278-6133.27.2
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., & O'Brien, J. Z. (2011). Acceptance and values-based action in chronic pain: A three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behaviour Research and Therapy, 49*(11), 748-755. doi:10.1016/j.brat.2011.08.002
- Vowles, K. E., & Sorrell, J. T. (2008). *Life with chronic pain: An acceptance-based approach therapist guide and patient workbook*. Bath: University of Bath.
- Wakslak, C. J., & Trope, Y. (2009). Cognitive consequences of affirming the self: The relationship between self-affirmation and object construal. *Journal of Experimental Social Psychology, 45*(4), 927-932. doi:10.1016/j.jesp.2009.05.002
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness: The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences, 40*(8), 1543-1555. doi:10.1016/j.paid.2005.11.025
- Ware, J., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care, 34*(3), 220-233.
- Way, B. M., Creswell, J. D., Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2010). Dispositional mindfulness and depressive symptomatology: Correlations with limbic and self-referential neural activity during rest. *Emotion, 10*(1), 12-24. doi:10.1037/a0018312
- West, S. G., Finch, J. F., & Curran, P. J. (1995). Structural equation models with non-normal variables: Problems and remedies. In R. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 56-75). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Weydert, J. A., Ball, T. M., & Davis, M. F. (2003). Systematic review of treatments for recurrent abdominal pain. *Pediatrics, 111*(1), 1-11.
- WHO. (2016). WHO *Mental health*. Retrieved October 23, 2016, from http://www.who.int/topics/mental_health/en/
- Wicksell, R. K., Olsson, G. L., & Melin, L. (2009). The Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ): Further validation including a confirmatory factor analysis and a comparison with the Tampa Scale of Kinesiophobia. *European Journal of Pain, 13*(7), 760-768. doi:10.1016/j.ejpain.2008.09.003

- Wicksell, R. K., Renöfält, J., Olsson, G. L., Bond, F. W., & Melin, L. (2008). Avoidance and cognitive fusion: Central components in pain related disability? Development and preliminary validation of the Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS). *European Journal of Pain, 12*(4), 491-500. doi:10.1016/j.ejpain.2007.08.003
- Williams, J. M. G. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion, 10*(1), 1-7. doi:10.1037/a0018360
- Williams, K. E., Ciarrochi, J., & Heaven, P. C. (2015). Relationships between valued action and well-being across the transition from high school to early adulthood. *The Journal of Positive Psychology, 10*(2), 127-140.
- Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Wilson, K. G., & Groom, J. (2002). *The Valued Living Questionnaire*. University of Mississippi.
- Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York, NY: Guildford Press.
- Wilson, K. G., & Sandoz, E. K. (2008). Mindfulness, values, and the therapeutic relationship in Acceptance and Commitment Therapy. *Mindfulness and the Therapeutic Relationship, 89-106*.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework. *Psychological Record, 60*(2), 249-272.
- Wong, W., McCracken, L., Wong, S., Chen, P., Chow, Y., & Fielding, R. (2015). The Chinese version of the 8-Item Committed Action Questionnaire (ChCAQ-8): A Preliminary analysis of the factorial and criterion validity. *Psychological Assessment, 28*(6), 111-118. doi:10.1037/pas0000187
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders, 122*(3), 213-217. doi:10.1016/j.jad.2009.06.032
- Woolf, C. J. (2010). What is this thing called pain? *Journal of Clinical Investigation, 120*(11), 3742-3744. doi:10.1172/JCI45178

- Woolf, C. J., Bennett, G. J., Doherty, M., Dubner, R., Kidd, B., Koltzenburg, M., ... Torebjork, E. (1998). Towards a mechanism-based classification of pain? *Pain*, 77(3), 227-229. doi:10.1016/S0304-3959(98)00099-2
- Wupperman, P., Fickling, M., Klemanski, D. H., Berking, M., & Whitman, J. B. (2013). Borderline personality features and harmful dysregulated behavior: The mediational effect of mindfulness: bpd and mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 903-911. doi:10.1002/jclp.21969
- 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(5), 466-482.
- Yap, J. C., Lau, J., Chen, P. P., Gin, T., Wong, T., Chan, I., ... Wong, E. (2008). Validation of the Chinese Pain Catastrophizing Scale (HK-PCS) in patients with chronic pain. *Pain Medicine*, 9(2), 186-195. doi:10.1111/j.1526-4637.2007.00307.x
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.