

LA MINDFULNESS. IL NON FARE, L'ACCETTARE E IL FARE CONSAPEVOLE

Antonella Rainone

Centro di Psicoterapia Cognitiva e di Psicopatologia Sperimentale
Scuola di Psicoterapia Cognitiva Srl
Associazione di Psicologia Cognitiva
Corrispondenza: rainone@apc.it

Riassunto

In questo articolo vorrei descrivere i fattori terapeutici della mindfulness e spiegarne la terapeuticità secondo il modello cognitivo. In particolare si possono individuare due importanti fattori terapeutici: 1) il fermarsi o “non fare”, non entrando nelle reazioni automatiche mentali, comportamentali e somatiche o sapendone uscire accorgendosene, non giudicando e lasciando andare; e 2) la consapevolezza accettante o accettazione del momento attuale interno ed esterno, del funzionamento della mente e di se stessi con il proprio personale progetto esistenziale fatto di desideri e scopi, a breve e a lungo termine, e di valori personali. A questi fattori va aggiunto il “fare consapevole” ovvero il piano d'azione. Questo non è strettamente parte della mindfulness ma la mindfulness permette di progettare in modo più funzionale al momento presente e al proprio progetto esistenziale e valori personali.

Parole chiave: mindfulness, accettazione, terapia cognitiva, MBCT, MBSR

MINDFULNESS. THE “DO NOT”, THE ACCEPTANCE AND THE “DOING WITH AWARENESS”

Abstract

In this article I'm going to describe some therapeutic factors of mindfulness and to explain their therapeutic power according to the cognitive model. In particular, we can identify two important therapeutic factors: 1) to stop or “do not”, not entering the automatic reactions mental, behavioural, and somatic or knowing how get out seeing this, not judging and letting go; and 2) awareness and acceptance of the present moment internal and external, of the working of the mind and of themselves with their personal life project that desiders and goals in the short and long term and personal values. To these factors we add the “do aware” that the action plan. This is not strictly part of mindfulness, but mindfulness allows you to design it in a more functional at the present moment and to your existential project and personal values.

Key words: mindfulness, acceptance, cognitive therapy, MBCT, MBRS

1. Cos'è la Mindfulness

1.1 Le origini

Il concetto di mindfulness ha una storia di oltre 2500 anni affondando le sue origini nelle

tradizioni contemplative buddiste. Il termine *mindfulness* deriva dalla parola “Sati” in lingua Pali. Sati fa riferimento a uno stato caratterizzato da “presenza mentale” in cui i fenomeni interni ed esterni, da un lato vengono visti come realmente sono (privi di un sé intrinseco e forieri di sofferenza) e dall’altro, si fa distinzione tra i fenomeni e le proprie proiezioni e distorsioni mentali (Uchiyama 2004, Tsoknyi 1998, Thera 1973). Si racconta che il Buddha o “Risvegliato”, interrogato da un discepolo circa la sua natura divina, rispose semplicemente “Sono sveglio”.

La parola Sati rimanda anche al verbo Sarati che vuol dire “ricordare”. In particolare, lo sviluppo di Sati aumenta la capacità di ricordarsi dei propri pensieri e comportamenti e delle loro conseguenze su di sé e sugli altri, permettendo di imparare dai propri errori e quindi, di progredire sul cammino dell’etica (Analayo 2006, Buddhaghosa 1976).

Lo sviluppo della “nuda attenzione” e della “consapevolezza pura” come spesso è descritta la *mindfulness*, non è il fine ma è un conseguimento di valore, in quanto aiuta a ridurre la sofferenza degli uomini (Chiesa 2011). Infatti, lo sviluppo della *mindfulness* o Sati come “presenza mentale” e come “ricordarsi”, porta all’aumento della consapevolezza delle proprie intenzioni, emozioni, pensieri, parole e azioni e delle conseguenze che possono avere su di sé e sugli altri. In questo modo, la persona può raggiungere una maggiore chiarezza riguardo a ciò che deve essere fatto (ciò che è salutare) e a ciò che non dovrebbe essere più fatto (pensieri e azioni non salutari) (Dhammika 1990). Questo discernimento è compito della saggezza (*prajna*), “fattore mentale che distingue lo stato ontologico delle cose e fornisce la conoscenza delle cause, condizioni e implicazioni dei processi, dei contenuti e delle conseguenze delle proprie esperienze nei termini delle loro conseguenze etiche e del loro accordarsi o meno con le proprie intenzioni” (Chiesa 2011, p. 8). Nella tradizione buddista, la *mindfulness*, l’etica e la saggezza sono profondamente legate tra di loro e ognuna di loro influenza lo sviluppo delle altre (Gunaratana 1993).

In sintesi, la tradizione buddista definisce la *mindfulness* come 1) la consapevolezza del momento presente e 2) il ricordarsi dei propri pensieri, emozioni e azioni e delle loro conseguenze su di sé e sugli altri. Lo sviluppo della *mindfulness* è volto a ridurre ed eliminare la sofferenza legata a una scorretta comprensione della realtà. La *mindfulness*, insieme all’etica e alla saggezza, aiuta ad avere una sempre più chiara comprensione di ciò che è salutare e va perseguito e ciò che non lo è e va abbandonato.

1.2 La definizione moderna

Il fondatore dell’uso clinico moderno della *mindfulness*, Jon Kabat Zinn, definisce la *mindfulness* come “il processo di prestare attenzione in modo particolare: intenzionalmente, in maniera non giudicante, allo scorrere dell’esperienza nel presente momento dopo momento” (Kabat-Zinn 1994, p.16). La *mindfulness* è inoltre definita come la consapevolezza che emerge dal porre attenzione al momento presente sospendendo il giudizio (Kabat-Zinn 2003).

Vivere in maniera *mindful* l’esperienza del momento presente vuol dire viverla prestandole attenzione senza giudicarla, accogliendola in maniera gentile, accettante, amorevole, compassionevole. La relazione che la persona ha con le proprie esperienze interne ed esterne è caratterizzata da attenzione consapevole e accettazione.

La *mindfulness* è quindi caratterizzata da due componenti strettamente interconnesse tra loro: 1) l’abilità di dirigere l’attenzione al momento presente (autoregolazione dell’attenzione) e 2) l’attitudine con cui lo si fa, fatta da curiosità, apertura e accettazione (Bishop et al. 2004). Queste componenti insieme permettono alla persona di relazionarsi in una maniera *mindful* alle proprie esperienze (con consapevolezza, accoglienza e accettazione). La *mindfulness* viene infatti anche

detta “modalità dell’essere” o del “non fare” (Kabat-Zinn 1990) per la caratteristica del vivere tutto ciò che viene senza fare niente per cambiarlo, mandarlo via o per trattenerlo, ma lasciandolo essere e lasciandolo scorrere.

In ambito cognitivista, la mindfulness è stata definita come una forma di “insight metacognitivo o consapevolezza metacognitiva” intesa come processo attraverso cui gli stati mentali (pensieri, emozioni, sensazioni somatiche) sono vissuti in maniera decentrata (Teasdale et al. 2000, Teasdale et al. 1995). Non corrisponde quindi al costrutto di metacognizione attualmente più conosciuto nell’ambito cognitivista, secondo cui la metacognizione è la capacità di riflettere sui propri stati mentali e di criticarli (“conoscenza metacognitiva”, Teasdale et al. 1995). La mindfulness come consapevolezza metacognitiva corrisponde a una modalità di relazione con i propri pensieri, emozioni e sensazioni del momento caratterizzata dal decentramento e dalla disidentificazione, per cui la persona vive i propri stati mentali come stati mentali e non come “fatti” (es. “il pensiero non è un fatto né sono io”).

In sintesi, la psicologia moderna definisce la mindfulness come una specifica modalità di vivere l’esperienza interna ed esterna con attenzione consapevole, senza giudicarla, accogliendola e accettandola momento dopo momento così com’è, senza identificarsi nei propri contenuti mentali. Si tratta dunque di uno “stato” mentale e di un “tratto” in quanto attitudine.

2. Sviluppare la Mindfulness attraverso la meditazione

L’addestramento che porta a sviluppare la capacità di raggiungere una visione chiara e accettata dei propri pensieri, emozioni, sensazioni e azioni insieme alle loro conseguenze momento dopo momento, avviene attraverso tecniche di meditazione. Il legame tra mindfulness e meditazione è rintracciabile già nelle pratiche tradizionali buddiste, quali le meditazioni Vipassana e Zen, e diviene fondamentale negli interventi moderni basati sulla mindfulness, come il programma di Riduzione dello Stress Basato sulla Mindfulness (RSBM) di Kabat-Zinn (1990) e la Terapia Cognitiva Basata sulla Mindfulness (TCBM) di Segal, Williams e Teasdale (2002), che sono a tutt’oggi i principali protocolli basati sulla mindfulness.

Il legame tra mindfulness e meditazione è talmente stretto che a volte ci si riferisce alla mindfulness intendendola come pratica meditativa (il che aggiunge un altro significato al termine mindfulness: oltre a uno stato mentale e qualità di tratto, anche pratica).

La pratica di meditazione che aiuta lo sviluppo della mindfulness è condotta attraverso due modalità: 1) formale o strutturata, esercitata in un tempo stabilito e in un setting silenzioso; e 2) informale o non strutturata, esercitata in diversi momenti della quotidianità, senza la necessità di un setting particolare. Le pratiche formali di consapevolezza più usate nei moderni interventi clinici sono 1) il body scan o scansione del corpo; 2) la meditazione seduta; 3) l’Hatha Yoga e 4) la meditazione camminata o sulla camminata.

Il body scan consiste nel portare intenzionalmente l’attenzione alle sensazioni fisiche di diverse parti del corpo momento dopo momento sospendendo il giudizio (partendo dall’alluce del piede sinistro e arrivando fino alla sommità del capo e all’intero corpo).

La meditazione seduta include diversi tipi di pratiche, quali la consapevolezza del respiro, del corpo nel suo insieme, dei suoni, dei propri pensieri ed emozioni e la consapevolezza aperta verso tutti gli oggetti dell’esperienza man mano che si presentano. L’attenzione è sempre posta in maniera intenzionale e non giudicante.

L’Hatha Yoga include consapevolezza sul respiro e su diverse posture oltre che sulle sensazioni corporee associate a esercizi di stiramento e rilassamento dei muscoli. In questa

pratica ci si addestra anche a riconoscere e rispettare i propri limiti e a lasciare andare l'impulso a superarli. A volte l'Hatha Yoga si sostituisce, e si semplifica, con esercizi di stretching.

La meditazione sul camminare consiste nel portare un'attenzione non giudicante alle sensazioni delle piante dei piedi man mano che si cammina avanti e indietro in un certo spazio.

La pratica informale invece consiste nel portare consapevolezza alle esperienze interne ed esterne della quotidianità, come il mangiare o il lavarsi o il parlare.

La meditazione di Metta o gentilezza amorevole, addestra a portare gentilezza e compassione verso se stessi e verso gli altri, conosciuti e sconosciuti, amici e nemici.

Quando si inizia la pratica della meditazione ci si accorge quasi subito della difficoltà a mantenere per più di pochi secondi l'attenzione consapevole su un oggetto (per esempio il respiro). Senza che ce ne accorgiamo ci ritroviamo con la mente da un'altra parte, presi da pensieri di ricordi, giudizi, programmi da fare o da emozioni o sensazioni fisiche soprattutto disagiati. La nostra mente infatti tende naturalmente a vagare nel passato, nel futuro e a giudicare ed etichettare continuamente l'esperienza presente. Altrettanto naturalmente tende a vivere l'esperienza in pilota automatico ovvero senza consapevolezza. La meditazione addestra a essere "svegli" mentre viviamo, osservando consapevolmente queste modalità della mente senza giudicarle, ma vivendole per quelle che sono. Ogni volta che la mente va altrove, l'istruzione è di osservare dove è andata, di lasciare andare l'oggetto da cui è presa (un pensiero, un rumore, una sensazione, un impulso, etc.) e di tornare sull'oggetto ancora su cui si stava ponendo intenzionalmente l'attenzione (il respiro, le sensazioni del corpo, etc.). Il lasciare andare riguarda sia un'esperienza sgradita sia una piacevole, con tutte le difficoltà che ciò comporta. Solitamente lasciare andare una sensazione piacevole è molto più complicato che farlo con una spiacevole.

In sintesi, le pratiche di meditazione aiutano a sviluppare una consapevolezza non giudicante, gentile e compassionevole dell'intera gamma delle nostre esperienze presenti. In altre parole, addestrano ad avere una relazione accettante e decentrata con le nostre esperienze, essendone consapevoli man mano che fluiscono, senza criticarle né etichettarle né giudicarle ma accettandole e considerandole per quello che sono (stati mentali). Le pratiche di meditazione permettono lo sviluppo della capacità di entrare in una modalità dell'esistenza mindful. Si sviluppa così la capacità di entrare intenzionalmente in uno stato mindful (mindfulness come stato) dove esiste uno spazio tra esperienza e azione, e aumenta l'attitudine accogliente, accettante, non giudicante verso l'intera gamma delle esperienze (mindfulness come tratto).

3. L'atteggiamento mindful attraverso gli otto pilastri

La mindfulness è coltivata anche attraverso specifici atteggiamenti o "pilastri" con cui ci si accosta alla pratica meditativa e la si svolge, e in parte corrisponde a tali atteggiamenti.

In generale, Jon Kabat-Zinn ritiene che l'atteggiamento più utile per avvicinarsi alla pratica sia quello scettico ma aperto e curioso dello scienziato che osserva senza preconcetti tutto ciò che avviene nel campo dell'esperienza, che è lo stesso atteggiamento che i terapeuti cognitivisti auspicano nel paziente che si accosta alla psicoterapia.

In particolare, gli atteggiamenti specifici – ovvero gli otto pilastri – sollecitati per affrontare e portare avanti la pratica della consapevolezza e sviluppati attraverso la pratica stessa sono: 1) il non giudizio; 2) la pazienza; 3) la mente del principiante; 4) la fiducia; 5) il non cercare risultati; 6) l'accettazione; 7) il lasciare andare e (in aggiunta) 8) l'impegno e l'autodisciplina.

La prima qualità fa riferimento alla sospensione del giudizio e all'assunzione di un ruolo di testimone imparziale della propria esperienza. Quando si presenta un giudizio (cosa questa

inevitabile) non si cerca di reprimerlo né di valutarlo sbagliato, ma semplicemente di osservarlo, riconoscendo l'attività automatica di giudizio della mente umana per poi ritornare all'ancora dell'attenzione consapevole.

Il secondo aspetto dell'atteggiamento funzionale alla pratica mindfulness è la pazienza, che nasce dalla comprensione e dall'accettazione rispettosa che tutto ha un corso naturale. Kabat-Zinn fa l'esempio del bambino e della crisalide. Se il bambino cerca di far uscire la farfalla aprendo la crisalide preso dalla voglia di aiutarla o la fretta di vederla, in realtà non fa una cosa buona per la farfalla né per il suo desiderio di vederla il prima possibile. Per realizzare il suo scopo è necessario aspettare perché la farfalla può uscire dalla crisalide solo al momento giusto. Alla stessa maniera cercare risultati troppo precocemente nella meditazione può portare all'irritazione piuttosto che all'apertura e all'accettazione. La pazienza aiuta ad abbandonare il desiderio di volersi allontanare il prima possibile dall'esperienza presente quando è sgradevole per andare verso una migliore. L'invito è di viverla in maniera mindful, senza entrare nel flusso di ruminazione e rabbia, per poi decidere un'azione non affrettata a partire da dove si sta piuttosto che da dove si vorrebbe stare.

La mente del principiante è un aspetto fondamentale: il praticante è invitato a vedere le cose come se le vedesse per la prima volta. Il primo esercizio mindful consiste appunto nel guardare, toccare, odorare e assaggiare un chicco di uva secca come se non si fosse mai conosciuto. Durante l'esercizio la maggior parte delle persone si accorge di non aver mai immaginato tante qualità in un piccolo chicco di uva. Mantenere la mente del principiante permette di sospendere le aspettative e i giudizi dettati dalle conoscenze e dalle esperienze pregresse e quindi di scoprire nuovi aspetti dell'esperienza che è vista con "occhi sempre nuovi e con mente fresca, attenta alle novità e orientata più al presente che al passato" (Chiesa 2011).

La quarta qualità è la fiducia nella propria intuizione, nelle proprie sensazioni. Lo sviluppo della fiducia permette di raggiungere una maggiore responsabilità nella propria vita e una maggiore libertà dai propri condizionamenti.

Nella meditazione la via migliore per avere risultati è non cercare di avere risultati. La meditazione è non fare. E' particolarmente difficile perché gli essere umani automaticamente cercano risultati e confrontano il momento presente con il momento ideale, ruminando sulla discrepanza. Lo scopo da perseguire nella meditazione è non avere scopi.

L'accettazione è un punto fondamentale nella mindfulness. Ogni momento viene preso e vissuto per quello che è nella sua pienezza senza cercare appunto di modificarlo "precocemente".

La mente cerca automaticamente di trattenere ciò che è gradevole o che lo è stato in qualche momento e di fuggire da ciò che è sgradevole o lo è stato. La qualità che è coltivata e aiuta nella meditazione è il lasciare andare sia l'attaccamento al piacevole che l'avversione allo spiacevole.

Infine, affinché la pratica funzioni portando allo sviluppo della mindfulness come tratto e come stato e all'abilità di entrare in tale stato, sono necessari impegno quotidiano e autodisciplina. La pratica meditativa ha bisogno di almeno 45 minuti al giorno per 6 giorni a settimana per funzionare. Si tratta di un percorso estremamente impegnativo che necessita di una buona motivazione. Kabat-Zinn lo paragona all'allenamento dell'atleta, il quale si esercita regolarmente, ogni giorno, con il bello e con il brutto tempo, quando ne ha voglia e quando non ne ha (1990 p.39).

4. Falsi miti sulla mindfulness

Prima di affrontare la mindfulness nella pratica clinica e come pratica clinica è necessario

sfatare alcuni falsi miti che riguardano la meditazione in generale e la mindfulness in particolare (Chiesa 2011, Gunaratana 1993, Kabat-Zinn 1990).

La definizione di mindfulness come porre attenzione consapevole e senza giudizio all'esperienza del momento non lascia dubbi sull'infondatezza della credenza secondo cui la mindfulness sarebbe una specie di trance o comunque uno stato alterato di coscienza. Al contrario, si cerca di mantenersi "svegli" e di accorgersi di eventuali alterazioni di coscienza, quando questa è l'esperienza del momento, e di ritornare a un'attenzione consapevole. Questa osservazione ci permette di correggere anche un'altra falsa idea ovvero che la mindfulness è un modo per fuggire dalla realtà magari pensando a pensieri elevati e sublimi. Come abbiamo visto, semmai ci si addestra a stare con la realtà, dolorosa o piacevole che sia e con qualsiasi pensiero arrivi senza cercare di cambiare e sostituire. Dal punto di vista della mindfulness non ci sono pensieri migliori o peggiori, sono solo pensieri che sono vissuti per quello che sono: stati della mente transitori con cui si può avere una relazione più accettante e decentrata.

Molto diffusa è la convinzione che la meditazione e la mindfulness siano tecniche di rilassamento. Come si è detto, l'invito costante è al non cercare risultati, quindi nemmeno il rilassamento. La meditazione non ha uno scopo se non la meditazione stessa. Mentre nello svolgere tecniche di rilassamento, come ad esempio il training autogeno, quando il rilassamento non arriva vuol dire che la tecnica non sta funzionando e si vanno a cercare i motivi per "correggerli", nella mindfulness il rilassamento può arrivare come esperienza del momento presente o no, la pratica va bene comunque. E così come non è un modo per rilassarsi, la mindfulness non è nemmeno un modo per tirarsi su. Nonostante molte ricerche dimostrano che porta a un maggiore benessere, questo non è attivamente ricercato. Tutti i praticanti sono istruiti a riconoscere l'intenzione e le motivazioni con cui si accostano alla mindfulness e a lasciarle andare, a sospenderle.

5. La mindfulness nella pratica clinica: RSBM e TCBM

5.1 La RSBM

La prima applicazione della mindfulness nella pratica clinica risale alla fine degli anni Settanta del secolo scorso ed è di Jon Kabat-Zinn all'Università del Massachusetts. Kabat-Zinn elabora il programma per la Riduzione dello Stress Basato sulla Mindfulness (RSBM) adottando la pratica mindfulness tradizionale scevra delle sue qualità religiose e spirituali e apportando delle modifiche per adattarla ai pazienti che soffrono di dolori fisici e psicologici. In particolare, il programma viene inizialmente costruito e sperimentato per quei pazienti per cui la medicina ufficiale a un certo punto dichiara di non poter più far nulla, i pazienti con dolori cronici. Dopo aver tentato e fallito le diverse cure farmacologiche disponibili, di solito i medici li invitano ad accettare il dolore e a convivervi, senza tra l'altro aiutarli a farlo indicando loro un modo efficace. Jon Kabat-Zinn, praticante da diversi anni della meditazione buddista, durante un ritiro comprende che le pratiche di consapevolezza avrebbero potuto aiutare questi pazienti a modificare la loro relazione con i sintomi e in tal modo avrebbero potuto aumentare la qualità di vita nonostante i sintomi e forse diminuire il dolore stesso.

Sin dalle sue prime applicazioni sperimentali, il programma è costruito come percorso breve dove s'insegnano le principali pratiche della meditazione consapevole in un formato di gruppo, per permettere ai partecipanti di rispecchiarsi negli altri aventi lo stesso problema, superando così l'isolamento di cui spesso soffrono (una quota di efficacia del protocollo è legata quindi ai fattori generali del gruppo quali il mutuo aiuto e la condivisione e un'altra quota è invece legata

alla specificità della mindfulness). Inoltre il formato di gruppo migliora il rapporto costi/benefici del programma, potendo trattare più persone contemporaneamente.

Il programma è stato da subito sottoposto a verifiche sperimentali ed è stato modificato e adattato per altre condizioni mediche e psicologiche, alcune delle quali sono la fibromialgia, i disturbi cardiaci, le condizioni oncologiche, i disturbi d'ansia e dell'umore, fino ad arrivare ai corsi per gli operatori sanitari (non solo per diventare conduttori) o gli studenti universitari.

La RSBM è un programma di 8 incontri settimanali della durata di 2 ore e mezzo circa cui si aggiunge un ritiro di 6-8 ore. Ai partecipanti viene richiesto un impegno quotidiano per la pratica formale di 45 minuti e per la pratica informale su una o più attività che permette di generalizzare la pratica formale nella propria vita (Kabat-Zinn 2003, 1990). Il gruppo è solitamente di 20-30 partecipanti. Le pratiche formali principali sono il body scan, la meditazione seduta e alcuni esercizi di Hatha Yoga. Accanto a queste pratiche principali il programma include la meditazione camminata, la meditazione Metta e una serie di pratiche di consapevolezza informale svolte su diverse attività quotidiane come il mangiare, il parlare, il relazionarsi, il lavarsi, e così via fino ad arrivare alla pratica informale su momenti di benessere e di malessere. Inoltre, i partecipanti sono invitati a coltivare le attitudini fondamentali ovvero i pilastri della meditazione. Le pratiche di consapevolezza formale sono svolte prima in gruppo con il conduttore, che non si limita a dare le istruzioni ma lo fa mentre medita egli stesso. Viene dato spazio ai partecipanti per descrivere la propria esperienza e poi per commentarla e accorgersi dei legami tra la propria esperienza e quella degli altri. Infine vengono date le registrazioni delle istruzioni da seguire a casa.

I diversi corsi RSBM hanno una stessa struttura generale: nelle prime due sessioni si approfondisce il body scan, nelle successive due si lavora con gli esercizi di Hatha Yoga e s'introduce la meditazione seduta e negli altri incontri si approfondiscono gli altri esercizi di meditazione seduta, in cui alla meditazione sul respiro si aggiungono quella sul corpo, sui suoni, su pensieri ed emozioni e per finire la consapevolezza aperta. Come si può notare la struttura è solo parzialmente definita, cosicché il programma può essere adattato alle diverse esigenze.

Il primo studio di esito sul programma RSBM condotto da Jon Kabat-Zinn e pubblicato nel 1982 è stato seguito negli anni da molti altri studi che hanno replicato i risultati positivi (per una rassegna completa: Chiesa 2011).

5.2 La TCBM

Come scrivevo in un altro lavoro (Rainone, Mancini 2004), l'adattamento più raffinato e specializzato del programma RSBM nasce dal suo incontro negli anni novanta del secolo scorso con la Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC - Beck et al. 1979) e lo studio delle peculiarità dei pazienti vulnerabili alla ricaduta depressiva.

John Teasdale, Mark Williams e Zindel Segal studiavano già da alcuni anni la ricorrenza alla depressione cercando di potenziare l'efficacia della TCC, quando conobbero la mindfulness applicata nella RSBM. Dopo aver partecipato ai gruppi di Kabat-Zinn prima come semplici osservatori e poi come attivi partecipanti, elaborarono e misero a verifica un programma di Terapia Cognitiva Basata sulla Mindfulness (TCBM, Teasdale et al. 2002). Si tratta di un programma breve di 8 incontri di circa 2 ore svolti in gruppo (massimo 12 persone), più un incontro individuale di selezione e motivazione (vengono accettati solo pazienti depressi non acuti ed estremamente motivati) e 4 incontri di follow-up nell'anno successivo al trattamento. La TCBM persegue l'obiettivo di ridurre le ricadute alla depressione unendo la pratica mindfulness così com'è insegnata da Kabat-Zinn e la TCC per la depressione. La mindfulness diviene la parte

che potenzia l'efficacia che la TCC presenta da sola nel curare la ricaduta alla depressione.

Nonostante il programma TCBM sia direttamente derivato dalla RSBM, il peso delle diverse pratiche differisce nei due programmi (ad es. lo yoga ha meno spazio, la pratica della meditazione seduta è introdotta prima e diventa l'elemento cardine). Alla pratica classica, la TCBM introduce un esercizio meditativo detto "lo spazio del respiro in tre minuti", che dura appunto tre minuti e può essere ripetuto più volte al giorno prima in momenti predeterminati della giornata e poi nelle situazioni di stress che possono innescare stati spiacevoli. L'esercizio aiuta a portare consapevolezza su quei momenti disinnescando la modalità automatica che potrebbe portare a una ricaduta. A differenza della RSBM, il programma TCBM contiene diversi elementi di psicoeducazione sul disturbo depressivo e sui meccanismi patogeni oltre che esercizi e tecniche di TCC (ad es. il modello ABC, l'individuazione dei pensieri automatici negativi, l'elenco delle attività nutrienti).

Il primo studio di esito sulla TCBM per la ricaduta alla depressione è stato condotto dai suoi fondatori e pubblicato nel 2000. In questo studio un gruppo di 145 pazienti in remissione dai sintomi depressivi sono stati assegnati in maniera random a un gruppo di controllo (medico di base, richieste di aiuto all'occorrenza) e ad un gruppo sperimentale (TCBM). L'outcome principale è il numero di ricadute nei 12 mesi successivi all'intervento. I risultati mostrano una diminuzione significativa di ricadute per i pazienti che hanno seguito la TCBM e che hanno sofferto precedentemente di almeno tre episodi depressivi. Mentre per gli altri (meno di due ricadute depressive e pazienti assegnati al gruppo di controllo) la diminuzione non è significativa. Questo dato secondo cui i pazienti con più di tre ricadute alle spalle possono usufruire positivamente della TCBM è stato replicato in uno studio successivo di Teasdale e Ma, in cui le percentuali sono del 78% di diminuzione per questo tipo di pazienti e del 36% per quelli con meno di tre episodi depressivi pregressi (Ma e Teasdale 2004). I risultati sono stati replicati negli anni (per una rassegna completa: Chiesa 2011). Gli Autori stessi spiegano questo risultato ipotizzando, da una parte, una maggiore motivazione a impegnarsi giornalmente nella pratica meditativa da parte dei pazienti con più ricadute alle spalle, dall'altra, specifiche caratteristiche del meccanismo di ricaduta nel caso di maggiori ricadute pregresse. In quest'ultimo caso infatti l'evento che tende a scatenare la ricaduta è più frequentemente uno stato interno di disforia su cui il paziente comincia a rimuginare valutandolo come segnale certo di ricaduta, negativo e prova del proprio fallimento. Questi rimuginii portano alla ricaduta. In questi casi la mindfulness è più efficace perché insegna a gestire gli stati interni e a sospendere le reazioni automatiche.

Negli ultimi anni la TCBM è stata adattata a diversi disturbi, sostituendo gli elementi di psicoeducazione e di TCC per la depressione con quelli specifici per questi disturbi. Esiste la TCBM per i disturbi d'ansia, in particolare per il disturbo da attacchi di panico e per quello d'ansia generalizzato (Oken et al. 2010, Kim et al. 2009); per la depressione in fase acuta (Chiesa e Serretti 2011 a/b, Barnhofer 2009, Williams et al. 2007); e per i sintomi residuali interepisodici nei disturbi bipolari, quali l'ansia (Weber et al. 2010, Williams et al. 2008).

5.3 Altri protocolli basati sulla Mindfulness

Negli anni sono stati sviluppati altri interventi detti "Basati sulla mindfulness". Alcuni di essi sono largamente fondati sulla pratica meditativa come: la Spiritual Self Focus Schema Therapy che unisce la Schema Focus Therapy (Young et al. 2003) con la tradizione buddista delle pratiche di consapevolezza (Nikaya 2001) ed è rivolta alla cura dell'abuso di sostanze e comportamenti rischiosi; la Prevenzione delle Ricadute basata sulla Mindfulness per le dipendenze e l'abuso

da sostanze (Witkiewitz et al. 2005); la Terapia Comportamentale basata sulla Accettazione per i disturbi d'ansia generalizzata (Roemer e Orsillo 2005); l'Allenamento alla Consapevolezza del Mangiare basata sulla Mindfulness (Kristellar et al. 2005); la Cura del Neonato basata sulla Mindfulness (Vieten e Astin 2008); l'Allenamento al Benessere basato sulla Mindfulness (Jha et al. 2010).

Altri interventi "Basati sulla Mindfulness" non sono fondati sulla meditazione, come la Terapia Dialettico Comportamentale per i disturbi borderline (Linehan 1993) e la Terapia basata sull'Accettazione e l'Impegno (ACT- Hayes 2004).

Molti dei trattamenti menzionati in questo "elenco" richiedono ulteriori prove empiriche.

Per concludere questa breve disamina sull'applicazione clinica della mindfulness è doveroso precisare che esistono attualmente degli interventi detti "basati sulla mindfulness" che non possono essere raggruppati sotto tale dicitura, essendo caratterizzati da presupposti concettuali sostanzialmente diversi dalla mindfulness (per un approfondimento su questo punto: Chiesa 2011).

6. I fattori terapeutici della Mindfulness

6.1 Una breve premessa

Negli ultimi anni "mindfulness" è divenuto un termine molto usato nel mondo clinico e psicoterapico, a volte forse abusato. L'allenamento alla pratica della consapevolezza non è la panacea di tutti i mali e quando è utilizzato indiscriminatamente non produce risultati così promettenti come quando è coniugato con una buona formulazione dello specifico problema clinico da curare. In particolare, alcuni elementi del percorso mindfulness possono essere più efficaci per un disturbo e altre per un altro disturbo (Teasdale et al. 2003). Quindi, sia che si utilizzi la mindfulness come pratica clinica sia che la si applichi come strumento o tecnica complessa, per strutturare un protocollo mindfulness che possa risultare efficace è necessario conoscere bene 1) le diverse componenti della pratica della consapevolezza; 2) il funzionamento del disturbo specifico che si vuole trattare in quei particolari pazienti; 3) combinare le due cose sulla base di un ragionamento clinico basato sulla conoscenza del problema da trattare e orientato a uno scopo; 4) inserire tutto in un percorso comprensivo la cui cornice concettuale sia compatibile con quella originale della mindfulness come applicazione clinica, in primis la RSBM di Kabat-Zinn. Ne risulta un protocollo con una terapeutica specificità come quello della TCBM.

6.2 Risultati controllati

Le ricerche scientifiche che si occupano di verificare l'efficacia della mindfulness ci suggeriscono che la pratica della consapevolezza porta a cambiamenti significativi nei domini delle funzioni cognitive quali l'attenzione, la memoria e le funzioni esecutive e a modifiche importanti nelle attitudini.

Già dalle prime settimane aumenta la capacità di dirigere volontariamente l'attenzione alle esperienze del momento presente, migliorano l'attenzione selettiva, esecutiva e sostenuta (Chiesa et al 2011, Segal et al 2002, Kabat-Zinn 1990) e migliora la memoria a breve termine (McVay et al. 2009, Redick et al. 2006).

Il percorso mindfulness porta a un significativo sviluppo dell'attitudine caratterizzata da

accettazione, apertura, sospensione del giudizio, auto-compassione e a una riduzione delle ruminazioni mentali (Raes e Williams 2010, Martin-Ausero et al. 2010, Baer et al. 2006).

Fatte queste premesse, quali ipotesi si possono avanzare circa i fattori terapeutici, curativi della mindfulness?

6.3 Il non fare, l'accettazione e il fare consapevole

“Tutti sappiamo che le condizioni atmosferiche sfuggono al nostro controllo. Il buon marinaio impara a leggerle attentamente e a rispettarne la potenza. Se è possibile, evita la tempesta; ma, se non è possibile e ci si trova in mezzo, sa quando è il momento di ammainare le vele, serrare i portelli, gettare l'ancora e aspettare che la burrasca si acquieti, tenendo sotto controllo quello che è controllabile e lasciando andare il resto” (Kabat-Zinn 1990, p. 13).

La pratica della consapevolezza addestra a stare con l'esperienza interna ed esterna del momento senza cercare di modificarla in alcun modo (il non fare). Questo permette alla persona di vivere pienamente e consapevolmente, di osservare quello che sta accadendo, di conoscerlo e comporta quindi una visione più chiara del momento presente (conoscere le condizioni atmosferiche del momento). Inoltre la pratica giornaliera porta a una maggiore conoscenza di se stesso, da una parte delle proprie intenzioni, dei propri desideri e scopi e dei propri valori personali, e dall'altra, a una maggiore conoscenza del funzionamento della propria mente (giudicare e reagire automaticamente) e dei propri stati mentali (contenuti e qualità). La capacità di fermare la reazione automatica e di farsi una visione più chiara del presente insieme alla conoscenza accettante di sé e del proprio progetto esistenziale, permette una gestione del momento più efficace e funzionale al proprio benessere. Così la persona che pratica la consapevolezza diviene un marinaio esperto che sceglie un buon piano di azione partendo dalle condizioni atmosferiche presenti, dalle regole generali sulla cui base fare previsioni e dai suoi desideri e valori. Il piano può essere evitare la tempesta o stare fermo ammainando le vele e passando attraverso la tempesta stessa. Alla stessa maniera nella vita il piano di azione può comportare fare per modificare o aspettare senza fare. Questo va deciso di volta in volta sulla base di una visione che comprenda il momento presente, le conseguenze delle azioni, gli scopi importanti a breve e a lungo termine. La pratica mindfulness aiuta ad avere questa consapevolezza momento per momento tutte le volte che è necessario. Questo ultimo passaggio è molto importante. Teasdale descrive lo stato mindful come una delle marce dell'automobile e la capacità di entrarvi come la capacità di cambiare marcia mettendo quella più utile in quel momento. Ogni marcia è utile ma non sufficiente a percorrere bene tutta la nostra strada. Alla stessa maniera lo stato mindful è funzionale in alcuni momenti ma non per tutti i momenti: bisogna sapere di avere diverse marce e saperle usare funzionalmente. Come dice la Linehan, per progettare un edificio è decisamente più utile la modalità “doing” dove prevalgono valutazione, giudizio e critica.

In sintesi possiamo individuare due importanti fattori terapeutici che il percorso mindfulness comporta (tralascio volontariamente i fattori terapeutici legati al setting grupppale).

1. Il fermarsi o “non fare”, non entrando nelle reazioni automatiche mentali, comportamentali e somatiche o sapendone uscire accorgendosene, non giudicando e lasciando andare.
2. La consapevolezza accettante o accettazione del momento attuale interno ed esterno, del funzionamento della mente e di se stessi con il proprio personale progetto esistenziale fatto di desideri e scopi a breve e a lungo termine e di valori personali.

A questi fattori va aggiunto il “fare consapevole” ovvero il piano d'azione che viene dopo il non fare, è progettato sulla sua base e, se ritenuto utile, può consistere nel continuare a non fare.

Per comprendere come e perché questi fattori siano terapeutici partirò da esempi clinici e mi baserò sul modello cognitivo di funzionamento della normalità, della patologia e della cura.

Sergio soffre di depressione ricorrente. Una mattina, durante un periodo non sintomatico, si sveglia senza grande voglia di andare a lavoro. Si sente “scocciato” (disforico), anche un po’ stanco fisicamente. Comincia a rimuginare su questo suo stato, lo critica giudicandolo come stato depressivo, negativo, da evitare, terribile e quindi cerca rimuginando un modo per uscirne il prima possibile. Si dice che è un fallito, che sta ricominciando da capo, che non è capace, che non c’è niente da fare, morirà depresso (problema secondario fatto di valutazioni negative e di strategie disfunzionali di soluzione: il rimuginio). In tal modo, lo stato disforico iniziale aumenta, Sergio non se la sente di andare al lavoro e rimane in casa, non ha voglia di chiamare nessuno. Piano, piano ricade in depressione.

Saper vivere in maniera mindful lo stato disforico porta invece Sergio a vivere consapevolmente i pensieri, le emozioni, le sensazioni somatiche e le pulsioni all’azione del momento disforico sospendendo la critica e la reazione automatica di rimuginii. Viene sospesa la valutazione della disforia come terribile problema da risolvere con urgenza e che indica il proprio fallimento personale ed esistenziale. In termini cognitivisti, Sergio adotta con gli stati mentali (pensieri, emozioni, sensazioni somatiche e pulsione all’azione) del momento disforico un rapporto decentrato (“i pensieri, le sensazioni e le emozioni sono pensieri, sensazioni ed emozioni e non fatti”) e accettante. Si azzera il problema secondario sullo stato disforico (Mancini, Rainone 2008). In tal modo Sergio può fare esperienza della transitorietà degli stati emotivi, non usarli come informazione generale su di sé (se sono triste vuol dire che sono un depresso fallito) e modificare quindi le credenze patogene. Il fare consapevole sarà in questo caso pianificato anche sulla base della conoscenza dei segnali personali di ricaduta e delle attività nutrienti che Sergio sa essergli utili per combattere la ricaduta alla depressione (es. andare al lavoro o chiamare un amico).

Chiara soffre di un disturbo alimentare. È davanti al PC cercando di fare un lavoro che non le riesce bene. Pensa al suo ragazzo che l’ha chiamata poco fa dicendole che non può vederla oggi. Chiara si alza dalla sedia, va in cucina, apre il frigorifero e comincia a mangiare in piedi quello che le capita tra le mani. Vedendo cosa sta facendo o ripensandoci dopo si dice che “fa schifo”, si sente uno schifo e si mangia anche tre scatole di biscotti. 1) Nella stessa situazione Chiara si ferma e comincia a vivere consapevolmente gli stati mentali (pensieri, emozioni, sensazioni somatiche) mentre sta al PC dopo la telefonata del ragazzo. È arrabbiata, si sente inadeguata (dal lavoro a tutto il resto) sente l’impulso ad alzarsi e andare al frigo. 2) Oppure Chiara si ferma dopo aver mangiato varie cose in piedi davanti al frigorifero e diviene consapevole di quanto si sente uno schifo, inadeguata alla vita, sopraffatta. Prende consapevolezza di voler continuare a mangiare, “tanto ormai”. Chiara sospende la critica e si vive consapevolmente il presente. Nel primo caso Chiara può decidere di non adottare la strategia disfunzionale del mangiare e di adottarne altre più funzionali ai propri desideri e valori e quindi al proprio benessere. Nel secondo caso, Chiara può ricordarsi che mangiare dieci cose non è uguale a mangiarne trenta, che può smettere l’abbuffata in qualsiasi momento e fare qualcosa di funzionale.

Entrare nello stato mindful permette a Chiara di vivere consapevolmente le proprie emozioni e di accettarle per quello che sono, conoscendole e riconoscendole. Può porre uno spazio tra queste e la reazione impulsiva dell’abbuffata, dandosi così la possibilità di scegliere liberamente il piano di azione, soppesando vantaggi e svantaggi dei diversi comportamenti possibili in

relazione alla funzionalità rispetto al disturbo e soprattutto rispetto ai propri desideri e valori.

Angela soffre di cistiti ricorrenti. Dice di sentirsi limitata, non sopporta i dolori della cistite, passa la maggior parte del giorno a monitorarsi. Con gli anni ha ridotto le attività fuori casa, non veste più come le piacerebbe (solo abiti molto larghi per evitare i fastidi), non ha rapporti sessuali per paura. Riporta ansia e sintomi depressivi (legati rispettivamente alla paura di scoprire dolori e fastidi da cistite da un momento all'altro e alla valutazione di limitazione e di anormalità). La pratica della consapevolezza insegna ad Angela a sospendere i monitoraggi e a vivere in maniera più accettata anche i sintomi e i fastidi quando arrivano. Col tempo Angela diviene consapevole della tensione muscolare, presente anche nella zona uretrale, che accompagna i monitoraggi e che è in parte responsabile dei dolorosi fastidi. I fastidi diminuiscono. Gli episodi di cistite non invalidano del tutto la vita di Angela che riesce di più a curarli da sola seguendo le terapie del medico. In generale ricorre molto di meno agli antibiotici di cui prima faceva un uso indiscriminato e controproducente. Il vivere i fastidi e i dolori esplorandoli senza cercare di farli andare via urgentemente ha aumentato la capacità di sopportazione e ha affinato la conoscenza che Angela ne ha. Così ora sa distinguere semplici fastidi transitori da quelli che preannunciano una riacutizzazione e sceglie adeguatamente la cura. Tra un episodio e l'altro, Angela ha ridotto gli evitamenti e le precauzioni. Segue solo alcuni accorgimenti legati per es. al bere e al non indossare jeans troppo stretti per troppo tempo.

In sintesi, i fattori che la pratica della mindfulness sviluppano sono il fermarsi e il vivere il momento presente sospendendo il giudizio e la critica con un'attitudine accettata, curiosa e compassionevole verso l'esperienza interna ed esterna. Partendo dalle ipotesi cognitive sul funzionamento normale e patologico della mente umana e sulla cura, questi fattori risultano terapeutici per i seguenti motivi interconnessi tra loro e in parte sovrapponibili.

1. Diminuisce la ruminazione mentale e aumenta la capacità di accettare l'esperienza presente.
2. Si elimina il problema secondario, fatto di valutazione negativa e strategie disfunzionali di soluzione, che mantiene e accresce il disturbo (problema primario).
3. Aumenta il decentramento per cui gli stati mentali (pensieri, emozioni e sensazioni somatiche) sono riconosciuti e trattati come tali e non come fatti o caratteristiche immutabili e "definitivi" della persona.
4. Diminuisce il ricorso al meccanismo dell' "affect as information", in cui l'emozione è considerata un'informazione sullo stato del mondo e sulla natura del Sé.
5. Aumenta l'esposizione con prevenzione della risposta che permette di modificare in vivo ovvero attraverso un apprendimento esperienziale, i significati patogeni.
6. L'organizzazione del comportamento non è fatta sulla base dell'automaticità, ma sulla base 1) del vivere consapevolmente e in modo accettato il momento; 2) della previsione delle conseguenze, dei propri desideri e scopi a breve e lungo termine e dei propri valori. Quindi un piano funzionale specifico può essere anche "semplicemente" vivere il momento senza cercare di modificarlo in alcun modo.

Come si vede la mindfulness permette di potenziare entrambe le strategie terapeutiche generali della Terapia Cognitiva: 1) l'accettazione degli schemi di significato nei loro "prodotti" o "manifestazioni" (pensieri, emozioni, sensazioni somatiche, pulsione all'azione, comportamenti), dal momento che addestra a un atteggiamento più accogliente e accettato verso le proprie reazioni; 2) la modifica degli schemi stessi dal momento che permette di

vivere un'esperienza correttiva (esposizione con prevenzione della risposta automatica fatta di valutazione e di comportamento). Inoltre, potenzia la strategia terapeutica basata sull'aumento del benessere psicologico nelle persone non sintomatiche, laddove benessere psicologico non corrisponde solo e semplicemente alla mancanza di sintomi ma a un articolato insieme di diverse dimensioni psicologiche, tra cui l'accettazione di sé, la mastery ambientale, le relazioni positive con gli altri, gli scopi di vita (Ryff et al. 1989). Come evidenziano le ricerche del gruppo di Giovanni Fava, il benessere psicologico riduce la vulnerabilità allo sviluppo di disturbi clinici (Rainone e Mancini 2004, Fava et al. 2003, Fava 1999).

7. La Mindfulness per addestrare il futuro psicoterapeuta

Il training per diventare uno psicoterapeuta deve sempre contenere una parte di addestramento alle abilità di base. Tra queste, fondamentali sono la capacità di sospendere il giudizio e l'adozione di un atteggiamento aperto, curioso, accettante, decentrato, compassionevole. Inoltre, soprattutto con pazienti che pongono difficoltà a livello relazionale, diviene estremamente utile un fine lavoro interiore attraverso il quale lo psicoterapeuta può acquisire consapevolezza circa i propri stati mentali del momento, valutando se sono funzionali agli obiettivi terapeutici o stanno seguendo altri scopi. Quindi può decidere consapevolmente come intervenire evitando "acting-out" disfunzionali alla cura. Se ad esempio lo psicoterapeuta prova rabbia di fronte alla svalutazione del suo paziente narcisista, potrebbe reagire automaticamente disprezzando a sua volta il paziente. È utile che prima di agire qualsiasi comportamento si fermi vivendo con consapevolezza la sua rabbia e l'impulso a disprezzare, comprendendo da dove viene e a quale scopo è orientato (gli obiettivi terapeutici o lo scopo di rango? Questo è strumentale agli obiettivi terapeutici o è terminale?). È utile inoltre che il terapeuta sospenda la critica (ad es. "non sono un bravo terapeuta perché provo queste cose verso il mio paziente") e pianifichi un comportamento efficace pragmaticamente per raggiungere gli obiettivi terapeutici. A limite può anche essere un comportamento di rabbia verso il paziente se questo è strategicamente orientato e ritenuto utile terapeuticamente. Come si vede il terapeuta può aumentare la propria efficacia e ridurre le probabilità di un intervento dannoso o inutile vivendo in maniera mindful quello che sta accadendo in quel momento con il paziente e dentro di sé.

Il percorso della mindfulness può aiutare lo specializzando, futuro psicoterapeuta, ad addestrarsi a tali abilità di base, affinando 1) la capacità di fermarsi e fermare le reazioni automatiche di giudizio critico e di comportamento verbale e non; 2) l'abilità attentiva e di esplorazione del presente, verso la propria esperienza e quella relazionale e comunicativa; 3) l'attitudine accettante, curiosa e compassionevole verso di sé e l'altro; 4) il rispetto verso la propria e l'altrui esperienza; 5) l'azione consapevole (dello stato attuale; degli scopi propri, altrui e condivisi; delle potenziali conseguenze), che può comprendere naturalmente anche il "non intervento attivo".

8. Conclusioni: Mindfulness e Accettazione

Sia come stato sia come attitudine, la mindfulness è fondamentalmente libera e consapevole accettazione dell'esperienza del momento, di se stessi e degli altri. L'accettazione non corrisponde né porta a passività. Anzi permette di stare dentro l'esperienza non essendone travolti e quindi di progettare il fare con una visione più chiara e completa, che distingua, tra le altre cose, ciò che può essere cambiato da ciò che non lo può essere. Anche la strategia del non fare e dell'attraversare la

tempesta stando fermi non è passività ma attiva gestione del momento difficile.

L'addestramento alla minfulness è dunque l'addestramento a un atteggiamento più accogliente, accettante e compassionevole verso le proprie reazioni mentali, emotive, somatiche, cognitive e comportamentali. Il rapporto con tali reazioni diviene non solo accettante e "normalizzante" ma anche "meta" nel senso che si vivono in maniera consapevole della loro natura e quindi in maniera decentrata. Questo permette di non entrare nei circoli viziosi patogeni che la non accettazione e l'iperinvestimento sulla "felicità" o sul "non dolore" fisico e mentale comportano (meccanismi descritti dettagliatamente da Mancini e Perdighe in questo stesso numero). Naturalmente anche il più addestrato degli individui non sempre può stare in uno stato mindful né gli è sempre utile. In molti casi sarebbe controproducente come quando guida l'automobile, progetta una ricerca, scrive un articolo etc. Ma la pratica della mindfulness rende più abili nell'accorgersi del momento in cui è utile usare la gestione minfulness, di rendersi conto di essere entrati nelle reazioni automatiche e nei circoli viziosi e nell'uscirne funzionalmente.

Bibliografia

- Analayo (2006). Mindfulness in the Pali Nikayas. In DK Nauriyal & MS Drummond (a cura di) *Buddhist thought and applied psychological research: Transcending the boundaries*, pp. 229-249. Routledge, London.
- Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment* 13, 1, 27-45.
- Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JM (2009). Mindfulness based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behav Res Ther* 47, 5, 366-373.
- Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, Segal ZV, Abbey S, Speca M, Velting D, Devins G (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice* 11, 230-241.
- Buddhaghosa B (1976). *Vissuddhimagga (The Path of Purification)*. Shambala, Seattle.
- Chiesa A (2011). *Gli interventi basati sulla Mindfulness. Cosa sono, come agiscono, quando utilizzarli*. Giovanni Fioriti, Roma.
- Chiesa A, Serretti A (2011a). Mindfulness-based interventions for chronic pain: a systematic review of the evidence. *J Altern Complement Med* 17, 1, 83-93.
- Chiesa A, Serretti A (2011b). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 187, 3, 441-453.
- Dhammika S (1990). *All about Buddhism: a modern introduction to an ancient spiritual tradition*. BDMS, Singapore.
- Fava G (1999). Well-Being Therapy: conceptual and tecnica issues. *Psychotherapy and Psychosomatics* 68, 171-179.
- Fava G, Ruini C (2003). Development and characteristics of well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *J Behav Th and Ex Psy* 34, 45-63.
- Gunaratana H (1993). *Mindfulness in plain English*. Windsom Publications, Boston. Tr. it. *La pratica della consapevolezza in parole semplici*. Astrolabio Ubaldini, Roma 1994.
- Hayes SC (2004). Acceptance and Commitment Therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behav Ther* 35, 4, 639-665.
- Jha AP, Stanley EA, Kiyonaga A, Wong L, Gelfand L (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion* 10, 1, 54-64.

- Kabat-Zinn J (1990). *Full catastrophe living : using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Dell Publishing, New York. Tr. it. *Vivere momento per momento. Sconfiggere lo stress, il dolore, l'ansia e la malattia con la saggezza di corpo e mente*. Corbaccio, Milano 2005.
- Kabat-Zinn J (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in every day life*. Hyperion, New York. Tr. it. *Dovunque tu vada ci sei già. Una guida alla meditazione*. Tea pratica, Milano 1997.
- Kabat-Zinn J (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10, 144-156.
- Kim YW, Lee SH, Choi TK, Suh SY, Kim B, Kim CM, Cho SJ, Kim MJ, Yook K, Ryu M, Song SK, Yook KH (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety* 26, 7, 601-606.
- Kristellar JL, Baer RA, Quillian-Wolever R (2005). Mindfulness-based approaches to eating disorders. In RA Baer (a cura di) *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. Academic Press, San Diego, CA.
- Linehan M (1993). *Dialective behavioural treatment of borderline personality disoeder*. Guilford Press, New York. Tr. it. *Trattamento dialettico comportamentale del disturbo borderline di personalità*. Cortina, Milano 2001.
- Ma SH, Teasdale JD (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal Consulting Psychology* 72, 1, 31-40.
- Mancini F, Rainone A (2008). *La dimensione cognitiva*. In BG Cassano e A Tundo (a cura di) *Lo spettro dell'umore. Psicopatologia e Clinica*. Trattato Italiano di Psichiatria. Terza Edizione. Elsevier Masson.
- Martin-Ausero A, Garcia-Banda G (2010). The mindfulness-based stress reduction program (MBRS) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *Span Psychol* 13, 2, 897-905.
- McVay JC, Kane MJ (2009). Conducting the train of thought: working memory capacity, goal neglect, and mind wandering in an executive-control task. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn* 35, 1, 196-204.
- Nikaya M (2001). *Bhikku Nanamoli & Bhikku Bodhi, Trans* (2nd ed.). Widsom Publications, Somerville, MA.
- Oken BS, Fonareva I, Haas M, Wahbeh H, Lane JB, Zajdel D, Amen A (2010). Pilot controlled trial of mindfulness meditation and education for dementia caregivers. *J Altern Complement Med* 16, 10, 1031-1038.
- Raes F, Williams JM (2010). The relationship between mindfulness and uncontrability of ruminative thinking. *Mindfulness* 1, 4, 199-203.
- Rainone A, Mancini F (2004). *Gli approcci cognitivi alla depressione*. Franco Angeli, Milano.
- Redick TS, Engle RW (2006). Working memory capacity and attention network test performance. *Appl Cogn Psychol* 20, 5, 713-721.
- Roemer L, Orsillo SM (2005). An acceptance based behaviour therapy for generalized anxiety disorder. In L Roemer e SM Orsillo (a cura di) *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*, 213-240. Springer, New York.
- Ryff CD (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers and Soc Psyc* 6, 1069-1081.
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapses*. Guilford Press, New York. Tr. it. *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Bollati Boringhieri, Torino 2006.
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy* 33, 25-39.
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clin Psych*

Practice 10, 2, 157-160.

- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical psychology* 68, 4, 615-623.
- Thera N (1973). *The heart of Buddhist meditation*. Rider and Co., London.
- Tsoknyi D (1998). *Carefree dignity: Discourses on training in the nature of mind*. Rangjung Yeshe Publications, Hong Kong.
- Uchiyama K (2004). *Opening the hand of thought*. Wisdom Publications, Somerville, MA.
- Vieten C, Astin J (2008). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Arch Women Ment Health* 11, 1, 67-74.
- Weber B, Jermann F, Gex-Fabry M, Nallet A, Bondolfi G, Aubry JM (2010). Mindfulness based cognitive therapy for bipolar disorder: A feasibility trial. *Eur Psychiatry* 25, 6, 334-337.
- Williams JMG, Alatiq Y, Crane C, Barnhofer T, Fennell MJ, Duggan DS, Hepburn S, Goodwin GM (2008). Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: between episode functioning. *Journal of Affective Disorders* 107, 1-3, 275-279.
- Witkiewitz K, Marlatt GA, Walker DD (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol use disorders: The meditative tortoise wins the race. *J Cogn Psychother* 19, 3, 211-228.
- Young JE, Klosko J, Weishaar ME (2003). *Schema therapy: A practioner's guide*. Guilford Press, New York. Tr. it. *Schema Therapy: Guida per il terapeuta*. Eclipsi, Firenze 2006.