UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS)

Corso di Laurea in Psicologia Clinica dello Sviluppo (LM-51)

Tesi di Laurea Magistrale

Cybercondria e mindfulness: il ruolo della consapevolezza nella ricerca online di informazioni relative alla salute

Cyberchondria and Mindfulness: Examining the Role of Awareness in the Online Acquisition of Health-Related Information

Relatrice:
Prof.ssa Claudia Marino

Laureanda:
Linda Poncetta

Matricola:
2082093

INDICE

CAPITOLO 1 1

1.1 Definizione di cybercondria 1

1.2 Prospettive teoriche della cybercondria 3

1.3 Fattori associati alla cybercondria 7

1.4 Cybercondria Severity Scale (C.S.S.) 11

CAPITOLO 2 13

2.1 Definizione di mindfulness 13

2.2 Mindfulness come strumento psicologico 16

2.3 Le cinque dimensioni della mindfulness nell'FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire) 22

2.4 Ansia per la salute e mindfulness 26

CAPITOLO 3 30

3.1 Ipotesi di ricerca 30

CAPITOLO 4 33

4.1 Partecipanti 33

4.2 Strumenti 35

4.3 Variabili considerate 38

CAPITOLO 5 39

5.1 Analisi esplorative e descrittive delle variabili sociodemografiche e cliniche 39

5.2 Analisi delle relazioni tra mindfulness e cybercondria 43

CAPITOLO 6 49

6.1 Discussione dei risultati 49

6.2 Limiti dello studio e prospettive future 59

6.3 Implicazioni per la pratica clinica e preventiva 61

6.3 Conclusioni 64

BIBLIOGRAFIA 66

CAPITOLO 1

1.1 Definizione di cybercondria

Il termine "cybercondria" nasce dall'unione delle parole cyber e hypochondriasis (ipocondria) (Loos, 2013), ed è utilizzato attualmente per definire lo schema di un uso eccessivo, disadattivo e ripetuto di Internet, al fine di ricercare informazioni di tipo medico (Starcevic & Berle, 2013). Il concetto di cybercondria ha origini risalenti a più di venti anni fa, precisamente tra il 1999 e il 2001. Questo fenomeno fu rilevato per la prima volta in merito alla comparsa di Internet, quando ci fu un nuovo interesse circa questo nuovo sistema di comunicazione e di informazione. Il fenomeno della cybercondria fu dapprima descritto da giornalisti, i quali erano interessati a porre l'attenzione sugli aspetti negativi dell'utilizzo della rete, spesso attraverso descrizioni sensazionalistiche (Starcevic & Berle, 2013). A causa di questo, la cybercondria non fu presa in considerazione da clinici e ricercatori, se non a partire dal 2009. White e Horvitz, due ricercatori presso Microsoft, furono i catalizzatori del fenomeno da cui partirono le prime ricerche riguardo i fattori che indirizzavano gli utenti a ricercare informazioni riguardo la salute attraverso l'uso di Internet per sopprimere sentimenti di preoccupazione e ansia (White & Horvitz, 2009).

La definizione di cybercondria è tutt'oggi fonte di dibattito tra i ricercatori, poiché non esiste una spiegazione univoca su questo costrutto che appare multicomponenziale.

Per comprendere però la cybercondria entro un quadro di riferimento clinico, sono stati proposti due tipi di approcci nel tentativo di definire questo fenomeno.

Il primo approccio enfatizza la relazione tra la cybercondria e l'ansia per la salute. Questa relazione parte dal presupposto che all'interno di questo fenomeno vi sia un pattern di

ricerca di informazioni online riguardo la propria salute che è ripetitivo e ossessivo e genera ansia e preoccupazione.

Il secondo approccio vede la cybercondria come una possibile sindrome multidimensionale che riflette sia aspetti ansiosi che compulsivi e include inoltre diversi componenti, tra cui: la ricerca di informazioni online sulla salute attraverso comportamenti dispendiosi in termini di tempo, gli stati emotivi negativi generati dopo la ricerca di informazioni riguardo la salute online, l'interruzione delle attività quotidiane per consultare Internet in merito alla propria salute e la consultazione di personale medico in risposta all'ansia per ricercare una rassicurazione (Starcevic et al., 2019).

Recentemente è stata proposta una nuova definizione in via di sviluppo che include ulteriori elementi in relazione alla cybercondria: il pattern di eccessiva ricerca riguardo informazioni sul proprio stato di salute, il livello di compulsione e di difficoltà nel resistere alla ricerca di informazioni con lo scopo di avere una rassicurazione, la breve e temporanea rassicurazione ottenuta dopo il reperimento delle informazioni, la prioritizzazione della ricerca sugli altri interessi dell'individuo e la perpetrazione della ricerca online nonostante gli stati emotivi negativi (Vismara et al., 2020).

Nonostante queste definizioni siano molto esaustive nella descrizione del fenomeno, non è ancora chiarito con precisione in che modo e con quale frequenza questi elementi debbano manifestarsi per determinare con certezza la presenza di cybercondria.

In conclusione si può asserire che il fenomeno della cybercondria è un costrutto dimensionale di un pattern di comportamento psicopatologico che va da un grado moderato a uno severo.

1.2 Prospettive teoriche della cybercondria

Il primo approccio teorico alla cybercondria è stato il modello di ricerca-rassicurazione (trad. reassurance-seeking model) (Starcevic & Berle, 2013), in cui viene postulato che gli individui con un livello elevato di ansia per la salute hanno probabilità maggiori di assumere comportamenti di ricerca online per ricercare rassicurazione. Di fronte all'enorme imprevedibilità che Internet offre nei risultati della ricerca, gli individui possono essere soddisfatti oppure perpetrare nel comportamento. Il persistere nella ricerca di informazioni che vengono ritenute rassicuranti causa ulteriore ansia e stress negli individui e allo stesso tempo ne rinforza il comportamento. Questo processo implica un sovraccarico di informazioni e un'incertezza alla base della veridicità circa le informazioni ottenute. Questo comportamento e questi stati emotivi fanno in modo di creare nell'individuo un pattern di coping maladattivo che genera un circolo vizioso autoalimentato.

Il secondo modello si basa invece sul concetto della metacognizione (Fergus & Spada, 2017) in cui la presenza di ricerca di informazioni riguardo la salute e i suoi effetti negativi sono in relazione a specifiche credenze metacognitive. Queste metacredenze possono essere positive (e.g. "Cercare informazioni sulla mia salute mi aiuta a stare più tranquillo"), oppure negative (e.g. "La preoccupazione per la salute è incontrollabile e pericolosa"). Nel momento in cui le metacognizioni negative hanno una pervasività maggiore nell'individuo rispetto a quelle positive e vi è la percezione di un sintomo corporeo avvertito come minaccioso, la ricerca online di informazion riguardo a esso sarà esperita in modo più stressante, compulsiva e fuori dal proprio controllo.

Bailey e Wells nel 2015 hanno evidenziato la presenza di tre set di credenze metacognitive relative ai pensieri riguardo la salute. Questi includono le credenze riguardo pensieri

distorti (e.g. “Preoccuparmi riguardo alla mia salute mi aiuta a gestire determinati pensieri”), le credenze riguardo la fusione tra pensiero e malattia (e.g. “Preoccuparmi riguardo alle malattie aumenta la probabilità di contrarle”) e le credenze riguardo l’incontrollabilità dei pensieri (e.g. “Il soffermarmi sui pensieri di una possibile malattia diventa incontrollabile”). Fergus e Spada (2015) hanno trovato associazioni positive tra la cybercondria e questi tre set di credenze metacognitive, inoltre è stato evidenziato come la potenza di queste correlazioni aumenti quando l’individuo presenta anche sensibilità all’ansia e intolleranza all’incertezza.

In questo modello sono stati successivamente proposti due costrutti addizionali che riguardano l’uso della metacognizione: le credenze riguardo ai rituali e ai segnali di stop (Fergus & Spada, 2017). Il desidero di un individuo di ricercare su Internet specifiche informazioni riguardo la propria salute può avere lo scopo di mitigare i pensieri negativi nel tentativo di ridurre le sensazioni ansiose, questo instaura delle credenze ritualistiche, dove l’individuo mette in atto determinati comportamenti con la convinzione che tutto ciò ridurrà la sua sofferenza. Inoltre le persone potrebbero fare riferimento a dei segnali interni per decidere quando interrompere questo comportamento (Fergus & Spada, 2018). Per concettualizzare questo modello sulla cybercondria è stato utilizzato il modello metacognitivo del disturbo ossessivo-compulsivo (McNicol & Wells, 2012).

Il modello è spiegato attraverso un processo a cascata in cui inizialmente l’individuo percepisce uno stimolo attivante che si origina internamente (e.g. un pensiero, un’immagine, un ricordo) oppure da uno stimolo ambientale (e.g. trasmissione di un’informazione). Successivamente l’individuo in risposta alla preoccupazione data dallo stimolo forma nella cognizione delle credenze metacognitive nel tentativo di autoregolarsi (e.g. “Pensare al peggio riguardo ai sintomi mi fa sentire al sicuro”). Una

volta che le credenze sono attivate, si innesca nell'individuo una preoccupazione riguardo la propria salute. La presenza costante di sensazioni minacciose e di emozioni negative mantengono e rafforzano le credenze riguardo l'autoregolazione, tra cui le credenze metacognitive riguardo la salute. Per esempio le sensazioni riguardo la propria salute possono portare l'individuo a giudicare i propri pensieri come incontrollabili e pericolosi (Bailey & Wells, 2015). Queste preoccupazioni insieme alla credenza che questi pensieri possano essere un modo per rassicurarsi alimentano un circolo autodistruttivo nel tentativo di lenire la propria sofferenza.

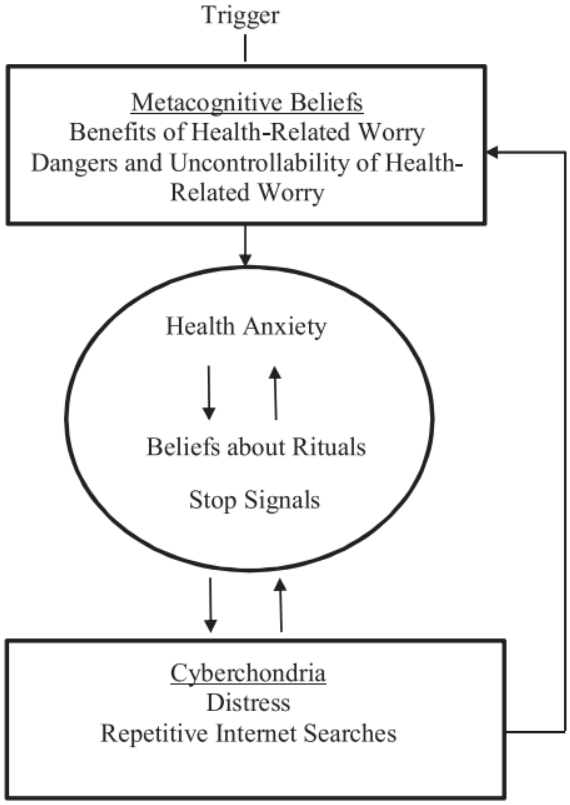


Fig. 1. Raffigurazione della concettualizzazione metacognitiva della cybercondria

Entrambi i modelli pongono la cybercondria come un fenomeno in relazione ad altri aspetti già noti in letteratura quali l'ansia per la salute, l'uso problematico di Internet e le dipendenze comportamentali nei termini di ricerca di rassicurazione e compulsività. Un

ulteriore studio effettuato su campione italiano ha confermato la relazione tra le credenze metacognitive relative al pensiero distorto e incontrollabile e le dimensioni comportamentali (compulsività ed eccessività), emotive (angoscia) e cognitive (ricerca di rassicurazione) della cybercondria tramite l'influenza delle credenze sui rituali (Marino et al., 2019). È emerso che le persone che mantengono credenze positive riguardo all'uso di Internet per gestire lo stress legato alla propria salute potrebbero essere più inclini a impegnarsi in un tipo di comportamento di ricerca incontrollato. La convinzione che la ricerca online possa aiutare a controllare i pensieri o migliorarne il benessere emotivo è correlata a una maggiore frequenza di ricerche, a un impatto negativo sulla vita quotidiana, a un aumento dell'ansia per la salute legata alle ricerche online e a un maggiore bisogno di ottenere rassicurazioni da parte di professionisti. In questa prospettiva, le credenze metacognitive sulla preoccupazione per la salute e la convinzione che le ricerche online siano utili per gestire il disagio legato alla salute hanno effetti negativi sull'individuo. In questo studio i segnali di stop sono stati esplicativi per comprendere la qualità ripetitiva del comportamento di ricerca e dei comportamenti di rassicurazione. Pertanto i segnali di stop potrebbero avere un valore incrementale nel comprendere aspetti specifici della cybercondria. Nel complesso, questi risultati supportano l'ipotesi che l'incontrollabilità del pensiero possa costituire una credenza metacognitiva fondamentale, comune a diversi fenotipi clinici, poiché facilita interpretazioni minacciose dei processi mentali e, di conseguenza, contribuisce all'insorgere dell'ansia (Bailey & Wells, 2016). Esistono però studi in cui si ipotizza che ci sia un'indipendenza concettuale, che vede il fenomeno della cybercondria come un costrutto specifico e indipendente. Tuttavia, confermare questa ipotesi risulta complesso, poiché non esistono linee guida chiare sui requisiti minimi necessari per classificare la

cybercondria come una psicopatologia distinta da altre condizioni psicologiche (Starcevic et al., 2019).

1.3 Fattori associati alla cybercondria

Diversi studi hanno esaminato i fattori sociodemografici e clinici associati alla gravità dei sintomi della cybercondria, principalmente attraverso ricerche trasversali condotte sulla popolazione generale e sugli studenti universitari. Tra i possibili fattori di rischio, il genere femminile è stato spesso correlato a una maggiore espressione di sintomi cybercondriaci. Tuttavia non si ha un riscontro univoco circa questa associazione. Anche l'età sembrerebbe rivestire un ruolo significativo, con una maggiore predisposizione alla cybercondria tra i soggetti più giovani; questa relazione, però, potrebbe essere influenzata dall'uso più intenso di dispositivi elettronici tipico di questa generazione (Vismara et al, 2022). Nel complesso, questi dati suggeriscono che la cybercondria rappresenta una sindrome transdiagnostica relativamente comune, riscontrabile sia nella popolazione generale che in campioni clinici. Sebbene sia presente in individui con diversi disturbi psicologici, come il disturbo ossessivo-compulsivo, i disturbi d'ansia e il disturbo depressivo maggiore, la sua diffusione non si limita esclusivamente a queste condizioni (Vismara et al., 2021).

Il concetto di cybercondria nasce sulla base della sua ipotetica relazione con l'ansia per la salute. Numerosi studi hanno confermato correlazioni da moderate a forti tra la cybercondria e l'ansia per la salute (Fergus & Spada, 2017). Tuttavia la relazione tra cybercondria e ansia per la salute non è esclusiva, in quanto alcune caratteristiche di questo fenomeno tendono ad avere caratteristiche di tipo compulsivo, esacerbate da comportamenti di ricerca di rassicurazione tipici del contesto online (Starcevic & Berle, 2013).

Il carattere compulsivo della cybercondria può derivare dalla paura di non aver trovato un'informazione cruciale durante la ricerca, generando così nell'individuo una sensazione di incertezza. Infatti è stata riscontrata una correlazione moderata tra la cybercondria e i sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo (Norr et al., 2015). Come già descritto la sensazione di incertezza generata da una ricerca non esaustiva fa emergere l'importanza dell'intolleranza all'incertezza come aspetto di mantenimento nella cybercondria. Questa osservazione è basata sul fatto che l'incertezza aumenta paradossalmente dopo la ricerca online, soprattutto quando le informazioni sono ambigue, incongrue o conflittuali. Questo induce l'individuo a continuare la ricerca di ulteriori risposte, nella speranza di ridurre l'incertezza e giungere a una conclusione definitiva. Il fatto che la cybercondria sia in forte relazione con l'intolleranza all'incertezza è supportato da ricerche che hanno visto quest'ultima come fattore predittivo dell'ansia per la salute (Fergus, 2018).

La comparsa della pandemia di COVID-19 nel 2020 ha messo in luce in modo ancora più evidente la relazione tra cybercondria e intolleranza all'incertezza. In situazioni di emergenza sanitaria globale, l'incertezza reale e percepita insieme alla minaccia effettiva e percepita possono contribuire in modo significativo al disagio psicologico (Freeston et al., 2020). Esperienze precedenti, come l'influenza suina H1N1 (Rubin et al., 2009; Wheaton et al., 2012), hanno già mostrato come l'ansia legata alla salute possa intensificarsi in risposta a crisi sanitarie. Tuttavia, la pandemia di COVID-19 ha introdotto un livello di incertezza senza precedenti, legato alla natura imprevedibile del virus, alla sua diffusione e progressione, alle modalità di contenimento e gestione, nonché alle conseguenze a breve e lungo termine sulla salute individuale e pubblica (Bakıoğlu et al., 2020). In questo contesto, la ricerca ossessiva di informazioni sanitarie online, tipica della cybercondria, può aver rappresentato un tentativo disfunzionale di ridurre l'incertezza,

contribuendo invece ad amplificare ansia e preoccupazioni legate alla salute. La costante disponibilità e l'accesso continuo a una molteplicità di informazioni online, spesso contrastanti, possono in parte spiegare perché sia l'uso problematico di Internet sia la cybercondria possano emergere come fattori di rischio per il disagio psicologico durante la pandemia di COVID-19 (Jungmann & Witthöft, 2020).

I risultati dello studio condotto da Bottesi et al. (2022) suggeriscono che l'intolleranza all'incertezza rappresenta un fattore rilevante sia in contesti pandemici che non pandemici e dovrebbe essere considerata nell'ambito clinico, ad esempio nelle terapie cognitivo-comportamentali, per affrontare l'ansia per la salute e il disagio psicologico. Inoltre, i dati emersi indicano che comportamenti problematici online, come la cybercondria e l'uso problematico di Internet, possono amplificare le conseguenze negative dell'intolleranza all'incertezza, contribuendo a un aumento dei livelli di ansia per la salute.

Come citato sopra un ulteriore costrutto associato alla cybercondria è l'uso problematico di Internet, il quale condivide con essa le seguenti caratteristiche: la preoccupazione riguardo alla ricerca di informazioni in Internet e la sua difficolta nell'interromperla, la dispendiosità nella ricerca e la perdita di autocontrollo. L'uso problematico di Internet può essere la conseguenza negativa della cybercondria, che include la trascuratezza delle attività quotidiane, il conflitto con altri, la compromissione della relazione e della comunicazione con figure professionali. Uno studio ha riportato che individui con ansia per la salute dopo la ricerca online di informazioni di tipo medico mostravano un incremento nell'uso problematico di Internet (Fergus & Dolan, 2014).

Sempre durante la pandemia Sars-COV-2 sono stati effettuati degli studi per valutare l'uso problematico di Internet in relazione con la cybercondria. Lo studio di Bottesi et al. (2022) ha evidenziato che l'uso problematico di Internet ha mediato la relazione tra intolleranza

all'incertezza e disagio psicologico sia in periodi non pandemici che durante i lockdown locali per COVID-19. Tuttavia è emerso un aumento dell'uso di Internet e dei media digitali durante i periodi di isolamento dovuti alla pandemia (Cellini et al., 2020; Dixit et al., 2020). L'uso eccessivo di Internet sembra funzionare sia come strategia di evitamento dell'incertezza, attraverso attività come interazioni sociali o gaming online per distrarsi e ridurre l'ansia, sia come strategia di ipercoinvolgimento, in cui la ricerca compulsiva di informazioni viene utilizzata per ottenere maggiore certezza (Sankar et al., 2017). L'essere costantemente connessi tramite dispositivi mobili ha un costo psicologico: inizialmente crea un sollievo immediato dall'incertezza, ma successivamente, rafforzandosi nel tempo, si instaura un grado di dipendenza da queste strategie il quale contribuisce alla loro cronicizzazione. Questo meccanismo può dare origine a un circolo vizioso che, anziché ridurre il malessere emotivo, finisce per alimentarlo ulteriormente.

Lo studio di Bressière et al. del 2010 ha inoltre osservato che l'uso di Internet per la ricerca di informazioni riguardo la propria salute è associato a un incremento di sintomi depressivi. Delle spiegazioni plausibili sono che in Internet sono contenute informazioni mediche che richiedono un grado complesso di comprensione e interpretazione, in quanto possono essere contraddittorie o fuorvianti. Di conseguenza gli individui possono trovarsi di fronte a fonti non attendibili che possono portare ad autodiagnosi incorrette, comportamenti di cura errati (e.g. rimedi naturali non verificati) o preoccupazioni non necessarie, questo sia per la popolazione con una diagnosi di malattia, sia per la popolazione sana. Queste modalità portano l'individuo ad avere ruminazioni mentali riguardo i possibili problemi medici riguardo loro stessi. I pensieri ossessivi e i comportamenti utilizzati possono portare l'insorgenza di una sindrome depressiva. Un'altra possibile causa meno indagata riguardo l'iscrizione online in gruppi di supporto

a tema medico non gestiti da personale professionale. I siti web e i gruppi di supporto possono esercitare una forte curiosità sugli individui, poiché spesso contengono elenchi dettagliati di sintomi, testimonianze di dolore e sofferenza, avvertimenti allarmanti sugli effetti collaterali dei trattamenti. L'esposizione a tali contenuti può indurre le persone a immaginare di essere malate, amplificando la percezione del rischio. Inoltre, la lettura di informazioni sulla salute e il confronto con esperienze di altri pazienti possono favorire processi di ruminazione, contribuendo a un aumento dell'ansia e del disagio emotivo.

Alla luce di queste evidenze ritengo importante sottolineare quanto questi costrutti in relazione con la cybercondria non abbiano un rapporto dicotomico, ma abbiano aspetti interconnessi a un livello più complesso in cui l'interazione è mutuale.

1.4 Cybercondria Severity Scale (C.S.S.)

Lo strumento più utilizzato nell'ambito di ricerca della cybercondria è la "Cybercondria Severity Scale". Questo strumento è stato sviluppato per la prima volta nel Regno Unito e tradotto successivamente in diverse lingue, tra cui l'italiano (Marino et al., 2020).

La creazione di questa scala si fonda su una definizione di cybercondria condivisa, ossia "un innalzamento dei livelli di ansia riguardo il proprio stato di salute come risultato di un'eccessiva ricerca in Internet di informazioni di tipo medico" e sulla concettualizzazione di questo fenomeno come un costrutto multidimensionale che riflette sia aspetti legati all'ansia sia alla compulsività (McElroy & Shevlin, 2014).

La scala originale è un questionario di tipo self-report con 33 item valutati su una scala likert da 1 a 5 punti. Il questionario comprende cinque sottoscale, ciascuna delle quali raggruppa gli item in differenti fattori: "compulsione" (i.e. le ricerche online interrompono le attività quotidiane), "stress" (i.e. le ricerche online causano stati emotivi negativi), "eccessività" (i.e. ricerche ripetitive), "rassicurazione" (i.e. bisogno di

rassicurazione da parte del personale medico) e “scetticismo nei confronti delle figure mediche” (i.e. sfiducia nei confronti dei servizi medici) (McElroy & Shevlin, 2014).

Nonostante la C.S.S. abbia proprietà psicometriche solide, la consistenza interna della sottoscala che riguarda lo scetticismo nei confronti delle figure mediche è minore rispetto alle altre. Questo suggerisce che la sfiducia nel parere medico potrebbe non stimare accuratamente il costrutto della cybercondria (Fergus, 2014). Di conseguenza, alcuni ricercatori suggerirono di rimuovere questa sottoscala dagli item della C.S.S., portando così allo sviluppo di una versione più breve e modificata dello strumento. (Norr et al, 2015).

CAPITOLO 2

2.1 Definizione di mindfulness

Il termine mindfulness viene utilizzato per descrivere una qualità della consapevolezza, più specificatamente descritta come “il prestare attenzione in un modo particolare: con intenzione, nel momento presente e senza giudizio” (Kabat-Zinn, 1994). La mindfulness consiste nel focalizzare l'attenzione e osservare il momento presente con un atteggiamento di apertura, accettazione e non giudizio, adottando una prospettiva che valorizza l'esperienza così com'è, senza interpretazioni o valutazioni. (Bishop et al., 2004). Sono state proposte definizioni alternative di mindfulness:

a. Attenzione aperta e ricettiva e consapevolezza su ciò che sta accadendo nel momento presente (Brown & Ryan, 2004).
b. Una consapevolezza che nasce attraverso un'attenzione intenzionale, aperta, accettante e discernente a tutto ciò che emerge nel momento presente (Shapiro & Carlson, 2009).
c. Un'attenzione che è ricettiva all'intero campo della consapevolezza e rimane in uno stato aperto, in modo da poter essere diretta alle sensazioni, ai pensieri, alle emozioni e ai ricordi attualmente esperiti (Krompinger & Baime, 2007).
d. Risvegliarsi da una vita vissuta con il pilota automatico e basata su risposte abituali (Siegel, 2007).

È stato dimostrato più volte come la mindfulness abbia effetti positivi sulla salute mentale e sul benessere psicologico (e.g. depressione, ansia), sulla salute fisica (e.g. dolori cronici) e sulla qualità delle relazioni (Baer, 2003; Brown & Ryan, 2003; Brown et al., 2007;

Grossman et al., 2004). Questo approccio è apparso anche utile nel ridurre lo stress e il burnout sul luogo di lavoro (Mackenzie et al., 2006).

La mindfulness pone le sue radici nel buddhismo e basa la sua visione sulla concezione orientale di consapevolezza (Weick & Putnam, 2006). La mindfulness implica l'autoregolazione dell'attenzione per favorire la concentrazione circa il momento presente. I pensieri, le emozioni e le sensazioni corporee sono considerati gli oggetti centrali su cui porre la propria attenzione e osservazione senza la richiesta di un'elaborazione profonda, la quale è spesso motore di giudizio (e.g. giudicare i propri pensieri come buoni o cattivi). Il concetto di mindfulness enfatizza l'imparzialità del pensiero così che vi sia una minimizzazione delle reazioni abituali e un incoraggiamento a una risposta più riflessiva (Kabat-Zinn, 1990). L'accettazione costituisce un altro pilastro fondamentale di questo stato riflessivo, in quanto consente di percepire la realtà così com'è nel momento presente, accogliendola senza giudizio. In questo contesto, il non attaccamento, inteso come la capacità di lasciare andare, si rivela un ulteriore aspetto imprescindibile.

Esiste una prospettiva occidentale della mindfulness che, pur condividendo con quella orientale alcune concettualizzazioni fondamentali, presenta anche delle divergenze significative. Le concezioni di mindfulness nella tradizione buddhista e in quella occidentale differiscono su almeno tre livelli: contestuale, processuale e di contenuto (Keng et al., 2013). A livello contestuale, nella tradizione buddhista, la mindfulness è vista come uno dei fattori di un sistema interconnesso di pratiche necessarie per raggiungere la liberazione dalla sofferenza, lo stato finale o l'obiettivo ultimo prescritto ai praticanti spirituali della tradizione. Pertanto, essa deve essere coltivata insieme ad altre pratiche spirituali, come l'adozione di uno stile di vita etico, affinché si possa progredire

verso l'obiettivo della liberazione. La concezione occidentale della mindfulness, invece, è generalmente indipendente da qualsiasi filosofia, codice etico o sistema di pratiche specifiche. A livello processuale, la mindfulness, nel contesto buddhista, deve essere praticata sullo sfondo psicologico della riflessione e della contemplazione di aspetti chiave degli insegnamenti del Buddha, come l'impermanenza, il non-sé e la sofferenza. La pratica occidentale generalmente pone meno enfasi sul non-sé e sull'impermanenza rispetto agli insegnamenti buddhisti tradizionali. Infine, a livello di contenuto e in relazione al punto sopra esposto, nei primi insegnamenti buddhisti, la mindfulness si riferisce piuttosto specificamente a una consapevolezza introspettiva riguardo ai propri processi e alle proprie esperienze fisiche e psicologiche. Questo contrasta con alcune concezioni occidentali della mindfulness, la quale è conosciuta come una forma di consapevolezza che abbraccia tutte le forme di oggetti nell'esperienza interna ed esterna dell'individuo, inclusi gli aspetti degli oggetti sensoriali esterni come visioni e odori (Keng et al., 2013).

Per comprendere meglio il concetto di mindfulness, è utile confrontarlo con il suo opposto: la *mindlessness*. Le esperienze di mindlessness si verificano quando le capacità di attenzione e consapevolezza sono disperse a causa di preoccupazioni generati da ricordi passati o piani e ansie future; ciò, a sua volta, porta a una consapevolezza e un'attenzione limitata. Sebbene queste definizioni abbiano contribuito ad aumentare la consapevolezza sulla mindfulness nella popolazione generale e ad ampliarne l’applicazione in ambito sanitario, è solo recentemente che la comunità scientifica ha iniziato a dedicarvi un’attenzione più seria, soprattutto da quando il concetto è stato tradotto in termini misurabili. Nel 2003 è stata fornita la prima misura valida e affidabile della mindfulness disposizionale, chiamata Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) (Brown & Ryan,

2003). Altri strumenti di misurazione della mindfulness sono stati convalidati successivamente. Tra questi vi sono il Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) (Baer et al., 2004), la Toronto Mindfulness Scale (TMS) (Lau et al., 2006), la Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS) (Feldman et al., 2007), il Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (Baer et al., 2004), il Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) (Buchheld et al., 2001), e la Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) (Cardaciotto et al., 2008). Ognuno di questi strumenti ha contribuito a una maggiore capacità di studiare la mindfulness a livello scientifico. Esse hanno permesso ai ricercatori di misurare la mindfulness in modo valido sotto diverse prospettive: come una caratteristica disposizionale (un tratto relativamente stabile nel tempo), come un risultato (uno stato di consapevolezza derivante dall'insegnamento della mindfulness) e come una pratica (la meditazione mindfulness stessa). Questi strumenti hanno reso possibile l'analisi delle associazioni e delle influenze della mindfulness su variabili psicologiche, biologiche, comportamentali e sociali, con risultati finora promettenti.

In sintesi, grazie agli sforzi compiuti per definire la mindfulness sia concettualmente che operativamente, il costrutto rappresenta oggi un'area di indagine scientifica fondamentale. Tuttavia, è importante ricordare che la scienza della mindfulness è ancora in una fase iniziale e che vi è ancora molto più da scoprire che da conoscere su questo concetto.

2.2 Mindfulness come strumento psicologico

Gli elementi della mindfulness, ossia la consapevolezza e l'accettazione non giudicante dell'esperienza nel presente, sono considerati antidoti potenzialmente efficaci contro le forme comuni di disagio psicologico, come la ruminazione, l'ansia, la preoccupazione, la paura e la rabbia, molti dei quali coinvolgono tendenze maladattive come evitare, sopprimere o rimuginare eccessivamente sui i propri pensieri ed emozioni dolorose.

La mindfulness disposizionale è stata associata a livelli più alti di soddisfazione della vita (Brown & Ryan, 2003), gradevolezza (Thompson & Waltz, 2007), coscienziosità (Giluk, 2009; Thompson & Waltz, 2007), vitalità (Brown & Ryan, 2003), autostima (Brown & Ryan, 2003; Rasmussen & Pidgeon, 2010), empatia (Dekeyser et al., 2008), senso di autonomia, competenza, ottimismo e affetto (Brown & Ryan, 2003). Altri studi hanno anche dimostrato correlazioni negative significative tra la mindfulness e la depressione (Brown & Ryan, 2003; Cash & Whittingham, 2010), il nevroticismo (Dekeyser et al., 2008; Giluk, 2009), la distrazione (Herndon, 2008), la dissociazione (Baer et al., 2006; Walach et al., 2006), la ruminazione (Raes & Williams, 2010), la reattività cognitiva (Raes et al., 2009), l'ansia sociale (Brown & Ryan, 2003; Dekeyser et al., 2008; Rasmussen & Pidgeon, 2010), le difficoltà nella regolazione emotiva (Baer et al., 2006), l'evitamento esperienziale, l'alessitimia (Baer et al., 2004), l'intensità dell'esperienza delirante nel contesto della psicosi (Chadwick et al., 2008) e i sintomi psicologici generali (Baer et al., 2006).

L'integrazione della mindfulness nella medicina e nella psicologia occidentale ha avuto inizio negli anni '50 e '60, a seguito dell'interesse crescente della comunità scientifica americana verso il buddhismo (Keng et al., 2011). Agli inizi del 1960 l'interesse per l'utilizzo di tecniche meditative nella psicoterapia ha iniziato ad appassionare i clinici e specialmente gli psicanalisti. Negli anni '60 e '70 emerse un crescente interesse all'interno della psicologia sperimentale nell'esplorare nuovi significati della consapevolezza e nel delineare i confini di tale stato mentale, che includeva anche la meditazione. Alla fine del 1970 la meditazione basata sulla mindfulness ha iniziato a essere studiata come intervento per migliorare il benessere psicologico. Una delle prime applicazioni cliniche della mindfulness fu quella di Jon Kabat-Zinn, il quale esplorò l'utilizzo di questa tecnica nel

trattamento di pazienti affetti da dolori cronici. Questo approccio innovativo prese il nome di Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), e si concentrava sull'insegnamento della consapevolezza come metodo per ridurre il dolore e migliorare il benessere psicologico dei pazienti. Dopo la creazione della MBSR, furono sviluppati nuovi interventi basati sui principi e sulla pratica della mindfulness, tra cui la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), la Terapia Dialettico Comportamentale (DBT) e la Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Le prime due, MBCT e DBT, sono interventi orientati principalmente sulla meditazione, in cui le tecniche meditative sono utilizzate come strumenti centrali per il trattamento dei disturbi psicologici. Al contrario, la ACT e la DBT integrano la mindfulness come parte di un approccio terapeutico più ampio, in cui viene insegnata la consapevolezza, ma con un focus minore sulle tecniche meditative.

L'MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) è un programma di intervento basato su gruppi, originariamente progettato come trattamento complementare per pazienti con dolore cronico (Kabat-Zinn, 1982; 1990). Il programma offre un'intensa formazione sulla meditazione mindfulness per aiutare le persone a relazionarsi con le loro condizioni fisiche e psicologiche in modi più accettanti e non giudicanti. Il programma consiste in un corso da otto a dieci settimane, in cui un gruppo composto al massimo di trenta partecipanti si incontra per due o due ore e mezza a settimana (Kabat-Zinn, 1990). Oltre agli esercizi di mindfulness in aula, ai partecipanti viene consigliato di praticare esercizi a casa e di partecipare a ritiri intensivi di meditazione mindfulness della durata di un'intera giornata. Il presupposto dell'MBSR è che, attraverso la meditazione mindfulness, gli individui imparino gradualmente a essere meno reattivi e giudicanti verso le loro

esperienze, quindi a riconoscere e liberarsi dai modelli abituali e maladattivi di pensiero e comportamento.

L'MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) è un programma di intervento di gruppo della durata di otto settimane, strutturato secondo un manuale adattato dal modello MBSR (Segal et al., 2002). Sviluppato come approccio per prevenire le ricadute nella depressione remittente, l'MBCT combina l'educazione alla mindfulness con elementi della terapia cognitiva, con l'obiettivo di intervenire sui processi di vulnerabilità implicati nel mantenimento degli episodi depressivi. Come la terapia cognitiva, l'MBCT mira ad aiutare i pazienti a vedere i pensieri come eventi mentali anziché come fatti, a riconoscere il ruolo dei pensieri automatici negativi nel mantenere i sintomi depressivi e a disconnettere l'insorgenza di pensieri negativi dai loro effetti psicologici negativi (Barnhofer et al., 2009). Tuttavia, a differenza dell'approccio tradizionale della terapia cognitiva, che pone un notevole accento sulla valutazione e modifica della validità del contenuto dei pensieri e sullo sviluppo di pensieri alternativi, l'MBCT mira principalmente a cambiare la consapevolezza dei pensieri e delle emozioni e il rapporto che si ha con essi (Teasdale et al., 2000). L'MBCT mira specificamente ad allentare l'associazione tra il pensiero automatico negativo e la disforia.

La DBT (Dialectical Behavior Therapy) (Linehan, 1993) è stata sviluppata inizialmente come trattamento per comportamenti suicidari cronici e altri comportamenti autolesivi, che sono spesso presenti nei pazienti con disturbo borderline di personalità (BPD). Essa concettualizza i comportamenti disfunzionali degli individui con BPD come conseguenza di una disfunzione sottostante del sistema di regolazione emotiva, che comporta una forte reattività e incapacità di modulare le emozioni. La DBT integra elementi della terapia cognitivo-comportamentale tradizionale con la filosofia e la pratica Zen, e si concentra

contemporaneamente su strategie di accettazione e cambiamento comportamentale per aiutare i pazienti a migliorare le loro capacità di regolazione emotiva. I concetti della mindfulness vengono insegnati durante il periodo di training come un modo per aiutare i pazienti ad aumentare la consapevolezza e come strategia di esposizione per ridurre l'evitamento delle emozioni difficili e delle risposte di paura (Linehan, 1993). Questi elementi consistono in un insieme di competenze "cosa" della mindfulness (osservare, descrivere e partecipare) e un insieme di competenze "come" (non giudicare, essere nel momento presente). Gli esercizi specifici utilizzati per favorire la mindfulness includono la visualizzazione dei pensieri, dei sentimenti e delle sensazioni come nuvole che passano nel cielo, l'osservazione del respiro contando o coordinando il respiro con i passi, e portare la consapevolezza mindfulness nelle attività quotidiane. Le competenze di mindfulness sono anche integrate in altri moduli di competenze, che si concentrano sulla tolleranza al disagio, la regolazione emotiva e l'efficacia interpersonale.

L'ACT (Acceptance and Commitment Therapy) (Hayes et al., 1999) è stata sviluppata sulla base dell'idea che il disagio psicologico sia spesso associato ai tentativi di controllare o evitare pensieri ed emozioni negative, che paradossalmente aumentano la frequenza, l'intensità e la salienza di questi eventi interni portando a ulteriori sofferenze. Pertanto, l'obiettivo centrale dell'ACT è creare una maggiore flessibilità psicologica insegnando competenze che aumentino la disponibilità dell'individuo a entrare in contatto più profondo con le proprie esperienze, riconoscere i propri valori e impegnarsi in comportamenti coerenti con taluni. Sebbene l'ACT non incorpori esercizi di meditazione mindfulness, il suo focus nell'aiutare i pazienti a coltivare una consapevolezza centrata sul presente e l'accettazione è coerente con quello di altri approcci basati sulla mindfulness (Baer, 2003).

Negli anni più recenti, l'utilizzo di tecniche basate sulla mindfulness è cresciuto notevolmente, anche in risposta alla pandemia di COVID-19, che ha avuto un impatto significativo sulla salute mentale globale. La crisi sanitaria ha accentuato il senso di incertezza, ansia, solitudine e stress tra milioni di persone, spingendo molte a cercare nuovi strumenti per affrontare queste sfide psicologiche. In questo contesto, le pratiche di mindfulness sono state adottate come un mezzo per promuovere il benessere psicologico, ridurre lo stress e favorire la resilienza. Le restrizioni sociali, la paura del contagio e il distanziamento fisico hanno contribuito a un aumento dei disturbi psicologici, tra cui l'ansia, la depressione e il burnout. Durante questo periodo di incertezze e restrizioni, sono emerse nuove strategie di coping, tra cui la mindfulness, che ha dimostrato di essere utile per affrontare il disagio psicologico. Molti programmi di mindfulness, come la MBSR e la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), sono stati adattati e offerti tramite piattaforme online, raggiungendo una vasta gamma di persone, inclusi professionisti della salute, studenti e persone in generale che cercavano di affrontare il peso psicologico della pandemia (Khoury et al., 2021). Uno studio di Conversano et al. (2020) ha evidenziato come la mindfulness abbia rappresentato un fattore protettivo durante la pandemia di COVID-19. Questo risultato è particolarmente significativo in quanto dimostra che il ruolo della consapevolezza svolge un ruolo fondamentale nel gestire situazioni stressanti e apre la possibilità ai professionisti della salute mentale ad utilizzare training basati sulla mindfulness per arginare i probabili inizi di disturbi psicopatologici post-traumatici che potrebbero manifestarsi in futuro. Tali risultati suggeriscono che la mindfulness potrebbe fungere da strumento preventivo, aiutando gli individui a costruire resilienza emotiva e a gestire meglio le conseguenze psicologiche a lungo termine causate dalla pandemia di COVID-19.

2.3 Le cinque dimensioni della mindfulness nell'FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire)

Il Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2006) è una delle scale più utilizzate per valutare la propensione alla consapevolezza nella vita quotidiana. Si tratta di un questionario self-report composto da 39 item, sviluppato attraverso l'integrazione di elementi provenienti da diverse misure preesistenti: la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown & Ryan, 2003), il Freiburg Mindfulness Inventory (FMI; Buchheld et al., 2001), il Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS; Baer et al., 2004), la Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS; Feldman et al., inedito; Hayes & Feldman, 2004) e il Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ; Chadwick et al., 2008).

All'interno di questo strumento è possibile distingue cinque fattori in cui sono raggruppati i diversi item. Il fattore "Osservazione" riguarda la capacità di notare e prestare attenzione alle esperienze interne ed esterne, come sensazioni, pensieri, emozioni, stimoli visivi, uditivi e olfattivi. Il fattore "Descrizione" si riferisce alla capacità di etichettare le esperienze interne attraverso il linguaggio. "Agire con consapevolezza" implica il mantenere l'attenzione focalizzata sulle attività del momento, in contrasto con il comportamento automatico o distratto (spesso definito "pilota automatico"). Il fattore "Non giudizio" dell'esperienza interna riflette un atteggiamento privo di valutazioni nei confronti di pensieri ed emozioni. Infine, il fattore "Non reattività" all'esperienza interna descrive la tendenza a permettere a pensieri ed emozioni di emergere e dissolversi senza rimanere intrappolati in essi o esserne sopraffatti. Le scale per ciascuno di questi cinque fattori sono state costruite selezionando gli item con i punteggi di saturazione più elevati sui rispettivi fattori, dando origine alla versione finale del Five Facet Mindfulness Questionnaire (Baer et al., 2006).

Esempi di item per ciascuna delle cinque dimensioni della mindfulness

Facets	Esempi di item
Osservazione	*Noto i profumi e gli odori di cose*
Descrizione	*Sono in grado di* "descrivere" *accuratamente come mi sento dentro*
Agire con consapevolezza	*Faccio le cose automaticamente senza prestare attenzione (item inverso)*
Non giudizio dell'esperienza interna	*Critico me stesso per avere emozioni irrazionali o inappropriate (item inverso)*
Non reattività all'esperienza interna	*Osservo i miei pensieri e sentimenti senza reagire ad essi*

Nell'analisi fattoriale confermativa della FFMQ, Baer et al. (2006) hanno riscontrato che un modello gerarchico con cinque fattori, considerati indicatori di un fattore di ordine superiore rappresentante la mindfulness globale, mostrava un buon adattamento ai dati in un campione di meditatori. Tuttavia, nel campione di non meditatori, il fattore "Osservazione" non risultava significativo sul fattore generale della mindfulness, suggerendo una possibile differenza nell'espressione di questa dimensione tra individui con e senza esperienza meditativa.

L'adattamento del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) a 39 item su diverse popolazioni linguistiche ha seguito rigorosi processi di traduzione e validazione per garantirne l'affidabilità e la validità interculturale. La versione originale dello strumento, sviluppata da Baer et al. (2006), è stata tradotta e adattata in varie lingue utilizzando procedure standard di traduzione e retrotraduzione (Brislin, 1980; Van de Vijver & Hambleton, 1996). Tra le principali validazioni internazionali si annoverano la versione francese (Heeren et al., 2011), la versione tedesca (Michalak et al., 2008), la versione

spagnola (Cebolla et al., 2012) e la versione italiana (Giovannini et al., 2014). Ogni adattamento ha incluso analisi psicometriche approfondite per valutare la struttura fattoriale, l'affidabilità interna e la validità convergente con altre misure di mindfulness e benessere psicologico. L'adattamento della FFMQ alla popolazione italiana ha seguito un rigoroso processo di traduzione e retrotraduzione, in linea con le procedure raccomandate per l'adattamento interculturale degli strumenti psicometrici. In particolare, diversi autori hanno tradotto la versione originale in lingua inglese dell'FFMQ in italiano. Successivamente, un autore bilingue, che non aveva accesso alla versione originale del questionario, ha eseguito la retrotraduzione dall'italiano all'inglese, garantendo così la fedeltà semantica e concettuale della traduzione. Infine, le due versioni in lingua inglese sono state confrontate per identificare e risolvere eventuali discrepanze, assicurando così un'adeguata equivalenza semantica e concettuale tra la versione originale e quella adattata. Complessivamente, gli studi hanno confermato la stabilità della struttura a cinque fattori nelle diverse lingue, rendendo la FFMQ uno degli strumenti più utilizzati a livello internazionale per la misurazione della mindfulness disposizionale.

La versione breve del Five Facet Mindfulness Questionnaire, sviluppata per fornire una versione più pratica dello strumento completo a 39 item, ha lo scopo di mantenere le qualità psicometriche e la validità della versione lunga pur riducendo il numero di domande. La versione short-form (FFMQ-SF) è composta da 24 item, scelti per rappresentare i cinque fattori principali della mindfulness: “Osservazione”, “Descrizione”, “Agire con consapevolezza”, “Non-giudizio” e “Non-reazione” (Baer et al., 2006). Gli item selezionati sono quelli aventi una saturazione maggiore nella versione originale, garantendo così una rappresentazione adeguata dei diversi aspetti della mindfulness, pur riducendo il numero complessivo di domande. Questo la rende

particolarmente utile nei contesti di ricerca che richiedono strumenti di valutazione più brevi o nell'utilizzo clinico, dove il tempo a disposizione per completare questionari potrebbe essere limitato. La creazione della versione breve è stata effettuata con una metodologia di selezione rigorosa. In particolare, Baer et al. (2008) hanno utilizzato una strategia di analisi fattoriale esplorativa per ridurre il numero di item, mantenendo la struttura originale a cinque fattori della versione completa. Successivamente, la versione breve è stata validata in diversi studi per verificarne le proprietà psicometriche. I risultati hanno confermato che la versione ridotta conserva la robustezza della struttura fattoriale e mostra una buona affidabilità interna ($\alpha > 0,80$ per ciascun fattore), simile a quella osservata nella versione completa.

Inoltre, l'FFMQ-SF ha mostrato buone correlazioni convergenti con altre misure di mindfulness, come il Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) (Brown & Ryan, 2003) e il Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) (Baer et al., 2004), suggerendo che la versione ridotta è una misura adeguata della mindfulness disposizionale. La versione breve ha anche dimostrato una buona validità discriminante, evidenziando differenze significative tra gruppi di meditatori e non meditatori, suggerendo che l'FFMQ-SF è in grado di rilevare le differenze nei livelli di mindfulness in modo coerente con le evidenze esistenti sulla meditazione e la pratica mindfulness. Inoltre, la versione short form è stata validata sia per gli adulti che per gli adolescenti e tra diverse popolazioni cliniche, confermando la sua versatilità e applicabilità in contesti differenti (Creswell et al., 2014).

2.4 Ansia per la salute e mindfulness

Esistono diversi fattori cognitivo-affettivi che svolgono un ruolo importante nel mantenimento del ciclo dell'ansia per la salute. Questi fattori sono generalmente legati all'incapacità di tollerare le emozioni angoscianti in modo adattivo. Due di questi fattori sono la sensibilità all'ansia, definita come la paura generata da sensazioni percepite come negative a livello fisico, sociale o psicologico (McNally, 2002; Reiss & McNally, 1985; Taylor et al., 2007) e l'intolleranza all'incertezza, ossia la difficoltà a tollerare le reazioni emotive riguardo l'incertezza percepita, (Carleton, 2016) che induce gli individui a mettere in atto comportamenti di ricerca di rassicurazione per alleviare l'ansia e ottenere informazioni che forniscano un temporaneo senso di certezza riguardo la propria salute.

Alcune ricerche esistenti suggeriscono che livelli più elevati di ansia per la salute sono associati a una maggiore sensibilità all'ansia (Fergus & Bardeen, 2013; Olatunji et al., 2009; Wheaton, Berman, & Abramowitz, 2010; Wheaton et al., 2010) e a una maggiore intolleranza all'incertezza (Boelen & Carleton, 2012; Fergus & Bardeen, 2013; Fetzner et al., 2014). Di conseguenza, la ricerca scientifica si è focalizzata sull'individuazione di interventi in grado di influire su questi fattori, con l'obiettivo di interrompere i meccanismi che alimentano il ciclo dell'ansia per la salute, tra cui uno particolarmente rilevante ossia quello della mindfulness. È stato individuato che livelli più elevati di mindfulness negli individui con ansia per la salute favoriscano un riconoscimento più aperto e accettante del disagio emotivo e delle sensazioni fisiche, contribuendo a prevenire interpretazioni catastrofiche delle esperienze corporee e a ridurre la necessità di cercare rassicurazioni (Luberto et al., 2017; Surawy et al., 2015). È possibile che l'addestramento alla mindfulness agisca sui deficit della tolleranza affettiva descritti in precedenza, contribuendo in ultima analisi a ridurre l'ansia per la salute. Kraemer e

colleghi (2016) hanno individuato che la mindfulness era associata a livelli più bassi di ansia per la salute in modo indiretto, attraverso una riduzione dell'intolleranza all'incertezza. Tuttavia, i partecipanti allo studio presentavano livelli relativamente bassi di ansia per la salute e veniva esaminato solo un fattore di tolleranza affettiva. Pertanto, l'obiettivo dello studio era quello di esaminare se specifiche abilità della mindfulness (ossia "Osservare", "Descrivere", "Agire con consapevolezza", "Non giudicare" e "Non reagire") erano associate a fattori di tolleranza affettiva centrali nello sviluppo e nel mantenimento dell'ansia per la salute (ossia tolleranza al disagio, sensibilità all'ansia e intolleranza all'incertezza). Determinare se alcune abilità di mindfulness predicano in modo differenziale un fattore di tolleranza affettiva rispetto a un altro, potrebbe aiutare i clinici a modulare meglio l'erogazione di interventi basati sulla mindfulness in base ai deficit specifici dei pazienti, ottimizzando così l'efficacia del trattamento. I risultati hanno indicato che un maggiore utilizzo della mindfulness come insieme di abilità era associato a una maggiore tolleranza al disagio e a livelli inferiori di sensibilità all'ansia e intolleranza all'incertezza. Inoltre, l'analisi degli effetti delle singole abilità della mindfulness ha evidenziato un'associazione con una maggiore tolleranza al disagio, mentre una maggiore non reattività risultava unicamente correlata a una minore intolleranza all'incertezza.

La consapevolezza focalizzata sul presente (ossia "agire con consapevolezza") potrebbe aiutare le persone con ansia per la salute a tollerare il disagio ansioso man mano che si manifesta in risposta a una minaccia per la salute, in quanto interrompe il pensiero ripetitivo negativo (Borkovec et. al, 2004). Livelli più elevati di non giudizio potrebbero aiutare le persone a tollerare meglio il disagio emotivo in risposta a segnali legati alla salute, favorendo l'accettazione delle sensazioni corporee e delle valutazioni automatiche

negative che si verificano in risposta a esse, riducendo così la motivazione a mettere in atto comportamenti di ricerca. La capacità di descrivere non è risultata essere un predittore significativo di una maggiore tolleranza al disagio, di una minore sensibilità all'ansia o di una minore intolleranza all'incertezza. Nessuna delle singole abilità della mindfulness è risultata essere un predittore unico della sensibilità all'ansia, e solo la non reattività è risultata specificatamente rilevante per l'intolleranza all'incertezza. Di conseguenza, gli interventi basati sulla mindfulness volti a ridurre la sensibilità all'ansia dovrebbero essere promossi come un processo unificato di componenti interconnesse, ognuna delle quali con un ruolo altrettanto importante, piuttosto che come un insieme di abilità distinte.

Nello studio di Kraemer del 2016 viene analizzato unicamente il fattore dell'intolleranza all'incertezza come mediatore tra mindfulness e ansia per la salute. Gli individui con alti livelli di intolleranza all'incertezza spesso reagiscono negativamente di fronte a situazioni incerte, poiché credono che l'incertezza sia ingiusta e porterà inevitabilmente a conseguenze negative (Dugas et al., 2001). È stato suggerito che l'incapacità di tollerare l'incertezza, in particolare quella legata a sintomi somatici e allo stato di salute, possa rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo e il mantenimento dell'ansia per la salute (Abramowitz & Braddock, 2008). Sebbene sia stata dedicata poca attenzione nella ricerca delle associazioni tra mindfulness e intolleranza all'incertezza, esiste un ampio corpus di studi che esamina la relazione tra mindfulness e preoccupazione. Queste ricerche hanno evidenziato come la mindfulness rappresenti un predittore della preoccupazione e che gli interventi basati su di essa si siano dimostrati efficaci nel ridurne i livelli in campioni clinici (Craigie et al., 2008; Delgado et al., 2010; Evans et al., 2008; Evans & Segerstrom, 2011; Fisak & von Lehe, 2012). Per quanto riguarda

specificatamente l'ansia per la salute, la mindfulness potrebbe permettere agli individui di sviluppare la capacità di distanziarsi, accettare e divenire non reattivi nei confronti delle paure legate alla salute e alle sensazioni corporee (Lovas & Barsky, 2010; Surawy et al., 2015). Questa capacità di distanziarsi e accettare le sensazioni somatiche potrebbe ridurre direttamente la tendenza di un individuo a preoccuparsi per la propria salute, a causa dell'incertezza legata a queste sensazioni. Gli individui con alti livelli di mindfulness potrebbero essere meglio equipaggiati con gli strumenti necessari per regolare l'attenzione sul momento presente, anziché lasciarsi coinvolgere dalla preoccupazione dovuta all'incertezza del futuro. Livelli più elevati di mindfulness sono risultati significativamente associati a livelli più bassi di intolleranza all'incertezza, e livelli più bassi di IU sono stati significativamente associati a livelli più bassi di ansia per la salute. Questi risultati suggeriscono che gli individui in grado di focalizzarsi sul momento presente con un atteggiamento di non giudizio hanno meno probabilità di sperimentare sintomi di ansia per la salute, in parte grazie a una maggiore capacità di tollerare l'incertezza (Kraemer et al., 2016). Nel complesso, questi risultati sono coerenti con studi precedenti che suggeriscono come la mindfulness sia associata a fattori di rischio legati all’ansia e ad altri processi cognitivi centrali per lo sviluppo e il mantenimento della psicopatologia (e.g. tolleranza al disagio, ruminazione) (Deyo et al., 2009; Lotan et al., 2013). I risultati dello studio di Kraemer (2016) suggeriscono che gli individui capaci di prendere le distanze dalle proprie esperienze interne e di adottare un atteggiamento non giudicante nei loro confronti tendono a percepirle come meno minacciose. Questo, a sua volta, favorisce una maggiore tolleranza dell'incertezza rispetto al significato attribuito a tali esperienze.

CAPITOLO 3

3.1 Ipotesi di ricerca

Negli ultimi anni il fenomeno della cybercondria ha ricevuto crescente attenzione da parte della comunità scientifica. Come delineato nel primo capitolo, il fenomeno è stato definito come l'uso eccessivo, disadattivo e ripetuto di Internet per cercare informazioni di tipo medico, spesso con l'intento di alleviare sentimenti di ansia e preoccupazione (Starcevic & Berle, 2013; White & Horvitz, 2009). La letteratura ha evidenziato come la cybercondria non sia semplicemente un'estensione dell'ansia per la salute, ma un costrutto multidimensionale che integra aspetti ansiosi, compulsivi e di dipendenza comportamentale (Starcevic et al., 2019; Vismara et al., 2020).

Parallelamente, il costrutto della mindfulness è stato ampiamente studiato come fattore protettivo contro vari fenomeni psicopatologici. La mindfulness, definita come l'attenzione consapevole e non giudicante al momento presente (Kabat-Zinn, 1990), è risultata associata a una migliore regolazione emotiva e a una minore incidenza di comportamenti disfunzionali legati all'ansia e alla compulsività (Baer et al., 2006). Le cinque dimensioni della mindfulness, misurate dal Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), consentono di analizzare in modo dettagliato come specifiche abilità di consapevolezza possano influenzare i comportamenti disfunzionali.

Studi recenti hanno iniziato a esplorare le relazioni tra mindfulness e ansia per la salute. Luberto et al. (2013) hanno evidenziato che livelli più elevati di mindfulness sono associati a una minore propensione a interpretazioni catastrofiche delle sensazioni corporee e a una riduzione dei comportamenti di ricerca di rassicurazione. Kraemer et al. (2016) hanno mostrato che la mindfulness è indirettamente collegata a livelli più bassi di

ansia per la salute attraverso una riduzione dell'intolleranza all'incertezza. Sebbene questi risultati siano promettenti, la ricerca è ancora limitata e frammentaria.

In particolare, la letteratura suggerisce che non tutte le dimensioni della mindfulness agiscono in modo protettivo. Alcuni studi (Baer et al., 2006; Gu et al., 2016) hanno rilevato che nei non meditatori, punteggi elevati nella sottoscala “Osservare” possono essere associati a esiti emotivi peggiori, probabilmente perché una maggiore attenzione alle sensazioni interne, se non accompagnata da un atteggiamento di non giudizio, può amplificare la ruminazione e l'ansia. Analogamente, una maggiore descrizione delle esperienze interne potrebbe accentuare l'attenzione su sintomi percepiti come minacciosi, incrementando la cybercondria.

Sulla base della letteratura esistente e degli obiettivi del presente studio, si ipotizza che le cinque dimensioni della mindfulness misurate dal Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), ovvero “Osservare”, “Descrivere”, “Agire con consapevolezza”, “Non giudizio” e “Non reattività”, siano significativamente associate alla cybercondria, valutata attraverso la Cybercondria Severity Scale (CSS-12). Inoltre, si intende esplorare l'effetto combinato delle cinque dimensioni, ipotizzando che un profilo mindfulness bilanciato possa fungere da fattore protettivo.

Considerando che la cybercondria si caratterizza per la difficoltà a tollerare l'incertezza e per la compulsività nella ricerca di informazioni, è plausibile ritenere che le abilità di mindfulness come il “Non giudizio” e la “Non reattività” svolgano un ruolo cruciale nel modulare questi processi. La capacità di restare nel momento presente senza giudicare o reagire automaticamente alle proprie esperienze interne potrebbe ridurre la necessità di ricorrere compulsivamente a strategie di coping disfunzionali come la ricerca ripetitiva di rassicurazione online.

L’approfondimento di tali relazioni consentirà di contribuire alla comprensione dei meccanismi psicologici sottostanti la cybercondria e di delineare possibili piste di intervento basate sulla promozione delle abilità mindfulness.

CAPITOLO 4

Il presente studio si inserisce all'interno di un progetto di ricerca longitudinale più ampio. La raccolta dei dati è avvenuta in due momenti distinti: un primo periodo compreso tra il 12 novembre 2023 e il 14 febbraio 2024 (Tempo 1), e un secondo periodo tra il 15 febbraio 2024 e il 28 agosto 2024 (Tempo 2). I partecipanti del Tempo 1 sono stati ricontattati a distanza di sei mesi, tramite l'indirizzo email che avevano precedentemente fornito, al fine di prendere parte alla seconda fase dello studio. Le risposte ai questionari sono state appaiate grazie a un codice alfanumerico creato da ogni partecipante al T1 e al T2.

La somministrazione dei questionari è avvenuta in modalità online, attraverso la piattaforma Qualtrics, compatibile sia con dispositivi mobili che con computer. Il reclutamento è stato effettuato mediante una strategia di diffusione su social network, con l'obiettivo di raggiungere un'ampia varietà di soggetti adulti in età giovane e adulta.

Tutti i partecipanti hanno compilato un consenso informato prima della partecipazione, autorizzando l'utilizzo dei propri dati in forma anonima e confidenziale, esclusivamente per fini di ricerca scientifica. Il progetto ha ricevuto l'approvazione da parte del Comitato Etico dell'Università degli Studi di Padova, ed è stato condotto nel pieno rispetto delle normative etiche vigenti, in linea con i principi dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP).

4.1 Partecipanti

Il campione analizzato è composto da 458 partecipanti che hanno preso parte al Tempo 1 e Tempo 2 dello studio. L'età dei partecipanti varia da 19 a 71 anni, con un'età media di 30,03 anni (DS = 11,90). Per quanto riguarda il sesso attribuito alla nascita, il 78,1% dei partecipanti si è identificato come femmina e il 21,9% come maschio.

In merito alla presenza di diagnosi psicologiche, l'8,4% ha dichiarato di aver ricevuto una diagnosi nel corso della vita, il 68,4% ha risposto negativamente, e il restante 23,2% non ha fornito risposta. I disturbi psicologici più frequentemente riportati tra coloro che hanno dichiarato una diagnosi (n = 49) includono:

- Disturbo di ansia generalizzata (18,4%)
- Ideazione suicidaria / comportamento suicidario (12,2%)
- Disturbo da stress post-traumatico, anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo di ansia sociale, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo depressivo maggiore, ognuno con il 6,1%
- Comorbilità tra ansia e depressione o tra binge-eating e depressione (4,1%)

Relativamente alla presenza di malattie fisiche diagnosticate, l'14,8% ha dichiarato di soffrirne, mentre l'84,9% ha risposto negativamente e lo 0.3% non ha fornito risposta. Tra coloro che hanno riportato una o più malattie (n = 59), le più frequenti includono:

- Asma (9,1%)
- Ipotiroidismo (9,1%)
- Endometriosi (6,1%)
- Ipertensione, emicrania, psoriasi, fibromialgia (ciascuna al 4,5%)
- Ovaio policistico, tiroidite di Hashimoto, adenomiosi (ciascuna al 3,0%)

La nazionalità dichiarata è risultata prevalentemente italiana (82,4%), con una minima rappresentanza di altri paesi (Ucraina, Albania, Romania, Cina, Iran). Tutti i partecipanti erano in grado di compilare il questionario in lingua italiana.

4.2 Strumenti

Cybercondria Severity Scale – Short Form (CSS-12)

Per la valutazione della cybercondria è stata utilizzata la Cybercondria Severity Scale – Short Form (CSS-12), una versione ridotta della scala originale sviluppata da McElroy e Shevlin (2014), validata in lingua italiana da Marino et al. (2020). La scala è composta da 12 item, distribuiti su cinque dimensioni:

- Compulsione: misura l'interferenza delle ricerche online con la vita quotidiana. Esempio di item: "Ho avuto difficoltà a smettere di cercare informazioni mediche online".
- Distress: valuta le risposte emotive negative associate alle ricerche online. Esempio di item: "Mi sono sentito/a ansioso/a dopo aver letto informazioni sulla salute online".
- Eccessività: rileva la natura ripetitiva e incontrollata delle ricerche. Esempio di item: "Ho passato più tempo del previsto cercando sintomi medici su Internet".
- Ricerca di rassicurazione: indaga la tendenza a consultare figure sanitarie dopo le ricerche.

  Esempio di item: "Dopo aver cercato sintomi online, ho contattato un medico per rassicurarmi".
- Sfiducia nei confronti dei professionisti: valuta il disallineamento tra ciò che si legge online e l'opinione dei medici.

Esempio di item: “Non sempre mi fido delle rassicurazioni fornite dai medici rispetto a ciò che leggo online”.

Gli item sono valutati su scala Likert a 5 punti, da 1 (*mai*) a 5 (*sempre*). Punteggi più elevati indicano livelli maggiori di cybercondria. La versione breve della Cybercondria Severity Scale (CSS-12) ha mostrato un eccellente affidabilità interna, con un valore di alpha di Cronbach pari a .90 per il punteggio totale (McElroy et al., 2014).

La versione breve italiana si è dimostrata psicometricamente solida, con buona affidabilità interna per ciascuna sottoscala (α di Cronbach tra .72 e .86 secondo Marino et al., 2020) e una struttura fattoriale coerente con quella originale.

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

La mindfulness disposizionale è stata misurata attraverso il Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), sviluppato da Baer et al. (2006) e validato in lingua italiana da Giovannini et al. (2014). Il questionario è composto da 39 item, suddivisi in cinque dimensioni che riflettono i principali aspetti della consapevolezza di sé nella vita quotidiana:

- Osservare: misura la capacità di notare sensazioni corporee, pensieri, emozioni e stimoli esterni.

  Esempio di item: “Presto attenzione alle sensazioni, come il vento tra i capelli o il sole sulla pelle”.

- Descrivere: valuta l’abilità di spiegare attraverso le parole le proprie esperienze interne.

  Esempio di item: “Sono in grado di descrivere a parole i miei sentimenti”.

- Agire con consapevolezza: misura la capacità di prestare attenzione al momento presente durante le azioni quotidiane.
  Esempio di item: “Quando faccio qualcosa, sono totalmente coinvolto nell’attività”.

- Non giudizio dell’esperienza interna: valuta la tendenza a non criticare i propri pensieri ed emozioni.
  Esempio di item: “Mi critico per avere pensieri o emozioni inaccettabili” *(item inverso).*

- Non reattività all’esperienza interna: rileva la capacità di osservare pensieri e sentimenti senza lasciarsi travolgere da essi.
  Esempio di item: “Quando emergono emozioni spiacevoli, riesco a lasciarle andare senza farmi coinvolgere troppo”.

Gli item sono valutati su scala Likert a 5 punti, da 1 (*per nulla vero*) a 5 (*assolutamente vero*). Alcuni item sono formulati in modo inverso e vengono ricodificati nel punteggio totale.

La versione italiana dell’FFMQ ha dimostrato buone proprietà psicometriche, con valori di α di Cronbach generalmente compresi tra .74 e .89 per le singole sottoscale (Giovannini et al., 2014), e con una struttura fattoriale coerente con quella originaria (α di Cronbach tra .75 e .91) (Baer et al., 2006).

4.3 Variabili considerate

Nel presente studio, la variabile dipendente è rappresentata dal livello di cybercondria, misurato tramite la *Cybercondria Severity Scale - Short Form (CSS-12)*. Le cinque sottoscale della CSS-12 ("Compulsione", "Distress", "Eccessività", "Ricerca di rassicurazione" e "Sfiducia nei confronti dei professionisti medici") sono state considerate sia singolarmente che tramite il punteggio totale, aggregato, della scala.

Le variabili indipendenti sono costituite dalle cinque dimensioni della mindfulness disposizionale, rilevate mediante il *Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)*: "Osservare", "Descrivere", "Agire con consapevolezza", "Non giudizio" e "Non reattività".

Infine, ai fini di analisi esplorative, sono state incluse alcune variabili sociodemografiche e cliniche:

- Età (in anni), come variabile continua
- Sesso attribuito alla nascita
- Presenza di malattie fisiche diagnosticate (sì/no), come variabile categoriale.

Queste variabili sono state utilizzate per indagare potenziali relazioni preliminari con i livelli di cybercondria, al fine di arricchire l'interpretazione dei dati e fornire un quadro più articolato del fenomeno.

CAPITOLO 5

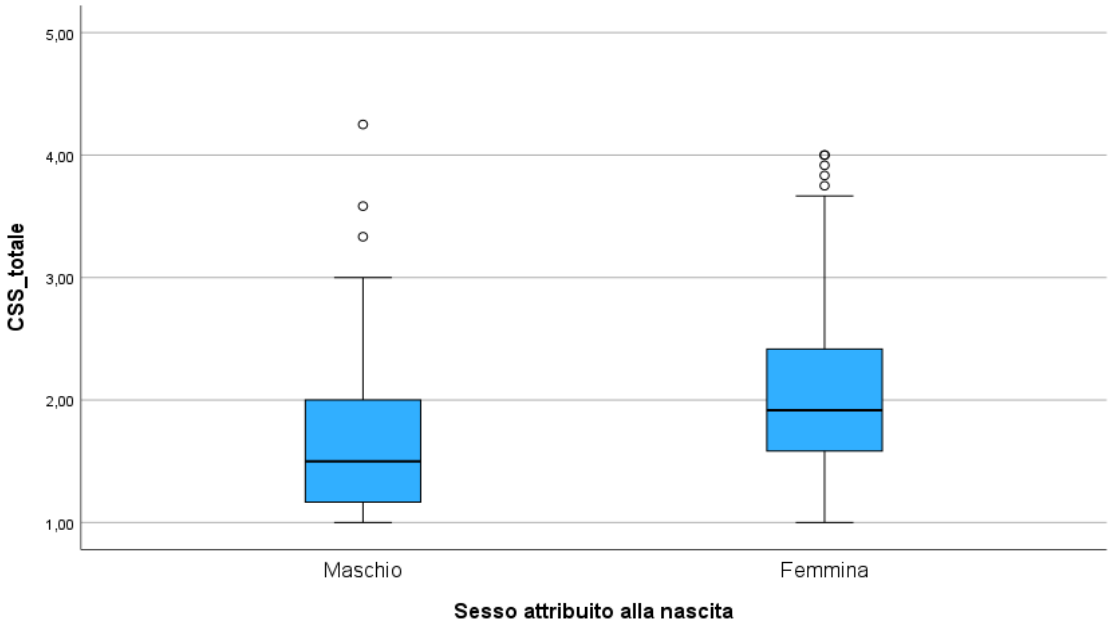
Il presente capitolo riporta i risultati delle analisi statistiche condotte per rispondere agli obiettivi della ricerca e verificare le ipotesi formulate. Le analisi sono state svolte utilizzando il software IBM SPSS Statistics e si articolano in tre sezioni principali: una prima parte di analisi esplorative, seguita dal calcolo delle correlazioni tra le variabili di interesse e infine dall'analisi di regressione volta a indagare il potere predittivo delle dimensioni della mindfulness sulla cybercondria.

5.1 Analisi esplorative e descrittive delle variabili sociodemografiche e cliniche

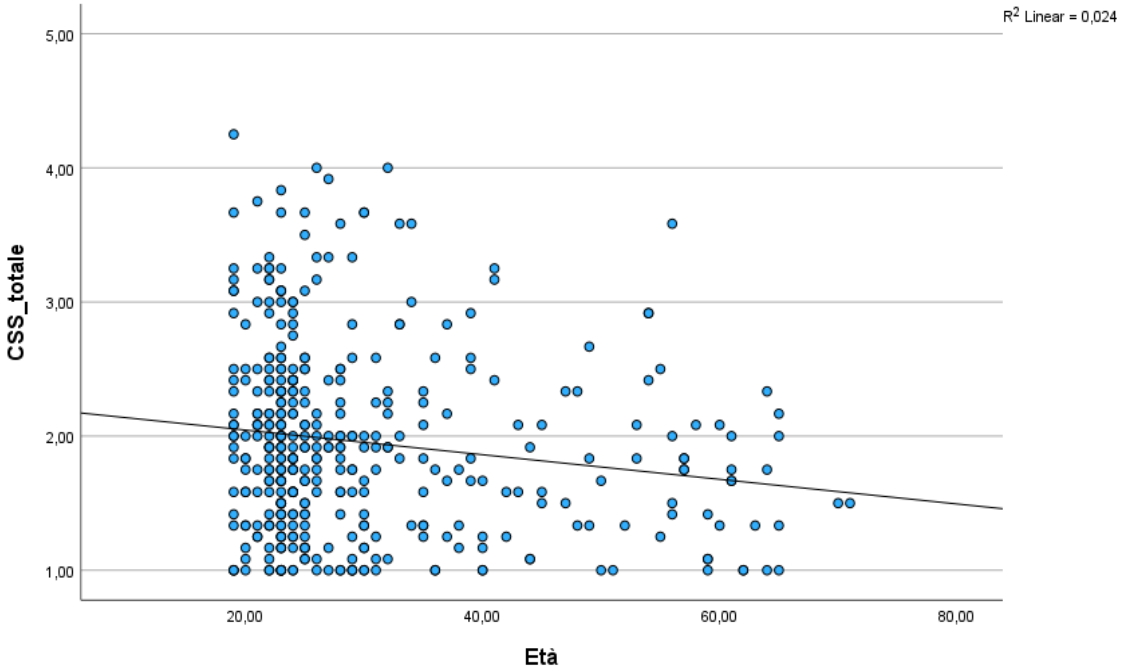
Le analisi esplorative hanno avuto lo scopo di descrivere il comportamento delle variabili principali in relazione ad alcune caratteristiche sociodemografiche e cliniche dei partecipanti, quali il sesso attribuito alla nascita, l'età e la presenza di malattie fisiche diagnosticate. Questi passaggi preliminari sono stati considerati utili per comprendere eventuali pattern generali e per contestualizzare meglio le successive analisi inferenziali. Al fine di esplorare eventuali differenze nei livelli di cybercondria e mindfulness in relazione al sesso attribuito alla nascita, è stato condotto un t-test per campioni indipendenti. L'analisi ha confrontato i punteggi medi ottenuti da 88 partecipanti maschi e 310 partecipanti femmine al T1.

I risultati mostrano che le femmine riportano punteggi significativamente più elevati nella cybercondria rispetto ai maschi ($M = 2,03$, $DS = 0,70$ per le femmine; $M = 1,67$, $DS = 0,64$ per i maschi), con una differenza statisticamente significativa: $t(396) = –4,43$, $p < .001$.

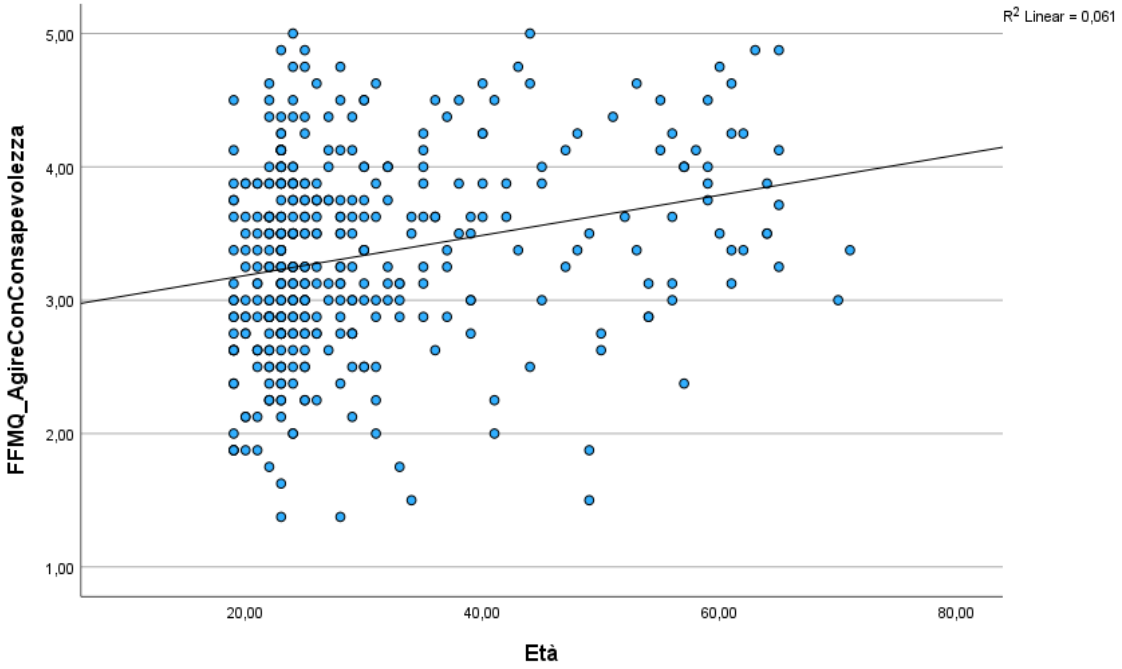
Nell'esame delle differenze di genere rispetto alle dimensioni della mindfulness, sono emerse alcune differenze statisticamente significative. In particolare, le femmine hanno riportato punteggi significativamente più elevati nella dimensione "Osservare" ($t(396) = –2{,}12$; $p = .035$), mentre i maschi hanno ottenuto punteggi significativamente più alti nelle dimensioni "Agire con consapevolezza" ($t(396) = 2{,}79$; $p = .006$) e "Non reattività" ($t(396) = 2{,}55$; $p = .011$). Questi risultati suggeriscono una possibile differenziazione di genere nell'utilizzo delle strategie di mindfulness, con le femmine più orientate verso un'attenzione agli stimoli interni, e i maschi maggiormente associati a forme di regolazione delle esperienze interne.



Sono state poi analizzate le correlazioni tra l'età dei partecipanti e le variabili principali dello studio. I risultati indicano che l'età è negativamente correlata con i livelli di cybercondria ($r = –.155$, $p = .002$), suggerendo che i partecipanti più giovani tendono a mostrare maggiore propensione alla cybercondria rispetto a quelli più adulti.



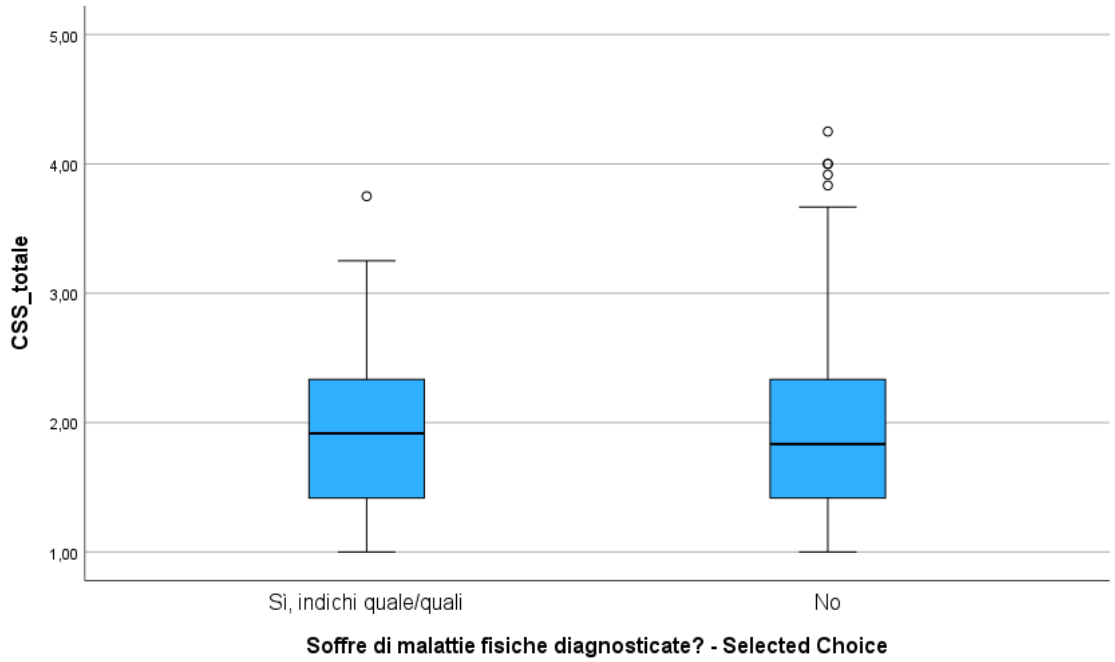
Inoltre, due dimensioni della mindfulness disposizionale risultano positivamente associate all'età: "Agire con consapevolezza" ($r = .247$, $p < .001$) e "Non giudizio" ($r = .197$, $p < .001$), indicando che i partecipanti più maturi tendono ad avere una maggiore presenza mentale nelle attività quotidiane e una minore tendenza a giudicare negativamente i propri stati interni.



Le altre dimensioni della mindfulness (“Osservare”, “Descrivere”, “Non reattività”) non mostrano correlazioni significative con l’età.

Infine è stata condotta un’analisi esplorativa per indagare se la presenza di una malattia fisica diagnosticata fosse associata a differenze nei livelli di cybercondria. Un t-test per campioni indipendenti ha confrontato i punteggi totali della Cybercondria Severity Scale – Short Form (CSS-12) tra i partecipanti che dichiarano di soffrire di una o più malattie fisiche (n = 59) e coloro che non ne riportano alcuna (n = 338).

I risultati non hanno evidenziato differenze statisticamente significative tra i due gruppi, t(395) = –0,147*; p* = 0,883, con punteggi medi pressoché equivalenti (*M* = 1,94 per il gruppo con malattie; *M* = 1,95 per il gruppo senza). Anche la misura dell’effetto (d di Cohen = –0,021) indica un impatto trascurabile.



Questa analisi suggerisce che la tendenza alla cybercondria può manifestarsi indipendentemente dalla presenza effettiva di una diagnosi medica, sostenendo l'idea che il comportamento di ricerca online ansiogena non sia necessariamente collegato a una condizione fisica oggettiva.

5.2 Analisi delle relazioni tra mindfulness e cybercondria

Dopo aver esplorato le relazioni tra le variabili principali e alcuni fattori sociodemografici e clinici, si è proceduto con le analisi inferenziali volte a indagare in modo più specifico il legame tra mindfulness e cybercondria. In questa sezione vengono presentati i risultati delle correlazioni di Pearson, calcolate per valutare la forza e la direzione delle associazioni tra le cinque dimensioni del FFMQ e i punteggi della CSS-12, e successivamente i risultati della regressione lineare multipla, utilizzata per esaminare il valore predittivo della mindfulness sulla cybercondria.

Tali analisi sono state condotte per verificare l'ipotesi secondo cui tutte le cinque dimensioni della mindfulness disposizionale sono significativamente associate alla

cybercondria, seppur con direzioni attese diverse. L'analisi è stata effettuata su un campione composto da 420 partecipanti con dati completi.

***Tabella 1**: Correlazioni (r di Pearson) tra le variabili indagate nel campione*

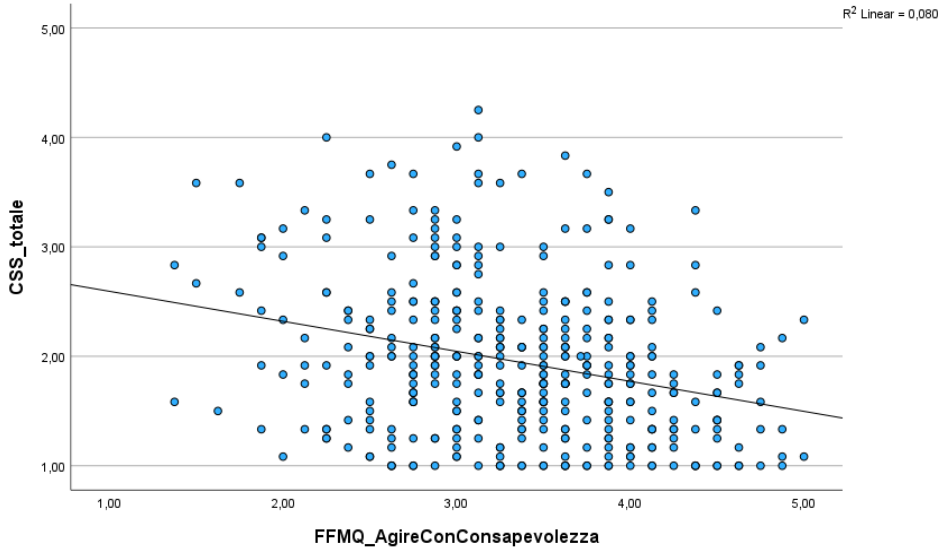
	CSS_totale
FFMQ_Osservare	0,072
FFMQ_Descrivere	-,139**
FFMQ_Agire Con Consapevolezza	-,282**
FFMQ_Non Giudicare	-,311**
FFMQ_Non Reagire	-0,086

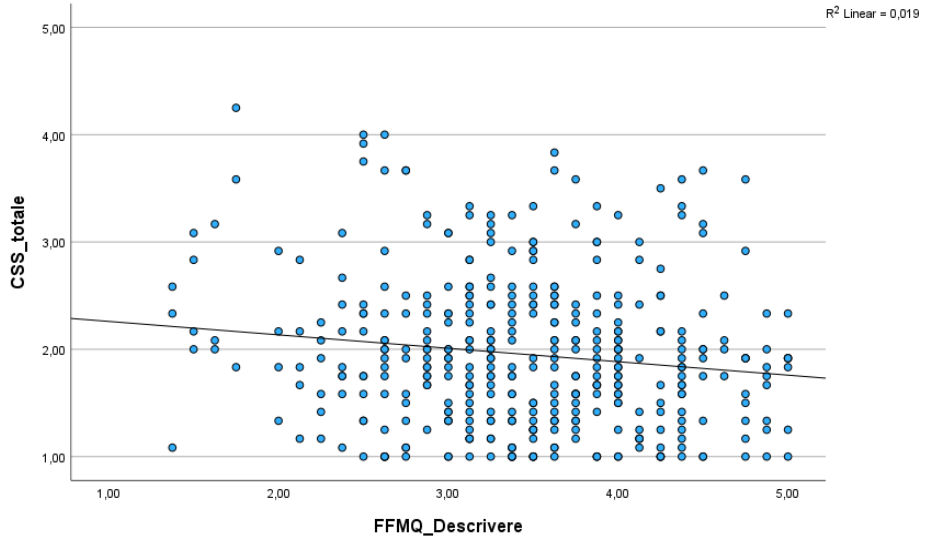
*Note: ** p<.001 (a due code); *p<.05 (a due code); numerosità= 420*

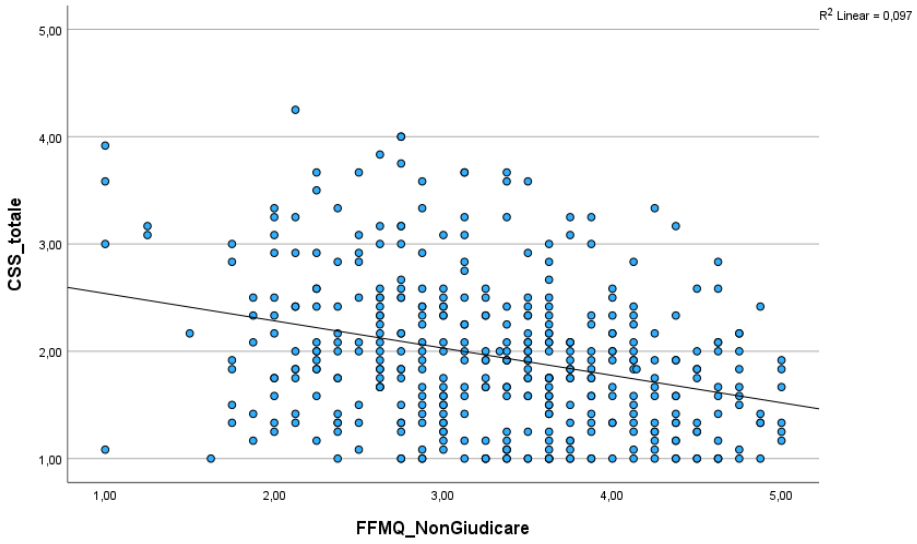
Come ipotizzato, alcune dimensioni della mindfulness disposizionale risultano significativamente correlate con la cybercondria. In particolare, le sottoscale "Agire con consapevolezza" ($r = –.282$, $p < .01$) e "Non giudizio dell'esperienza interna" ($r = –.311$, $p < .01$) mostrano correlazioni negative moderate, suggerendo che una maggiore presenza mentale e un atteggiamento accettante verso le proprie esperienze interne si associano a livelli più bassi di cybercondria. Anche la dimensione "Descrivere" mostra una correlazione negativa significativa ($r = –.139$, $p < .01$), indicando un potenziale effetto protettivo, pur essendo tale direzione meno attesa. Le sottoscale "Osservare" ($r = 0.072$) e "Non reattività" ($r = –0.086$), invece, non risultano significativamente correlate con il punteggio totale della cybercondria.

Nel complesso, i risultati confermano parzialmente l'ipotesi di partenza: tre delle cinque dimensioni della mindfulness sono significativamente associate alla cybercondria, in particolare quelle legate alla regolazione dell'esperienza interna ("Agire con

consapevolezza", "Non giudizio", "Descrivere"). "Descrivere" mostra un'associazione inaspettatamente inversa, mentre "Osservare" non risulta significativamente correlata alla cybercondria.







Successivamente, per approfondire ulteriormente il legame tra mindfulness e cybercondria, è stata condotta un'analisi di regressione lineare multipla con l'obiettivo di valutare la capacità predittiva delle cinque dimensioni della mindfulness disposizionale sui livelli successivi di cybercondria.

In linea con l'ipotesi formulata, si è ipotizzato che livelli più elevati di mindfulness al Tempo 1 potessero predire livelli inferiori di cybercondria al Tempo 2. Per questo motivo, sono stati utilizzati come predittori i punteggi delle cinque sottoscale del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) raccolti al Tempo 1, mentre il punteggio totale della Cybercondria Severity Scale – Short Form (CSS-12) rilevato al Tempo 2 è stato considerato come variabile dipendente.

L'obiettivo dell'analisi è quello di verificare se e in che misura la mindfulness disposizionale sia in grado di predire la tendenza alla cybercondria nel tempo, offrendo così un contributo longitudinale alla comprensione del ruolo delle abilità mindful nella regolazione delle preoccupazioni legate alla salute.

Il modello di regressione è risultato complessivamente significativo, come indicato dal test ANOVA ($F(7,160) = 4.442$; $p < .001$), e ha spiegato circa il 16,3% della varianza nei punteggi di cybercondria ($R^2 = .163$).

Nella Tabella 2 sono riportati i coefficienti standardizzati (β), i valori di t e i livelli di significatività (p) relativi all'analisi di regressione lineare multipla condotta per valutare la capacità predittiva delle dimensioni della mindfulness disposizionale sui livelli di cybercondria.

Tra i predittori, la dimensione "Osservare" si è confermata un predittore positivo e significativo della cybercondria ($\beta = .234$; $p = .003$), suggerendo che una maggiore attenzione agli stimoli interni potrebbe rappresentare un fattore di vulnerabilità. La sottoscala "Descrivere" ha mostrato un effetto negativo e significativo ($\beta = -.190$; $p = .030$), suggerendo un potenziale ruolo protettivo nella capacità di etichettare verbalmente le proprie esperienze interne.

Le altre dimensioni della mindfulness ("Agire con consapevolezza", "Non giudizio" e "Non reattività") non sono risultate predittori significativi, pur mostrando direzioni coerenti con le attese teoriche.

Tabella 2. *Coefficienti standardizzati della regressione lineare multipla tra le sottoscale del FFMQ (Tempo 1) e la cybercondria (Tempo 2)*

Predittore	**β (standardizzato)**	**t**	**p**
FFMQ – Osservare	0,234	3,005	0,003
FFMQ – Descrivere	–0,190	–2,190	0,030
FFMQ – Agire con consapevolezza	–0,113	–1,326	0,187
FFMQ – Non giudicare	–0,135	–1,535	0,127
FFMQ – Non reattività	0,045	0,592	0,555

Nota. Variabile dipendente: CSS_totale (Tempo 2); $R^2 = .153$; R^2 adj = .126; $F(5,162) = 5.84$; $p < .001$. $p < .01$ (**); $p < .05$ (*)

Nel complesso, l'analisi fornisce una conferma parziale dell'ipotesi di ricerca: due delle cinque dimensioni della mindfulness risultano predittive della cybercondria a distanza di sei mesi, mentre le restanti, pur mostrando tendenze teoricamente plausibili, non raggiungono la significatività statistica.

CAPITOLO 6

6.1 Discussione dei risultati

L'obiettivo del presente studio è stato quello di indagare la relazione tra mindfulness disposizionale e cybercondria, prendendo in considerazione anche il ruolo di alcune variabili sociodemografiche e cliniche. Quest'ultime hanno permesso di comprendere meglio il comportamento delle variabili principali all'interno del campione, prima di analizzare più nel dettaglio le relazioni teoriche al centro della ricerca.

Le analisi esplorative condotte sulle caratteristiche sociodemografiche e cliniche hanno messo in luce alcune tendenze rilevanti. In primo luogo, è emerso che le donne riportano livelli significativamente più elevati di cybercondria rispetto agli uomini, con una differenza statisticamente significativa e un effetto moderato. Questo risultato trova conferma in alcuni studi precedenti. In particolare, Santoro et al. (2022) hanno riscontrato significative differenze di genere, evidenziando come le donne tendano a riportare una maggiore gravità di sintomi somatici, nonché livelli più elevati di ansia per la salute e di cybercondria rispetto agli uomini. Tali risultati supportano precedenti ricerche in cui è stata dimostrata una maggiore predisposizione delle donne a sperimentare sintomi internalizzanti, come la preoccupazione legate alla salute e il comportamento di ricerca-rassicurazione (McSwain et al., 2009). Coerentemente, una recente revisione della letteratura ha evidenziato che il genere femminile rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo della cybercondria (Vismara et al., 2022).

Anche rispetto alla mindfulness disposizionale si osservano alcune differenze di genere significative. Le partecipanti di sesso femminile hanno mostrato punteggi più elevati nella dimensione "Osservare", in riferimento all'attenzione rivolta agli stimoli interni ed esterni. Al contrario, i partecipanti di sesso maschile hanno riportato punteggi più alti

nelle dimensioni “Agire con consapevolezza” e “Non reattività”, suggerendo una possibile maggiore attitudine alla regolazione degli stati interni e a una gestione più consapevole del comportamento. Tali risultati trovano riscontro nella letteratura esistente, uno studio condotto da Alisaphic et al. nel 2017 ha evidenziato una differenza di genere piccola, ma statisticamente significativa in alcune dimensioni della mindfulness: le donne riportavano punteggi più elevati nella dimensione “Osservare”, mentre gli uomini mostravano valori superiori in “Agire con consapevolezza”. Questa tendenza è confermata anche da ricerche precedenti, tra cui lo studio di Sturgess (2013), in cui venivano riportate analoghe differenze di genere nelle dimensioni della mindfulness. Questo andamento è stato interpretato alla luce di possibili differenze nel funzionamento cognitivo tra i sessi, secondo cui le donne sarebbero maggiormente predisposte all’elaborazione simultanea di più stimoli, mentre gli uomini tenderebbero a focalizzarsi su un compito solo, mantenendo in questo modo un’attenzione più focalizzata e stabile (Stoet et al., 2013).

Relativamente alla variabile età, è stata rilevata una correlazione negativa con la cybercondria, indicando una maggiore vulnerabilità tra i partecipanti più giovani. Inoltre il fattore età è risultato positivamente associato a due dimensioni della mindfulness, evidenziando una relazione significativa con “Agire con consapevolezza” e “Non giudizio”. Ciò implica una maggiore propensione, nei soggetti più adulti, a essere più consapevoli e presenti nelle attività e meno inclini a giudicare negativamente le proprie esperienze interiori. Le altre dimensioni (“Osservare”, “Descrivere”, “Non reattività”) non hanno mostrato relazioni significative. I risultati ottenuti trovano conferma quanto già emerso nella letteratura. Alcuni studi hanno, infatti, evidenziato che gli adulti più anziani tendono a dimostrare un maggiore controllo emotivo (Gross et al., 1997) e una

più marcata capacità di focalizzarsi sul momento presente (Mogilner et al., 2011; Sturgess, 2012). Secondo un'interpretazione di tipo evolutivo, l'età favorirebbe lo sviluppo di strategie emotive più adattive, rendendo gli individui meno inclini al giudizio verso sé stessi e gli altri, e più capaci di rimanere ancorati al "qui e ora". Un ampio studio longitudinale (Charles et al., 2001) ha inoltre dimostrato che l'affettività negativa tende a diminuire con l'età, confermando una maggiore efficacia nella regolazione emotiva tra i soggetti più anziani. Anche il costrutto di *savouring*, ovvero la capacità di assaporare consapevolmente il momento presente, è stato proposto come possibile spiegazione dell'incremento di specifici tratti mindful con l'avanzare dell'età (Sturgess, 2012).

Infine, l'analisi dell'incidenza della presenza di malattie fisiche diagnosticate non ha evidenziato associazioni rilevanti con la cybercondria. I partecipanti con una diagnosi medica non hanno mostrato punteggi significativamente differenti rispetto a coloro che non hanno riportato alcuna malattia. Anche la dimensione dell'effetto risulta trascurabile, suggerendo che la cybercondria possa emergere indipendentemente dalla presenza di condizioni fisiche oggettive. L'assenza di un'associazione significativa tra cybercondria e diagnosi mediche risulta coerente con quanto evidenziato nella letteratura scientifica. Diversi studi hanno infatti suggerito che la cybercondria non è necessariamente collegata alla presenza di una condizione fisica reale, quanto piuttosto a fattori psicologici, come l'ansia per la salute, la sensibilità all'ansia e l'intolleranza all'incertezza. Secondo Starcevic e Berle (2013), la cybercondria si configura come una risposta cognitivo-comportamentale a stati emotivi negativi, in cui la ricerca compulsiva di informazioni sanitarie online si traduce in una strategia disfunzionale per ridurre l'ansia, spesso esacerbandola. In tale prospettiva, l'esperienza soggettiva di preoccupazione per la salute ha un peso maggiore rispetto alla presenza effettiva di una patologia diagnosticata. Anche

McElroy e Shevlin (2014), nello sviluppo della Cybercondria Severity Scale (CSS), hanno sottolineato che i livelli di cybercondria risultano più fortemente associati a tratti ansiosi e metacognitivi piuttosto che a variabili cliniche oggettive. Questo implica che il comportamento cybercondriaco può manifestarsi anche in soggetti fisicamente sani, alimentato da un'attivazione cognitiva ansiosa che non trova necessariamente riscontro in sintomi reali o diagnosi mediche. Pertanto, i risultati del presente studio si inseriscono all'interno di un quadro teorico e empirico più ampio, secondo cui la cybercondria può emergere indipendentemente dalla presenza di condizioni fisiche diagnosticate, confermando la natura multidimensionale del fenomeno.

Nel complesso, queste analisi preliminari contribuiscono a delineare il contesto generale entro cui si inserisce la relazione tra mindfulness e cybercondria, fornendo una base utile per l'approfondimento delle dinamiche psicologiche alla base di questo fenomeno.

Successivamente all'esplorazione delle caratteristiche sociodemografiche e cliniche del campione, l'analisi si è concentrata sull'obiettivo principale dello studio: indagare la relazione tra mindfulness disposizionale e cybercondria, con un approccio longitudinale volto a valutare se le dimensioni della mindfulness potessero predire la comparsa di cybercondria nell'individuo. In particolare, si è ipotizzato che tutte e cinque le sottoscale del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) potessero mostrare associazioni significative con la cybercondria, con un'attenzione specifica alle dimensioni "Agire con consapevolezza" e "Non giudicare", considerate potenziali fattori protettivi nei confronti di tale fenomeno. Per verificare tale ipotesi, sono stati analizzati i dati raccolti in due tempi (T1 e T2) a distanza di sei mesi, attraverso un disegno longitudinale.

L'analisi delle correlazioni di Pearson ha evidenziato che tre delle cinque dimensioni del FFMQ presentano associazioni significative con la cybercondria. In particolare, le

sottoscale “Agire con consapevolezza” e “Non giudicare” risultano negativamente correlate al punteggio totale della CSS-12, suggerendo che una maggiore consapevolezza e un atteggiamento accettante verso le proprie esperienze interne sono associati a una minore tendenza alla cybercondria. Queste evidenze risultano coerenti con quanto emerso nello studio di Baer et al. (2006), i quali, nell’analizzare le cinque dimensioni della mindfulness, hanno riscontrato che “Agire con consapevolezza” e “Non giudicare” sono significativamente e negativamente associate a numerosi indicatori di psicopatologia, tra cui disregolazione emotiva, neuroticismo e sintomi ansiosi. Inoltre, tali dimensioni hanno mostrato una forte validità predittiva nella regressione dei sintomi psicologici, evidenziando il loro potenziale regolativo nel contesto della salute mentale. Tali risultati rafforzano l’ipotesi che uno stile mentale caratterizzato da presenza intenzionale e accettazione non giudicante possa costituire un fattore protettivo rispetto a modalità disfunzionali di gestione dell’ansia, come la cybercondria. Tali risultati trovano riscontro anche nello studio di Hedman et al. (2017), che ha indagato l’efficacia di un trattamento cognitivo-comportamentale basato sull’esposizione per la riduzione dell’ansia per la salute. Gli autori hanno riscontrato che l’incremento della dimensione mindfulness della non reattività media significativamente la riduzione dei sintomi ansiosi, suggerendo che l’abilità di osservare le esperienze interne senza reagire in modo impulsivo costituisce un meccanismo regolativo centrale. Questo dato supporta ulteriormente l’idea che dimensioni quali “Non giudicare” e “Agire con consapevolezza” possano rappresentare fattori protettivi nei confronti della cybercondria, agendo come moderatori nella gestione delle preoccupazioni legate alla salute e nella tendenza al rimuginio.

La dimensione “Descrivere” ha mostrato una correlazione negativa significativa, sebbene più debole, confermando l’ipotesi secondo cui la capacità di identificare e verbalizzare

con maggiore accuratezza le proprie sensazioni può rappresentare un fattore protettivo nei confronti della ricerca compulsiva di informazioni sulla salute. Sebbene questa sottoscala del FFMQ si riferisca principalmente alla verbalizzazione delle esperienze corporee, essa può essere messa in relazione, almeno parzialmente, con il costrutto di labelling emotivo. In letteratura, è stato infatti dimostrato che la capacità di etichettare verbalmente le emozioni è associata a una migliore regolazione affettiva e a una riduzione dell'attivazione ansiosa (Lieberman et al., 2007). Pur trattandosi di ambiti non completamente sovrapponibili, è plausibile ipotizzare che anche la verbalizzazione delle sensazioni corporee possa contribuire, in modo analogo, a modulare i livelli di ansia e quindi ridurre il ricorso a strategie disfunzionali di rassicurazione come la cybercondria. Al contrario, le sottoscale "Osservare" e "Non reattività" non hanno mostrato correlazioni significative con la cybercondria. In modo coerente con questa evidenza, la sottoscala "Osservare" ha mostrato una relazione positiva non significativa con la cybercondria, suggerendo che una maggiore attenzione agli stimoli corporei e ambientali potrebbe associarsi a un aumento delle preoccupazioni relative alla salute. Tale associazione, seppur in contrasto con l'assunzione iniziale che "Osservare" fosse un fattore protettivo, trova supporto nella letteratura sulla consapevolezza enterocettiva. In particolare, Pollatos et al. (2007) hanno evidenziato che le persone con elevata consapevolezza enterocettiva percepiscono le emozioni spiacevoli con maggiore intensità, specialmente in presenza di tratti ansiosi. La consapevolezza del corpo, se non accompagnata da un atteggiamento accettante o regolativo, può infatti potenziare l'attivazione emotiva e contribuire a interpretazioni catastrofiche di segnali fisiologici. Questo meccanismo potrebbe spiegare il ruolo potenzialmente disfunzionale della dimensione "Osservare" nel contesto della

cybercondria, dove l'attenzione ai segnali corporei può alimentare circoli viziosi di ipervigilanza e ricerca compulsiva di informazioni mediche.

Nel complesso, le correlazioni osservate confermano parzialmente l'ipotesi di partenza, supportando l'idea che alcune dimensioni della mindfulness disposizionale, in particolare quelle legate all'accettazione e alla chiarezza emotiva, siano inversamente associate alla tendenza alla cybercondria.

Per approfondire la relazione tra mindfulness disposizionale e cybercondria, è stata condotta una regressione lineare multipla, assumendo come variabile dipendente il punteggio totale della CSS-12 al Tempo 2 e come variabili indipendenti le cinque dimensioni del FFMQ rilevate al Tempo 1. Questa scelta metodologica ha permesso di valutare il contributo predittivo della mindfulness sul successivo sviluppo di tendenze legate alla cybercondria, adottando un disegno longitudinale.

Il modello complessivo è risultato significativo e ha spiegato circa il 16,3% della varianza della cybercondria al Tempo 2. Tuttavia, non tutte le dimensioni della mindfulness hanno mostrato un contributo significativo alla predizione.

In particolare, la sottoscala "Osservare" ha rappresentato un predittore positivo e significativo della cybercondria, confermando quanto già emerso nella correlazione. Questo risultato suggerisce che un'elevata attenzione agli stimoli interni, se non accompagnata da regolazione emotiva, potrebbe alimentare processi di preoccupazione e ipervigilanza corporea. Coerentemente con quanto osservato nel presente studio, anche Desrosiers et al. (2013) evidenziano che la dimensione "Osservare", se isolata dalle altre componenti della mindfulness, può risultare disfunzionale. In particolare, un'elevata attenzione agli stimoli interni, in assenza di un atteggiamento accettante e non reattivo, può contribuire all'aumento dell'arousal ansioso, accentuando la consapevolezza di

segnali corporei percepiti come minacciosi. Questo fenomeno, noto anche come enterocezione disfunzionale, può rappresentare una base psicologica per lo sviluppo della cybercondria, poiché favorisce la tendenza alla monitorizzazione costante del corpo e alla ricerca compulsiva di informazioni sanitarie. Tali evidenze sono in linea anche con i risultati di Baer et al. (2006), secondo cui la dimensione "Osservare" non mostra associazioni univocamente positive con il benessere psicologico, soprattutto nei soggetti non esperti in pratiche meditative. In particolare, gli autori hanno rilevato che, in campioni non clinici e privi di esperienza meditativa, la dimensione "Osservare" può correlarsi a variabili psicologiche negative, come dissociazione, affettività negativa e difficoltà nella regolazione emotiva. Questo dato suggerisce che la semplice propensione a notare stimoli interni ed esterni, se non accompagnata da atteggiamenti mindful più regolativi, come il non giudizio e la non reattività, potrebbe intensificare l'attenzione selettiva su segnali corporei ansiogeni, favorendo così l'emergere di processi disfunzionali come quelli implicati nella cybercondria.

Al contrario, la dimensione "Descrivere" ha mostrato un effetto negativo, confermando il suo possibile ruolo protettivo: la capacità di etichettare verbalmente le esperienze interne potrebbe ridurre la tendenza a interpretare in modo catastrofico i segnali corporei. Baer et al. (2006) hanno evidenziato che la dimensione "Descrivere" è significativamente associata a un minor livello di sintomi ansiosi e depressivi, suggerendo un ruolo protettivo di questa dimensione della mindfulness nella regolazione emotiva. In particolare, la capacità di identificare e verbalizzare con chiarezza le proprie esperienze interne, pensieri, emozioni e sensazioni corporee, sembra favorire un processo di consapevolezza che permette di elaborare in modo più adattivo gli stati emotivi. Gli autori sottolineano come tale abilità possa contrastare meccanismi disfunzionali come la ruminazione e

l'alessitimia, contribuendo così a una maggiore padronanza emotiva e a una riduzione della sofferenza psicologica. All'interno della loro analisi, la sottoscala "Descrivere" ha infatti mostrato correlazioni negative con costrutti come la soppressione del pensiero, la disregolazione emotiva e la tendenza all'evitamento esperienziale, confermandone la rilevanza nella promozione del benessere psicologico. Questi risultati sono stati ulteriormente confermati da Carpenter et al. (2019), i quali, attraverso una meta-analisi su 148 studi basati sull'FFMQ, hanno rilevato che la sottoscala "Descrivere" presenta associazioni negative significative con sintomi depressivi e ansiosi, seppur con un effetto di entità leggermente inferiore rispetto a "Agire con consapevolezza" e "Non giudicare". Tali evidenze rafforzano l'ipotesi che la capacità di etichettare verbalmente le esperienze interne sia un importante meccanismo di regolazione emotiva, in quanto consente una maggiore chiarezza e distanza cognitiva dalle emozioni disturbanti, riducendo così la probabilità di interpretazioni catastrofiche dei segnali corporei, un processo centrale nella genesi della cybercondria.

Le altre tre dimensioni ("Agire con consapevolezza", "Non giudicare" e "Non reattività") non hanno raggiunto significatività statistica nel modello predittivo, pur mostrando direzioni coerenti con l'ipotesi iniziale, suggerendo che il loro effetto potrebbe essere più debole o mediato da altre variabili psicologiche. La letteratura suggerisce infatti che la cybercondria, in quanto fenomeno multidimensionale e complesso, è sostenuta da molteplici fattori cognitivi e metacognitivi, come l'ansia per la salute, la tendenza alla rimuginazione, la bassa tolleranza dell'incertezza e la ricerca compulsiva di rassicurazione (Starcevic & Berle, 2013; McElroy & Shevlin, 2014). In questo contesto, è plausibile che le dimensioni della mindfulness che riguardano componenti emotive e reattive, come la non reattività o l'agire con consapevolezza, possano risultare meno

efficaci nel contrastare meccanismi cognitivi più profondi, come l'interpretazione erronea dei segnali corporei. Ad esempio, "Agire con consapevolezza" fa riferimento alla capacità di prestare attenzione nel momento presente senza agire in modo automatico. Tuttavia, anche se utile per interrompere il "pilota automatico" del comportamento, questa abilità potrebbe non essere sufficiente per impedire la ricerca compulsiva di informazioni mediche online, soprattutto se il comportamento è razionalizzato dal soggetto come una forma di prevenzione o auto-cura (Fergus, 2013). Allo stesso modo, "Non giudicare" implica un atteggiamento di accettazione verso i propri stati mentali, ma non interviene necessariamente sulle convinzioni disfunzionali riguardo alla salute fisica. Una persona può non giudicare i propri pensieri ansiosi, ma comunque credere fermamente che un determinato sintomo corporeo sia segnale di una patologia grave. Anche la dimensione "Non reattività" mostra limiti analoghi: pur rappresentando una risorsa nella regolazione degli stati affettivi, potrebbe non influenzare direttamente il processo di valutazione catastrofica dei segnali somatici, che è invece centrale nella genesi della cybercondria. In tal senso, diversi studi suggeriscono che queste dimensioni della mindfulness possano agire in modo significativo solo se combinate con altre dimensioni più cognitive, come la capacità di "Descrivere" verbalmente le esperienze interne (Baer et al., 2008).

Inoltre, è possibile che il ruolo di queste tre dimensioni emerga più chiaramente in modelli mediati da ulteriori variabili come la regolazione emotiva, la tolleranza dell'incertezza o il coping metacognitivo. Studi recenti hanno infatti evidenziato che i benefici della mindfulness sono più evidenti quando le sue componenti sono presenti in combinazione e in equilibrio, piuttosto che prese singolarmente (Gu et al., 2015). In quest'ottica, il mancato effetto predittivo diretto potrebbe riflettere la necessità di un profilo mindful

integrato per ottenere un impatto concreto sui comportamenti disfunzionali legati alla salute.

Nel complesso, i risultati supportano parzialmente l'ipotesi secondo cui la mindfulness disposizionale può fungere da predittore della cybercondria a distanza di sei mesi. In particolare, le dimensioni relative all'attenzione non regolata e alla verbalizzazione delle esperienze interne sembrano svolgere un ruolo cruciale nel modulare il rischio di sviluppare comportamenti cybercondriaci.

6.2 Limiti dello studio e prospettive future

Uno dei principali limiti metodologici dello studio riguarda l'utilizzo esclusivo di strumenti self-report per la misurazione delle variabili psicologiche. Sebbene questionari standardizzati come il Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) e la Cybercondria Severity Scale (CSS-12) offrano una buona affidabilità psicometrica e siano ampiamente utilizzati in ambito clinico e di ricerca, essi si basano sulla valutazione soggettiva da parte del partecipante. Questo comporta il rischio di distorsioni dovute a fattori quali la desiderabilità sociale, la mancanza di consapevolezza introspettiva accurata o la sovra/sottostima di sintomi e atteggiamenti.

Allo stesso modo, i punteggi riportati nella CSS-12 potrebbero non riflettere pienamente la reale intensità o frequenza dei comportamenti di ricerca compulsiva di informazioni online, ma piuttosto la percezione soggettiva del disagio.

Pertanto, l'adozione di misure complementari, come valutazioni comportamentali, interviste cliniche strutturate o indicatori fisiologici (es. frequenza cardiaca in risposta a stimoli stressanti), potrebbe migliorare la validità ecologica e fornire una comprensione più completa delle dinamiche tra mindfulness e cybercondria.

Un ulteriore limite del presente studio riguarda lo sbilanciamento di genere all'interno del campione, costituito in larga parte da partecipanti di sesso femminile. Come evidenziato all'interno dello stesso studio, le partecipanti di sesso femminile hanno riportato punteggi significativamente più elevati nella CSS-12 rispetto ai partecipanti di sesso maschile, indicando una maggiore tendenza alla cybercondria. Tale squilibrio limita la possibilità di generalizzare i risultati all'intera popolazione e potrebbe aver condizionato le relazioni osservate tra mindfulness e cybercondria. In studi futuri sarebbe auspicabile reclutare un campione più bilanciato dal punto di vista del genere, al fine di esplorare in modo più equo e rappresentativo le possibili differenze di genere nelle dimensioni indagate e migliorare la robustezza delle inferenze statistiche.

Un'importante direzione di sviluppo per ricerche future riguarda l'integrazione di variabili emotive e cognitive all'interno di modelli più complessi, che vadano oltre l'analisi diretta tra mindfulness e cybercondria. In particolare, l'adozione di modelli mediati potrebbe contribuire a chiarire i meccanismi sottostanti a tale relazione. Ad esempio, l'intolleranza all'incertezza, caratterizzata da una difficoltà a tollerare ambiguità e mancanza di risposte certe, potrebbe rappresentare un moderatore cruciale: è plausibile che la mindfulness sia particolarmente efficace nel proteggere dalla cybercondria solo in soggetti che tollerano meglio l'incertezza.

Un'altra variabile rilevante è rappresentata dalle metacognizioni, ovvero le credenze che gli individui hanno riguardo al proprio pensiero (e.g. "Se penso costantemente alla mia salute, starò più al sicuro"). Tali credenze possono giocare un ruolo chiave nel mantenimento della cybercondria, rendendo particolarmente interessante indagare se alcune dimensioni della mindfulness, come il "Non giudizio" o il "Agire con consapevolezza", possano modificare l'impatto di questi processi cognitivi disfunzionali.

L’esplorazione di tali modelli più articolati permetterebbe di superare una visione lineare e semplicistica, e di accedere a una comprensione più fine e personalizzata delle traiettorie psicologiche che legano la consapevolezza disposizionale ai comportamenti problematici legati alla salute in ambito digitale.

6.3 Implicazioni per la pratica clinica e preventiva

I risultati emersi dal presente studio offrono spunti significativi per riflettere sulle possibili applicazioni cliniche e preventive del costrutto di mindfulness in relazione alla cybercondria. Il fatto che alcune dimensioni della consapevolezza disposizionale risultino significativamente associate ai livelli di preoccupazione per la salute suggerisce che la mindfulness possa rappresentare non solo un fattore protettivo, ma anche un potenziale obiettivo di intervento clinico.

Tra le principali implicazioni emerse dallo studio, si evidenzia il ruolo potenzialmente protettivo di alcune dimensioni della mindfulness disposizionale rispetto alla cybercondria. In particolare, le sottoscale “Agire con consapevolezza” e “Non giudizio dell’esperienza interna” hanno mostrato correlazioni negative significative con i livelli di cybercondria, suggerendo che una maggiore capacità di rimanere presenti nel momento attuale, senza giudicare le proprie esperienze interne, è associata a minori tendenze alla ricerca compulsiva di informazioni mediche online.

Questi risultati indicano che la mindfulness può costituire una risorsa preventiva importante, in quanto promuove modalità di relazione più sane con le sensazioni corporee e i pensieri ansiogeni legati alla salute. In altre parole, coltivare una maggiore consapevolezza non reattiva e non giudicante nei confronti delle proprie esperienze interiori potrebbe aiutare a interrompere i circoli viziosi dell’ansia per la salute, prevenendo l’attivazione di comportamenti disfunzionali come il checking online.

Dal punto di vista preventivo, favorire lo sviluppo di queste competenze mindful, ad esempio attraverso percorsi psicoeducativi o interventi basati sulla mindfulness, potrebbe contribuire a ridurre l'incidenza e l'intensità della cybercondria, soprattutto in individui con elevata sensibilità somatica o intolleranza all'incertezza. Tali strategie potrebbero essere particolarmente efficaci in contesti educativi o di promozione della salute mentale, dove la prevenzione precoce gioca un ruolo chiave.

Alla luce di questi risultati, appare rilevante considerare l'integrazione di interventi mindfulness-based nei contesti clinici rivolti a persone che manifestano preoccupazioni eccessive per la salute o tendenze alla cybercondria. Programmi strutturati come l'MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) o l'MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) hanno già dimostrato efficacia nella riduzione dell'ansia e dei pensieri intrusivi, e potrebbero rappresentare un approccio promettente anche per contenere i comportamenti di ricerca compulsiva online.

Questi interventi, infatti, non si limitano a promuovere un generico stato di rilassamento, ma mirano a modificare il rapporto dell'individuo con i propri pensieri e sensazioni, favorendo un atteggiamento di accettazione, apertura e sospensione del giudizio. Tali componenti risultano particolarmente utili nel trattamento della cybercondria, dove quest'ultima viene alimentata proprio attraverso interpretazioni catastrofiche dei segnali corporei e un costante bisogno di controllo e rassicurazione.

Oltre al contesto clinico, i risultati dello studio suggeriscono importanti implicazioni preventive in ambito psicoeducativo, soprattutto considerando la prevalenza della cybercondria tra i giovani adulti e l'uso intensivo delle tecnologie digitali nella quotidianità. Poiché il campione oggetto dell'indagine è costituito principalmente da persone in giovane età, risulta particolarmente rilevante promuovere interventi che

educhino all'uso consapevole delle informazioni sanitarie online e che potenzino competenze di autoregolazione emotiva. In questo senso, l'inserimento di programmi di promozione della mindfulness in scuole, università e contesti formativi potrebbe rivelarsi uno strumento utile per prevenire precocemente lo sviluppo di condotte disfunzionali legate alla salute. Tali programmi potrebbero essere proposti in modalità brevi e accessibili, ad esempio sotto forma di laboratori esperienziali, moduli online o applicazioni, e strutturati per allenare le dimensioni della mindfulness più protettive, come l'accettazione non giudicante o la consapevolezza intenzionale.

Interventi di questo tipo non solo favorirebbero un miglioramento del benessere psicologico generale, ma potrebbero anche ridurre l'incidenza della cybercondria, rafforzando le capacità individuali di gestire l'incertezza, tollerare le sensazioni corporee ambigue e resistere all'impulso di cercare rassicurazioni online. La prevenzione dovrebbe quindi orientarsi non solo alla riduzione dei comportamenti problematici, ma anche alla promozione attiva di risorse cognitive e relazionali, in un'ottica di empowerment e autoregolazione.

Un'ulteriore implicazione riguarda la possibilità di utilizzare gli strumenti impiegati nel presente studio, in particolare il Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) e la Cybercondria Severity Scale (CSS-12), come mezzi di valutazione e monitoraggio nei contesti clinici, educativi e di ricerca. Questi strumenti permettono non solo di rilevare i livelli disposizionali di mindfulness e di cybercondria, ma anche di osservare nel tempo le variazioni che possono avvenire in seguito a interventi psicoeducativi o terapeutici.

Ad esempio, all'interno di un percorso clinico, la CSS può essere impiegata per monitorare la frequenza e l'intensità dei comportamenti di ricerca compulsiva, valutando l'efficacia delle strategie adottate per gestire l'ansia per la salute. Parallelamente, il

FFMQ consente di identificare le aree di maggiore fragilità o di potenziale sviluppo nella consapevolezza individuale, orientando così gli obiettivi dell'intervento.

L'uso integrato di questi strumenti può quindi supportare una presa in carico più mirata e personalizzata, favorendo un approccio evidence-based e sensibile alle dinamiche cognitive ed emotive legate al rapporto con il proprio corpo e con l'informazione sanitaria online. In ambito preventivo, la somministrazione periodica di questi questionari può anche aiutare a identificare precocemente soggetti a rischio, fornendo così un valido supporto alla pianificazione di interventi tempestivi e differenziati.

6.3 Conclusioni

Il presente studio ha indagato la relazione tra mindfulness disposizionale e cybercondria in un campione di giovani adulti, utilizzando un disegno longitudinale e strumenti validati per la rilevazione delle due dimensioni. I risultati ottenuti offrono un contributo rilevante alla comprensione dei fattori protettivi e di rischio associati alla tendenza a cercare compulsivamente informazioni mediche online, evidenziando come alcune specifiche componenti della mindfulness, in particolare "Agire con consapevolezza" e "Non giudizio", siano associate a livelli inferiori di cybercondria.

L'analisi delle correlazioni e la regressione lineare multipla hanno mostrato una parziale conferma dell'ipotesi di ricerca, suggerendo che la mindfulness può giocare un ruolo significativo nella regolazione delle preoccupazioni per la salute. Tuttavia, alcune dimensioni, come "Osservare", hanno evidenziato una relazione opposta a quanto ipotizzato, aprendo nuove prospettive interpretative sul ruolo dell'attenzione focalizzata e sull'iperconsapevolezza corporea nei comportamenti ansiosi.

Nonostante i limiti legati all'utilizzo di strumenti self-report e allo sbilanciamento di genere nel campione, lo studio sottolinea l'importanza di integrare pratiche di

consapevolezza nella prevenzione e nel trattamento della cybercondria, proponendo la mindfulness come possibile strumento di intervento clinico e psicoeducativo. Inoltre, l'impiego di un disegno longitudinale rappresenta un punto di forza metodologico, permettendo di esplorare potenziali relazioni causali nel tempo.

In conclusione, i risultati di questa ricerca aprono la strada a ulteriori approfondimenti teorici ed empirici, tra cui lo studio di modelli mediati o moderati che coinvolgano variabili emotive e cognitive, e l'applicazione di interventi mindfulness-based nella pratica clinica e preventiva. L'auspicio è che tali riflessioni possano contribuire alla promozione del benessere psicologico in un'epoca sempre più segnata dall'interazione tra salute mentale e contesti digitali.

BIBLIOGRAFIA

Aiken, M., Kirwan, G., Berry, M., & O'Boyle, C. (2012). *The Age of Cybercondria*. https://repository.rcsi.com/articles/journal_contribution/The_Age_of_Cybercondria/10780793/3

Alispahic, S., & Hasanbegovic-Anic, E. (2017). Mindfulness: Age and Gender Differences on a Bosnian Sample. *Psychological Thought*, *10*(1), Articolo 1. https://doi.org/10.5964/psyct.v10i1.224

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. https://doi.org/10.1177/1073191105283504

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. https://doi.org/10.1177/1073191105283504

Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. G. (2008). Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment*, *15*(3), 329–342. https://doi.org/10.1177/1073191107313003

Behan, C. (2020). The benefits of meditation and mindfulness practices during times of crisis such as COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *37*(4), 256–258. https://doi.org/10.1017/ipm.2020.38

Bessière, K., Pressman, S., Kiesler, S., & Kraut, R. (2010a). Effects of Internet Use on Health and Depression: A Longitudinal Study. *Journal of Medical Internet Research*, *12*(1), e6. https://doi.org/10.2196/jmir.1149

Bossi, F., Zaninotto, F., D'Arcangelo, S., Lattanzi, N., Malizia, A. P., & Ricciardi, E. (2022). Mindfulness-based online intervention increases well-being and decreases stress after Covid-19 lockdown. *Scientific Reports*, *12*(1), 6483. https://doi.org/10.1038/s41598-022-10361-2

Bottesi, G., Marino, C., Vieno, A., Ghisi, M., & Spada, M. M. (2022). Psychological distress in the context of the COVID-19 pandemic: The joint contribution of intolerance of uncertainty and cybercondria. *Psychology & Health*, *37*(11), 1396–1413. https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1952584

Burtis, A. T., & Howell, S. M. (2023). Cybercondria and Information Seeking Behavior: A Bibliometric Analysis. *Journal of Consumer Health on the Internet*, *27*(4), 339–360. https://doi.org/10.1080/15398285.2023.2266541

Calvo, V., D'Aquila, C., Rocco, D., & Carraro, E. (2022). Attachment and well-being: Mediatory roles of mindfulness, psychological inflexibility, and resilience. *Current Psychology*, *41*(5), 2966–2979. https://doi.org/10.1007/s12144-020-00820-2

Carpenter, J. K., Conroy, K., Gomez, A. F., Curren, L. C., & Hofmann, S. G. (2019). The relationship between trait mindfulness and affective symptoms: A meta-analysis of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Clinical Psychology Review*, *74*, 101785. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101785

Cathcart, S., McGregor, M., & Groundwater, E. (2014). *Mindfulness and Flow in Elite Athletes*. https://doi.org/10.1123/jcsp.2014-0018

Christopher, M. S., Neuser, N. J., Michael, P. G., & Baitmangalkar, A. (2012). Exploring the Psychometric Properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Mindfulness*, *3*(2), 124–131. https://doi.org/10.1007/s12671-011-0086-x

Conversano, C., Di Giuseppe, M., Miccoli, M., Ciacchini, R., Gemignani, A., & Orrù, G. (2020). Mindfulness, Age and Gender as Protective Factors Against Psychological Distress During COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1900. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01900

Desrosiers, A., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mapping mindfulness facets onto dimensions of anxiety and depression. Behavior Therapy, 44(3), 373–384. https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.02.001

Eeles, J., & Walker, D.-M. (2022a). Mindfulness as taught in Dialectical Behaviour Therapy: A scoping review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29*(6), 1843–1853. https://doi.org/10.1002/cpp.2764

Eeles, J., & Walker, D.-M. (2022b). Mindfulness as taught in Dialectical Behaviour Therapy: A scoping review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29*(6), 1843–1853. https://doi.org/10.1002/cpp.2764

Fergus, T. A. (2013). Cybercondria and Intolerance of Uncertainty: Examining When Individuals Experience Health Anxiety in Response to Internet Searches for Medical Information. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *16*(10), 735–739. https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0671

Fergus, T. A., & Spada, M. M. (2017). Cybercondria: Examining relations with problematic Internet use and metacognitive beliefs. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(6), 1322–1330. https://doi.org/10.1002/cpp.2102

Fergus, T. A., & Spada, M. M. (2018). Moving toward a metacognitive conceptualization of cybercondria: Examining the contribution of metacognitive beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders*, *60*, 11–19. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.09.003

Gilbert, D., & Waltz, J. (2010). Mindfulness and Health Behaviors. *Mindfulness*, *1*(4), 227–234. https://doi.org/10.1007/s12671-010-0032-3

Giluk, T. L. (2009). Mindfulness, Big Five personality, and affect: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, *47*(8), 805–811. https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.06.026

Giluk, T. L. (2009). Mindfulness, Big Five personality, and affect: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, *47*(8), 805–811. https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.06.026

Giovannini, C., Giromini, L., Bonalume, L., Tagini, A., Lang, M., & Amadei, G. (2014). The Italian Five Facet Mindfulness Questionnaire: A Contribution to its Validity and Reliability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *36*(3), 415–423. https://doi.org/10.1007/s10862-013-9403-0

Hedman, E., Hesser, H., Andersson, E., Axelsson, E., & Ljótsson, B. (2017). The mediating effect of mindful non-reactivity in exposure-based cognitive behavior therapy for severe health anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, *50*, 15–22. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.04.007

Helminen, E. C., Scheer, J. R., & Felver, J. C. (2021). Gender Differences in the Associations Between Mindfulness, Self-Compassion, and Perceived Stress Reactivity. *Mindfulness*, *12*(9), 2173–2183. https://doi.org/10.1007/s12671-021-01672-y

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. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006

Kraemer, K.M., O'Bryan, E.M. & McLeish, A.C (2016). Intolerance of Uncertainty as a

Mediator of the Relationship between Mindfulness and Health Anxiety. *Mindfulness* **7**, 859–865. https://doi.org/10.1007/s12671-016-0524-x

Marino, C., Fergus, T. A., Vieno, A., Bottesi, G., Ghisi, M., & Spada, M. M. (2020). Testing the Italian version of the Cybercondria Severity Scale and a metacognitive model of cybercondria. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *27*(4), 581–596. https://doi.org/10.1002/cpp.2444

McElroy, E., & Shevlin, M. (2014a). *Cybercondria Severity Scale*. https://doi.org/10.1037/t34245-000

McElroy, E., & Shevlin, M. (2014b). The development and initial validation of the cybercondria severity scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(2), 259–265. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.007

McElroy, E., Kearney, M., Touhey, J., Evans, J., Cooke, Y., & Shevlin, M. (2019). The CSS-12: Development and Validation of a Short-Form Version of the Cybercondria Severity Scale. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *22*(5), 330–335. https://doi.org/10.1089/cyber.2018.0624

McMullan, R. D., Berle, D., Arnáez, S., & Starcevic, V. (2019). The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cybercondria: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *245*, 270–278. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.037

Moskow Diamond D, Curtiss J, Carpenter JK, Ito M, Hofmann SG. Influence of anxiety sensitivity on the observe facet of the five facet mindfulness questionnaire: differential item functioning in a clinical population. BMC Psychiatry. 2025 Apr 1;25(1):312. doi: 10.1186/s12888-025-06488-x

Pollatos, O., Traut-Mattausch, E., Schroeder, H., & Schandry, R. (2007). Interoceptive

awareness mediates the relationship between anxiety and the intensity of unpleasant feelings. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*(7), 931–943. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.12.004

Pollatos, O., Traut-Mattausch, E., Schroeder, H., & Schandry, R. (2007). Interoceptive awareness mediates the relationship between anxiety and the intensity of unpleasant feelings. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*(7), 931–943. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.12.004

Santoro, G., Starcevic, V., Scalone, A., Cavallo, J., Musetti, A., & Schimmenti, A. (2022). The Doctor Is In(ternet): The Mediating Role of Health Anxiety in the Relationship between Somatic Symptoms and Cybercondria. *Journal of Personalized Medicine*, *12*(9), 1490. https://doi.org/10.3390/jpm12091490

Schenkel, S. K., Jungmann, S. M., Gropalis, M., & Witthöft, M. (2021). Conceptualizations of Cybercondria and Relations to the Anxiety Spectrum: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, *23*(11), e27835. https://doi.org/10.2196/27835

Starcevic, V., & Berle, D. (2013). Cybercondria: Towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *13*(2), 205–213. https://doi.org/10.1586/ern.12.162

Starcevic, V., Baggio, S., Berle, D., Khazaal, Y., & Viswasam, K. (2019). Cybercondria and its Relationships with Related Constructs: A Network Analysis. *Psychiatric Quarterly*, *90*(3), 491–505. https://doi.org/10.1007/s11126-019-09640-5

Starcevic, V., Berle, D., & Arnáez, S. (2020). Recent Insights Into Cybercondria. *Current Psychiatry Reports*, *22*(11), 56. https://doi.org/10.1007/s11920-020-01179-8

Starcevic, V., Berle, D., Arnáez, S., Vismara, M., & Fineberg, N. A. (2020). The

Assessment of Cybercondria: Instruments for Assessing Problematic Online Health-Related Research. *Current Addiction Reports*, *7*(2), 149–165. https://doi.org/10.1007/s40429-020-00308-w

Vismara, M., Caricasole, V., Starcevic, V., Cinosi, E., Dell'Osso, B., Martinotti, G., & Fineberg, N. A. (2020a). Is cybercondria a new transdiagnostic digital compulsive syndrome? A systematic review of the evidence. *Comprehensive Psychiatry*, *99*, 152167. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2020.152167

Vismara, M., Caricasole, V., Varinelli, A., & Fineberg, N. A. (2022). Cybercondria, cyberhoarding, and other compulsive online disorders. In *Mental Health in a Digital World* (pp. 261–283). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-822201-0.00001-0

Vismara, M., Varinelli, A., Pellegrini, L., Enara, A., & Fineberg, N. A. (2022a). New challenges in facing cybercondria during the coronavirus disease pandemic. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, *46*, 101156. https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2022.101156

Vismara, M., Varinelli, A., Pellegrini, L., Enara, A., & Fineberg, N. A. (2022b). New challenges in facing cybercondria during the coronavirus disease pandemic. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, *46*, 101156. https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2022.101156

Weis, R., Ray, S., & Cohen, T. (2020a). Mindfulness as a way to cope with COVID-19-related stress and anxiety. *Counselling and Psychotherapy Research*, *21*. https://doi.org/10.1002/capr.12375