



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della
Socializzazione**

Dipartimento di Psicologia Generale

**Corso di laurea in Scienze psicologiche dello sviluppo, della personalità e delle relazioni
interpersonali**

Elaborato finale

Autocompassione e autodeterminazione:

Relazioni con il benessere

Self-Compassion and Self-Determination: Relationships with Well-being

***Relatrice:
Prof.ssa Angelica Moè***

***Laureando: Francesco Gatta
Matricola: 1204455***

Anno accademico 2021-2022

INDICE

PREMESSA

Capitolo 1: Autocompassione e autodeterminazione

1.1 Definizione di autocompassione

1.1.1 Misurazione dell'autocompassione: SCS e SCS-FS

1.1.2 Autocompassione e autostima

1.2 Definizione di autodeterminazione

1.2.1 Bisogni psicologici di base

1.2.2 Motivazione estrinseca, motivazione intrinseca e amotivazione

1.2.3 Teoria di valutazione cognitiva

1.2.4 Orientamenti di causalità

Capitolo 2: Relazioni con il benessere

2.1 Autocompassione e benessere

2.2 Autocompassione ed empatia

2.3 Autocompassione e pazienza

Capitolo 3: Interventi di promozione

3.1 Autocompassione nella psicopatologia

3.2 Interventi di autocompassione che riducono l'autocritica

3.3 Interventi che coltivano la mindfulness

Capitolo 4: Conclusioni

Bibliografia e sitografia

PREMESSA

Introduzione. L'autocompassione e l'autodeterminazione sono due costrutti che, rispettivamente, sono espresse dall'essere comprensivi verso se stessi, dall'accettare l'imperfezione e dall'essere consapevoli del 'qui e ora', dal sentirsi competenti, autonomi e dal creare relazioni stabili. I soggetti con bassi livelli di autocompassione e autodeterminazione producono comportamenti meno autonomi, si considerano separati da altri, tendono ad essere autocritici e intrinsecamente meno motivati.

Obiettivo. Questo elaborato mira ad approfondire l'autocompassione e l'autodeterminazione e cerca di rispondere ai seguenti quesiti: come l'autocompassione e l'autodeterminazione danno un contributo alla persona? Come l'autocompassione è associata al benessere? Come può essere incrementata? In particolare, per quanto riguarda l'autocompassione, mira a descriverla secondo la definizione di Kristin Neff, a comprendere quanto differisca dal costrutto psicologico dell'autostima in termini di concetto e di contributo al benessere della persona; mira a sottolineare quanto l'autocompassione contribuisca al benessere, soprattutto a sperimentare l'empatia, la pazienza, la felicità e la soddisfazione nel corso della vita di una persona. Infine si focalizza sugli strumenti di intervento mirati a incrementare l'autocompassione e la consapevolezza, come in pazienti affetti da psicopatologia, e a ridurre gli stati emozionali negativi. Inoltre, questi interventi hanno lo scopo di sviluppare l'auto-gentilezza, l'umanità comune e la consapevolezza.

Strategia di ricerca. Per questo elaborato sono stati impiegati diversi articoli scientifici inerenti all'autocompassione e autodeterminazione con lo scopo di definirle, comprendere il contributo dell'autocompassione nel favorire il benessere e comprendere se diversi strumenti di interventi sull'autocompassione e sulla mindfulness possono predire l'aumento dell'autocompassione e delle sue componenti.

Capitolo 1: Autocompassione e autodeterminazione

1.1 Definizione di autocompassione

Neff (2003a) definisce l'autocompassione come la capacità di una persona di provare compassione per se stessa. Ritiene che la compassione per se stessi non sia diversa da quella per gli altri: nel momento in cui una persona prova compassione per un'altra, in primo luogo sta riconoscendo l'esperienza di dolore altrui, in secondo luogo desidera aiutarla e lenire la sofferenza. Allo stesso modo quando un individuo attraversa momenti difficili, si conforta, rassicura ed esprime gentilezza verso se stesso. Secondo Kristin Neff (2003b) l'autocompassione comprende tre componenti principali: auto-gentilezza, sentimenti di Umanità Comune e Mindfulness. La gentilezza verso se stessi (*self-kindness*) indica la "tendenza ad essere premurosi e comprensivi" (Neff, 2011, p. 4) con se stessi in situazioni di fallimento. Gli individui "accettano che siamo imperfetti [...], il tono emotivo del linguaggio utilizzato verso il sé è morbido e di sostegno" (Neff, 2011, p. 4) e si offrono conforto. Quando combattono la sofferenza e provano rabbia per non avere raggiunto gli standard fissati nella vita, diventano auto-critici (*Self-judgement*), amplificando ulteriormente il dolore e l'angoscia. Umanità Comune (*Common Humanity*) comporta il riconoscimento della condizione umana immutabile: l'imperfezione e la vulnerabilità. Una persona riconosce di essere fallibile e la sensazione di inadeguatezza personale è ascrivibile, come definita da Neff (2003b), alla "condizione umana condivisa" (Neff, 2011, p. 4). Questa componente permette di comprendere che tutti soffrono e di sentirsi, in qualche modo, connessi agli altri e di non rendere ogni esperienza in solitaria. Quando questa componente viene a mancare, una persona considera gli errori come un difetto e prova un forte senso di frustrazione nei momenti difficili. Inoltre, pensa che gli altri siano senza difetti e privi di sofferenze, percepisce se stessa piena di debolezza. Questa visione dà una percezione di isolamento (*Isolation*) e di esclusione dal resto del mondo. Secondo Brown e Ryan (2003), la consapevolezza (*Mindfulness*) consiste nell' "essere consapevoli dell'esperienza del momento presente in modo chiaro ed equilibrato" (Neff, 2011, p. 4) dei pensieri e sentimenti dolorosi. È la consapevolezza della propria sofferenza senza ricadere nel rimuginio. L'immedesimazione esagerata solo con le difficoltà della vita genera un rimuginio eccessivo sulle emozioni negative. Questa condizione è definita da Neff (2003b) eccessiva identificazione (*Overidentification*). Queste tre componenti sono separate al livello concettuale e sono sperimentate in modo diverso a livello fenomenologico, ma "si sovrappongono e interagiscono reciprocamente" (Neff, 2011, p. 4) con lo scopo di migliorare l'un l'altro.

1.1.1 Misurazione dell'autocompassione: SCS e SCS-FS

Kristin Neff (2003a) ha costruito la Scala dell'autocompassione (*Self-Compassion Scale*, SCS) per misurare le dimensioni dell'autocompassione. Tale scala si compone di 26 item e misura “Come tipicamente mi pongo verso me stesso nei momenti di difficoltà” tramite una scala Likert, che va da 1 (“quasi mai” mi comporto in quella maniera) a 5 (“quasi sempre” mi comporto in quella maniera). Le sottoscale sono espresse, ad esempio, dall’item 5 (“Cerco di essere amorevole verso me stesso/a quando provo un dolore emotivo”) per *self-kindness*, dall’item 11 (“Sono intollerante e impaziente verso quegli aspetti della mia personalità che non mi piacciono”) per *self-criticism*, dall’item 15 (“Cerco di vedere i miei difetti come parte della condizione umana”) per l’umanità comune, dall’item 18 (“Quando sono davvero in difficoltà, ho l’impressione che le altre persone se la cavino meglio di me”) per *isolation*, dall’item 9 (“Quando qualcosa mi sconvolge cerco di tenere le mie emozioni in equilibrio” per *mindfulness* e dall’item 20 “Quando qualcosa mi sconvolge, vengo trascinato/a via dai miei sentimenti” per *overidentification*. Queste variabili manifeste sono espresse dagli item spiegate dall’unica variabile latente dell’autocompassione. Raes et al. (2011) hanno creato una forma breve della scala dell’autocompassione (Self-Compassion Short Form, SCS-SF) formata da 12 degli originali 26 item. In un campione belga essi hanno riscontrato che “una correlazione tra i punteggi totali della forma originale e della forma breve era quasi perfetta, $r=.97$ ” (Raes, Pommier, Neff e Van Gucht, 2011, p. 252). Anche nel campione inglese vi era una “correlazione quasi perfetta di $r=.98$ con i punteggi totali della forma originale” (Raes, Pommier, Neff e Van Gucht, 2011, p. 254). Raes e i suoi colleghi hanno ottenuto la stessa struttura a sei fattori e lo stesso fattore sovraordinato dell’autocompassione in entrambe le versioni. “Sebbene il numero della scala sia stato dimezzato, la versione breve non produce alcuna perdita sostanziale in termini di coerenza interna [...]” (Raes, Pommier, Neff e Van Gucht, 2011, p. 254).

1.1.2 Autocompassione e autostima

L’autocompassione è facilmente confondibile con l’autostima ma sono due costrutti diversi. L’autostima è definita attraverso la valutazione che gli individui possiedono su quanto si sentono competenti. Indica l’attitudine ad avere successo e a sentirsi efficaci nel raggiungere gli obiettivi. Essa deriva, come asserisce Rosenberg (1965), dal “sentimento di chi si sente bravo abbastanza” (Orth e Robins, 2014, p. 381) in qualcosa. Nella società occidentale odierna è più importante quanto una

persona si dimostri il migliore e quanto riesca a mettersi in luce più delle altre. Di conseguenza, gonfia il sé, denigra gli altri contemporaneamente e questo produce un aumento dell'autostima. Quest'ultima è mantenuta attraverso azioni e convinzioni mentali. Un esempio sono i bulli, sia a scuola che sul lavoro, che prendono in giro o picchiano i più deboli per rafforzare facilmente la loro percezione di sé molto positiva. L'autostima elevata che dipende dai risultati ed è definita *Contingent Self-Worth*. Gli individui con questa autostima oscillano tra le circostanze di fallimento e di successo nella vita. Modellano il loro comportamento sulla base del "riesco quindi valgo" e dell'approvazione degli altri. Si reggono solo sulle qualità positive, impedendo la resilienza di fronte a emozioni negative e alle debolezze. Essi danno una valutazione di se stesse riduttiva perché cercano di cogliere gli aspetti essenziali della loro esperienza in una dicotomia superficiale del "sono bravo o non sono bravo." Per questa ragione Neff (2011) ritiene che questa autostima possa essere fonte di problemi poiché è "instabile" (Neff, 2011, p. 2), tende a far evitare gli insuccessi e a ricercare il successo rendendo le persone "più vulnerabili alla depressione" (Kernis, 2005) (Neff, 2011, p. 2). Quando gli alti standard non sono soddisfatti, le persone diventano più insicure e ansiose.

La differenza sostanziale tra autocompassione e autostima (entrambe esprimono comportamenti di sicurezza di sé) è osservabile, secondo Gilbert e Irons (2005), al livello di "sistemi fisiologici" (Neff, 2011, p. 6): "l'autocompassione disattiva il sistema di minacce [...] e attiva il sistema auto-lenitivo (*self-soothing*)" (Neff, 2011, p. 6); mentre l'autostima "è correlata agli impulsi allarmanti, energizzanti e all'attivazione della dopamina" (Gilbert et al., 2008; Longe et al., 2009; Rockcliff, Gilbert, McEwan, Lightman e Glover, 2008; Rockcliff et al.) (Neff, 2011, p. 7). Il loro legame è riferito solo alle attitudini positive verso il sé. Mentre l'autostima esalta il sé e il senso di superiorità, l'autocompassione accresce il senso dell'amorevolezza. Quest'ultima permette di sperimentare sia le emozioni positive che quelle negative poiché sono parte integrante dell'esperienza umana. L'autocommiserazione, al contrario, immerge la persona nel suo dramma pieno di sentimenti di egoismo e di problemi; acutizza le emozioni negative e l'idea che la propria esperienza sia separata da altri e che sia unica. Pertanto l'autocommiserazione contrasta il sentimento di Umanità Comune che esprime esperienze umane non estranee alle altre persone. Eccessiva concentrazione sui propri problemi impedisce di assumere una prospettiva diversa e di poter cambiare. L'autocompassione rappresenta quel cambiamento promuovendo l'interconnessione nella sofferenza personale e nella compassione per sé e per gli altri.

L'autocompassione e l'autostima favoriscono il benessere psicologico ma la prima offre maggiormente benessere psicologico. Lo studio di Neff, Kirkpatrick e Rude (2007) ha preso in esame 91 studenti universitari a cui si chiede di rispondere a due domande per un fittizio colloquio di lavoro: una domanda riguardante la descrizione di una situazione passata di insuccesso sul lavoro, l'altra la descrizione di una debolezza che reputano influisca di più su di loro. Essi hanno scoperto che dopo aver risposto alla seconda domanda le gli studenti con autocompassione hanno percepito poca ansia e l'autocompassione non è condizionata dall'ansia poiché presenta “una correlazione parziale che controlla i livelli iniziali di sentimento negativo ($r=-0.23$, $p < .05$)” (Neff, Kirkpatrick, Rude, 2007, p. 145). I soggetti con autocompassione elevata hanno sperimentato meno ansia dopo aver risposto alla seconda domanda dimostrando che l'autocompassione non sopprime gli stati emotivi negativi ma “aiuta a smorzare l'ansia in situazioni di autovalutazione” (Neff, Kirkpatrick, Rude, 2007, p. 145). Per quanto riguarda le parole usate per descrivere la debolezza, hanno indicato che le persone con maggiore autocompassione tendono a “usare pronomi della prima persona plurale come ‘noi’ ($r=0.23$, $p < .05$) e riferimenti sociali come amici, famiglia [...] ($r = 0.21$, $p \leq 0.05$)” (Neff, Kirkpatrick, Rude, 2007, p. 145) e a discutere delle loro debolezze con altri dimostrando di avere una visione meno separata del sé.

1.2 Autodeterminazione

L'autodeterminazione indica la libertà di scegliere un'attività da svolgere e di percepire un senso di controllo su di essa. A tal proposito, è stata sviluppata la *Self-Determination Theory* (SDT) che rappresenta una teoria che studia la motivazione. In particolare riguarda la tendenza alla crescita personale e alla soddisfazione dei bisogni psicologici. Questa teoria è definita attraverso le seguenti meta-teorie: teoria organismica dell'integrazione (*Organismic Integration Theory*, OIT), teoria dei bisogni di base (*Basic Needs Theory*, BNT), teoria di valutazione cognitiva (*Cognitive Evaluation Theory*, CET) e teoria dell'orientamento di causalità (*Causality Orientations Theory*, COT).

La teoria dell'autodeterminazione di Deci e Ryan (2000) ha una prospettiva dialettica organismica che parte dall'assunto che “tutti gli esseri umani sono attivi [...] orientati alla crescita [...], inclini all'integrazione degli elementi psichici in un senso unificato di sé e integrazione di se stessi in strutture sociali più grandi” (p. 229). Comporta la padronanza di abilità, l'interazione con il loro ambiente e l'integrazione di nuove esperienze in un sé coerente. Queste tendenze richiedono sostegno e nutrimento sociale continuo. Il contesto sociale può sostenere l'impegno attivo e lo sviluppo psicologico oppure

stimolare un atteggiamento di difesa e il perseguimento di bisogni sostitutivi. Quindi la modalità di interazione dell'organismo con l'ambiente sociale è la base per predire il comportamento, l'esperienza, la crescita e il benessere dell'individuo.

1.2.1 Bisogni psicologici di base

Secondo i principi della teoria, un individuo ha un funzionamento ottimale e una crescita personale se soddisfa i principali bisogni psicologici di base, cioè la competenza, l'autonomia e la relazione. Tenzialmente il bisogno è inteso come caratteristica desiderata che si manifesta di fronte a una carenza, ma assume un significato più preciso e specifico nella teoria dell'autodeterminazione. Ryan (1995) afferma che “il bisogno è un nutrimento psicologico essenziale per l'adattamento, l'integrazione e la crescita personale degli individui” (Vansteenkiste, Ryan e Soenens, 2020, p. 1). Questo specifico desiderio diventa un bisogno psicologico nel momento in cui la soddisfazione del bisogno è essenziale per il benessere e la salute mentale della persona. La competenza riguarda il sentirsi capaci, il sentirsi competenti e saper padroneggiare i compiti; secondo Deci (1975) indica “il desiderio intrinseco di usare le proprie abilità e [...] padroneggiare le sfide dell'ambiente” (Reeve, 2012, p. 154), di imparare nuove abilità e di incrementarle. È la ricerca di controllo sull'attività e sui risultati. L'autonomia si realizza nell'individuo che si sente agente delle proprie scelte e delle proprie azioni, decide in modo autonomo l'attività da svolgere e la modalità di svolgimento favorendo un senso di responsabilità. Una persona autonomamente motivata è guidata da una volontà interna in linea con il sé integrato. Infine la relazione si concretizza nell'interagire e mantiene i legami favorendo calore umano e cura verso gli altri. Sente di essere parte di un gruppo, di essere significativo per qualcuno e prova sicurezza. Quando tali bisogni sono soddisfatti, la persona si impegna nell'attività, si sente coinvolta in essa e prova fiducia in sé. Tuttavia, quando sono contrastati, manifesterà con alta probabilità malessere e ciò sfocia in comportamenti maladattativi.

1.2.2 Motivazione estrinseca, motivazione intrinseca e amotivazione

Deci e Ryan (2000) hanno avanzato un modello che delinea la qualità e la tipologia di motivazione che caratterizza il comportamento autodeterminato. Nella Tabella 1 sono visibili le principali categorie di motivazione: la motivazione estrinseca, la motivazione intrinseca e la amotivazione. La motivazione

estrinseca si distingue in quattro stili di regolazione e ogni stile rappresenta lo stadio di interiorizzazione. In base al livello di interiorizzazione vi possono essere tipi diversi di regolazione:

- *Regolazione esterna*, rappresenta la forma più “controllata e non autonoma” (Ryan e Deci, 2020, p.2) della motivazione estrinseca poiché l’azione di un individuo è regolata da “specifiche circostanze esterne” (Deci e Ryan, 2000, p. 236). Ad esempio, rinforzi come premi, minacce o castigo spingono una persona a mettere in atto comportamenti che questa spontaneamente non farebbe: non prova piacere né trova un significato in quello che fa. È una regolazione priva di autonomia che mina la motivazione intrinseca;
- *Regolazione introiettata*, è “una parziale interiorizzazione” (Deci e Ryan, 2000, p. 236). È rappresentata da un conflitto interno perché da una parte “il comportamento è regolato dalle ricompense interne dell'autostima per il successo e [dall'altra], dall'evitare l'ansia, la vergogna, o il senso di colpa per il fallimento” (Ryan e Deci, 2020, p. 2). Secondo Ryan (1982) essa si realizza nel “coinvolgimento dell'ego” (Ryan e Deci, 2020, p. 2). Ad esempio, l'individuo si comporta bene per compiacere qualcun altro oppure si sente motivato da premi per evitare un senso di colpa. Sia la regolazione esterna che l'introiezione rappresentano solo forme controllate di motivazione;
- *Regolazione identificata*, indica un individuo che esegue un'attività perché è reputata significativa per se stesso. Egli “sperimenta quindi un grado relativamente elevato di volontà o volontà di agire” (Ryan e Deci, 2020, p. 3) e ha un'alta motivazione nell'eseguirla ma non è del tutto interiorizzata perché il conflitto interno c'è ancora anche se è minore della regolazione introiettata.
- *Regolazione integrata* è caratteristica di una persona che “non solo riconosce e identifica il valore dell'attività, ma lo considera anche coerente con altri interessi” (Ryan e Deci, 2020, p. 3) percependo l'attività come espressione di sé. La persona accetta il valore, lo integra con gli altri aspetti della propria identità. “Questa è la più completa forma di interiorizzazione della motivazione estrinseca” (Deci e Ryan, 2000, p. 236).

Come si può notare nella Tabella 1 il passaggio da una regolazione esterna a una integrata è definito interiorizzazione e questa ha bisogno di essere nutrita affinché l'assimilazione iniziale di comportamenti estrinsecamente motivati da valori e normative della propria società diventi comportamento autonomo e spontaneo. Tali valori sono integrati al proprio sé. Per quanto la

competenza e la relazione contribuiscano a promuovere l'interiorizzazione dei valori, non sono sufficienti perché insieme all'autonomia è possibile raggiungere una regolazione sempre più intrinseca.

Motivazione	AMOTIVAZIONE	MOTIVAZIONE ESTRINSECA				MOTIVAZIONE INTRINSECA
Stile regolatorio		Regolazione Estrinseca	Introiezione	Identificazione	Integrazione	
		INTERIORIZZAZIONE				
Attributi	- Mancanza di competenza percepita - Mancanza di valore o di rilevanza	-Ricompensa esterna o punizione -Indulgenza -Resistenza	-Coinvolgimento dell'ego -Focus sull'approvazione da parte di sé e degli altri	-Importanza personale -Valorizzazione conscia dell'attività -Autosostegno per i propri obiettivi	-Congruenza -Coerenza di identificazione	-Interesse -Piacere -Soddisfazione intrinseca
Locus percepito di causalità	Impersonale	Esterno	In parte esterno	In parte interno	Interno	Interno
Tabella 1. Motivazione e PLOC nella Teoria dell'autodeterminazione						Fonte: Ryan e Deci (2020)

La motivazione intrinseca caratterizza un individuo che prova piacere e godimento per l'attività che svolge e per il comportamento che mette in atto. Rappresenta una forza interiore che muove ad essere curiosi, a impegnarsi e a raggiungere una soddisfazione personale. A differenza del coinvolgimento dell'ego nella regolazione introiettata, questa motivazione porta a un tale coinvolgimento nell'attività che provoca un'identificazione con l'attività stessa e l'esito che ne deriva sono le emozioni positive. Queste emozioni e l'attività insieme generano un ricordo stabile ed emotivo, il quale sarà depositato nel proprio sé per tutta la vita e verrà recuperato nelle situazioni analoghe a questa. In questo senso la motivazione intrinseca sviluppa il proprio potenziale e influenza lo sviluppo cognitivo ed emotivo. La teoria dell'autodeterminazione sostiene che la motivazione intrinseca abbia una funzione adattiva stimolando sia la crescita fisica che quella psicologica ed emotiva. Questo impegno autodeterminato favorisce la qualità della performance e maggiore benessere psicologico. Infine *Amotivazione* rappresenta la terza categoria di motivazione e designa persone che non hanno alcuna volontà nello svolgere un'attività. Non hanno interesse ad avere successo poiché non hanno aspettative e ottengono risultati scadenti nelle prestazioni e nell'apprendimento.

1.2.3 Orientamenti di causalità

La Teoria dell'Orientamento di Causalità (COT), proposta da Deci e Ryan (1985b), rispecchia l'interpretazione che le persone danno agli eventi sulla base delle loro personalità. Essa si divide in orientamento di causalità autonomo, controllante e impersonale. Il primo indica l'essere agenti delle proprie scelte (*internal perceived locus of causality*, I-PLOC) e le persone intrinsecamente motivate agiscono autonomamente per convinzione e coerenza. Si sentono competenti e hanno e "alti livelli di motivazione intrinseca" (Hagger e Chatzisarantis, 2011, p. 486). Questo facilita la crescita personale, permette di sviluppare una buona stima di sé e di contribuire a raggiungere gli obiettivi. Nell'orientamento di causalità di controllo i rinforzi dall'esterno definiscono, influenzano e controllano il comportamento dell'individuo (*external perceived locus of causality*, E-PLOC). Le persone non sono responsive, sono soggette a giudizio altrui e agiscono o per conformismo o per richieste altrui. Il comportamento è regolato estrinsecamente perché le persone "persistono con [tali] azioni fintanto che le situazioni controllanti sono presenti" (Hagger e Chatzisarantis, 2011, p. 486). Infine l'orientamento impersonale indica una persona che non possiede un senso di efficacia, è amotivata e il suo comportamento è privo di controllo e iniziativa intenzionale. Deci e Ryan (1985) hanno trovato che l'orientamento impersonale "è stato associato a un locus of control esterno" (Deci e Ryan, 2000, p. 242), cioè il comportamento dipende da rinforzi esterni che minano la motivazione intrinseca. L'individuo ha un ridotto incoraggiamento a mettere in atto comportamenti nuovi e con lo scopo di affrontare gli eventi nocivi.

Capitolo 2: Relazioni con il benessere

2.1 Autocompassione e Benessere

Ryff (1989) parla di benessere negli stessi termini di felicità, parola che si accosta spesso al concetto di Eudemonia. Secondo Deci e Ryan (2001), “la felicità eudemonica prevede il vivere una vita soddisfacente, la scoperta dello scopo della propria esistenza” (Neff e Costigan, 2014, p. 114). Gli autori considerano l'autocompassione come una fonte di felicità eudemonica poiché essa accoglie le esperienze negative in maniera affettuosa e dà un senso di benessere. Neff e Beretvas (2013) hanno svolto una ricerca sulle coppie eterosessuali con il tentativo di osservare il rapporto tra felicità interpersonale e l'autocompassione e hanno sottolineato come i partecipanti “con maggiore compassione [descrivano] i loro partner più emotivamente legati, accettanti e più supportivi all'autonomia [...]”. I partecipanti con partner autocompassionevoli sostengono anche di essere in una relazione soddisfacente” (Neff e Costigan, 2014, p. 116). Questo dimostra quanto l'autocompassione promuove una felicità interpersonale in cui le persone si sentono gentili con se stesse, spontanee e autentiche manifestando una maggior benessere nei rapporti sociali.

L'autocompassione è un importante indicatore di benessere. Zessin, Dickhäuser e Garbade (2015) hanno esaminato la relazione tra autocompassione e le quattro forme di benessere. *Benessere soggettivo* (Diener, 1984) è definito dalle sue componenti di *benessere cognitivo* e *benessere affettivo* (Diener, 1984; Eid e Larsen, 2008): il primo esprime “una valutazione cognitiva [...] [della] soddisfazione della vita” (Zessin, Dickhäuser e Garbade, 2015, p. 341), il secondo esprime la capacità di gestire le emozioni negative e sperimentare quelle positive. L'ultima forma è il *benessere psicologico* (Ryff, 1989) che permette all'individuo di autorealizzarsi, di avere relazioni buone con altri e di dare un contributo alla comunità. Impiegando 79 campioni, 16416 partecipanti, di cui due terzi era costituito da donne di età inferiore a trent'anni, essi hanno individuato l'esistenza di una significativa relazione dell'autocompassione con benessere, in particolare “le relazioni con le forme psicologiche e cognitive del benessere sono leggermente più forti delle relazioni con le forme affettive del benessere” (Zessin, Dickhäuser e Garbade, 2015, p. 356). Il risultato mostra come il comportamento autocompassionevole tenda al benessere poiché essere gentili con se stessi e riconoscere che le difficoltà della vita come parte del significato di essere umano pongono nella condizione di valutare, di decidere e di agire per avere una vita soddisfacente. Dunque essa attenua le esperienze negative e influenza la stabilità tra le esperienze positive e quelle negative consentendo all'individuo di sentirsi al sicuro e protetto.

L'autostima, invece, ha un'influenza moderata sulla relazione autocompassione e benessere e risulta essere inversamente proporzionale alla relazione tra autocompassione e benessere cognitivo. Questo è dovuto al fatto che, a differenza dell'autostima contingente, l'autocompassione dipende dalla consapevolezza dell'imperfezione e dell'esperienza condivisa della sofferenza umana.

Ryff (1989) individua sei dimensioni che costituiscono il benessere e hanno analogie con l'autocompassione e l'autodeterminazione. La prima dimensione dell'auto-accettazione denota, in un primo istante, il riconoscimento delle proprie debolezze e dei punti di forza e poi l'abbracciare ogni aspetto della propria persona senza giudizio. La dimensione delle relazioni positive con gli altri include "l'importanza di relazioni cordiali e di fiducia interpersonali [...], forti sentimenti di empatia e di affetto per tutti [...]" (Ryff, 1989, p. 1071). L'autonomia nel SDT e nel benessere esprime lo stesso concetto: individui agenti delle proprie scelte secondo obiettivi personali, senza dipendere da rinforzi controllanti. La quarta dimensione della crescita personale esprime la miglior versione di se stessi, indica il cambiamento necessario per diventare se stessi a partire dalla consapevolezza delle debolezze e delle risorse individuali. La dimensione dello scopo nella vita si realizza nella percezione di sentirsi socialmente utili e soddisfatti personalmente. Gli individui che trovano il senso della vita fanno scelte e metteranno in atto azioni seguendo obiettivi prefissati e, per tanto, influenzando le esperienze future. Continuano in una direzione ben precisa e mostrano autonomia e autoregolazione favorendo un miglioramento nel benessere. Infine la dimensione della gestione dell'ambiente indica l'abilità di un individuo di "manipolare e controllare gli ambienti complessi [...], [trarre] vantaggi dalle occasioni dell'ambiente" (Ryff, 1989, p. 1071). Nella teoria dell'autodeterminazione è imprescindibile che debba esserci un ambiente sociale adeguato affinché le tre componenti dell'autodeterminazione siano soddisfatte.

Usando la Scala dell'Autocompassione (SCS), Neff (2003a) ha evidenziato quanto l'autocompassione sia significativamente correlata con il benessere psicologico poiché gli individui con elevata autocompassione mostrino stati mentali positivi come "soddisfazione di vita, connessione sociale [...]" (Neff, Kirkpatrick, Rude, 2007, p. 141). Neely e i suoi colleghi (2009) hanno esaminato la correlazione tra autocompassione e benessere e hanno scoperto un'associazione positiva dell'autocompassione con la soddisfazione di vita. In linea con i risultati Neff et al. (2007) hanno trovato una correlazione significativa tra autocompassione e "la felicità ($r = .57$, $p < .05$) e l'ottimismo ($r = .62$, $p < .05$)" (Barnard e Curry, 2011, p. 296) dimostrando che il benessere sia intrinsecamente legato all'autocompassione e che quest'ultima favorisca il benessere.

Oltre agli stati positivi, vi sono degli stati emozionali negativi che impediscono un'esperienza di una vita più soddisfacente, di felicità e serenità nella dimensione intrapsichica e nella dimensione interpersonale. Neff (2003a) ha riscontrato che “punteggi più alti sulla SCS erano negativamente associati all'autocritica, la depressione, l'ansia, la rimuginazione, soppressione del pensiero e perfezionismo nevrotico [...]” (Neff, Kirkpatrick, Rude, 2007, p. 140). Di fatti nello stesso studio Neff e colleghi (2007a) hanno verificato la relazione tra autocompassione e ansia e depressione e hanno ottenuto che “aumenti in autocompassione sono stati associati alla diminuzione nell'ansia e nella depressione” (Barnard e Curry, 2011, p. 295). In linea con questi risultati Mill e al. (2007) e Ying (2009) hanno esaminato la relazione tra autocompassione e depressione e hanno scoperto che “la depressione era significativamente, positivamente associata all'auto-giudizio, all'isolamento e all'identificazione eccessiva, ed era significativamente, negativamente associata all'auto-gentilezza, alla consapevolezza” (Barnard e Curry, 2011, p. 295). Questo significa che l'autocritica, l'isolamento e l'eccessiva identificazione contrastano le stesse componenti che favoriscono l'autocompassione confermando la definizione di Neff. Un'eccessiva autocritica e un isolamento provocato dal pensare che le esperienze negative vissute in prima persona siano uniche e separate dal resto del mondo non favoriscono la dimensione della consapevolezza dell'esperienza umana condivisa. Soltanto con la consapevolezza dei propri stati d'animo negativi che gli individui sapranno trovare resilienza e forza d'animo e non lasceranno che le difficoltà della vita li definiscano. Con una serie di esperimenti Leary et al. (2007) hanno analizzato la relazione tra autocompassione ed emozioni e hanno scoperto che “l'autocompassione era negativamente correlata con le emozioni negative come ansia, tristezza [...]” (Barnard e Curry, 2011, p. 294). Questo conferma l'idea che l'autocompassione non promuove le emozioni negative. Questo non significa che un individuo le eviti, ma non si lascia che abbiano un impatto sulla valutazione che ha di sé. In merito alla relazione tra autocompassione e rimuginazione e soppressione del pensiero, Neff (2007a) ha scoperto che “l'incremento nell'autocompassione tra 40 studenti universitari in un intervallo di un mese era correlato con la diminuzione della rimuginazione ($r=-.40$, $p<.01$) [...] [e con] la soppressione del pensiero ($r=-.37$, $p<.05$)” (Barnard e Curry, 2011, p. 296). Questo rimarca l'idea che la soppressione del pensiero e la rimuginazione non contribuiscano al benessere poiché l'autocompassione non reprime i pensieri negativi né condiziona gli esiti della propria prestazione ma incoraggia a essere responsabili e ad affrontare le situazioni con strategie più adeguate.

2.2 Autocompassione ed empatia

L'auto-gentilezza comporta l'empatia e la sensibilità verso se stessi. Il concetto di empatia implica il porsi dal punto di vista dell'altro in modo temporaneo. Le persone prendono la prospettiva dell'altra persona rinunciando a una parte di sé. Decety e Jackson (2006) definiscono l'empatia attraverso tre parti: "una risposta affettiva ad un'altra persona condividendo lo stato emotivo di quella persona; la capacità cognitiva di prendere la prospettiva di un'altra persona; e la capacità di regolare le emozioni" (Welp e Brown, 2014, p. 54). Welp e Brown (2014) hanno condotto due ricerche: nella prima intendevano osservare se l'autocompassione fosse in grado di predire le intenzioni di aiutare e l'empatia quando una persona si trovava nel bisogno, nella seconda ricerca esaminare la relazione tra autocompassione e il livello di responsabilità dell'individuo (*target blame*). Hanno partecipato 124 adulti ai quali hanno chiesto di leggere la storia di un uomo che si ritrovava una ruota a terra, in una versione l'uomo aveva una responsabilità elevata, nell'altra versione aveva una responsabilità bassa. Essi hanno evidenziato come nel primo studio l'empatia predica in modo significativo l'intenzione di aiutare, cioè "i partecipanti con maggiore empatia per l'uomo hanno riferito maggiore volontà ad aiutarlo" (Welp e Brown, 2014, p. 57). Allo stesso modo l'autocompassione possiede una forte correlazione con l'intenzione di aiutare indicando che "i partecipanti con maggiori livelli di autocompassione hanno riferito meno empatia e una maggiore intenzione di aiutare" (Welp e Brown, 2014, p. 57). Anche se non c'è una associazione positiva e statisticamente significativa tra l'autocompassione ed empatia, le persone con alti livelli di autocompassione potrebbero comprendere i pensieri, valutare e vivere una certa situazione. Potrebbero decentrarsi per mettersi nei panni dell'altro a livello cognitivo pur mantenendo una distanza emotiva. Nel secondo studio, invece, hanno scoperto che l'autocompassione predice l'intenzione di aiutare "quando il target era responsabile per il suo problema. Quando il target non era responsabile per il problema, i partecipanti altamente autocompassionevoli tendevano ad aiutare meno" (Welp e Brown, 2014, p. 61). Inoltre è emerso che "un'autocompassione alta e la capacità di assumere la prospettiva dell'altro contribuiscono a una maggiore intenzione di aiutare quando si attribuisce al target un'elevata colpa" (Welp e Brown, 2014, p. 61). Inoltre hanno evidenziato che "l'autocompassione predice in modo negativo al disagio personale nel reagire al problema del target [...]" ma Neff e Pommer (2013) hanno trovato in un gruppo di studenti universitari che essa "[...] è correlata positivamente con perspective taking" (Welp e Brown, 2014, p. 62). Questi due studi confermano l'ipotesi fatta a priori da Welp e Brown dell'autocompassione come fattore predittivo dell'empatia e dell'intenzione di aiutare. Come l'empatia,

l'autocompassione favorisce il porsi dal punto di vista dell'altro e aiuta a fare una valutazione chiara e consapevole della situazione. Attraverso la consapevolezza, l'autocompassione aiuta a mantenere un'apertura e un equilibrio delle proprie emozioni o situazioni negative e a non farsi sopraffare o travolgere dall'eccessiva emotività negativa dell'altro. Essere gentili con se stessi si estende anche agli altri e, di conseguenza, le persone con autocompassione sono anche comprensive con gli altri. Questo favorisce la disponibilità ad aiutare l'altro poiché commettere errori e soffrire è parte della condizione umana. In questo senso l'autocompassione e l'empatia promuovono i rapporti interpersonali poiché la comprensione dell'altro porta ad avere rapporti solidi e calorosi. Permettono all'esperienza di condividere la dimensione emotiva con l'altro rimanendo se stessi.

2.3 Autocompassione e pazienza

La componente della gentilezza verso se stessi si estende anche alla pazienza. La pazienza è una disposizione d'animo capace di tollerare le situazioni avverse esibendo l'adattamento all'ambiente. Inoltre facilita la gestione delle emozioni e delle svariate circostanze senza perdere il controllo incrementando il benessere. Mehriban (1999), successivamente anche Schnitker (2012) ha definito la pazienza come un tratto di personalità attraverso tre tipologie: "la pazienza a breve termine" (Bülbül e Arslan, 2017, p. 1633) indica la pazienza quotidiana come essere in fila per comprare i biglietti del cinema o la coda in posta; "la pazienza a lungo termine" (Bülbül e Arslan, 2017, p. 1633) esprime la pazienza per le difficoltà della vita che perdurano per tanto tempo come i tumori o problemi economici; e "la pazienza interpersonale è definita come la tolleranza delle persone verso altri individui nelle loro relazioni sociali" (Bülbül e Arslan, 2017, p. 1633).

Arslan e Bülbü (2017) hanno svolto uno studio con l'obiettivo di dimostrare che le variabili indipendenti dell'autocompassione, dell'autodeterminazione e dei tratti di personalità del Big five, predicano la variabile dipendente della pazienza. Nel complesso, l'autocompassione, l'autodeterminazione e i tratti di personalità "separatamente e insieme hanno predetto tutte le sottodimensioni della pazienza" (Bülbül e Arslan, 2017, p. 1640), soprattutto l'autocompassione predice "in modo significativo" (Bülbül e Arslan, 2017, p. 1641) le sotto-dimensioni della pazienza. Questo sottolinea come gli studenti pazienti siano autodeterminati e come regolino il loro comportamento per raggiungere i propri obiettivi giorno per giorno. Blount e Janick (1999) hanno svolto uno studio nel tentativo di trovare una relazione tra autocompassione e pazienza osservando le

persone che attendevano in aeroporto e hanno scoperto che “le persone facevano attribuzioni causali per “qualsiasi oggetto” [di fronte agli imprevisti e] le persone pazienti [erano] più compassionevoli delle persone impazienti” (Bülbül e Arslan, 2017, p. 1642). L’impazienza porta all’ansia e all’insoddisfazione. Una persona paziente agisce in maniera autonoma ed è volta ad aspettare il tempo necessario per perseguire gli obiettivi. Chi esercita la pazienza è capace di affrontare i problemi con calma e valutazione consapevole. Arslan e Bülbü (2017) ritengono che si possa predire “i livelli di pazienza guardando i tratti della personalità degli individui” (Bülbül e Arslan, 2017, p. 1642) ma solo il nevroticismo ha una correlazione significativamente negativa con le sotto-dimensioni della pazienza. Quindi le persone pazienti tendono ad essere socievoli, ottimiste, curiose e gentili d’animo, invece le persone nevrotiche tendono ad essere pessimiste, emotivamente instabili, ansiose e provano colpa.

La pazienza e l’autocompassione sono interconnessi perché comportano l’auto-accettazione dello stato del momento: essere consapevoli delle reazioni negative dovute alle situazioni di conflitto e affrontarle. L’autocompassione aiuta a essere gentili con se stessi e a vedere l’imperfezione come un’esperienza condivisa come essere umani.

In questo senso la presenza di una favorisce l’altra. Difatti Arslan e Bülbü (2017) ritengono che “come aumenta l’autocompassione, così fa la pazienza (Bülbül e Arslan, 2017, p. 1642). La pazienza e l’autocompassione promuovono il benessere: l’accettazione e non l’identificazione, per esempio, con la rabbia favorisce una prospettiva diversa e, quindi il cambiamento. Entrambe consentono una vita più soddisfacente e una felicità eudemonica. Ryff e Singer (1998) sostengono che questa felicità porti al ‘benessere eudemonico’ (Schnitker, 2012, p. 264) definita come “una vita buona [che] risiede nella realizzazione del potenziale umano [...]” (Schnitker, 2012, p. 264). In questo senso, secondo Schnitker (2012), “la pazienza prevede l’aumento del benessere eudemonico facilitando la realizzazione degli obiettivi che promuovono il raggiungimento di [...] bisogni di base [di autonomia, competenza e relazione]” (Schnitker, 2012, p. 264). La pazienza e l’autocompassione forniscono l’ascolto delle proprie emozioni, migliorano la relazione con se stessi e le relazioni sociali e favoriscono uno scudo per lo stress.

Capitolo 3: Interventi di promozione

3.1 Autocompassione nella psicopatologia

L'autocompassione è associata alla salute mentale, nello specifico è correlata negativamente con la psicopatologia. Il disturbo mentale è il risultato di un comportamento normale divenuto patologico o anormale. Il DSM-5 lo definisce come “sindrome caratterizzata da alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici [...]” (Sezione I, APA, 2013, p. 22).

Il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) denota una reazione allo stress in modo patologico dovuta a un'esperienza estremamente traumatica vissuta in prima persona causando sentimenti di impotenza, di profonda paura e di colpa. Kearney et al. (2013) hanno condotto una ricerca col tentativo di osservare se l'autocompassione avrebbe avuto un effetto significativo su un gruppo di veterani di guerra con PTSD con *Loving-Kindness Meditation* (LKM) e hanno scoperto che “l'autocompassione era aumentata [...], gli incrementi dell'autocompassione sono stati associati a una riduzione del PTSD” (Neff e Braehler, 2020, p. 575). I veterani imparano a ridurre lo stress, a perdonare e ad amare se stessi e mettersi in connessione con gli altri vista la loro difficoltà ad integrarsi nel momento del rimpatrio. Beaumont et al. (2012) hanno svolto uno studio nel tentativo di confrontare la terapia cognitiva comportamentale (CBT) con la CBT unita al *Compassionate Mind Training* (CMT) formato da 12 sessioni con soggetti traumatizzati in un incidente e hanno scoperto “in entrambi i gruppi di trattamenti hanno [...] mostrato un aumento dell'autocompassione, che era statisticamente maggiore nel gruppo CBT+CMT” (Neff e Braehler, 2020, p. 575). Questi trattamenti aiutano ad affrontare i sintomi emozionali come forte reazione d'ansia, ricordi angoscianti e spiacevoli legati all'evento traumatico. In questo disturbo anche la rabbia e la vergogna sono sentimenti molto forti che possono portare l'individuo a definire il sé da esse. Neff e Braehler (2020) hanno svolto una terapia con una paziente, Nora, affetta da PTSD nel tentativo di verificare se l'autocompassione potesse essere efficace in ambito terapeutico. La paziente presentava scoppi d'ira e difficoltà di contatto visivo. Grazie alla *Mindful Self-Compassion* (MSC, Germer e Neff, 2013), Braehler le ha mostrato uno sguardo e un sorriso calorosi e gentili cosicché Nora potesse “desensibilizzare queste qualità che erano condizionate dalla paura e dai traumi” (Neff e Braehler, 2020, p. 587). La sicurezza, la protezione fornita dalla terapeuta in contrasto con l'attaccamento insicuro ed evitante di Nora ha dato alla paziente la possibilità di “ricordare i periodi in cui ha confortato in modo efficace un neonato stressato [permettendole] [...] un'esperienza

viscerale di calore, calma, e di essere confortata e incentivata nella sua motivazione ad aiutare gli altri” (Neff e Braehler, 2020, p. 587).

Tabella 2. MSC per coltivare l'autocompassione nel paziente Brian

Sessione 1: Self-Compassion Break	Brian si dice: <i>È un momento di sofferenza</i> per esserne consapevole (Mindfulness) Brian mette le mani sul cuore, sente il calore delle mani e si dice: <i>Soffrire è parte della vita</i> (Umanità come) Auto-gentilezza: Brian si dice: <i>Posso essere gentile con me stesso</i> (Self-kindness)
Sessione 2: Pietra “qui e ora”	Brian usa la <i>Pietra</i> per concentrarsi sulle cose importanti invece di rimuginare sugli aspetti negativi della vita
Sessione 3: Loving-kindness meditation	Brian ripete <i>posso essere al sicuro, tu puoi essere al sicuro, noi possiamo essere al sicuro</i> per dirigere gentilezza, calore e sicurezza verso se stesso, verso una persona cara e verso tutti gli altri
Session 4: Linguaggio compassionevole	Brian dice frasi come <i>puoi farcela, abbi coraggio, posso perdonarmi e ti voglio bene</i> per darsi sostegno
Sessione 5-6: Valori nella vita ed emozioni	Sessione 5: Brian scopre i suoi valori di vita per poter vivere come <i>essere una brava persona e fare cose belle che rendono gli altri felici</i> . Sessione 6: Brian usa la pratica <i>attenuare-permettere-lenire</i> per etichettare l'emozione negativa, per individuarla nel corpo così da mitigare quella parte del corpo, da permettere il disagio e lenire con LKM
Sessione 7: Dolori nelle relazioni	Brian usa frasi di autocompassione per smorzare i dolori nelle relazioni, per guarire le ferite e riallacciare i rapporti con altri
Sessione 8: Vivere la vita	Brian combatte il pessimismo con le sue qualità positive, le cose belle della vita...

MSC è un percorso che insegna i principi e le pratiche fondamentali per rispondere ai momenti difficili della vita con gentilezza, cura e comprensione. Attraverso meditazioni le persone sviluppano con costanza l'autocompassione e l'apprendimento delle pratiche permette di applicare, oltre che nelle lezioni del programma, anche nella vita di tutti i giorni. Con questo scopo Germer e Neff (2013) hanno applicato il programma al contesto clinico con il paziente Brian, uomo divorziato, con sintomi di depressione, paura, tristezza e insonnia. Nonostante assumesse ansiolitici e antidepressivi allo scopo di fornirgli sollievo, per il resto era isolato dal mondo. Grazie al MSC, illustrata nella tabella 2, Neff e Germer gli hanno insegnato il *Self-Compassion Break* e la *pietra qui e ora* in cui imparava frasi legate alle tre componenti dell'autocompassione per coltivare questa e per non rimuginare sugli aspetti negativi della vita comprendendo la vulnerabilità umana e arrivando al punto che “Brian guardava le persone per strada, chiedendosi come anche loro soffrissero, e il suo cuore spesso si ammorbidiva per compassione” (Germer e Neff, 2013, p. 862). Nella pratica LKM ha interiorizzato, in primo istante, il fatto che lui meritasse amore e che entrasse in contatto con la gentilezza, sicurezza e sentimenti calorosi, secondo, che anche gli altri soffrissero come lui e che meritassero la felicità e cura.

L'autocompassione gli permetteva di creare una relazione verso di sé più cordiale e di avere una prospettiva su di sé con lo "sguardo morbido" (Germer e Neff, 2013, p. 862). Brian ha imparato a non criticare se stesso usando un linguaggio compassionevole così invece di arrabbiarsi dopo una giornata pesante, si è detto: "Che Dio ti benedica, Brian!" (Germer e Neff, 2013, p. 863) provando un sentimento di sollievo e di cura e facendo svanire la rabbia e l'ansia. Brian ha scoperto i valori importanti per la sua vita valorizzando il suo lavoro e non abbattendosi quando ci sono le difficoltà. Con la tecnica *attenuare-permettere-lenire* è stato capace di gestire il sentimento di sconforto rilassando il suo corpo, ponendo l'attenzione "sul suo respiro [...] [e] dicendo frasi rilassanti a se stesso mentre inspira ed espira" (Germer e Neff, 2013, p. 865). Infine Brian ha usato il linguaggio autocompassionevole per affrontare il suo trauma da abbandono e alleviare le sofferenze nelle relazioni della vita permettendogli di riallacciare i rapporti con suo fratello. Sia Nora che Brian imparano a non essere duri con loro stessi, a gestire le emozioni negative come vergogna e sconforto e a riprendere i rapporti sociali che il trauma li aveva condotti all'isolamento sociale.

Tabella 3. Affectionate breathing	- Chiudere gli occhi e fare 3 profondi respiri per scaricare qualunque tensione - Osservare il corpo che inspira ed espira - Osservare il ritmo del respiro che immette ed espelle l'aria (pausa lunga) - Quando la mente si distrae, porre l'attenzione sul ritmo del respiro - Lasciare che il respiro culli in modo gentile il corpo - Respirare profondamente - Accennare a un sorriso e dirigere gentilezza e affetto verso se stessi e gli altri - Notare tutti i pensieri senza giudicare - Respirare e stare seduti in silenzio e permettere di sentire qualunque emozione
---	--

L'insoddisfazione corporea di per sé non è definibile né come un sintomo, né come un disturbo. Diventa patologica, e dunque un sintomo, tanto più è presente a livelli estremi ("*extreme body dissatisfaction*"). In questi termini Albertson, Neff e Dill-Shackleford hanno condotto uno studio sull'insoddisfazione corporea con un campione di 228 donne e volevano osservare se un intervento formato da una sessione di tre settimane basata sulla meditazione dell'autocompassione potesse essere efficace contro tale sintomo. Inoltre hanno cercato di esaminare se l'autocompassione riducesse la denigrazione corporea (*Body shame*), l'apprezzamento del corpo (*Body appreciation*) e l'autostima contingente basata sull'apparenza (*Contingent self-worth based on appearance*). Hanno suddiviso le donne tra un gruppo di intervento e uno di controllo e le istruivano a praticare la meditazione. Nella prima settimana praticavano *Compassionate Body Scan* per percepire il proprio corpo con amore e sono calore, nella seconda *Affectionate Breathing*, spiegata nella Tabella 3 e nella terza LMK. Essi hanno scoperto che l'intervento ha avuto un impatto sull'autocompassione e sull'insoddisfazione corporea. In

particolare le donne nel gruppo di intervento “hanno mostrato significativamente incrementi maggiori nell’autocompassione (19%) di quelle assegnate in modo casuale al gruppo di controllo (5%)” (Albertson, Neff e Dill-Shackleford, 2015, p. 447). Per quanto riguarda il *body shame*, essa si è “ridotta dopo che le partecipanti hanno completato l’intervento” (Albertson, Neff e Dill-Shackleford, 2015, p. 450). La meditazione sull’autocompassione ha aiutato, inoltre, “a incrementare l’apprezzamento del corpo” (Albertson, Neff e Dill-Shackleford, 2015, p. 450) ma “riduce significativamente il grado in cui l’autostima era contingente sull’aspetto fisico percepito” (Albertson, Neff e Dill-Shackleford, 2015, p. 451). Questi risultati indicano come l’autocompassione aiuti le donne a sviluppare la gentilezza verso se stessi per cui la percezione di sé distorta diventa più equilibrata. L’umanità comune permette di riconoscere che la frustrazione e la preoccupazione per i loro presunti difetti fisici sono frutto dell’irrazionale senso di isolamento dagli altri, e la consapevolezza richiede di comprendere le emozioni negative scaturite dal bias, di accettarle e di osservarle con chiarezza. Tali emozioni non sono da ignorare, altrimenti si cade nella ruminazione e nella reattività negativa. Le donne che interiorizzano l’autocompassione abbracciano se stesse così come sono, apprezzano di più l’immagine di sé.

Anche il disturbo dell’alimentazione presenta la stessa distorsione mentale sulla valutazione di sé e del proprio corpo. Comporta la messa in atto di comportamenti restrittivi nel consumo di cibo oppure il continuo ingerimento di cibo provoca un sentimento di vergogna il quale viene combattuto con il consumo di ulteriore cibo portando il soggetto in un circolo vizioso. Adams e Leary (2007) hanno svolto uno studio con 84 donne universitarie che hanno sviluppato comportamenti rigidi di alimentazione restrittiva per verificare se “un’induzione di autocompassione dopo [una dieta restrittiva interrotta] potrebbe essere un meccanismo di coping alternativo che potrebbe attenuare l’autovalutazione negativa, angoscia e il consumo di cibo” (Barnard e Curry, 2011, p. 298). Le partecipanti sono divise in un gruppo che non fa la dieta e negli altri due che fanno la dieta restrittiva ma solo uno dei due gruppi che fa la dieta riceve l’induzione dell’autocompassione. Essi hanno scoperto che le donne che hanno ricevuto l’induzione “si sono comportate come se non avessero fatto la dieta riducendo il consumo [...], hanno anche riportato un incremento dei sentimenti positivi” (Barnard e Curry, 2011, p. 298). Le donne che facevano la dieta restrittiva senza induzione “hanno mangiato di più e hanno riferito un incremento dei sentimenti negativi” (Barnard e Curry, 2011, p. 298). Sia in questo disturbo che nell’insoddisfazione corporea vi è una costante: le donne. Le donne sono molto autocritiche verso il loro aspetto perché la società occidentale moderna propone uno standard di bellezza per cui costruiscono una percezione, una cognizione ed emozioni irrealistiche

sull'aspetto fisico. Queste ricerche aiutano a capire che l'autocompassione è capace di alleviare la sofferenza, mitigare i pensieri dolorosi in modo gentile e di valutare se stessi in modo diverso. Argina riducendo i comportamenti disfunzionali di alimentazione, la frustrazione per i propri difetti fisici e lo stress generato dalla pressione sociale.

Tabella 4. Dialectical Behavioral Therapy	
Osservare	Osservare un oggetto con attenzione e descrivere l'esperienza
Body mental scan	Annotare le sensazioni del corpo come piedi, pancia, petto, mani, spalle e testa
Eventi esterni ed interni	Chi si concentra sugli eventi interni a sé impara a essere consapevole di quelli esterni. Si concentra su ciò che vede, sente e odora
	Chi si concentra sugli eventi esterni a sé impara a essere consapevole di quelli interni. Pone l'attenzione sui propri pensieri, emozioni e sulle proprie sensazioni fisiche
Descrivere le emozioni	1) scegliere l'emozione attuale, 2) fare un disegno legato all'emozione, 3) scrivere un'azione legata all'emozione, 4) descrivere l'intensità dell'emozione e 5) scrivere i pensieri legati all'emozione
Osservare mentalmente	Mental noting thoughts: Si scrivono i propri pensieri in quel momento usando la forma “sto pensando a...”
	Mental noting experience: Osservare il foglio e dire noto la tristezza e non sono triste
Defusione cognitiva	Parole nella sabbia: immaginare di essere in spiaggia e notare che tipo di pensiero sia, positivo, negativo o neutro. Immaginare che il pensiero sia scritto nella sabbia e che come il vento lo cancelli, così sparisce dalla mente
Respiro consapevole	Rilassarsi e contare i respiri fino a 5
Mente saggia	1) pensare a un problema, 2) chiedersi come risolverlo senza giudizio
Giudizi negativi	Creare 4 colonne su un foglio: 1) scrivere le situazioni che scatenano il giudizio negativo, 2) scrivere il contenuto del pensiero, 3) scrivere le relative emozioni, 4) il comportamento conseguente come stare in silenzio o ignorare una persona
lasciare andare i giudizi	Trasformare le frasi giudicanti in forma consapevole: descrivere 1) il giudizio in modo obiettivo, 2) cosa si prova a causa del giudizio, 3) come ci si sentirebbe senza tale giudizio

Altri studi sono stati condotti per verificare l'efficacia dell'autocompassione in ambito clinico ed è stato riscontrato anche nel disturbo borderline di personalità (*Borderline Personality Disorder*, BPD) grazie alla terapia dialettico-comportamentale (*Dialectical Behavioral Therapy*, DBT) illustrata dalla Tabella 4. Miller et al. (2000) hanno svolto una ricerca su 27 adolescenti autolesionisti senza tendenze suicidarie con BPD e avevano l'obiettivo di valutare la mindfulness come abilità più adeguata da apprendere nella DBT per un periodo di 12 settimane e hanno compreso che “le abilità di consapevolezza erano tra le più frequentemente usate” (Barnard e Curry, 2011, p. 301). Ciò viene confermato anche nel lavoro di Nicastro e i suoi colleghi (2010) i cui “pazienti mostravano una

maggior consapevolezza, [...] una maggior capacità di descrivere, accettare e osservare le esperienze senza giudicare” (Barnard e Curry, 2011, p. 298). L’autocompassione aiuta i pazienti esattamente negli aspetti in cui sono carenti: instabilità nelle relazioni, nell’immagine di sé e nelle reazioni emotive impulsive. Essa offre l’umanità comune affinché pazienti BPD possano rivalutare in modo stabile ed equilibrato se stessi attenuando l’immagine di sé alterata; offre la cordialità verso se stessi nell’iperidealizzazione e svalutazione di sé nelle relazioni; e la consapevolezza per lenire l’eccessiva disregolazione delle emozioni.

3.2 Interventi di autocompassione che riducono l’autocritica

L’autocompassione rappresenta il potenziale che mitiga gli stati negativi e porta l’individuo a porre l’attenzione sui propri pensieri e sulle emozioni nel tentativo di prendere consapevolezza e di contrastare questa autocritica. A tal proposito, Leary et al. (2007) hanno condotto uno studio con l’obiettivo di osservare se l’induzione dell’autocompassione avrebbe influenzato positivamente sugli stati emozionali negativi come la vergogna e l’umiliazione. Hanno chiesto ai partecipanti di rammentare un episodio di fallimento o di rifiuto. I risultati mostrano che i partecipanti che avevano ricevuto l’induzione dell’autocompassione “riportavano bassi livelli di sentimenti negativi e [...] più propensi a dire che l’evento era stato colpa loro” (Barnard e Curry, 2011, p. 298). Ciò denota quanto le persone autocompassionevoli sperimentano emozioni positive e affrontano quelle negative prendendo consapevolezza dei propri comportamenti e agendo con coscienza e non autocritica.

I sentimenti di vergogna e autocritica intensificano il senso di inadeguatezza. In questo senso Gilbert e Irons (2005; Gilbert & Procter, 2006) hanno creato il programma *Compassionate Mind Training* (CMT) “per pazienti con alta autocritica e vergogna per insegnare loro come produrre pensieri auto-consolatori e auto-rassicuranti” (Barnard e Curry, 2011, p. 299). Il programma mira a dare gli strumenti per affrontare le difficoltà della vita, a motivare se stessi con un gesto amorevole e gentile. Gilbert e Procter (2006) hanno condotto uno studio con l’obiettivo di osservare miglioramenti in sei pazienti con diverse diagnosi psichiatriche in un programma CMT di 12 sessioni e hanno trovato “una riduzione significativa nella depressione self-report, ansia, vergogna, [...], sentimenti di inferiorità [...] e intrusività dei pensieri autocritici” (Barnard e Curry, 2011, p. 299). Inoltre i pazienti hanno mostrato “aumenti significativi nella capacità di essere auto-rassicuranti [...] maggior consapevolezza della loro ostilità verso se stessi [...] e hanno riferito miglioramenti nel tollerare il loro disagio” (Barnard e

Curry, 2011, p. 29). Un altro studio (Mayhew e Gilbert, 2008) conferma questa scoperta in un gruppo di pazienti schizofrenici con allucinazioni uditive in cui “solo un partecipante ha mostrato un significativo aumento di autocompassione” (Barnard e Curry, 2011, p. 299). Per quanto l’autocompassione abbia avuto buoni benefici solo su un paziente, risulta un dato importante per la crescita di questo costrutto e per la sua validità negli interventi. Un’altra evidenza (Gilbert e Irons, 2004) con lo scopo di verificare l’efficacia dell’autocompassione ha usato il programma *Compassionate Image*. Esso sfrutta l’idea che le immagini possano suscitare compassione verso se stessi e verso gli altri ed è stato applicato in un gruppo di 9 pazienti che hanno partecipato al CMT di gruppo per la depressione mostrando “aumenti significativi dell’autocompassione” (Barnard e Curry, 2011, p. 299).

Nella ricerca di Neff et al. (2007) è stata impiegata la tecnica gestaltica a due sedie, spiegata nella Tabella 3, con l’intento di estendere la capacità empatica a sé e agli altri e ridurre pensieri negativi su di sé. L’empatia è una delle manifestazioni dirette dell’auto-gentilezza e facilita il soggetto ad avere due punti di vista diversi sui pensieri negativi volti verso se

Tabella 5. Tecnica gestaltica a due sedie	
Fase 1	Trovare l’oggetto del conflitto interiore. Respirare lentamente e profondamente per prepararsi al confronto
Fase 2	Ci sono due sedie: il paziente si siede su una e l’altra è la proiezione del problema come l’autocritica e inizia a parlarci come se fosse reale.
Fase 3	Una volta che il paziente ha espresso il suo punto di vista, si sposta sulla sedia del sé giudicante, fa lunghi respira per immedesimarsi e risponde al sé di partenza
Fase 4	Una volta fatto, il paziente ritorna alla sedia iniziale e cerca di rispondere al sé-giudicante. L’alternanza continua finché non si arriva a una soluzione. In questa alternanza il terapeuta fa da guida.
Fase 5	Il paziente respira profondamente e riflette sull’esperienza

stessi: su una sedia il soggetto parla in modo giudicante e sull’altra sperimenta tale critica e i ricercatori lo aiutano a possedere gli strumenti adeguati per rispondere in modo autocompassionevole, ad ascoltare in modo empatico e a controllare la valutazione negativa. Neff e i suoi colleghi hanno impiegato 40 studenti chiedendo loro di immaginare una situazione di autocritica e hanno scoperto “correlazioni significative tra i cambiamenti nell’autocompassione e i cambiamenti nella connessione sociale self-report, $r = .35$, $p = .05$, nell’autocritica, $r = -.61$, $p = .01$, nella depressione, $r = -.31$, $p = .05$, nella ruminazione, $r = -.40$, $p = .01$, nella soppressione del pensiero, $r = -.55$, $p = .01$, e nell’ansia, $r = -.61$, $p = .01$ ” (Barnard e Curry, 2011, p. 300). I risultati confermano come l’autocompassione sia associata negativamente alle emozioni negative, repressione del pensiero, ansia, depressione e rimuginazione, e positivamente associata alla connessione sociale.

3.3 Interventi che coltivano la mindfulness

La componente della mindfulness comporta attenzione, riconoscimento e accettazione del momento presente e i programmi che si fondano su di essa seguono questi principi. La *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) è stata sviluppata da Kabat-Zinn (1979) e si focalizza sull'attenzione, la consapevolezza non giudicante, la compassione e la saggezza affinché divengano strumenti quotidiani per conseguire la serenità e uno stile di vita più sano, contrastando lo stress e l'ansia. Shapiro et al. (2005; Shapiro et al., 2007) hanno svolto diversi studi per verificare quanto l'autocompassione potesse influenzare MBSR con l'ausilio della *Loving-Kindness Meditation* (LKM) in un trattamento di 8 sessioni settimanali da due ore. LKM è una pratica di meditazione che permette di essere equanimi e di coltivare la gentilezza e l'amore verso stessi e verso gli altri. I partecipanti dei due studi erano professionisti sanitari e studenti in un programma di consultazione. Come i professionisti sanitari sono stati divisi tra un gruppo di controllo e uno nel programma MBSR, così è stato anche per gli studenti e gli autori hanno trovato che entrambi i gruppi che erano nel programma di MBSR hanno mostrato rispettivamente “un aumento significativo dell'auto-compassione e una riduzione dei livelli di stress rispetto a un gruppo di controllo [...] [e] l'aumento dell'auto-compassione ha mediato la riduzione dello stress associato al programma” (Neff e Germer, 2013, p. 859). Anche Moore (2008) ha condotto un'altra ricerca con l'obiettivo di esaminare l'influenza della consapevolezza sull'autocompassione usando lo stesso programma di intervento su studenti di psicologia e ha scoperto che “un significativo aumento della consapevolezza auto-dichiarata ($p=.04$), [...] dell'auto-gentilezza ($p=.02$)” (Neff e Germer, 2013, p. 859). In questi studi si nota l'effetto positivo della consapevolezza e dell'autocompassione come indicatore di benefici sulla persona. Per quanto nell'ultimo studio solo la gentilezza verso se stessi sia significativa mostra come essa permetta di trattare se stessi con cura e calore, di non isolarsi dagli altri e di lottare per se stessi. Anche Kuyken et al. (2010) hanno esaminato se l'autocompassione e la mindfulness con il programma *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT, Segal e Williams, 2002) avrebbero migliorato i sintomi depressivi. Il programma si prefigge di fornire assistenza a coloro che soffrono di periodi di depressione e infelicità cronica attraverso [...] meditazioni guidate che aiutano i partecipanti a diventare più consapevoli e in grado di accettare il presente così come è, a entrare in contatto con i cambiamenti della mente e del corpo momento dopo momento. Essi hanno trovato che “l'aumento di mindfulness e di autocompassione dopo la partecipazione MBCT ha mediato il legame tra MBCT e sintomi depressivi [...] e l'autocompassione ha mediato [...] il legame tra reattività cognitiva [...] e ricaduta depressiva” (Neff e Germer, 2013, p.

859). Soggetti depressi si identificano con i loro pensieri e le emozioni negativi influenzando sulle relazioni sociali. Si irrigidiscono a causa dell'eccessiva autocritica e si sentono inadeguati. Tale cognizione fa parte dell'esperienza umana condivisa e la mindfulness riduce gli eccessivi sentimenti di svalutazione e di autocritica e di colpa, aiuta ad adottare una nuova prospettiva su di sé senza pregiudizi. Porre maggiore attenzione a sé stessi, ai pensieri e alle emozioni con gentilezza e ascolto empatico favorisce la compassione per se stessi.

Hayes et al. (1986) hanno creato un altro strumento di intervento *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) per aiutare i soggetti a “vivere secondo i loro valori espandendo la flessibilità e l'efficacia comportamentale” (Barnard e Curry, 2011, p. 301). In questo senso Format et al. (2007) hanno svolto una ricerca con il tentativo di esaminare se il programma avesse un impatto sulla mindfulness dell'autocompassione in 101 pazienti ambulatoriali con ansia e depressione. Essi li hanno inseriti nel programma di terapia comportamentale o nell'ACT e i risultati indicavano che “i pazienti in entrambi i trattamenti mostravano lo stesso grado di riduzione dei sintomi e hanno incrementato [...] la qualità della vita” (Barnard e Curry, 2011, p. 301). Inoltre Format e i suoi colleghi hanno confrontato ACT con Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS), uno strumento di intervento che analizza l'autocompassione attraverso le capacità di “osservare, descrivere, agire con consapevolezza e accettare senza giudizio” (Barnard e Curry, 2011, p. 301) e hanno trovato che “ACT è associata a una maggiore capacità di agire con consapevolezza [...] [che è associata] alla riduzione della depressione e dell'ansia e all'aumento della qualità della vita” (Barnard e Curry, 2011, p. 301).

L'autocritica negativa pone il soggetto nella condizione di etichettare se stesso con una valutazione rigida. Questa rigidità influenza il sé e il rapporto con gli altri e di fronte alle esperienze negative il soggetto usa tale convinzione da dare una spiegazione e così anche per gli eventi positivi che si verificano. La consapevolezza di sé aiuta a prendere le distanze dalle svalutazioni e a riconoscere che i pensieri non sono altro che “eventi personali” transitori, un flusso di parole, suoni e immagini continuamente mutevoli che non rappresentano pertanto alcuna realtà. Essa conduce all'accettazione dei pensieri e delle emozioni in modo gentile, affettuoso e non giudicante. In questo senso il soggetto è consapevole della sua esperienza interiore, sia fisici che mentali, e delle emozioni che accoglie. È motivato a raggiungere i suoi obiettivi seguendo i suoi ideali. I soggetti depressi con bassi livelli di autocompassione riescono a raggiungere una buona soddisfazione di vita e ottimismo verso il futuro.

Capitolo 4: Conclusioni

Questo elaborato intendeva valutare il rapporto dell'autocompassione con l'autodeterminazione e il loro contributo nel benessere psicologico dell'individuo. Entrambi i costrutti promuovono individui capaci di creare legami interpersonali solidi, di perseguire i propri obiettivi e di sviluppare abilità di padronanza. In questa disamina l'autocompassione contribuisce alla salute psicologica con un'associazione positiva alla soddisfazione di vita, alla felicità eudemonica e al benessere psicologico e con un'associazione negativa come all'ansia, la depressione e autocritica. Inoltre sono stati posti in luce sia le effettive risorse del costrutto psicologico sia i limiti evidenti dovuti all'insufficienza di studi presenti nella letteratura scientifica, soprattutto negli strumenti di intervento dell'autocompassione. I programmi DBT e ACT hanno evidenziato come promuovano la consapevolezza ma sono necessari ulteriori studi per comprendere se si possa estendere tale promozione all'autocompassione, visto che la consapevolezza è una sua componente. Anche nell'impiego dell'induzione dell'autocompassione su un campione di donne con insoddisfazione corporea ha prodotto buoni risultati ma “non è chiaro se questi interventi potrebbero rivelarsi utili per popolazioni cliniche [...] [con] bassi livelli di autocompassione” (Barnard e Curry, 2011, p. 298). Occorre approfondire gli strumenti di intervento come MBSR che, insieme alla LKM, è capace di incrementare l'autocompassione ma “non è chiaro in che misura l'aumento dell'auto-compassione possa essere attribuito a MBSR da solo” (ivi, p. 300). Il programma MSC è risultato efficace nell'incrementare “i livelli di auto-compassione dei partecipanti del 43%” (Germer e Neff, p. 859) permettendo loro di affrontare la vita in modo equilibrato. Anche in ambito terapeutico l'autocompassione ha aiutato sia pazienti come Brian e Nora sia i terapeuti per i sentimenti di controtransfert. Ulteriori ricerche possono esplorare il rapporto empatia e autocompassione e comprendere se la capacità empatica che gli individui con alti livelli di autocompassione esprimano una empatia cognitiva, cioè assumano il punto di vista dell'altro solo cognitivamente oppure una emotiva, cioè una partecipazione emotiva. Credo che l'autocompassione sia un ottimo strumento per esplorare e capire sé stessi. Difatti nel corso della stesura dell'elaborato io ho fatto un viaggio interiore e ho avuto la possibilità di esplorare e comprendere me stesso: le mie risorse e i miei limiti. Questo argomento mi ha portato ad approfondire e a seguire il sito di Kristin Neff (<https://self-compassion.org>) per abbracciare me stesso attraverso pratiche guida (video di pochi minuti) ed esercizi sull'autocompassione.

Bibliografia

- Albertson, E.R., Neff, K.D. e Dill-Shackleford, K.E. (2015). Self-Compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention. *Mindfulness*, 6, 444–454.
- Barnard, L. K., Curry, J. F. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates e Interventions. *American Psychological Association*, 15, 289-303.
- Bülbül, A. E., Arslan, C. (2017) Investigation of Patience Tendency Levels in Terms of Self-determination, Self-compassion and Personality Features. *Universal Journal of Educational Research*, 5(9), 1632-1645.
- Hagger M. S., Chatzisarantis, N. L.D. (2011). Causality orientations moderate the undermining effect of rewards on intrinsic motivation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47, 485–489.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Germer, C. K., Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856-67.
- Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12.
- Neff, K., Braehler, C. (2020). Self-compassion in PTSD. In Matthew T. Tull and Nathan A. Kimbrel, *Emotion in Posttraumatic Stress Disorder*. (Vol. 1, pp. 567–596). Academic Press.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139–154.
- Neff, K. D., Costigan, A. P. (2014). Self-Compassion, Wellbeing, and Happiness. *Psychologie in Österreich*, 2, 114-119.
- Orth, U., Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Association for Psychological Science*, 23, 381-387.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 250-255.

Reeve, J. (2012). A Self-determination Theory Perspective on Student Engagement. In: Christenson, S., Reschly, A., Wylie, C. (Eds.) *Handbook of Research on Student Engagement* (pp. 149–172). Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-2018-7_7

Ryan, R. M., Deci, E. L. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology*, 61, 1-11.

Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.

Schnitker, S. A., (2012). An examination of patience and well-being, *The Journal of Positive Psychology*, 7(4), 263-280.

Vansteenkiste, M., Ryan, R.M. e Soenens, B. (2020), Basic psychological need theory: Advancements, critical themes, and future directions. *Motivation and Emotion*, 44, 1–31.

Welp, L. R., Brown, C. M. (2014) Self-compassion, empathy, and helping intentions, *The Journal of Positive Psychology*, 9(1), 54-65.

Zessin, U., Dickhäuser, O., Garbade, S. (2015), The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology: Health And Well-Being*, 7(3), 340–364.

Sitografia

<https://self-compassion.org/the-three-elements-of-self-compassion-2/>

<https://assonina.it/2021/01/20/dsm5-definizione-di-disturbo-mentale/>

<https://www.gestalt.it/mindful-self-compassion>

<https://www.istitutobeck.com/mindfulness/mindfulness-based-stress-reduction>

<https://www.istitutobeck.com/mindfulness/mindfulness-based-cognitive-therapy>

www.istitutobeck.com/acceptance-and-commitment-therapy-act

<https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2018/05/ItalianSCS.pdf>

<https://self-compassion.org/category/exercises/#exercises>

<https://dialecticalbehaviortherapy.com/mindfulness/>

<https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2018/05/ItalianSCS.pdf>