



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN NEUROSCIENZE E
RIABILITAZIONE NEUROPSICOLOGICA**

Tesi di laurea magistrale

Promuovere l'auto-compassione: effetti di un intervento online

Promoting Self-Compassion: Effects of An Online Intervention

Relatrice: Prof.ssa Moè Angelica

Laureanda: Da Ruos Sara

Matricola: 1237892

Anno accademico 2021/2022

Ai miei genitori, che mi hanno sempre sostenuto con sacrificio.

A mia sorella e mia nonna, che mi hanno sempre incoraggiato a fare del mio meglio.

A Matteo, che ha sempre creduto nelle mie capacità.

Ai miei animali, che arricchiscono la mia vita.

INDICE

Premessa.....	1
Capitolo 1 – L'autocompassione.....	2
1.1 Il concetto di autocompassione.....	2
1.2 Le tre dimensioni dell'autocompassione.....	2
1.2.1 La prima dimensione: l'auto-gentilezza.....	2
1.2.2 La seconda dimensione: la mindfulness.....	2
1.2.3 La terza dimensione: l'umanità comune.....	3
1.2.4 Relazione tra le dimensioni.....	3
1.3 Effetti sul benessere psicologico.....	3
1.4 I correlati dell'autocompassione.....	5
1.5 Misurare l'autocompassione.....	7
Capitolo 2 – La promozione dell'autocompassione.....	10
2.1 Modalità di promozione dell'autocompassione	10
2.1.1 Compassionate Mind Training (CMT).....	10
2.1.3 La tecnica dialettico-comportamentale (DBT).....	13
2.1.4 La tecnica di impegno e accettazione (ACT).....	14
2.2 Ricerche con studenti universitari.....	15
2.3 Programmi di promozione online.....	17
2.3.1 Il programma Mindful Self Compassion.....	17
2.3.2 Il programma Mindfulness Based Stress Reduction.....	19
Capitolo 3 – La ricerca.....	20
3.1 Ipotesi, scopo e metodologia.....	20
3.2 Partecipanti.....	20
3.3 Strumenti.....	20
3.4 Procedura.....	24

Capitolo 4 – Analisi dei dati.....	29
4.1 Analisi statistiche.....	29
4.2 Effetti dell'intervento.....	29
4.2.1 Effetti significativi gruppo x tempo.....	29
4.2.2 Effetti significativi gruppo	30
Capitolo 5 – Discussione.....	32
5.1 Principali risultati.....	32
5.2 Limiti della ricerca.....	33
5.3 Implicazioni per la pratica futura.....	34
Bibliografia	37
Ringraziamenti	42

Premessa

Il concetto di benessere non fa riferimento soltanto alla salute fisica, ma è un termine più ampio che coinvolge anche la dimensione psicologica e sociale della persona.

Negli ultimi anni, l'attenzione per il benessere negli studenti universitari è aumentata a causa del numero crescente di ansia e depressione, con un aumentato rischio di comportamenti suicidari (Holliman et al., 2021).

In questo senso, è importante prevenire forme di disagio psicologico e promuovere il benessere dello studente nella sua totalità.

Il concetto di benessere è strettamente associato a quello di autocompassione: una maggiore autocompassione porta ad avere minore ansia (Neff, 2003), minore stress (Shapiro et al., 2005), maggiore regolazione emotiva (Berking e Whitley, 2014).

Con il fine di massimizzare il benessere negli studenti universitari, è stato implementato un progetto di ricerca presso l'Università di Padova, coordinato dalla prof.ssa Moè. Questa ricerca ipotizza che proporre settimanalmente, per cinque settimane consecutive, degli esercizi di induzione dell'autocompassione, permetta ai partecipanti di accrescere in loro auto-gentilezza, mindfulness e umanità comune. Queste ultime rappresentano dimensioni dell'autocompassione che sono utili per affrontare in modo costruttivo eventi negativi specifici dell'ambiente universitario (per esempio, il fallimento ad un esame) e generalizzare poi tutto ciò ad una moltitudine di fatti poco piacevoli. Inoltre, viene ipotizzato un effetto di queste attività settimanali ad altre variabili legate al benessere, tra le quali la regolazione emotiva, l'ansia, l'umore positivo.

Capitolo 1 – L'autocompassione

1.1 Il concetto di autocompassione

Studiata per la prima volta dalla psicologa statunitense Kristin Neff (2003), l'autocompassione è un costrutto psicologico di origini buddhiste che viene definito in termini di estensione della compassione a sé stessi in casi di sofferenza psicologica.

Questo concetto consiste nell'essere comprensivi e supportivi verso sé stessi, anziché auto-critici, nei momenti fallimentari (Berking e Whitley, 2014).

L'auto-compassione, inoltre, deve essere distinta dall'autostima, definita quest'ultima come una valutazione soggettiva del sé (Neff e Vonk, 2009).

1.2 Le tre dimensioni dell'autocompassione

L'autocompassione si articola in tre dimensioni principali: auto-gentilezza, mindfulness, umanità comune (vedi fig. 1).

Ciascuna di queste tre componenti è stata indagata in contrapposizione a un polo opposto: auto-gentilezza vs. auto-giudizio, mindfulness vs. evitamento e iper-identificazione, umanità comune vs. isolamento (Neff, 2003).

1.2.1 La prima dimensione: l'auto-gentilezza

L'auto-gentilezza consiste nella capacità di saper comprendere sé stessi in modo supportivo ed empatico (Gilbert e Irons, 2005). Essa si contrappone all'auto-giudizio, che invece porta la persona ad essere ostile con sé stessa (Neff, 2003), a criticare le proprie difficoltà, a provare maggiori emozioni negative (Gilbert et al., 2004).

1.2.2 La seconda dimensione: la mindfulness

La mindfulness consiste nella capacità di concentrarsi sul tempo presente, senza preoccuparsi per ciò che è stato il passato e per ciò che riserverà il futuro (Shapiro et al., 2007). Essa si contrappone all'evitamento, per il quale la persona evita esperienze e pensieri che le causino sofferenza (Kabat-Zinn, 2003; Neff, 2003) e all'iper-identificazione, per la quale la persona può arrivare, in casi estremi, a identificarsi con i propri fallimenti (Shapiro et al., 2007).

1.2.3 La terza dimensione: l'umanità comune

Infine, l'umanità comune è una dimensione che conduce la persona a ritenere che errare sia umano e che ciò accomuni tutti gli esseri umani (Neff, 2003). Questa dimensione si contrappone all'isolamento, causato dalla frustrazione dei propri desideri.

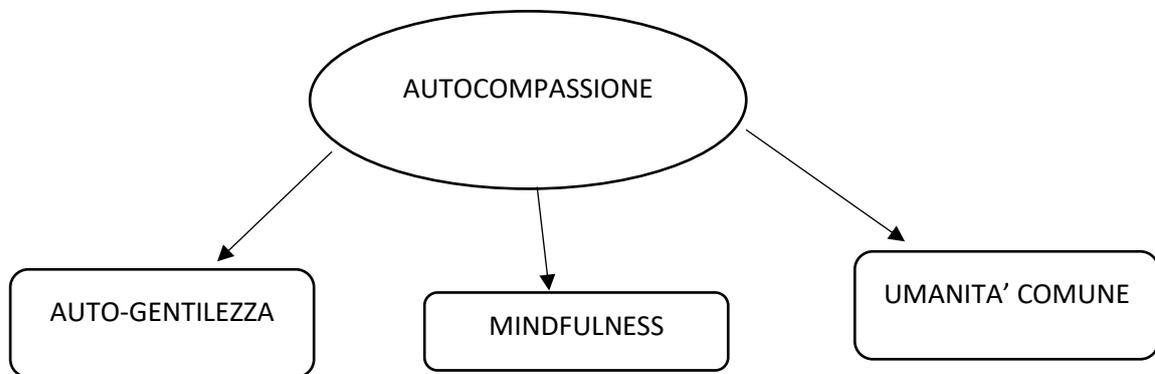


Fig. 1 – Le tre dimensioni dell'autocompassione (Neff, 2003)

1.2.4 Relazione tra le dimensioni

Non è chiaro se la psicologa Neff veda le tre componenti indipendenti tra loro oppure positivamente associate. È comunque difficile pensare che una componente dell'autocompassione escluda le altre e si può ipotizzare che ciascun elemento rafforzi gli altri componenti (Barnard e Curry, 2011).

In primis, l'auto-gentilezza può favorire l'umanità comune e la consapevolezza: se una persona è più supportiva verso stessa, è meno probabile che provi un senso di vergogna e si isoli dagli altri (Barnard e Curry, 2011).

In secondo luogo, l'umanità comune può favorire l'auto-gentilezza e la mindfulness: le persone che si sentono parte di una connessione sociale potrebbero essere anche più supportive verso sé stesse e concentrarsi nel momento presente (Barnard e Curry, 2011).

In terzo luogo, la mindfulness può favorire l'auto-gentilezza e l'umanità comune: riconoscere i propri difetti come appartenenti anche alle altre persone può favorire una riduzione dell'autocritica (Neff, 2003; Barnard e Curry, 2011).

1.3 Effetti sul benessere psicologico

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il benessere è definito come "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattie o infermità" (OMS, 1948).

Il benessere, quindi, non deve essere inteso unicamente nella sfera fisica, ma deve includere anche le componenti psicologica e sociale.

A tal proposito, la ricerca scientifica ha dimostrato che l'autocompassione riduce il disagio e promuove il benessere psicologico (Neff et al., 2007).

Come si nota in fig. 2, maggiori livelli di autocompassione sono associati a: maggiore soddisfazione di vita e connessione sociale (Neff, 2003), minore stress (Shapiro et al., 2005), minore ansia (Neff, 2003) e maggiore regolazione emotiva (Berking e Whitley, 2014).

Minori livelli di autocompassione sono invece associati a: maggiore autocritica, depressione (Gilbert et al., 2004), ruminazione (Neely et al., 2009), maggiore soppressione di pensieri negativi (Neff, 2003), maggiore ansia (Neff et al., 2007), maggiore stress (Neely et al., 2009), minore soddisfazione di vita (Neely et al., 2009), maggiore senso di vergogna (Gilbert & Procter, 2006), minore ottimismo (Neely et al., 2009).

Col termine ruminazione si intende un fenomeno mentale caratterizzato da pervasività e ripetitività; si tratta di un pensiero negativo che può essere rivolto al passato oppure al futuro, contraddistinto da una forte componente ansiogena che la persona vive con estremo disagio.

L'ansia rappresenta invece uno stato adeguato di fronte a situazioni di minaccia e pericolo, ma può divenire disfunzionale qualora non vi siano eventi esterni scatenanti (divenendo un tratto della personalità che può causare l'insorgenza di un vero e proprio disturbo).

Un altro concetto degno di interesse è quello della resilienza emotiva: si tratta di un fattore di protezione per l'autocompassione e indica la capacità di affrontare in modo adeguato gli eventi stressanti, reagendovi in modo funzionale e costruttivo (Ehret et al., 2015).

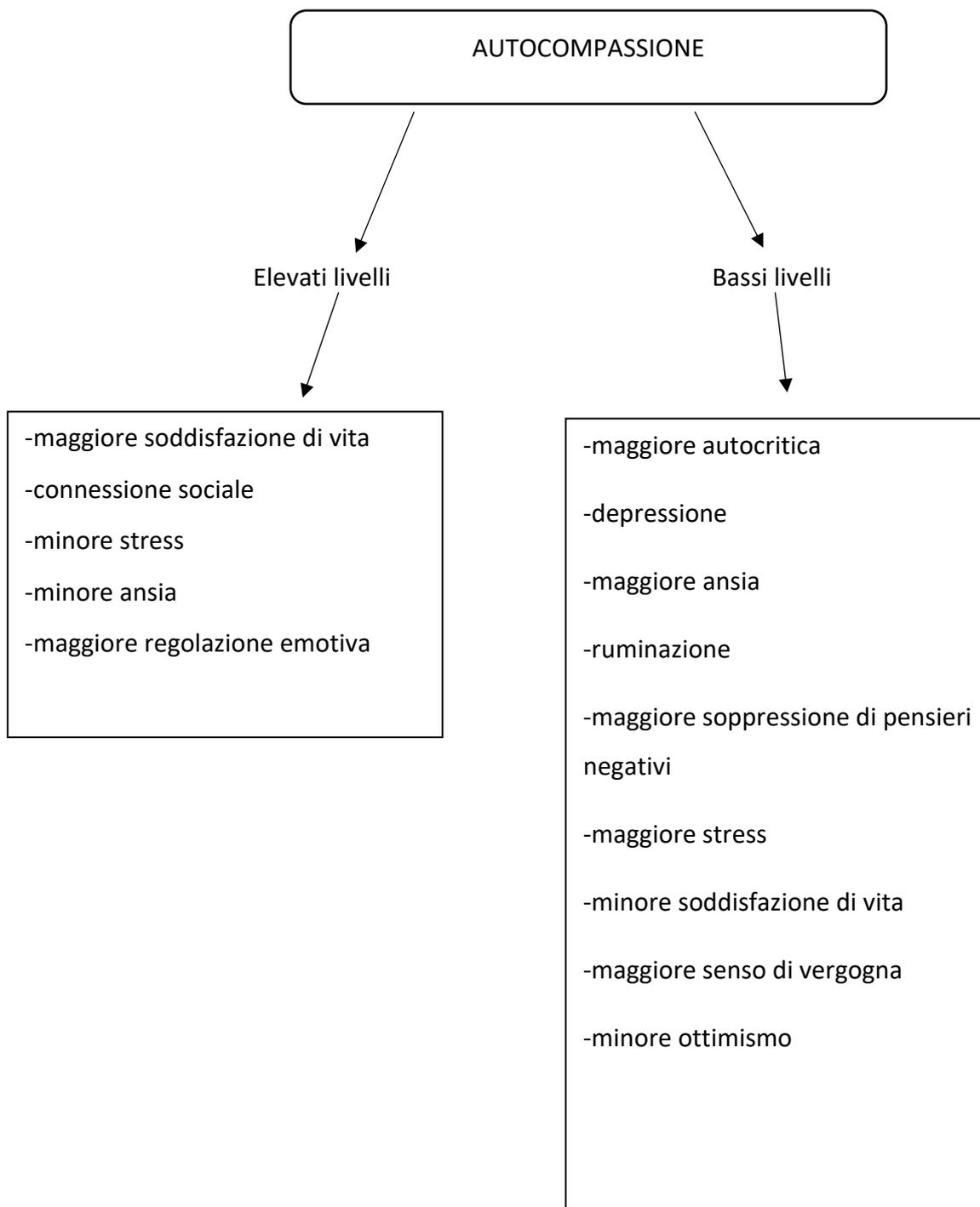


Fig. 2 – Effetti dell'autocompassione sul benessere psicologico

1.3 I correlati dell'autocompassione

Come si può osservare in fig. 3, numerosi sono i correlati dell'autocompassione: quest'ultima è negativamente correlata con alcuni tratti (ruminazione, rabbia, emozioni negative, ansia),

mentre è positivamente correlata con altri (felicità, ottimismo, emozioni positive, reinterpretazione positiva e accettazione di un evento negativo).

Si tenga presente che l'autocompassione e l'autostima sono negativamente correlate ($r = -.47$) e che i due costrutti devono essere tenuti distinti (Neff e Vonk, 2009).

Inoltre, si considera l'impatto del genere sessuale: quattro studi dimostrano che le donne sono meno auto-compassionevoli rispetto agli uomini, portandole più frequentemente a rimuginare su pensieri negativi e a criticarsi di più (Neff et al., 2005; Neff et al., 2008; Neff e Vonk, 2009; Raes, 2010). Tuttavia, ulteriori studi dimostrano che non sono evidenziabili differenze significative di genere e che potrebbe trattarsi di una questione culturale (Neff et al., 2007; Neff et al., 2008; Iskender, 2009).

Inoltre, l'autocompassione non è correlata alla desiderabilità sociale: a differenza di quest'ultima, l'autocompassione si focalizza sul sé e non sugli altri, mirando a raggiungere degli obiettivi personali piuttosto che sociali (Neff, 2003).

CONCETTO	STUDIO	Coefficiente di correlazione (r) tra concetto e autocompassione
Ruminazione	Neff e Vonk (2009)	-.41
Rabbia	Neff e Vonk (2009)	-.38
Emozioni negative	Leary et al. (2007)	-.34
Ansia	Neff et al. (2007)	-.21
Felicità	Neff e Vonk (2009)	.29
Ottimismo	Neff e Vonk (2009)	.33
Emozioni positive	Neff e Vonk, 2009	.18
Reinterpretazione positiva di un evento negativo	Neff et al. (2005)	.24
Accettazione di un evento negativo	Neff et al. (2005)	.22

Fig. 3 – I correlati dell'autocompassione

1.4 Misurare l'autocompassione

Uno strumento valido per misurare l'autocompassione è quello sviluppato da Neff (2003). Questo strumento prende il nome di Self-Compassion Scale e si articola in 26 item, ai quali il soggetto deve rispondere secondo una scala Likert da 1 ("Quasi mai") a 5 ("Quasi sempre").

Gli item vengono così elencati:

1. *Tendi a disapprovare e a giudicare in modo severo i tuoi difetti e le tue inadeguatezze;*
2. *Quando ti senti giù tendi a diventare ossessivo/a ed a fissarti su tutto ciò che non va;*
3. *Quando le cose ti vanno male, vedi le difficoltà come parte della vita con cui tutti gli esseri umani devono fare i conti;*
4. *Quando pensi ai tuoi difetti, tendi a sentirti separato/a ed escluso/a dal resto del mondo;*
5. *Quando soffri/stai male emotivamente cerchi di essere amorevole verso te stesso/a;*
6. *Quando fallisci in qualcosa di importante, ti senti logorato/a dal senso di inadeguatezza;*
7. *Quando ti senti veramente giù, ricordi a te stesso/a che ci sono molte altre persone al mondo che si sentono come te;*
8. *Quando attraversi momenti veramente difficili, tendi ad essere duro/a con te stesso/a;*
9. *Quando qualcosa ti turba, cerchi di mantenere un equilibrio emotivo;*
10. *Quando per qualche motivo ti senti inadeguato/a, cerchi di ricordarti che la maggioranza delle persone prova sentimenti simili ai tuoi;*
11. *Sei intollerante e impaziente verso gli aspetti del tuo carattere che non ti piacciono;*
12. *Quando attraversi periodi particolarmente difficili, dai a te stesso/a il supporto e la tenerezza di cui hai bisogno;*
13. *Quando ti senti giù, tendi a pensare che quasi tutte le altre persone siano probabilmente più felici di te;*
14. *Quando accade qualcosa che ti fa stare male cerchi di aver un punto di vista equilibrato della situazione;*
15. *Cerchi di considerare i tuoi difetti come parte della condizione umana;*
16. *Quando vedi aspetti di te che non ti piacciono ti accanisci contro te stesso/a;*
17. *Quando fallisci in qualcosa di importante per te provi a considerare le cose da un altro punto di vista;*
18. *Quando sei molto in difficoltà, tendi a pensare che gli altri se la stiano passando meglio di te;*
19. *Quando soffri sei gentile con te stesso/a;*
20. *Quando qualcosa ti fa stare male tendi a farti trascinare dall'onda delle tue emozioni;*

21. *A volte sei freddo/a e duro/a con te stesso/a, quando soffri;*
22. *Quando ti senti giù, cerchi di avere un atteggiamento aperto e curioso nei confronti delle tue emozioni;*
23. *Sei tollerante nei confronti dei tuoi difetti e delle tue inadeguatezze;*
24. *Quando succede qualcosa che ti fa stare male tendi ad ingigantire l'evento oltre le giuste proporzioni;*
25. *Quando fallisci in qualcosa di importante per te, tendi a sentirti solo/a nel tuo insuccesso;*
26. *Cerchi di essere comprensivo/a e paziente verso quegli aspetti della tua personalità che non ti piacciono.*

Vengono ricavate sei variabili, ciascuna delle quali rappresenta la media di una serie di item: *auto-gentilezza* (item 5, 12, 19, 23, 26); *auto-giudizio* (item 1, 8, 11, 16, 21); *umanità comune* (item 3, 7, 10, 15); *isolamento* (item 4, 13, 18, 25); *mindfulness* (items 9, 14, 17, 22); *iper-identificazione* (item 2, 6, 20, 24).

È disponibile una versione breve della scala Self-Compassion Scale che è composta da 12 item (Raes et al., 2011), ai quali il soggetto deve rispondere con un grado di accordo da 1 ("Quasi mai") a 5("Quasi sempre"):

1. *Quando fallisco in qualcosa di importante per me vengo invaso da sentimenti di inadeguatezza;*
2. *Cerco di essere comprensivo e paziente verso quegli aspetti della mia personalità che non mi piacciono;*
3. *Quando succede qualcosa di doloroso cerco di avere una posizione equilibrata;*
4. *Quando mi sento giù tendo a pensare che la maggior parte delle altre persone è più felice di me;*
5. *Cerco di vedere i miei fallimenti come un aspetto inevitabile nella mia condizione di essere umano;*
6. *Quando attraverso un momento difficile cerco di darmi la tenerezza e la cura di cui ho bisogno;*
7. *Quando qualcosa mi sconvolge cerco di tenere le mie emozioni in equilibrio;*
8. *Quando fallisco in qualcosa di importante per me tendo a sentirmi solo nel mio fallimento;*
9. *Quando mi sento giù tendo a diventare ossessionato dall'idea che niente va bene;*
10. *Quando mi sento inadeguato tendo a ricordarmi che la sensazione di inadeguatezza è condivisibile con la maggior parte delle persone;*

11. *Sono disapprovante e giudicante nei confronti delle mie debolezze e inadeguatezze;*

12. *Sono intollerante e impaziente verso quegli aspetti della mia personalita che non mi piacciono.*

Anche nella versione breve della Self-Compassion Scale si ottengono sei indici, ciascuno dei quali rappresenta la media di una serie di item: *auto-gentilezza* (item 2, 6); *auto-giudizio* (item 11, 12); *umanità comune* (item 5, 10); *isolamento* (item 4, 8); *mindfulness* (items 3, 7); *iper-identificazione* (items 1, 9).

Grazie ad entrambe le scale di valutazione descritte precedentemente, si ottengono delle informazioni circa le modalità con cui una persona risponde a sé stessa nel corso di una situazione difficile.

Capitolo 2 – La promozione dell'autocompassione

2.1 Modalità di promozione dell'autocompassione

Gli psicologi clinici e sociali hanno sviluppato delle tecniche di promozione dell'autocompassione e di riduzione dello stress.

2.1.1 Compassionate Mind Training (CMT)

La critica di sé rappresenta un processo complesso che è caratterizzato dalla tendenza a evitare determinati errori (Gilbert et al., 2004). Questo porta a diverse conseguenze negative: l'autocritico prende le distanze dagli altri, visti come minacce per il proprio sé, ed incorre in un rischio maggiore di ricevere una diagnosi di depressione (Gilbert e Procter, 2006).

Gli studiosi Gilbert e Procter (2006) hanno quindi messo a punto una tecnica *ad hoc* per quelle persone che vivono con livelli elevati di vergogna e di critica di sé: la tecnica Compassionate Mind Training (CMT).

Come si osserva in fig. 4, bisogna considerare il background dell'individuo: eventi traumatici in età infantile (es. abuso sessuale); clima familiare poco sereno; percezione delle altre persone come fonti di minaccia (paura esterna); presenza di uno stato interno ansiogeno, depressivo o caratterizzato da vergogna (paura interna) (Gilbert e Procter, 2006).

Come si nota in fig. 4, il background dell'individuo influenza la messa in atto di strategie e comportamenti protettivi: la persona si focalizza sulle potenziali minacce, cogliendone tutti gli aspetti non verbali della comunicazione che possano ledere il proprio sé.

Attuando questi comportamenti protettivi, la persona percepisce di non avere più un controllo interno sul proprio sé e per questo decide di isolarsi dagli altri individui. Questo causa vulnerabilità nella persona e maggiore rischio di insorgenza di depressione (vedi fig. 4).

Come si vede in fig. 4, la condizione di depressione e vulnerabilità porta la persona a perpetuare la messa in atto di strategie e comportamenti protettivi, dando luogo a un circolo vizioso che soltanto la tecnica Compassionate Mind Training può sciogliere.

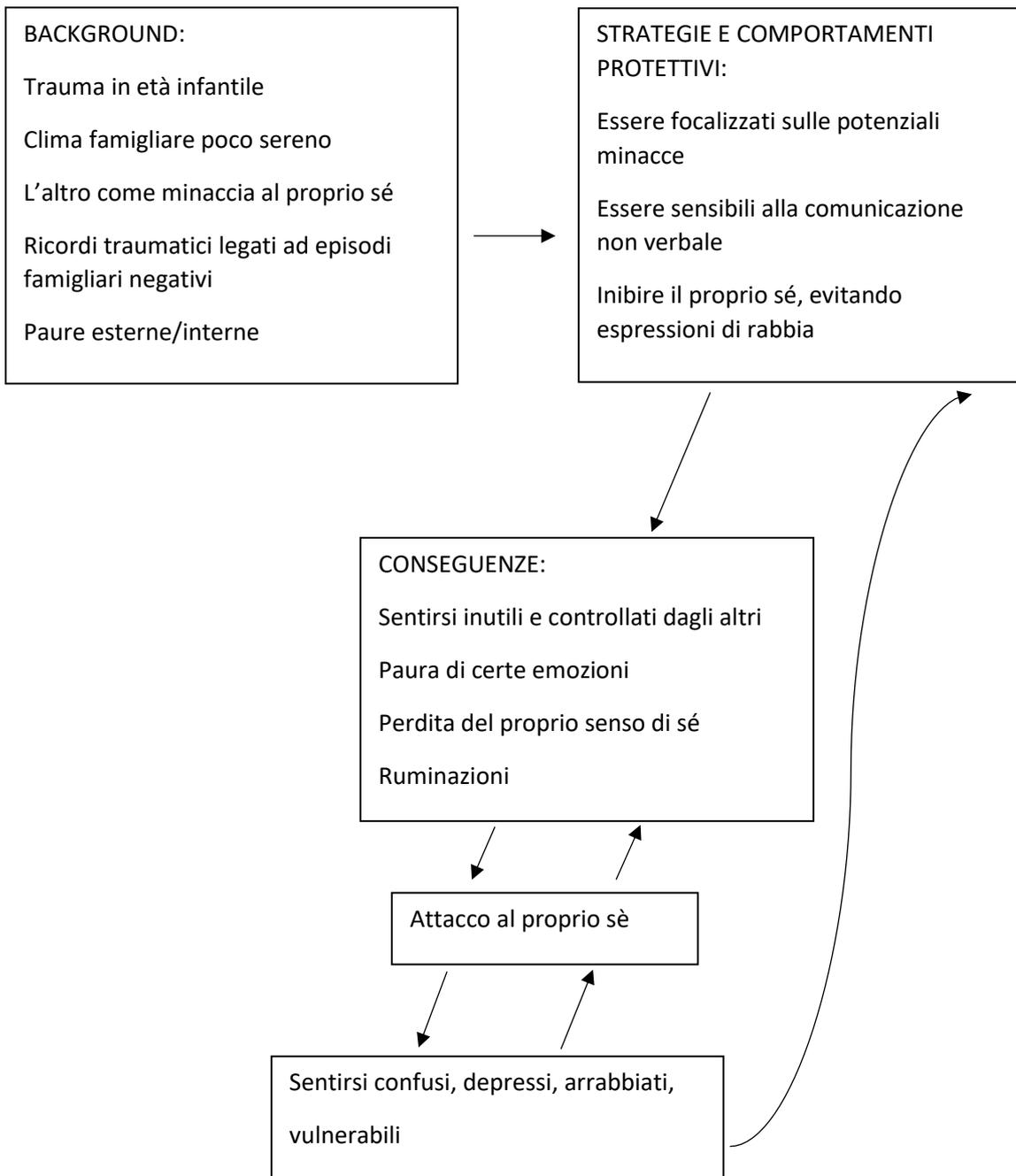


Fig. 4 – Cause, strategie/comportamenti protettivi, conseguenze dell'auto-criticismo e della vergogna

La terapia Compassionate Mind Training è focalizzata sulla compassione e attinge a diversi filoni: psicologia evolutiva, neuroscienze, teoria dell'attaccamento, psicologia dello sviluppo, sociale e clinica.

Il programma ha una durata di 8 settimane, con incontri settimanali che si svolgono in gruppo. Nella settimana precedente a quella di avvio della terapia, i partecipanti sono invitati a compilare un questionario self-report, nel quale vi sono item relativi all'auto-criticismo, alla depressione, all'ansia e alla vergogna.

Nel primo incontro, è prevista un'esplorazione delle definizioni di auto-criticismo, di auto-attacco e di auto-compassione. Inoltre, in gruppo avviene una discussione sul come e perché si soffre.

Nel secondo incontro invece, c'è una trattazione del modello a tre cerchi delle emozioni (minaccia, guida e calma).

L'incontro successivo porta ad un livello più profondo nel quale si discute che l'essere umano è composto da diverse parti, tra le quali rientra il sé compassionevole, che deve essere coltivato.

Nel quarto incontro, si esplora la compassione nella sua totalità e si inizia a trattare i tre flussi di compassione (verso di sé, verso gli altri, dagli altri verso il sé), partendo dal flusso di dirigere la compassione verso gli altri. Viene dato uno sguardo alle paure, ai blocchi e alle resistenze alla compassione per questo flusso specifico.

Nella quinta sessione, si parla del secondo flusso di compassione, ovvero come possiamo aprirci a ricevere compassione dagli altri (dagli altri verso sé). La terapia permette di esplorare di nuovo le paure, i blocchi e le resistenze, iniziando a identificare le opportunità per accettare la compassione degli altri nelle nostre vite.

Nell'incontro successivo, ci si concentra sull'ultimo flusso dell'autocompassione (verso sé), portando il sé compassionevole a noi stessi, esplorando abilità e strategie pratiche ed esaminando le paure, i blocchi e le resistenze che possono sorgere per questo flusso.

Nel settimo incontro, si esamina il sé critico e si esplora la modalità con cui dirigere la compassione verso questa parte specifica del sé.

L'ultima sessione, l'ottava, porta in primo piano una serie di altre parti del sé (sé arrabbiato, sé ansioso e sé triste) e come possiamo estendere la nostra compassione a questi sé emotivi importanti, ma a volte molto difficili. In quest'ultima sessione, la tecnica Compassionate Mind Training esplora anche come le modalità con cui vivere una vita compassionevole, internamente ed esternamente.

Gli psicologi che aderiscono a questa terapia, al fine di ottenere un livello maggiore di benessere del paziente, aiutano quest'ultimo a (Gilbert e Procter, 2006):

- 1) Essere in sintonia con le emozioni associate ai ricordi traumatici;
- 2) Comprendere che lo sviluppo di strategie e comportamenti protettivi è legato alla percezione degli altri come fonte di minaccia per il proprio sé;
- 3) Accettare in modo compassionevole la causa di queste strategie;
- 4) Riconoscere l'esistenza di diversi sé, ciascuno dei quali ha precise funzionalità ed è legato alla contingenza;
- 5) Sviluppare modalità compassionevoli e consapevoli di convivenza con le proprie paure;
- 6) Razionalizzare lo stress;
- 7) Sviluppare una nuova relazione tra il proprio sé e quello altrui, basato sull'auto-compassione e non vedendo l'altro come una minaccia.

Grazie a questa terapia, il paziente diventa consapevole che l'ansia e la paura provate rappresentano stati emotivi negativi che fanno parte del suo sistema di protezione dal mondo esterno (Gilbert & Procter, 2006).

2.1.3 La tecnica dialettico-comportamentale (DBT)

La tecnica dialettico-comportamentale è di tipo cognitivo-comportamentale ed è stata sviluppata appositamente per il disturbo borderline di personalità da Linehan negli anni '90 del secolo scorso. Essa riunisce il pensiero della terapia cognitivo-comportamentale con quello della filosofia orientale e solitamente si svolge in gruppo (Cabrini et al., 2012).

I terapisti ascoltano le esperienze dei pazienti e aiutano loro ad essere più supportivi con sé stessi e a concentrarsi sul presente, diminuendo la ruminazione dei pensieri passati e futuri. Inoltre, questa tecnica permette di regolare le emozioni e i comportamenti dei pazienti, divenendo più positivi e funzionali al proprio benessere (Nicastro et al., 2010).

L'obiettivo di questa terapia è quindi quello di trasformare i comportamenti disfunzionali in funzionali e di gestire adeguatamente la regolazione emotiva.

Nessuno studio ha esaminato se la tecnica dialettico-comportamentale aumenti l'auto-compassione, ma quattro studi hanno esaminato quali competenze vengono promosse nei pazienti

con disturbo di personalità borderline, attraverso questo training (Lindenboim et al., 2007; Miller et al., 2000; Stepp et al., 2008; Nicastro et al., 2010). Da questi studi è emerso che la mindfulness rappresenta la competenza più sviluppata: i pazienti con questo disturbo imparano soprattutto a focalizzarsi sul presente e a non fare ruminazione mentale su pensieri passati.

2.1.4 La tecnica di impegno e accettazione (ACT)

La tecnica di impegno e accettazione (ACT) è una forma di psicoterapia con solide basi scientifiche (Hayes, 2004). È una tecnica che si rivela essere efficace nel trattamento di ansia, depressione, problematiche relazionali, dipendenze, problematiche legate al dolore cronico.

Di seguito sono elencati i principi di questa terapia:

- La sofferenza psicologica accompagna ciascuna persona;
- Non è possibile liberarsi volontariamente della propria sofferenza psicologica;
- Dolore e sofferenza sono due concetti distinti;
- Si può vivere secondo dei valori e concentrandosi nel momento presente.

Inoltre, questa tecnica si basa su due punti fondamentali:

- Consapevolezza e focus sul momento presente (mindfulness);
- Compito di basare la propria vita su ciò che per noi ha valore.

Questa tecnica presenta sei processi centrali (Hayes et al., 2006):

- Accettazione: questo processo consiste nell'accettare tutto ciò che è al di fuori del nostro personale controllo;
- Defusione cognitiva: è una strategia di consapevolezza che prevede il riconoscimento oggettivo delle nostre esperienze psicologiche piuttosto che percepirle come minacce o realtà percepite;
- Mindfulness: promuovere la consapevolezza di come ci sentiamo attualmente, sia fisicamente che mentalmente;
- Il sé come contesto: questo processo vede le nostre esperienze psicologiche e fisiche come transitorie e in continua evoluzione;
- Chiarimento dei valori: la qualità della vita dipende da azioni consapevoli guidate da valori;

- Azione impegnata: i terapeuti possono quindi aiutare i pazienti a impegnarsi e lavorare con impegno verso gli obiettivi attraverso l'azione.

Ciò che promuove il cambiamento e il benessere psicologico sono abilità di mindfulness (acceptance) e impegno (commitment). Tali atteggiamenti, se mantenuti e sperimentati nel tempo, portano ad un maggior benessere emotivo.

2.2 Ricerche con studenti universitari

Lo studio di Adams e Leary (2007) ha avuto come target di ricerca 84 studentesse universitarie. Questo studio evidenzia che l'autocompassione può diminuire la tendenza a iperalimentarsi dopo aver ingerito una quantità di cibo non salutare, provando più emozioni positive di quelle negative.

Non hanno partecipato alla ricerca studentesse con diabete e/o con allergie alimentari.

Sono stati formati tre gruppi:

- 1) gruppo sperimentale con comportamento alimentare restrittivo senza induzione di autocompassione;
- 2) gruppo sperimentale con comportamento alimentare restrittivo con induzione di autocompassione;
- 3) gruppo di controllo senza comportamenti alimentari restrittivi.

Tutti i gruppi sono stati invitati a bere un bicchiere colmo di acqua per provare senso di sazietà e a mangiare una ciambella (in modo che tutti i partecipanti potessero assumere la medesima quantità di cibo).

In seguito, ad un solo gruppo sperimentale (con condizione di induzione dell'autocompassione) è stato fatto visionare un filmato nel quale era specificato di "non sentirsi in colpa perché è normale se a volte si mangia del cibo malsano e che non bisogna essere troppo duri con sé stessi tramite delle diete alimentari restrittive".

Successivamente, a tutti i partecipanti veniva somministrato il questionario Revised Rigid Restraint Scale (RRRS) (Polivy et al., 1988), il quale misura due componenti: l'assunzione restrittiva di cibo e la percezione del senso di colpa qualora si mangi del cibo non salutare. Tale questionario è strutturato in 12 item, dei quali la metà si concentra sulle reazioni auto-compassionevoli alla rottura

della dieta alimentare. La persona risponde su una Scala Likert con un grado di accordo da 1 (*“Fortemente in disaccordo”*) a 5 (*“Fortemente d’accordo”*): *Ci sono alcuni cibi malsani che cerco di non mangiare in alcuna quantità (1); Se mangio cibo che non è consentito dal mio piano di dieta personale, mi sento un fallimento (2); Evito alcuni cibi per principio, anche se mi piacciono (3); Mi sento in colpa quando mangio cibi che non sono consentiti dal mio piano di dieta personale (4); Mi sento davvero male quando mangio in modo malsano (5); Cerco consapevolmente di evitare di mangiare determinati cibi (6); Credo che sia importante evitare di mangiare alcuni cibi malsani, anche in piccole quantità (7); Non mi sento arrabbiato se rompo la mia dieta (8); Penso che sia importante evitare di mangiare determinati alimenti in modo da non ingrassare (9); Mi sento estremamente in colpa dopo aver mangiato troppo (10); Mi sento male con me stesso se mangio cibi estremamente malsani (11); Non penso che ci sia alcun motivo per sentirsi in colpa per l'eccesso di cibo (12).*

Dopo aver ingerito una stessa quantità di cibo malsano, questi sono i risultati nei due gruppi sperimentali:

- 1) Il gruppo sperimentale senza induzione di autocompassione continuava ad assumere una quantità di cibo eccessiva, accompagnata da un aumento di emozioni negative (senso di colpa, etc.) e da un calo di quelle positive (contentezza, etc.);
- 2) Il gruppo sperimentale con induzione di autocompassione riduceva la quantità di cibo rispetto a quella iniziale, con un aumento di emozioni positive e una diminuzione di quelle negative.

Lo studio di Adams e Leary (2007) dimostra che incoraggiare gli studenti (che in quel momento mettono in atto dei comportamenti alimentari restrittivi) ad avere auto-compassione, li porta a provare minori sensi di colpa e distress associati all’assunzione di cibo malsano, portandoli inoltre a sentirsi meno duri con sé stessi e ad essere più supportivi.

In un altro studio (Leary et al., 2007), nel quale i partecipanti erano studenti universitari, era chiesto di ricordare un fallimento che suscitasse in loro una forte emozione negativa (come umiliazione o vergogna).

Vi erano quattro condizioni:

- Condizione di induzione dell'autocompassione: i partecipanti erano invitati a scrivere le modalità con cui altre persone avrebbero fatto esperienza di un evento negativo simile e di fare un elenco di emozioni neutre circa l'evento;
- Condizione di induzione dell'autostima: i partecipanti venivano istruiti a descrivere le proprie caratteristiche positive e a motivare il fatto che un evento negativo non deve essere vissuto come una colpa;
- Condizione di controllo di scrittura: i soggetti venivano istruiti a scrivere circa l'evento;
- Condizione di controllo: i partecipanti richiamavano l'evento senza alcun esercizio di scrittura.

È doveroso precisare che in tutte le condizioni è stato chiesto di valutare i propri sentimenti e di esprimere un grado di attribuzione di colpa per l'evento negativo occorso.

Il gruppo con condizione di induzione dell'autocompassione ha ottenuto effetti statisticamente diversi rispetto agli altri: correlazione negativa ($r = -.03$) tra emozioni negative e percezione di attribuzione interna causale all'evento esterno. Sostanzialmente, le persone in questo gruppo di condizione si sentivano in colpa per l'evento occorso, ma non provavano emozioni negative.

Nelle altre condizioni, vi erano invece correlazioni positive tra emozioni negative e percezione di attribuzione interna causale.

Lo studio di Leary et al. (2007) dimostra che l'induzione di autocompassione aiuta la persona a prendersi responsabilità di un evento negativo accaduto, senza provare però un'emozione negativa (come sentirsi umiliata o provare vergogna).

2.3 Programmi di promozione online

2.3.1 Il programma Mindful Self Compassion

Il programma Mindful Self Compassion è stato sviluppato da Germer e Neff (2013) e si svolge online (Voci et al., 2016).

Questo programma permette di promuovere l'autocompassione, attraverso un incremento di consapevolezza: quest'ultima rappresenta il primo passo per riconoscere le emozioni negative ed affrontarle con maggiore resilienza emotiva.

Questo programma è rivolto sia ad adulti che adolescenti, nella durata di otto incontri online.

Questo programma ha diversi obiettivi:

- Ridurre l'autocritica nei momenti difficili;
- Affrontare la quotidianità con autocompassione;
- Incrementare le emozioni positive (soddisfazione, ottimismo, etc.) e ridurre quelle negative (ansia, vergogna, etc.).

Il programma prevede lo svolgimento di esercizi quotidiani in casa (scrivere una lettera compassionevole, etc.) e di varie meditazioni, con il fine di promuovere l'autocompassione.

Esso si struttura in otto incontri:

- Sessione 1: esplorazione della Mindful Self Compassion
- Sessione 2: la pratica della mindfulness
- Sessione 3: la pratica dell'auto-gentilezza
- Sessione 4: scoprire la propria voce compassionevole
- Sessione 5: vivere profondamente
- Sessione R: isolamento
- Sessione 6: esplorazione delle emozioni difficili
- Sessione 7: esplorazione delle relazioni difficili
- Sessione 8: abbracciare la vita.

I risultati dimostrano che questo programma prevede un aumento di autocompassione, consapevolezza, compassione per gli altri, soddisfazione di vita. Al contrario, si nota una diminuzione nella depressione, ansia, stress (Neff e Germer, 2013).

2.3.2 Il programma Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)

Il programma Mindfulness Based Stress Reduction si basa sul programma fondato da Jon Kabat-Zinn nel 1979.

Questo programma si rivolge a tutte le persone che hanno delle problematiche fonte di forte stress psicologico, aiutandole a ridurre lo stress tramite un potenziamento della loro consapevolezza.

Esso si struttura in otto incontri settimanali: durante il programma si apprendono varie pratiche di mindfulness (pratiche sul respiro, sulle sensazioni, sui suoni, sui pensieri, etc.), si ricevono informazioni anche teoriche sullo stress e si condividono le proprie esperienze con altre persone, in coppia o in gruppo.

Ai partecipanti al programma Mindfulness-Based Stress Reduction è richiesto un impegno di pratica quotidiana a casa, supportato da schede cartacee e file audio forniti di volta in volta.

Questo programma si è dimostrato efficace nel ridurre lo stress nel corso della prima ondata di Covid-19. Coinvolgendo due gruppi, sperimentale e controllo, si è visto che il programma Mindfulness-Based Stress Reduction riduceva l'ansia e lo stress, aumentando la regolazione delle emozioni (Sanilevici et al., 2021).

Capitolo 3 – La ricerca

3.1 - Ipotesi, scopo e metodologia

La ricerca, condotta con altre tre studentesse universitarie (Martina di Tuccio, Beatrice Galletta, Sara Gioia Colautti), ha l'obiettivo di verificare l'efficacia di un intervento online volto a favorire l'autocompassione negli studenti universitari. L'ipotesi di ricerca è che, svolgendo esercizi settimanali, da T1 (inizio intervento) a T5 (fine intervento), aumentano: gentilezza verso sé stessi, consapevolezza di sé e della realtà nel momento presente (mindfulness), soddisfazione dei propri bisogni, umore positivo, autostima, resilienza, ottimismo. Al contrario, al termine dello stesso intervallo di tempo (da T1 a T5), sono attese delle diminuzioni di: auto-giudizio, ansia, frustrazione dei propri bisogni, emozioni negative, depressione. Questi effetti dovrebbero poi mantenersi stabili nel follow-up (T6).

3.2 Partecipanti

Alla ricerca hanno partecipato su base volontaria 351 studenti universitari in totale, dei quali 213 facenti parte del gruppo sperimentale (frequentanti tutti i corsi di laurea dell'Università di Padova, con età compresa tra 20 e 57 anni) e 138 del gruppo di controllo (con età compresa tra 19 e 43 anni). L'età media nel gruppo sperimentale è stata di 25.7 (DS +/- 5.13), mentre nel gruppo di controllo essa è stata di 21.1 (DS +/- 2.71).

3.3 Strumenti

Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale (BPNSFS)

Dello strumento Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale, sviluppato da Deci e Ryan (2000), è stata utilizzata la versione italiana validata da Costa et al. (2018). Tale questionario misura la soddisfazione e la frustrazione dei tre bisogni psicologici di base, definiti da Deci e Ryan (2000): autonomia, competenza, relazione. Si compone di 24 item, i quali misurano sei dimensioni differenti: quattro item (1-4) misurano la soddisfazione del bisogno di autonomia (Es: "*Senti di poter scegliere e di essere libero/a nelle cose che fai*"), quattro item (5-8) misurano la frustrazione del bisogno di autonomia (Es: "*Ti senti obbligato/a a fare molte cose che non sceglieresti di fare*"),

quattro item (9-12) valutano la soddisfazione del bisogno di relazione (Es: *“Senti che le persone a cui ti interessi si interessano di te”*), quattro item (13-16) misurano frustrazione del bisogno di relazione (Es: *“Ti senti escluso/a dal gruppo a cui vorresti appartenere”*), quattro item (17-20) misurano la soddisfazione del bisogno di competenza (Es: *“Ti sembra di riuscire a fare bene le cose”*). Infine, i restanti quattro item (21-24) misurano la frustrazione del bisogno di competenza (Es: *“Non ti senti sicuro/a delle tue abilità”*). Lo strumento prevede una Scala Likert a 5 punti, da 1 (*“Per niente vero”*) a 5 (*“Assolutamente vero”*). Sono stati calcolati sei valori medi corrispondenti a: soddisfazione del bisogno di autonomia, frustrazione del bisogno di autonomia, soddisfazione del bisogno di relazione, frustrazione del bisogno di relazione, soddisfazione del bisogno di competenza, frustrazione del bisogno di competenza.

Self-Compassion Scale

Dello strumento Self-Compassion Scale, sviluppato da Neff (2003), si è ricorso alla versione italiana di Veneziani et al. (2017). Tale questionario, composto da 26 item, misura sei dimensioni dell'autocompassione. Gli item 1-8-11-16-21 misurano l'auto-giudizio (Es: *“Tendi a disapprovare e a giudicare in modo severo i tuoi difetti e le tue inadeguatezze”*); gli item 5-12-19-26 misurano l'auto-gentilezza (Es: *“Quando soffri/stai male emotivamente cerchi di essere amorevole verso te stesso/a”*); gli item 4-13-18-25, invece, misurano l'isolamento (Es: *“Quando pensi ai tuoi difetti, tendi a sentirti separato/a ed escluso/a dal resto del mondo”*); gli item 3-7-10-15 misurano l'umanità comune (Es: *“Quando le cose ti vanno male, vedi le difficoltà come parte della vita con cui tutti gli esseri umani devono fare i conti”*); gli item 9-14-17-22-23 misurano la mindfulness (Es: *“Quando qualcosa ti turba, cerchi di mantenere un equilibrio emotivo”*); infine, gli item 2-6-20-24 misurano l'iper-identificazione (Es: *“Quando ti senti giù, tendi a diventare ossessivo/a ed a fissarti su tutto ciò che non va”*). Lo strumento prevede una Scala Likert a 5 punti, da 1 (*“Quasi mai”*) a 5 (*“Quasi sempre”*). Sono stati calcolati sei valori medi corrispondenti a: auto-giudizio, auto-gentilezza, isolamento, umanità comune, mindfulness, sovra-identificazione.

Emotion Regulation Questionnaire (ER)

Del questionario Emotion Regulation Questionnaire (Gross, J.J. e John, O.P. ,2003), è stata utilizzata la versione italiana di Gross e John (2003). Tale strumento analizza due strategie di regolazione emotiva: la rivalutazione cognitiva e la soppressione emotiva. Per quanto riguarda la prima, si cerca di rivalutare una situazione e di pensarla in termini più positivi. La soppressione, invece, consiste nel tentativo di ridurre o inibire una determinata espressione emotiva. Il questionario è formato da due

scale, che misurano le due strategie di regolazione emotiva appena citate. Gli item 1-3-5-7-8-10 misurano la rivalutazione cognitiva (Es.: *“Per sentirti meglio cerchi di guardare le cose da una prospettiva diversa”*), mentre gli item 2-4-6-9 misurano la soppressione emotiva (Es.: *“Quando sei contento/a o felice cerchi di non farlo notare”*). Questo strumento è formato da 10 item, con una Scala Likert a 7 punti, da 1 (*“Assolutamente non d’accordo”*) a 7 (*“Fortemente d’accordo”*). Sono stati calcolati due punteggi medi corrispondenti a: rivalutazione cognitiva, soppressione emotiva.

Gratitude Questionnaire (GQ)

È stata utilizzata la versione italiana dello strumento Gratitude Questionnaire (McCullough et al., 2002), validata da Caputo (2016). Il presente questionario è composto da 6 item (Es.: *“Sei grato/a a un gran numero di persone”*), i quali misurano la disposizione alla gratitudine, correlata ad ottimismo e a maggiore riconoscenza per i propri vissuti. Lo strumento si basa su una Scala Likert a 7 punti, da 1 (*“Assolutamente non d’accordo”*) a 7 (*“Fortemente d’accordo”*). Il punteggio totale si ottiene calcolando la media dei punteggi di ogni item, invertendo l’item 3 (*“Quando guardi il mondo, non vedi molte cose di cui essere grato/a”*) e l’item 5 (*“Con l’avanzare dell’età ti senti più in grado di apprezzare persone, eventi e situazioni che hanno fatto parte della storia della tua vita”*).

Life Orientation Test-Revised (LOT-R)

Dello strumento Life Orientation Test-Revised (Michael Scheier et al., 1994), si è ricorso alla versione italiana di Giannini e Di Fabio (2008), la quale si basa su una Scala Likert a 5 punti, da 0 (*“Fortemente in disaccordo”*) a 4 (*“Fortemente d’accordo”*). Lo strumento è formato da 10 item (Es. *“Sono sempre ottimista per quanto riguarda il mio futuro”*), sei di quali misurano il grado di ottimismo e di pessimismo della persona, mentre i restanti sono dei riempitivi. Il punteggio totale si ricava facendo una media dei punteggi di ogni item, invertendo l’item 3 (*“Se qualcosa può andarmi male andrà male”*), l’item 7 (*“Non mi aspetto quasi mai che le cose vadano nel modo giusto”*) e l’item 9 (*“Raramente dò per scontato che delle cose buone mi accadano”*).

Subjective Vitality Scale

Lo strumento Subjective Vitality Scale, ideato da Ryan e Frederick (1997), misura la vitalità soggettiva, ovvero quanto una persona si sente attiva, intraprendente e piena di energia. La scala è strutturata in 7 item (Es.: *“Hai energia e voglia di fare”*), su una Scala Likert a 7 punti, da 1 (*“Per niente”*) a 7 (*“Del tutto”*). Il punteggio totale dello strumento è stato ricavato calcolando la media dei punteggi forniti dai partecipanti, invertendo l’item 2 (*“Non mi sento molto pieno di energia”*).

Scale of Positive and Negative Experience (SPANE)

Dello strumento Scale of Positive and Negative Experience (Diener et al., 2009), è stata utilizzata la versione italiana validata da Giuntoli et al. (2017). Preceduta dalla dicitura *“Riporta quanto spesso hai provato ognuno dei seguenti stati d’animo nelle ultime quattro settimane”*, la scala si basa su una Scala Likert a 5 punti, da 1 (*“Molto raramente o mai”*) a 5 (*“Molto spesso o sempre”*). La scala è strutturata in 12 item e misura due indici: gli item 1-3-5-7-10-12 valutano l’umore positivo (Es. *“Stato gioioso”*), mentre gli item 2-4-6-8-9-11 misurano quello negativo (Es.: *“Stato arrabbiato”*) nel corso dell’ultimo mese. Sono stati calcolati due punteggi medi corrispondenti a: umore positivo, umore negativo.

Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)

Sviluppato da Spitzer et al. (2006), lo strumento Generalized Anxiety Disorder Scale misura il livello di gravità dei sintomi per un disturbo d’ansia generalizzato (GAD). Preceduto dalla dicitura *“Nelle ultime due settimane, quanto sei stato infastidito/a dai seguenti problemi?”*, la persona risponde in base a una Scala Likert a 4 punti, da 0 (*“Niente affatto”*) a 3 (*“Quasi ogni giorno”*). La scala è strutturata in 7 item (Es. *“Non ti sei sentito/a in grado di fermare o controllare la preoccupazione”*); questi item sono seguiti da una domanda (*“Se è stato identificato uno qualsiasi dei problemi elencati qui sopra, quanto è difficile per te lavorare, prendersi cura dell’ambiente domestico o andare d’accordo con altre persone?”*), alla quale la persona deve rispondere in base a una Scala Likert a 4 punti, da *“Non è affatto difficile”* a *“Estremamente difficile”*. Il punteggio totale è stato ottenuto calcolando la media dei punteggi degli item.

Self-Esteem Scale (SES)

Sviluppata da Rosenberg (1965), lo strumento Self-Esteem Scale è composto da 10 item (Es. *“In generale, sono soddisfatto/a di me stesso/a”*), su una Scala Likert a 4 punti, da 1 (*“Disaccordo pieno”*) a 4 (*“Pieno accordo”*). La presente scala, utilizzata nella versione italiana di Mannarini (2010), misura l’autostima ed altre dimensioni correlate, come il senso di autoefficacia e il livello di soddisfazione di sé. Il punteggio totale si ottiene calcolando la media dei punteggi di ciascun item, invertendo l’item 6 (*“Sento di non avere molti motivi per essere orgoglioso/a”*), l’item 7 (*“Solitamente, tendo a pensare che sono un fallito/a”*), l’item 8 (*“Mi piacerebbe poter avere più rispetto per me stesso/a”*), l’item 9 (*“A volte mi sento completamente inutile”*), l’item 10 (*“A volte sento di non essere una buona persona”*).

Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21)

Dello strumento Depression Anxiety Stress Scale-21 (Lovibond e Lovibond, 1995), si è utilizzata la versione italiana validata da Bottesi et al. (2015). Non si è ricorso alla scala completa, ma sono stati utilizzati soltanto 7 item, quelli relativi alla depressione (Es. *“Non c’era nulla che mi dava entusiasmo”*), preceduti dalla dicitura *“Per favore, leggi ogni frase e poi indica con quale frequenza la situazione descritta si è verificata negli ultimi sette giorni”*. La Scala Likert utilizzata è a 4 punti, da 0 (*“Non mi è mai accaduto”*) a 3 (*“Mi è capitato quasi sempre”*). Il punteggio totale è stato ottenuto calcolando la media dei punteggi di ciascun item.

Resilience Scale (RS-14)

Dello strumento Resilience Scale (Wagnild, 2009), è stata utilizzata la versione breve a 14 item (Es. *“Di solito prendo le cose una alla volta”*). Questa scala misura il grado di resilienza, ovvero la capacità di far fronte agli eventi di vita negativi. La Scala Likert è a 7 punti, da 1 (*“Assolutamente non d’accordo”*) a 7 (*“Fortemente d’accordo”*). Il punteggio totale si ricava calcolando la media dei punteggi di ciascun item.

Social Desiderability Scale (BIDR)

Dello strumento Social Desiderability Scale (Paulhus, 2002), è stata utilizzata la versione italiana validata da Bobbio e Manganelli (2011). Lo strumento è strutturato in 16 item e permette di misurare la desiderabilità sociale, grazie a due indici: il miglioramento auto-ingannevole (SDE) e la gestione delle impressioni (IM). Il primo indice (SDE) consiste nel mettersi sotto una buona luce e nell’autogiudicarsi in modo positivo, al fine di proteggere la propria autostima (Es. *“Ho il completo controllo del mio destino”*); il secondo (IM) invece, permette di preservare una buona immagine di sé a livello sociale, puntando ad ingannare gli altri in modo latente (Es. *“Ti sei assentato/a per malattia, dal lavoro, anche se non eri veramente malato/a”*). La Scala Likert utilizzata è a 6 punti, da 1 (*“Assolutamente non d’accordo”*) a 6 (*“Fortemente d’accordo”*). È stato calcolato soltanto il punteggio SDE, grazie agli item 1-4-5-7-9-11-12-14 del presente questionario.

3.4 Procedura

Le diverse fasi del progetto di ricerca sono state inviate, grazie ad un messaggio di posta elettronica istituzionale, a due gruppi di studenti: il gruppo sperimentale, formato da allievi frequentanti tutti i

corsi di laurea dell'Università di Padova, ed il gruppo di controllo. La procedura ha previsto, per ogni soggetto, il consenso per la partecipazione e la gestione dei propri dati personali nel corso del progetto di ricerca. Come si vede in fig. 5, il gruppo sperimentale ha svolto settimanalmente le attività online per cinque settimane consecutive, mentre il gruppo di controllo ha eseguito soltanto le attività di inizio (T1) e fine intervento (T5). A queste attività ne è seguita una a distanza di un mese (T6 follow-up).

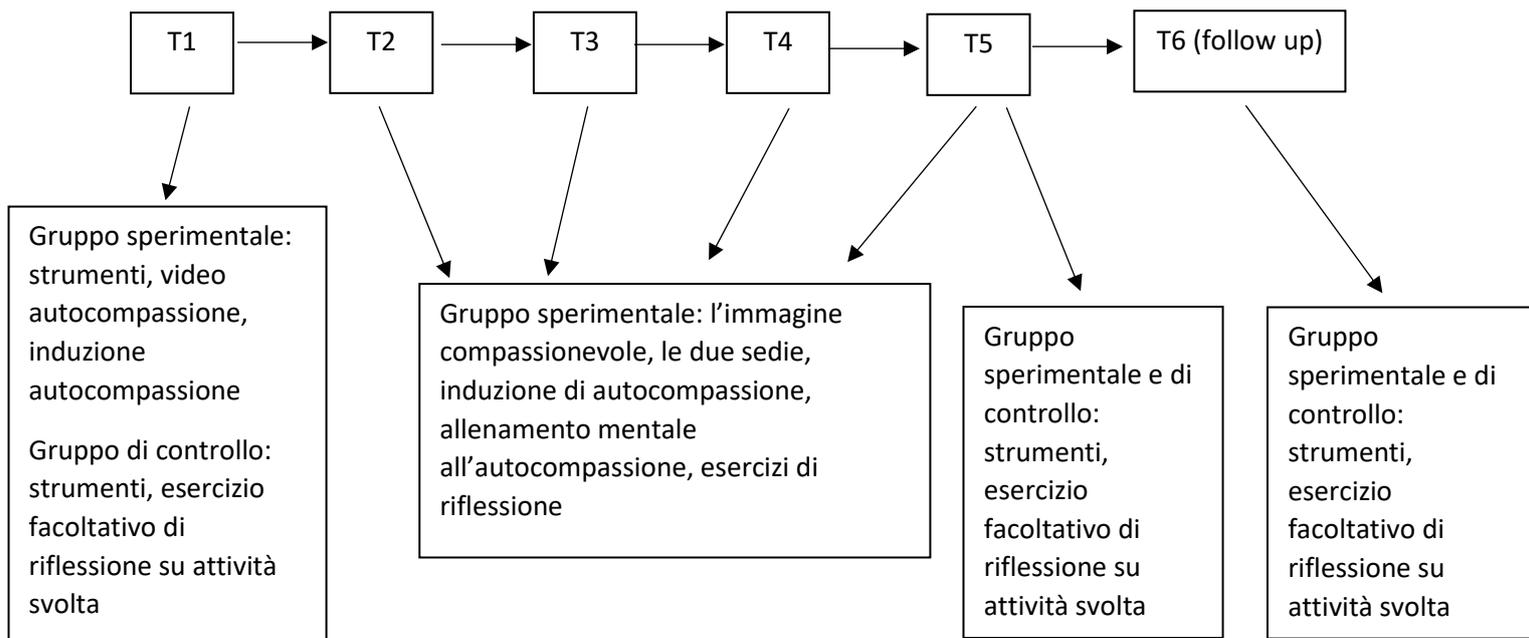


Fig. 5- Time Line di somministrazione degli strumenti

Prima di iniziare le diverse attività, ad ogni gruppo di assegnazione è stato chiarito l'obiettivo della ricerca e la metodologia, suggerendo di svolgere questi compiti in un luogo tranquillo. Per il gruppo sperimentale, ad ogni tempo di somministrazione è stato chiesto di scrivere un elenco motivazionale di attività da fare la settimana successiva. A T1, tutti/e i/le partecipanti sono stati/e invitati/e a riferire una serie di informazioni sociodemografiche, tra le quali genere, età, numero di matricola. Soltanto i/le partecipanti del gruppo sperimentale sono stati invitati/e a specificare il proprio corso di laurea.

La scala Social Desiderability è stata somministrata, per entrambi i gruppi di assegnazione, soltanto a T1.

Il gruppo di controllo ha compilato gli strumenti valutativi ai tempi T1, T5, T6, con la possibilità di commentare l'attività appena svolta (si veda fig. 5).

Come si osserva in tab. 1, a T1 il gruppo sperimentale, dopo aver risposto ai questionari, è stato invitato a visionare un filmato con oggetto l'autocompassione; in seguito, ha espresso un grado di accordo su una scala Likert da 1 (*"Per niente d'accordo"*) a 7 (*"Completamente d'accordo"*), in merito a sei frasi auto-compassionevoli: (1) *"Se sbaglio qualcosa, penso di aver fatto degli errori, non di essere un fallimento"*; (2) *"Capita a tutti di sbagliare, fa parte della condizione umana"*; (3) *"Quando sbaglio, evito di giudicarmi. Piuttosto, cerco di essere gentile con me stesso/a"*; (4) *"Evito di criticarmi quando qualcosa non mi riesce"*; (5) *"Se mi capita di soffrire o di fallire in qualcosa, non mi vergogno di me stesso perché so che può succedere a tutti"*; (6) *"Quando mi succede qualcosa di spiacevole cerco di vedere le cose dalla giusta prospettiva, senza farmi travolgere dagli eventi"*. Ciascuna delle frasi precedenti era seguita da un commento libero. Successivamente, era richiesto di scrivere la reazione e lo stato d'animo proprio, in riferimento alla seguente frase: *"Adesso, prova a basarti su una tua esperienza personale in cui ti sei detto/a o avresti potuto dirti "Quando mi succede qualcosa di spiacevole cerco di vedere le cose dalla giusta prospettiva, senza farmi travolgere dagli eventi"*.

Come si vede in tab. 1, a T2 per ogni partecipante del gruppo sperimentale è stata data l'indicazione di immaginare di poter condividere le proprie difficoltà con un ideale di saggezza, né critico né giudicante (*"Adesso immagina di non essere più da solo/a ad affrontare tutto questo, ma di poterlo condividere con qualcuno/a che non ti giudica, che conosce le circostanze che ti hanno portato/a ad essere quello/a che sei oggi e che ti abbraccia con calore e gentilezza: la persona che ti nutre psicologicamente. [...] una persona che ti supporta in ogni tuo cambiamento e in ogni tua insicurezza"*). Sono state poste quindi cinque domande a risposta libera: (1) *"Come ti piacerebbe che fosse questa persona ideale? Che aspetto avrebbe secondo te?"*; (2) *"Con che tono immagineresti un dialogo con lei/lui?"*; (3) *"Quali qualità sensoriali le/gli attribuiresti?"*; (4) *"Come vorresti che la persona ideale si relazionasse con te?"*; (5) *"Come vorresti relazionarti con la persona che ti nutre psicologicamente?"*. In seguito, ogni individuo ha pensato ad una situazione specifica non andata bene, scrivere a proposito almeno tre frasi auto-giudicanti e cosa avrebbe risposto il proprio ideale di saggezza per ciascuna di queste affermazioni (vedi tab. 1).

La settimana successiva, corrispondente a T3, ha previsto la trattazione di due sedie metaforiche, l'una auto-giudicante e l'altra auto-compassionevole: *"[...] Quando ti siedi sulla prima la tua voce auto-critica esprime dei giudizi, delle critiche sulla tua persona o su qualche cosa che hai sbagliato. La seconda sedia porta alla luce la parte di te compassionevole; è una voce supportiva, confortante, che non ti giudica ed è gentile"*. Ai/alle partecipanti del gruppo sperimentale è stato richiesto di

immaginare di sedersi alternativamente e ripetutamente su ciascuna di queste due sedie, creando dei dialoghi (vedi tab. 1).

Nel corso del tempo T4 invece, è stato chiesto al gruppo sperimentale di descrivere, dal punto di vista emotivo, due episodi: l'uno di insuccesso e l'altro di incomprensione. In seguito, i soggetti sono stati invitati a scrivere tre pensieri autodenigratori che si sono detti e tre frasi auto-compassionevoli con le quali si sarebbero potuti assicurare, per ciascun fatto (vedi tab. 1).

Al tempo T5, è stato suggerito inizialmente di immaginare di essere un cameriere alla prima esperienza lavorativa e di sentirsi dire dai clienti frasi denigratorie, come *“Sei un/una incompetente, come fai ad essere così imbranato/a!? È un'ora che aspetto e in più mi versi le bibite addosso, dovresti cambiare lavoro”*. Il/La partecipante è stato/a invitato/a a riflettere su come avrebbe potuto reagire con assertività, cercando di reagire in modo più positivo. Infine, è stato chiesto di pensare a una situazione recente negativa in cui ci si è sentiti umiliati e di provare a rispondere con almeno tre frasi assertive. Le attività hanno previsto, per entrambi i gruppi, la somministrazione di questionari (vedi tab. 1). Infine, al tempo T6, effettuato a distanza di un mese da T5, entrambi i gruppi sono stati chiamati a svolgere gli strumenti previsti.

ARGOMENTO	CONSEGNA
T1. Strumenti, video autocompassione, autoinduzione compassione	Svolgere i questionari. Scrivere 6 frasi di autocompassione con richiesta di valutazione e commento.
T2. L'immagine di un ideale di saggezza	Immaginare un ideale di saggezza, scrivere 3 frasi-autogiudicanti ed altrettante frasi pronunciate da questo ideale.
T3. Le due sedie	Immaginare le due sedie e sviluppare i “dialoghi”.
T4. Auto-induzione compassione	Ricordare un fallimento e avviare riflessioni auto-compassionevoli.
T5. Reagire con assertività, strumenti	Riportare un episodio di prevaricazione a cui rispondere con assertività. Svolgere i questionari.

Tab. 1 – Esercizi settimanali previsti per il gruppo sperimentale

Al termine di ogni attività settimanale veniva chiesto di riportare riflessioni sull'attività e di elencare una lista motivazionale di cose da fare la settimana successiva.

Capitolo 4 – Analisi dei dati

4.1 Analisi statistiche

In fase di analisi statistica sono stati inclusi in totale 222 partecipanti (110 del gruppo sperimentale e 112 del gruppo di controllo).

Le analisi statistiche sono state condotte sulla base di un criterio minimo di partecipazione di 4 volte su 5 (con in più il follow up), per il gruppo sperimentale.

4.2 Effetti dell'intervento

4.2.1 Effetto significativi gruppo per tempo

Per esaminare gli effetti dell'intervento sono state condotte delle ANOVA 2 (gruppi) X 3 (tempi), le quali consentono di confrontare i punteggi medi, ai tempi T1 (inizio intervento), T5 (fine intervento) e T6 (follow-up) della ricerca, e vedere quindi se le differenze sono significative.

L'effetto gruppo per tempo (T1, T5, T6) è risultato significativo per le variabili *umore positivo* e *ansia* (si veda tab. 2 per i valori medi):

A conferma dell'ipotesi, aumenta nel tempo la variabile *umore positivo*, mentre diminuisce l'*ansia* (vedi tab. 2)

	GRUPPI	T1	T5	T6		
VARIABILI		M (DS)	M (DS)	M (DS)	F (,) e p	Differenze significative tra i tempi
Umore positivo	GRUPPO SPERIMENTALE	3.31 (.081)	3.45 (.077)	3.56 (.079)	F (2,420) = 5.659 p= .004	T1<T5<T6
	GRUPPO DI CONTROLLO	3.26 (.077)	3.23 (.073)	3.22 (.075)		
Ansia	GRUPPO SPERIMENTALE	1.23 (.081)	1.10 (.075)	1.00 (.080)	F (2,420) = 4.528 p= .011	T1>T5>T6
	GRUPPO DI CONTROLLO	1.21 (.077)	1.12 (.071)	1.25 (.076)		

Tab. 2- Valori medi distinti, per i due gruppi, nelle variabili umore positivo e ansia

4.2.1 Effetti significativi gruppo

L'effetto gruppo è risultato significativo per le seguenti variabili: *soddisfazione del bisogno di autonomia, soddisfazione del bisogno di competenza, frustrazione del bisogno di competenza, auto-gentilezza, isolamento, umanità comune, mindfulness, iper-identificazione, rivalutazione cognitiva, vitalità soggettiva, umore positivo, umore negativo, ottimismo, autostima, depressione, resilienza* (si veda tab. 3 per i valori medi).

	T1	T5	T6		
VARIABILI	M (DS)	M (DS)	M (DS)	F (,) e p	
Soddisfazione del bisogno di autonomia	3.49 (0.75)	3.56 (0.74)	3.58 (0.72)	F (1,210) = 4.352 p= .038	T1<T5<T6
Soddisfazione del bisogno di competenza	3.36 (0.79)	3.44 (0.78)	3.48 (0.83)	F (1,210) = 4.113 p= .044	T1<T5<T6
Frustrazione del bisogno di competenza	2.51 (1.08)	2.34 (1.00)	2.31 (1.00)	F (1,210) = 4.876 p= .028	T1>T5>T6
Auto-gentilezza	2.56 (0.87)	2.77 (0.88)	2.88 (0.88)	F (1,210) = 4.399 p= .037	T1<T5<T6
Isolamento	3.00 (1.00)	2.94 (1.02)	2.85 (1.00)	F (1,210) = 11.341 p= .001	T1>T5>T6
Umanità comune	2.83 (0.79)	2.94 (0.87)	3.03 (0.84)	F (1,210) = 5.364 p= .022	T1<T5<T6
Mindfulness	2.94 (0.80)	2.79 (0.62)	3.07 (0.84)	F (1,210) = 5.145 p= .024	T1>T5<T6
Iper-identificazione	3.45 (0.97)	3.36 (0.82)	3.20 (0.95)	F (1,210) = 10.127 p= .002	T1>T5>T6
Rivalutazione cognitiva	4.74 (1.02)	2.99 (0.53)	4.88 (1.10)	F (1,210) = 6.753 p= .010	T1>T5<T6
Vitalità soggettiva	4.00 (1.17)	3.98 (1.24)	4.04 (1.16)	F (1,210) = 6.824 p= .010	T1>T5<T6
Umore positivo	3.29 (0.82)	3.34 (0.77)	3.39 (0.79)	F (1,210) = 4.464 p= .036	T1<T5<T6
Umore negativo	2.86 (0.80)	2.68 (0.76)	2.66 (0.79)	F (1,210) = 6.685 p= .010	T1>T5>T6
Ottimismo	1.99 (0.82)	2.00 (0.85)	2.00 (0.84)	F (1,209) = 5.048 p= .026	T1<T5=T6
Autostima	2.87 (0.58)	2.86 (0.57)	2.93 (0.58)	F (1,209) = 8.546 p= .004	T1>T5<T6
Depressione	0.96 (0.78)	0.95 (0.75)	0.97 (0.76)	F (1,209) = 5.008 p= .026	T1>T5<T6
Resilienza	5.02 (0.82)	5.04 (0.84)	5.07 (0.87)	F (1,209) = 6.128 p= .014	T1<T5<T6

Tab. 3 – Valori medi delle variabili significative gruppo nei tre tempi

Come si nota in tabella 3, c'è un incremento dei punteggi medi in alcune variabili (*soddisfazione del bisogno di autonomia, soddisfazione del bisogno di competenza, auto-gentilezza, umanità comune, mindfulness, rivalutazione cognitiva, vitalità soggettiva, umore positivo, autostima, depressione, resilienza*) e si osserva una diminuzione significativa dei punteggi medi in altre variabili (*frustrazione del bisogno di competenza, isolamento, iper-identificazione, umore negativo*). Si nota, invece, una stabilità dei punteggi medi tra T5 (fine intervento) e T6 (follow-up) nella variabile *ottimismo*.

CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE

5.1 Principali risultati

L'ipotesi di ricerca di questo progetto prevede un aumento della compassione e del benessere nel gruppo sperimentale, nel corso dell'intervento, con una stabilizzazione nel follow-up (Neff et al., 2007).

Si ipotizza che maggiori livelli di autocompassione siano associati a: *soddisfazione dei propri bisogni, auto-gentilezza, umanità comune, mindfulness, maggiore regolazione emotiva, maggiore gratitudine, maggiore vitalità, emozioni positive, maggiore resilienza e minore ansia*; mentre, è atteso che minori livelli di autocompassione siano associati a: *frustrazione dei propri bisogni, auto-giudizio, isolamento, iperidentificazione, emozioni negative, maggiore ansia, depressione*.

Per quanto riguarda l'effetto gruppo x tempo, pochi sono gli effetti statisticamente significativi che si sono riscontrati (un aumento della variabile *umore positivo* e una diminuzione della variabile *ansia*). Ciò può essere dovuto al fatto che il progetto di ricerca non prevedesse l'attuazione di programmi di promozione dell'autocompassione (i quali hanno una durata di otto settimane consecutive), mentre tale progetto è stato attuato per cinque settimane consecutive. Probabilmente, la durata delle settimane ha inciso sull'incremento significativo dell'autocompassione e del benessere in generale: infatti, una metanalisi di Koydemir et al. (2021) evidenzia che la durata di un intervento pari a otto settimane è valida per evidenziare degli aumenti significativi del benessere.

Considerando i risultati descritti precedentemente, è evidente che lo svolgimento di attività settimanali non ha permesso un incremento importante del benessere nel gruppo sperimentale.

Si è rilevato che gli esercizi settimanali hanno riscontrato un alto grado di piacevolezza e gratitudine, grazie alle riflessioni di alcuni partecipanti entusiasti di aver aderito alla ricerca (Es. *“Attività che aiuta a riflettere sui noi stessi, sui nostri comportamenti e pensieri”*).

È opportuno tenere a mente anche il periodo storico nel quale questa ricerca ha avuto luogo: in un momento difficile come quello attuale, l'autocompassione può essere utile per affrontare in modo costruttivo i momenti negativi (Es.: *“Sono soddisfatta della mia vita e della mia persona anche se a volte ci sono dei momenti di scoraggiamento. Solitamente comunque cerco di guardare sempre le*

cose da una prospettiva diversa per trovare la forza di andare avanti e migliorarmi anche quando mi sembra tutto nero.”).

Ciò che emerge dai commenti dei partecipanti è anche la possibilità di aver reso questa ricerca un momento di riflessione (Es. *“Grazie professoressa per averci dato la possibilità di riflettere su noi stessi tramite questo questionario. Per me ogni volta è stato spunto di riflessione”*).

Si tratta di un progetto di ricerca che, nel complesso, è stato accolto come una grande opportunità per potersi migliorare nei momenti difficili, gestendo le emozioni in modo più adeguato e incrementando lo spirito di adattamento ai cambiamenti improvvisi.

5.2 Limiti della ricerca

Nel seguente studio sono rilevabili dei limiti che potrebbero rivelarsi utili per ricerche future di questo tipo. Innanzitutto, la numerosità in analisi dati di partecipanti, seppur buona, è risultata ridotta rispetto al numero iniziale. Infatti, è emerso un calo progressivo del numero di compilazioni al passare delle settimane. Ciò può essere dovuto al fatto che il criterio minimo di partecipazione per il follow up fosse di quattro volte su cinque nel gruppo sperimentale.

Inoltre, solo in due casi (variabili *umore positivo* e *ansia*) vi sono stati dei cambiamenti nella direzione attesa per il solo gruppo sperimentale. Per questo, potrebbe essere utile aumentare il numero di settimane di compilazione di esercizi, al fine di raggiungere un cambiamento più evidente. Infatti, è dimostrato che gli interventi di durata maggiore sono più efficaci nel promuovere il benessere (Koydemir, 2021).

Lo svolgimento online della ricerca non rappresenta un limite, poiché ne sono evidenti gli effetti positivi (Tofade, 2012). L’aspetto che ha inciso sul calo del numero delle compilazioni può essere dato dalla lunghezza degli esercizi settimanali: diversi partecipanti hanno espresso le proprie opinioni divergenti a riguardo (*“Il test era un po' lungo e questa sensazione era accentuata dal fatto che non potevo sapere quanto mancasse. Inoltre alcune domande mi sono sembrate un po' ripetitive.”*) e altri hanno espresso dissenso sul numero eccessivo di questionari presenti (Es.: *“Troppi questionari”*).

In più, le liste motivazionali presenti a fine compilazione (*"Pensa alla settimana che ti aspetta, cosa vorresti fare? Quali sono le tue aspettative per i tuoi prossimi giorni? Fai un elenco di massimo 20 attività."*) sono state oggetto di critiche da parte di alcuni partecipanti (*"10 attività mi sembrano abbastanza...elencarne di più mi sembrerebbe eccessivamente ambizioso da portare avanti realmente"*). Sarebbe quindi utile in futuro ridurre il numero di attività massime da svolgere, in modo che il partecipante non si senta obbligato a inserire più azioni possibili. D'altro canto, ci sono anche persone che hanno accolto questa attività come un'occasione per una migliore organizzazione (*"Queste attività, soprattutto la parte del "prefiggiti degli obiettivi settimanali" in un certo modo, forse inconsapevolmente, mi sta aiutando ad avere un quadro puntuale, costante e preciso di quello che vorrei/dovrei/mi piacerebbe fare nel corso della settimana."*).

Si osserva nel gruppo sperimentale un decremento di alcune variabili (*isolamento, iper-identificazione, umore negativo, depressione*), rispetto al gruppo di controllo. Questo potrebbe indicare che la modalità di svolgimento degli esercizi settimanali previsti per il gruppo sperimentale non sia stata efficace. Sarebbe auspicabile proporre alla persona di fare riferimento in modo continuativo ad uno stesso evento fallimentare (e non diversi ogni volta) nel quale l'individuo abbia rimproverato sé stesso. Nel corso delle attività settimanali, ripensare a questo stesso evento potrebbe cambiare prospettiva e permetterebbe di ripensare al fatto in modo più compassionevole e in termini più positivi, operando successivamente una generalizzazione a tutti gli altri eventi negativi.

Infine, la tecnica di visualizzazione dell'immagine compassionevole di origini buddhiste, presente nel corso della seconda attività settimanale del gruppo sperimentale, si è rivelata essere di una certa difficoltà per alcuni partecipanti (Es.: *"è stata un'attività un po' difficile e "strana" all'inizio, perchè ho fatto un po di fatica ad immaginare l'altra persona e a imedesimarmi"*). Questo può essere dovuto alla complessità di immaginare un ideale di saggezza, in una visione buddhista che ben si discosta dalle religioni occidentali individualiste.

5.3 Implicazioni per la pratica futura

Dopo aver preso visione di quanto emerso dalla ricerca, si può svolgere una riflessione in merito alle implicazioni che questo lavoro può apportare alla pratica quotidiana.

Il progetto di ricerca, dal titolo “Promozione della motivazione e del benessere”, ha l’obiettivo di massimizzare il benessere e favorire stati motivazionali funzionali negli studenti universitari.

Lo studente universitario alterna, dal punto di vista scolastico, momenti più sereni a periodi più stressanti, questi ultimi rappresentati dal periodo di svolgimento degli esami.

È importante che l’allievo sappia gestire il proprio vissuto emotivo qualora ci siano dei periodi negativi (per esempio, causati dalla bocciatura ad un esame), senza rimproverarsi e attaccare il proprio sé. Lo studio, infatti, può diventare un ostacolo e negli ultimi anni stanno aumentando i casi di suicidio tra gli universitari, ritenuti probabilmente più fragili, con livelli di depressione e ansia molto più alti rispetto alla popolazione generale.

In questo senso, l’autocompassione può rivestire un ruolo di protezione e diminuire così il rischio di insorgenza di comportamenti suicidari.

In uno studio di Zeifman et al. (2021), 130 studenti universitari hanno completato il Death/Suicide Implicit Association Test (Greenwald et al., 1998), che valuta l’auto-identificazione automatica con la morte e il suicidio. Questo test è stato seguito da un sondaggio che includeva domande riguardanti le informazioni demografiche, l’autocompassione, l’autocritica (Es.: *“Cerco di essere amorevole con me stesso quando provo dolore emotivo”*), la gravità della depressione (Es.: *“Sembra che non riesca a provare alcun sentimento positivo”*), la disperazione (Es.: *“Tutto ciò che posso vedere davanti a me è spiacevole piuttosto che piacevole”*).

Da questa ricerca, Zeifman et al. (2021) concludono che l’autocompassione è associata negativamente con i comportamenti di suicidio riferiti e che *“l’autocritica e l’autocompassione possono entrambe rivestire un ruolo importante nel determinare i comportamenti suicidari tra gli universitari. Coltivare la propria auto-compassione ed essere meno critici di sé stessi quando si sperimenta la sofferenza, può essere un mezzo importante per ridurre i comportamenti a rischio di suicidio”*.

Nel progetto di ricerca presente, coordinato dalla prof.ssa Moè, gli studenti universitari hanno avuto una diminuzione significativa della variabile *ansia* e un incremento importante della variabile *umore positivo*, fondamentali entrambi per vivere l’esperienza universitaria in modo adeguato.

Progetti di ricerca come questo si rivelano quindi fondamentali per accrescere strategie funzionali di regolazione emotiva tra gli studenti universitari, vedendo il momento negativo (come la bocciatura ad un esame universitario) un qualcosa che accomuna tutta la popolazione universitaria.

Bibliografia

Adams, C. E. e Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*(10), 1120-1144.

Balzarotti, S., John, O.P. e Gross, J.J. An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire Submitted to the *European Journal of Psychological Assessment*.

Barnard, L. K. e Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology, 15*(4), 289-303.

(*) Berking, M. e Whitley, B. (2014). Emotion regulation: Definition and relevance for mental health. In *Affect Regulation Training* (pp. 5-17). Springer, New York, NY.

Bobbio, A. e Manganelli, A. (2011). Measuring social desirability responding. A short version of Paulhus' BIDR 6. TPM-Testing, psychometrics, methodology in applied psychology.

Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G. e Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry, 60*, 170-181.

Cabrini, S., Heard, H. L. e Swales, M. A. (2012). La terapia dialettico-comportamentale: caratteristiche distintive. *La Terapia Dialettico-Comportamentale, 1*-144.

Caputo, A. (2016). Italian translation and validation of the GQ-6. *International Journal of Wellbeing, 6*(2), 80-92.

Costa, S., Ingoglia, S., Inguglia, C., Liga, F., Lo Coco, A. e Larcán, R. (2018). Psychometric evaluation of the basic psychological need satisfaction and frustration scale (BPNSFS) in Italy. Measurement and Evaluation in *Counseling and Development, 51*(3), 193-206.

Ehret, A. M., Joormann, J. e Berking, M. (2015). Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cognition and Emotion, 29*(8), 1496-1504.

Germer, C. K. e Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology, 69*(8), 856-867.

Giannini, M., Schuldberg, D., Di Fabio, A. e Gargaro, D. (2008). Misurare l'ottimismo: Proprietà psicometriche della versione Italiana del Life Orientation Test—Revised (LOT-R). *Counseling: Giornale Italiano di Ricerca e Applicazioni*.

Gilbert, P. e Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507-516.

(* Gilbert, P. e Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In *Compassion* (pp. 275-337). Routledge.

Gilbert, P. e Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379.

Giuntoli, L., Ceccarini F., Sica C. e Caudek C. (2017). Validation of the Italian Versions of the Flourishing Scale and of the Scale of Positive and Negative Experience.

(* Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1464.

(* Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G. e Niccolls, R. (2004). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy*, 35, 821– 835.

(* Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. e Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1–25.

Holliman, A. J., Waldeck, D., Jay, B., Murphy, S., Atkinson, E., Collie, R. J., & Martin, A. (2021). Adaptability and social support: examining links with psychological wellbeing among UK students and non-students. *Frontiers in Psychology*, 205.

(* Iskender, M. (2009). The relationship between self-compassion, self-efficacy, and control belief about learning in Turkish university students. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 37(5), 711-720.

(* Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73.

Koydemir, S., Sökmez, A. B. e Schütz, A. (2021). A meta-analysis of the effectiveness of randomized controlled positive psychological interventions on subjective and psychological well-being. *Applied Research in Quality of Life*, 16(3), 1145-1185.

(*) Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A. e Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887.

(*) Lindenboim, N., Comtois, K. A. e Linehan, M. M. (2007). Skills practice in dialectical behavior therapy for suicidal women meeting criteria for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 147–156.

Mannarini, S. (2010). Assessing the rosenberg self-esteem scale dimensionality and items functioning in relation to self-efficacy and attachment styles. *TPM Test Psychom Methodol Appl Psychol*, 4, 229-42.

(*) Miller, A. L., Wyman, S. E., Huppert, J. D., Glassman, S. L. e Rathus, J. H. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 183–187.

(*) Moore, P. (2008). Introducing mindfulness to clinical psychologists in training: An experiential course of brief exercises. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(4), 331-337.

(*) Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M. e Chen, Y. J. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33(1), 88-97.

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.

Neff, K. D. e Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.

(*) Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K. e Hsieh, Y. P. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3), 267-285.

Neff, K. D., Rude, S. S. e Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916.

(*) Neff, K. D. e Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50.

(*) Nicastro, R., Jermann, F., Bondolfi, G. e McQuillan, A. (2010). Assessment of mindfulness with the French version of the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills in community and borderline personality disorder samples. *Assessment*, 17, 197–205.

(*) Polivy, J., Herman, P. H. e Howard, K. I. (1988). Restraint Scale: Assessment of dieting. In M. Hersen e A. S. Bellack (Eds.), *Dictionary of Behavioral Assessment Techniques* (pp. 377–380). New York: Pergamon.

(*) Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 757-761.

Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D. e Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250-255.

Ryan, R.M. e C. Frederick (1997). On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being', *Journal of Personality* 65, pp. 529– 565.

Sanilevici M, Reuveni O, Lev-Ari S, Golland Y e Levit-Binnun N (2021). Mindfulness-Based Stress Reduction Increases Mental Wellbeing and Emotion Regulation During the First Wave of the COVID-19 Pandemic: A Synchronous Online Intervention Study. *Front.*

Sanilevici, M., Reuveni, O., Lev-Ari, S., Golland, Y. e Levit-Binnun, N. (2021). Mindfulness-Based Stress Reduction Increases Mental Wellbeing and Emotion Regulation During the First Wave of the COVID-19 Pandemic: A Synchronous Online Intervention Study. *Frontiers in Psychology*, 12.

(*) Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R. e Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164.

(*) Shapiro, S. L., Brown, K. W. e Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology, 1*(2), 105.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. e Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092-1097.

Swinson, R.P. (2006). The GAD-7 scale was accurate for diagnosing generalised anxiety disorder. *Evidence-Based Medicine, 11*(6), 184.

(*) Stepp, S. D., Epler, A. J., Jahng, S. e Trull, T. (2008). The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. *Journal of Personality Disorders, 22*, 549 –563.

Tofade, T., Khandoobhai, A. e Leadon, K. (2012). Use of SMART learning objectives to introduce continuing professional development into the pharmacy curriculum. *American Journal of Pharmaceutical Education, 76*(4).

Travezaño-Cabrera, A. e Elguera-Cuba, A. Preliminary evidence of validity and reliability of the Self-Compassion Scale-Short Form in Peruvian adolescents. *Acad. (Asunción), 209-216*.

Veneziani, C. A., Fuochi, G. e Voci, A. (2017). Self-compassion as a healthy attitude toward the self: Factorial and construct validity in an Italian sample. *Personality and Individual Differences, 119*, 60-68.

Voci, A., Veneziani, C. A. e Bernardi, S. (2016). Dispositional mindfulness and self-compassion as predictors of work-related well-being. *Psicologia sociale, 11*(1), 69-88.

Wagnild, G. M. (2009a). The Resilience Scale User's Guide for the US English version of The Resilience Scale and The 14-Item Resilience Scale (RS-14). Worden, MT: The Resilience Center.

(*) Zeifman, R. J., Ip, J., Antony, M. M. e Kuo, J. R. (2021). On loving thyself: Exploring the association between self-compassion, self-reported suicidal behaviors, and implicit suicidality among college students. *Journal of American College Health, 69*(4), 396-403.

(*) = opera non direttamente consultata

Ringraziamenti

Al termine di questo percorso universitario, posso dire di non rendermene ancora conto. Tante sono state le difficoltà, dettate anche dal periodo delicato vissuto dal 2020. Svolgere un percorso di laurea magistrale in tre anni anziché in due, mi ha permesso di comprendere come l'importante non sia arrivare primi, ma arrivare al traguardo con un grado di consapevolezza maggiore.

In questo ultimo anno, sono riuscita a lavorare in qualità di docente di scuola primaria... e ho capito qual è la mia strada: l'insegnamento!

Se penso al mio percorso scolastico, troppe sono state le difficoltà: un liceo troppo scientifico per me, un percorso universitario che iniziava ad appesantirmi.

Ringrazio *in primis* i miei genitori per aver messo sempre al primo posto la scuola, per avermi fatto proseguire gli studi universitari dicendomi sempre: "Sei brava, non mollare mai!".

Grazie Silvia e grazie nonna per aver sempre creduto nelle mie capacità, anche quando io non ne ero abbastanza convinta.

Ringrazio anche te, Matteo, lo sai quanto ti posso essere grata per tutto quello che fai per me e per quanto mi stai vicino. Ti amo!

Grazie nonni e zii che da lassù vedrete tutto, è grande la vostra mancanza, ma una persona non muore mai finché il suo ricordo rimane vivido in chi resta.

Grazie animali domestici, a chi c'è ancora e a chi se n'è già andato. Sappiate che se potessi, vi terrei vicini a me per sempre. In un certo senso, anche voi avete studiato insieme a me! Sapete già quanto vi voglio bene...arricchite la mia vita!

Desidero inoltre ringraziare la mia relatrice di tesi, la prof.ssa Moè, che con il suo entusiasmo e la sua determinazione mi ha sempre incoraggiato a fare del mio meglio.

Ci tenevo a ringraziare anche la prof.ssa Toso, docente di lingua italiana e latina al liceo che ho frequentato. Forse non le ho mai detto quanto abbia stima di lei, non solo per la sua bravura professionale, ma anche per le parole di conforto e i consigli ricevuti durante il mio percorso liceale.