



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di laurea magistrale in Psicologia Cognitiva Applicata

Tesi di laurea magistrale

Promuovere l'autocompassione e il benessere.

Una ricerca.

Fostering self-compassion and well-being.

A research.

Relatrice

Prof.ssa Angelica Moé

Laureanda:

Galletta Beatrice

Matricola: 2020966

Anno Accademico 2022 / 2023

INDICE

Premessa	6
Capitolo 1: L'auto-compassione	8
1.1 Il concetto di autocompassione: definizione	8
1.2 Le dimensioni dell'autocompassione	8
1.3 Effetti sul benessere psicologico	11
1.4 Autocompassione, Stress e Coping	12
Capitolo 2: Promuovere l'autocompassione	15
2.1 L'autocompassione nella pratica clinica	15
2.2 Interventi per promuovere l'autocompassione	16
2.3 Ricerche con studenti universitari	21
2.4 Interventi di promozione online	24
Capitolo 3: La ricerca	26
3.1 Obiettivi e ipotesi	26
3.2 Partecipanti.....	26
3.3 Strumenti	27
3.4 Procedura	31
Capitolo 4: Analisi dei dati e risultati	35
4.1 Criteri di inclusione e Analisi.....	35
4.1.1 Statistiche descrittive	35
4.2 Effetto dell'intervento	36
4.2.1 Effetto di interazione tempo x gruppo	36
4.2.2 Effetto del tempo	38
Capitolo 5: Conclusione e discussione	41
5.1 Principali risultati	41
5.2 Limiti della ricerca	43
5.3 Spunti per le ricerche future	44
Bibliografia	46

*Ai miei genitori
che hanno sempre creduto in me
e mi hanno sostenuto in ogni mio passo.*

Premessa

Quando si parla di psicologia positiva e di benessere emotivo, è rilevante parlare anche di un concetto relativamente nuovo: l'autocompassione. Non è un caso, infatti, che il tema della compassione (*compassion*) e quello ad esso legato della autocompassione (*self-compassion*) stiano ad oggi riscontrando un grande successo in diversi ambiti, in particolare nella psicoterapia e nella psicologia generale, ma anche nella "mindfulness". Compassione e autocompassione sono due nozioni descritte all'interno di concetti e teoremi della psicologia dove il concetto di autocompassione non è poi così diverso dalla compassione per le altre persone. La principale differenza risiede nel fatto che di solito le persone si escludono dalla compassione offrendola soprattutto e più facilmente agli altri rispetto che a loro stesse (Neff & Davidson, 2016). Alcuni studi hanno dimostrato che l'autocompassione è strettamente legata al concetto di benessere, ad una maggiore felicità e soddisfazione nella vita, oltre ad essere un fattore protettivo verso le patologie riducendo depressione, stress e livelli di ansia. Per comprendere il legame tra autocompassione e benessere è necessario guardare ed analizzare il background di questi due costrutti; infatti, alcuni studi empirici sostengono che vi sia una forte relazione tra autocompassione e benessere psicologico. Con l'obiettivo di incrementare il benessere degli/delle studenti/esse universitari/e, è stata realizzata una ricerca presso l'Università degli Studi di Padova, seguita e coordinata dalla prof.ssa Angelica Moè. Interessante è cogliere gli effetti positivi di un intervento relativo all'autocompassione, per questo motivo l'obiettivo principale di questo studio è quello di analizzare i possibili interventi per promuoverla e di migliorare il benessere percepito. Nello specifico, l'ipotesi alla base della ricerca sostiene che lo svolgimento di alcune attività con cadenza settimanale, della durata complessiva di cinque settimane, possa favorire e promuovere la gratitudine, l'ottimismo, l'autostima, umore positivo e la resilienza, diminuendo allo stesso tempo l'auto-critica, auto-giudizio, ansia, frustrazione, depressione e isolamento.

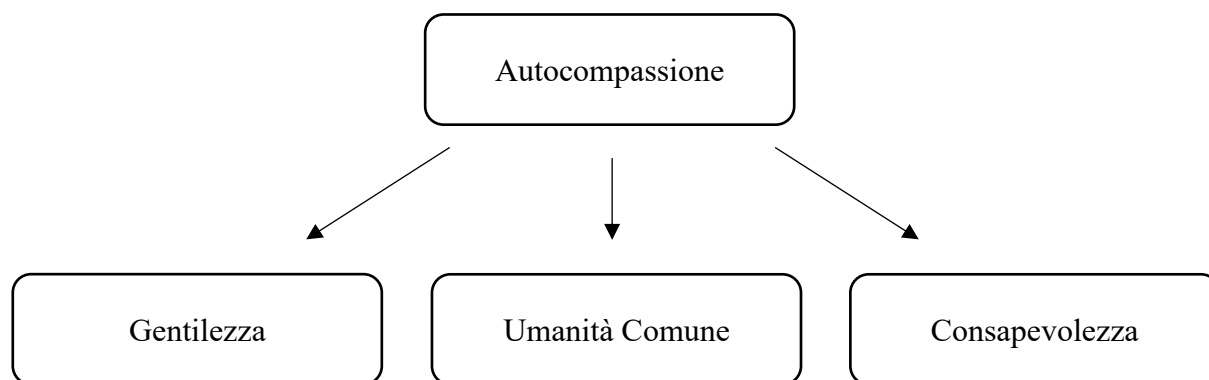
Capitolo 1: L'Autocompassione

1.1 Il concetto di autocompassione: definizione

Proposto per la prima volta da Kristin Neff (2003a, 2003b), il concetto di autocompassione è un modo alternativo per concettualizzare l'avere una posizione sana verso sé stessi. L'autocompassione si riferisce a come ci si relaziona con sé stessi in situazioni che comportano un fallimento percepito, un senso di inadeguatezza o sofferenza personale. Attingendo da alcuni scritti di filosofia buddista, Neff (2003b) ha definito l'auto-compassione come un costrutto composto da tre elementi principali interconnessi tra loro che si combinano e interagiscono reciprocamente per creare uno stato d'animo autocompassionevole durante periodi di dolore e di fallimento. Sebbene le persone agiscano in modo gentile e compassionevole verso gli altri, esse sono spesso più dure e critiche con sé stesse. L'intensa concentrazione verso sé stessi, che si verifica nel momento in cui le persone affrontano i propri limiti, può portare questi soggetti a sperimentare una sorta di visione a tunnel in cui essi tendono a identificare pensieri e sentimenti negativi su sé stessi. Alcuni sentimenti, come quelli di isolamento, possono verificarsi nel momento in cui le persone dimenticano che fallimento ed imperfezione sono elementi che fanno parte dell'esperienza umana e che servono per crescere. Ecco che in questo ambito entra in gioco l'autocompassione: tale costrutto implica l'essere gentili con sé stessi quando si valutano le proprie debolezze, oltre a ricordarsi che essere umani significa essere imperfetti ed imparare dai propri errori. L'autocompassione presuppone un approccio consapevole a pensieri, emozioni e sentimenti negativi mantenendoli in una prospettiva equilibrata. Una cospicua quantità di ricerche suggerisce che l'autocompassione sia associata alla salute psicologica.

1.2 Le dimensioni dell'autocompassione

Il modello dell'autocompassione proposto dalla psicologa Kristin Neff (2003a) identifica tre componenti collegate e combinate tra loro: ogni componente presenta due parti, la presenza di un costrutto e il diniego di un altro. L'autocompassione è rilevante quando si considerano errori e fallimenti, così come quando si affrontano situazioni di vita dolorose che però sono fuori dal proprio controllo.



Queste tre componenti sono le seguenti:

1. **Gentilezza verso sé stessi** (*Self-Kindness*): “essere gentili e comprensivi verso sé stessi piuttosto che autocritici”. Questa componente fa riferimento all’essere tolleranti e indulgenti verso sé stessi piuttosto che essere eccessivamente duri davanti a errori e fallimenti personali. Importante è sottolineare come parole che spesso i soggetti usano verso sé stessi (“Sei stupido! Sei pigro!”) siano epiteti che non userebbero mai nei riguardi di un amico, di una persona cara o anche di uno sconosciuto. Il concetto di gentilezza verso sé stessi implica estendere il perdono, l’empatia, la sensibilità, il calore e la pazienza alla propria esistenza.
2. **Senso di umanità comune** (*Common Humanity*): “riconoscere la possibilità di fallire come una parte più ampia della condizione e dell’esperienza umana”. Gli esseri umani sono imperfetti, possono provare sofferenze e non sempre sono in grado di ottenere quello che desiderano. Provare autocompassione significa capire i propri limiti, diventare consapevoli della propria imperfezione, che invece rende parte integrante della razza umana. Quello che spesso accade nella quotidianità è che l’individuo si senta solo ad affrontare difficoltà e fallimenti provando irrazionalmente la sensazione di essere l’unico a vivere un momento complicato (visione a tunnel). In queste circostanze le persone si dimenticano che fallimenti ed imperfezioni sono in realtà elementi normali della vita di ogni essere umano (Neff, 2003a).
3. **Consapevolezza** (*Mindfulness*): “ricordare i propri sentimenti e pensieri dolorosi piuttosto che evitarli o identificarsi in modo eccessivo con essi”. La consapevolezza permette di concentrarsi sui propri pensieri ed emozioni così come sono senza evitarli o nasconderli: non è possibile che una persona possa ignorare o negare il proprio dolore e provare contemporaneamente compassione per lo stesso. Quando qualcosa non funziona o quando la vita non segue il corretto corso degli eventi si attiva una modalità necessaria per trovare una soluzione al problema ancora prima di rendersi conto che questa situazione provoca sofferenza e/o disagio. Essere

consapevoli della propria sofferenza è un passo fondamentale e necessario per l'autocompassione.

Sebbene questi elementi siano stati studiati nel corso degli anni, poco è stato invece scritto sulle relazioni tra le tre componenti dell'autocompassione. Infatti, non molto chiaro se Neff veda le tre componenti come correlate tra loro oppure come elementi indipendenti.

Barnard e Curry (2011) si sono chiesti se può esistere l'autocompassione senza la presenza di tutte e tre le componenti. Quello che si può ipotizzare è che la compassione, diretta verso sé stessi o verso gli altri, sembra necessariamente essere collegata a tutte e tre: vi è dunque collegamento tra provare sofferenza, accusare dolore in modo consapevole senza evitarlo e cercare di alleviare la sofferenza. Risulta quindi complicato trattare una delle tre componenti senza citare le altre.

In primo luogo, la gentilezza personale può favorire l'umanità comune e la consapevolezza: qualora un individuo tenda ad essere premuroso e comprensivo verso sé stesso, egli potrebbe vergognarsi di meno dei propri difetti di fronte alle altre persone (Brown, 1998). La gentilezza può favorire la consapevolezza (*mindfulness*), può permettere ad una persona di provare dolore nel presente e, allo stesso tempo, di adottare una visione equilibrata della vita. Mentre il giudizio verso sé stessi tende a porre maggiore attenzione su aspetti come fallimenti ed errori passati o futuri e quindi sulla tendenza a sminuirsi, la gentilezza (*self-kindness*) si concentra sull'essere pazienti verso gli aspetti dolorosi che si stanno vivendo. In secondo luogo, l'umanità comune (*Common Humanity*) può promuovere la gentilezza (*Self-Kindness*) e la consapevolezza (*Mindfulness*). Le persone che si sentono connesse agli altri possono giudicarsi meno duramente per le debolezze in quanto accettano che le imperfezioni facciano parte dell'essere umano. L'umanità comune può anche promuovere la consapevolezza, poiché le debolezze sono percepite come meno minacciose e hanno meno probabilità di essere evitate. In terzo luogo, la consapevolezza (*Mindfulness*) può favorire la gentilezza (*Self-Kindness*) e l'umanità comune (*Common Humanity*). Definire i difetti può aiutare a prevenire che le persone giudichino sé stesse e può aiutarle a riconoscere difetti simili negli altri.

Sarebbe necessaria una ricerca empirica per studiare le diverse relazioni teoriche tra le tre componenti dell'autocompassione. In questo modo, gli studi effettuati sui fattori potrebbero determinare se l'autocompassione è un costrutto di ordine superiore composto da tutti e tre i

fattori di primo livello e, in questo caso, se tutte e tre le componenti contribuiscono allo stesso modo all'autocompassione stessa.

1.3 Effetti sul benessere psicologico

Per comprendere il legame tra autocompassione e benessere è necessario guardare ed analizzare il background di questi due costrutti; alcuni studi empirici sostengono che vi sia una forte relazione tra autocompassione e benessere psicologico (Neff et al., 2018a, Phillips & Hine, 2021). Gli studiosi concordano nell'affermare che l'autocompassione sia un predittore del benessere, nello specifico uno dei risultati più coerenti in letteratura è che una maggiore autocompassione sia legata ad una ridotta psicopatologia. Diverse meta-analisi condotte su una popolazione adolescenziale e adulta hanno dimostrato come ci sia una tendenza inversa tra autocompassione e stati mentali negativi come depressione, stress, ansia e ideazione suicidaria (Ferrari et al. 2019, Hughes et al. 2021).

Le teorie degli obiettivi suppongono che lo sviluppo del benessere sia una conseguenza del raggiungimento di determinati risultati. L'autocompassione potrebbe facilitare proprio il processo di raggiungimento degli obiettivi attenuando i sentimenti emotivi negativi collegati al fallimento e alle battute di arresto. Una persona con un alto livello di benessere tende a focalizzarsi maggiormente su eventi positivi ed interpreta le situazioni come più positive in relazione ai ricordi piacevoli (Diener, 1984). L'autocompassione potrebbe quindi essere d'aiuto per creare una mentalità più positiva: *“L'autocompassione è legata al benessere perché aiuta le persone a sentirsi sicure e protette”* (Neff, 2011). In questo caso, gli individui non dovrebbero valutare i propri fallimenti ed errori con pensieri negativi o troppo duri, ma dovrebbero considerarli attraverso ricordi più positivi e piacevoli in modo da sviluppare una condizione di benessere.

Rispetto ai livelli di autocompassione della popolazione generale, i soggetti che soddisfano i criteri per alcune condizioni di salute mentale come il disturbo bipolare, il disturbo d'ansia generalizzato, il disturbo da uso di sostanze o la schizofrenia tendono a sperimentare meno autocompassione. Secondo alcuni studiosi, l'autocompassione sembra ridurre la psicopatologia mediante la diminuzione del pensiero automatico e negativo (Yip & Tong 2021) e la riduzione dell'evitamento delle emozioni negative (Yela et al. 2022). Importante sottolineare come l'autocompassione sia anche utile per ridurre alcuni sentimenti negativi come la vergogna. Una meta-analisi eseguita da Zessin et al. sostiene che l'autocompassione sia legata ad un alto livello

di felicità, affetto positivo e di soddisfazione nella vita. Gli individui mossi da autocompassione provano maggiore speranza, gratitudine, curiosità e vitalità (Gunnell et al. 2017).

Alcune teorie bottom-up sostengono lo sviluppo del benessere come un processo di equilibrio tra esperienze positive ed esperienze negative. In base a come il soggetto valuta le diverse situazioni della propria vita, queste possono determinare una condizione di benessere: non è casuale, infatti, che momenti positivi portino ad un aumento del benessere, mentre quelli negativi lo diminuiscano. L'autocompassione potrebbe non comportare un aumento diretto delle esperienze positive, ma potrebbe invece diminuire tutte le esperienze negative vissute; per questo motivo, l'equilibrio che si andrebbe a creare tra le valutazioni positive e quelle negative avrebbe come conseguenza un aumento del benessere. Si potrebbe quindi presumere che le forme di benessere cognitivo e psicologico abbiano un forte legame con l'autocompassione. In questo caso l'autocompassione può essere considerata come una mentalità cognitiva-emotiva che reagisce alle emozioni negative con maggiore gentilezza (*Self-Kindness*), consapevolezza (*Mindfulness*) e senso di umanità comune (*Common Humanity*). Questo processo non porta semplicemente i soggetti ad una sostituzione dei sentimenti negativi con quelli positivi, ma “*gli individui con alti livelli di autocompassione accettano ed integrano cognitivamente le emozioni negative*” (Neff & Dahm, in press).

C'è un disaccordo tra i ricercatori in merito alla natura unitaria o bifattoriale dell'autocompassione. Neff et al. (2018) hanno sostenuto la natura unitaria dell'autocompassione, mentre altri studiosi hanno sostenuto che il costrutto contiene sia dimensioni positive sia dimensioni negative in particolare in condizioni che coinvolgono il coping adattivo e il funzionamento sano, così come il coping disadattivo, l'ansia e la depressione (Muris et al., 2018; Sirois et al., 2015).

1.4 Autocompassione, Stress e Coping

L'autocompassione viene sempre riconosciuta come una qualità importante per ridurre lo stress (Sirois et al, 2015). Infatti, l'autocompassione è stata definita come una visione positiva di sé che implica il relazionarsi con la gentilezza e l'accettazione in tempi di fallimento e difficoltà. Un numero crescente di ricerche ha documentato come l'autocompassione sia legata a bassi livelli di stress percepito e una maggiore resilienza dinnanzi a situazione di stress. Le persone che generalmente sperimentano alti livelli di autocompassione tendono a fare più affidamento su alcuni processi come la ristrutturazione cognitiva positiva e meno su evitamento o sulla fuga, ma non sembrano differenziarsi dalle persone con minori livelli di autocompassione nel modo

in cui affrontano il problem solving e le distrazioni. Le ricerche attualmente in atto non mostrano chiare differenze sui diversi livelli di autocompassione in relazione al coping, ma c'è bisogno di un ulteriore approfondimento.

Il modo in cui le persone si relazionano ad eventi potenzialmente stressanti è determinante per definire il loro grado di benessere primario. Non è quindi un caso che i ricercatori abbiano scelto di dedicare grande interesse alle strategie e ai processi di coping per cercare sia di comprendere quali tra questi siano più efficaci nelle diverse circostanze, sia di identificare le differenze individuali nel modo in cui le persone affrontano situazioni negative. Come già approfondito precedentemente, l'aspetto cardine dell'autocompassione implica trattare gentilmente sé stessi quando le cose non vanno come si aveva programmato. Ad esempio, quando ci si trova ad affrontare un fallimento, un soggetto dotato di alti livelli di autocompassione tende a trattarsi con maggiore gentilezza, cura e compassione, rivolgendo a sé stesso un numero minore di critiche e rabbia rispetto alle persone con bassi livelli di autocompassione. L'autocompassione consiste anche nell'essere rassicuranti verso la propria persona. Ci sono diversi modi in cui un soggetto può "trattarsi gentilmente": possono trattarsi di azioni palesi come prendersi del tempo libero per concedersi una pausa oppure possono trattarsi di atti mentali di gentilezza come cimentarsi in un discorso positivo, incoraggiante ed indulgente verso sé stesso.

La ristrutturazione cognitiva comporta il cambiamento della visione personale di una situazione o evento stressante per cercare di vederla sotto una luce maggiormente positiva. Ci sono diverse azioni che sono incluse in questa attività: essere ottimisti, avere un pensiero positivo e non pensare alle conseguenze negative. L'autocompassione richiede un certo livello di ristrutturazione positiva affinché le persone che sperimentano un alto livello di autocompassione possano interpretare le circostanze negative in termini meno avversi rispetto alle persone con bassi livelli di autocompassione. A seguito di un voto intermedio o negativo ed insoddisfacente, gli studenti più autocompassionevoli sostengono di aver usato le strategie di coping come forma di accettazione e reinterpretazione positiva dell'affrontare la situazione negativa o il fallimento (Neff, Hsieh, & Dejitterat, 2005). Grazie alla relazione tra autocompassione e benessere, sono enormi gli sforzi che sono stati fatti per far sì che le persone fossero in grado di usare una mentalità autocompassionevole nel pensare ai loro problemi.

Il coping relativo al problem solving comprende azioni come la pianificazione, la strategia e l'applicazione di sforzi che puntano a correggere la situazione piuttosto che lasciare agire passivamente il fattore fonte di stress. Alcune ricerche suggeriscono che il problem solving sia estremamente utile quando le persone sono capaci di mettere in atto azioni per correggere il

problema. Eppure, quando l'evento negativo non può essere modificato oppure risolto, attivare una strategia per cercare di risolvere il problema può essere un fattore negativo in quanto il soggetto tenta invano di correggere una situazione che non può essere risolta. La ricerca che mette in relazione problem solving e autocompassione è mista. Infatti, l'autocompassione è associata positivamente a variabili che predicono il coping focalizzato all'azione come l'ottimismo, la curiosità, l'iniziativa personale e l'esplorazione (Neff et al., 2007). I risultati proposti da tali studi suggeriscono che le persone più autocompassionevoli possono essere maggiormente propense ad impegnarsi attivamente piuttosto che agire come passivi osservatori dell'ambiente. Secondo la ricerca di Sirois et al. (2015), l'autocompassione è associata a un maggior uso del coping adattivo e un minor uso del coping disadattivo che, a sua volta, è legato all'efficacia del coping e successivamente a meno stress. Infatti, dopo aver analizzato le relazioni indirette, la relazione diretta tra autocompassione e stress è rimasta significativa, indicando che l'autocompassione è legata a un minore stress attraverso percorsi che vanno oltre la capacità di affrontare la situazione.

Riassumendo, l'autocompassione può essere una risorsa di coping davvero preziosa quando le persone si trovano ad affrontare nella vita degli eventi negativi. Le persone più autocompassionevoli hanno minori possibilità di vivere alcune situazioni negative come catastrofiche e di evitare compiti complicati per paura di fallire, oltre a sperimentare meno ansia a seguito di eventi stressanti. Alcuni studi effettuati suggeriscono che il coping può svolgere un ruolo importante in questo contesto. Un alto numero di ricerche sul rapporto tra autocompassione e coping suggerisce che l'autocompassione implica pensare a situazioni stressanti attraverso modalità che migliorano il coping. L'autocompassione sembra essere caratterizzata, per quanto riguarda il modo di affrontare gli eventi negativi, da una riformulazione cognitiva positiva.

Capitolo 2: Promuovere l'autocompassione

2.1 L'autocompassione nella pratica clinica

Alcuni terapeuti sono concordi nell'affermare che la compassione sia un'importante parte della psicoterapia. La compassione non è altro che “*consapevolezza intima della sofferenza, da parte di noi stessi e degli altri, con il desiderio di alleviarla*” (Germer & Neff, 2013). Numerose sono le ricerche dedicate all'autocompassione in tempi più recenti, oltre 200 articoli di riviste sono stati infatti pubblicati su questo argomento dal 2003 ad oggi.

L'autocompassione sembra facilitare la resilienza moderando le reazioni dei soggetti ad eventi o situazioni di carattere negativo. In una serie di ricerche, alcuni studiosi hanno chiesto agli studenti e alle studentesse universitari/e di ricordare eventi spiacevoli, immaginare situazioni di ipotetici fallimenti, perdita o umiliazioni e di svolgere un compito imbarazzante. I risultati hanno mostrato come i soggetti con maggiori livelli di autocompassione esprimessero reazioni meno estreme, un maggior numero di pensieri di accettazione e una maggiore tendenza a mettere i rispettivi problemi in prospettiva, riconoscendo la propria responsabilità. Secondo alcuni studi coloro che esprimono un livello più alto di autocompassione, quando pensano ad una separazione o rottura, mostrano un migliore adattamento psicologico tale da perdurare nel tempo.

Importante è ricordare che l'autocompassione non allontana le emozioni negative, ma aiuta le persone ad affrontare le situazioni avverse che si presentano nella vita. Infatti, attraverso l'autocompassione, le emozioni negative non vengono sostituite con quelle positive, le emozioni positive vengono generate per abbracciare quelle negative. La concettualizzazione dell'autocompassione proposta da Neff (2003a) e da alcuni studi successivi comporta aspetti sia positivi sia negativi. Ad esempio, l'autocompassione positiva ha mostrato un legame negativo con i problemi di salute mentale, mentre l'autocompassione negativa ha mostrato una forte associazione positiva con alcuni indici di salute mentale (Muris & Petrocchi, 2017). Se si analizzano alcuni aspetti clinici, come il nevroticismo, si può affermare che questo tratto mostri un'associazione negativa con l'aspetto positivo e una relazione positiva con l'aspetto negativo dell'autocompassione (Lopez et al, 2015). Per rispondere a questa critica, Neff et al. hanno condotto una serie di studi con l'obiettivo di giustificare la loro precedente posizione sulla concettualizzazione dell'autocompassione (Neff, 2015, 2016a; Neff, Whittaker, & Karl, 2017).

È necessario sottolineare che l'autocompassione è correlata negativamente al perfezionismo disadattivo (Neff, 2003a) e non solo è di aiuto per sé stessi, ma accresce il funzionamento

interpersonale. Se andiamo ad analizzare gli studenti e le studentesse, alcune ricerche sostengono che i soggetti più autocompassionevoli tendono a fornire un supporto sociale maggiore e ad incoraggiare la fiducia interpersonale nei propri coinquilini.

Breines e Chen (2012) affermano nei loro studi che, provare autocompassione per le debolezze personali, per i fallimenti e le trasgressioni morali passate, porta ad una maggiore motivazione a cercare di cambiare in meglio, oltre a sforzarsi ad imparare dai propri errori per evitare di commetterli nuovamente.

2.2 Interventi per promuovere l'autocompassione

Gli interventi per promuovere l'autocompassione sono molteplici, questi si dividono in interventi a breve termine ed interventi a lungo termine. Di seguito verranno approfonditi alcuni interventi e training volti a migliorare il benessere della vita degli individui attraverso l'autocompassione.

Mindful Self-Compassion (MSC)

Sviluppata nel 2013 da Christopher Germer e Kristine Neff, la Mindful Self-Compassion (MSC) è una combinazione di mindfulness e training sull'autocompassione: *“un programma di training di autocompassione basato sulla consapevolezza”*. Importante è sottolineare come la MSC sia un potente strumento di resilienza emotiva grazie alla combinazione di abilità di autocompassione e di mindfulness. Infatti, la mindfulness non è altro che il primo passo verso la guarigione emotiva in quanto permette agli individui di riconoscere i propri pensieri e sentimenti difficili con comprensione e gentilezza al fine di ricercare uno stato d'animo più calmo. L'autocompassione è utile per migliorare notevolmente il benessere emotivo: vi è quindi un aumento della felicità, viene ridotta l'ansia e la depressione. La MSC può essere considerata come l'unione tra sviluppo personale e psicoterapia: si tratta di un programma di costruzione di risorse progettato per il pubblico con lo scopo di migliorare la capacità di autocompassione. Il primo programma MSC ha avuto luogo nel 2010 ed è stato completato dopo due anni.

L'efficacia del MSC dipende da come i partecipanti imparano a praticare l'autocompassione come risposta spontanea alla sofferenza, piuttosto che come strategia per cambiare come persone o modificare come si sentono. Tipicamente i training MSC sono composti da 10-25 partecipanti; l'intervento avviene in 8 sessioni della durata di due ore e tre quarti, unito ad un ritiro silenzioso di circa quattro ore. Durante il training sono presenti 1-2 insegnanti a seconda delle dimensioni del gruppo e, per una questione di sicurezza, da alcuni professionisti della salute mentale. I partecipanti

a questo programma imparano la mindfulness e l'autocompassione attraverso una varietà di attività come discorsi, esercizi, meditazioni, pratiche informali, discussioni, poesie e video. A coloro che prendono parte a tale training vengono insegnate 7 tecniche di meditazione formale (da seduti), oltre a 18 pratiche informali da utilizzare nella vita quotidiana: 25 attività in totale. Durante tutto il programma di otto settimane sono incoraggiati almeno 30 minuti al giorno di meditazione a casa da eseguire nel corso della giornata. Inoltre, ai partecipanti vengono insegnate pratiche di autocompassione in modo tale che possano usare quanto appreso anche una volta terminato il programma. Attraverso questi esercizi viene insegnata l'autocompassione in modo relazionale grazie alle discussioni tra insegnanti e studenti/esse: non è un caso che, al termine di ogni pratica o attività, gli studenti/esse condividano con gli insegnanti quanto hanno sperimentato o provato. La risonanza emotiva è il punto cardine dell'indagine da parte degli insegnanti. Sono infatti gli istruttori a creare in classe una "cultura della gentilezza" che permette ai partecipanti di sentirsi sicuri e disposti a sperimentare compassione verso sé stessi. Il programma MSC è organizzato in modo tale che ogni sessione si basi sulle sessioni precedenti. Molteplici sono le prove a sostegno dell'efficacia del MSC come pratica per aumentare l'autocompassione e altri aspetti del benessere psicologico. Neff e Germer (2013) hanno condotto uno studio randomizzato con l'obiettivo di confrontare i risultati raggiunti dai partecipanti alle attività MSC con quelli ottenuti da un gruppo di controllo. Lo studio ha dimostrato che i training MSC portano ad un aumento significativo dell'autocompassione, della compassione per gli altri, della consapevolezza e della soddisfazione di vita, nonché una diminuzione della depressione, dell'ansia, dello stress e dell'evitamento emotivo rispetto ai gruppi di controllo. I risultati ottenuti grazie all'uso di questi training sono stati mantenuti nel tempo, nello specifico dopo sei mesi al follow-up.

Un secondo studio randomizzato controllato di MSC è stato condotto ad opera di Friis, Johnson, Cutfield e Considine (2016): tale attività ha esaminato le persone che presentavano come patologia il diabete di tipo 1 e di tipo 2. I risultati di questo training riportano come i partecipanti alla MSC mostrino un aumento significativo dell'autocompassione, una diminuzione della depressione e del disagio del diabete rispetto al gruppo di controllo. Un adattamento del MSC è il programma per adolescenti "*Making Friends with Yourself*", realizzato da Hobbs e Bluth nel 2016: si tratta di un corso della durata di otto settimane dove ogni sessione tratta un tema specifico. Tale corso è parallelo ai temi e alla struttura del programma realizzato per gli adulti, ma si differenzia in quanto le classi e le meditazioni guidate sono più brevi in quanto sono tarate su un determinato periodo dello sviluppo. I partecipanti a queste attività hanno riportato un miglioramento significativo nell'autocompassione e nella soddisfazione di vita, oltre ad una diminuzione della depressione e dell'ansia, una maggiore consapevolezza rispetto al gruppo di controllo.

Compassionate Mind Training (CMT)

La CMT è stata sviluppata per le persone con un alto senso di vergogna, una tendenza all'autocritica e con problemi che tendono ad essere cronici.

La rilevanza di questo studio nasce dal fatto che la vergogna è stata riconosciuta come una componente importante in relazione ai problemi di salute mentale e propensione all'aggressività. Questa tecnica si basa sulla premessa che, quando qualcosa non va come sperato o quando le persone falliscono in certi compiti, queste possono temere delle conseguenze diventando autocritiche e non in grado di esprimere auto-rassicurazione per sé stesse. In questo caso, sia il mondo interno (*self-to-self*) sia il mondo esterno (*other-to-self*) della persona sono vissuti come ostili. Gilbert et al. (2004) hanno espresso una forte relazione inversa di autocritica con la capacità di concentrarsi su pensieri auto-rassicuranti e l'auto-rassicurazione è stata associata a punteggi più bassi in relazione alla depressione. L'allenamento della compassione produce cambiamenti nel sistema nervoso autonomo misurati dalla variabilità della frequenza cardiaca (Di Bello et al., 2020), nel sistema immunitario e in varie aree corticali (Favre et al., 2021). Secondo Gilbert, la compassione è concettualizzata come una motivazione prosociale e può essere definita come “*la sensibilità alla sofferenza in sé stessi e negli altri, con l'impegno di cercare di alleviarla e prevenirla*”. Questa definizione enfatizza due componenti della compassione: la preparazione a impegnarsi con la sofferenza, l'angoscia e la saggezza per elaborare un'azione utile.

La CMT si basa su un insieme di tecniche e pratiche progettate per costruire le proprie motivazioni e competenze interiori in relazione alla compassione e allo stimolo di sistemi fisiologici legati alla cura, all'affiliazione e alla regolazione emotiva cercando di sviluppare le competenze mentali e gli stati psicologici che facilitano i due processi di compassione. Il primo implica il potersi rivolgere alla sofferenza, tollerarla e impegnarsi con essa piuttosto che evitarla, mentre il secondo riguarda alcuni metodi per alleviarla e prevenirla.

Le pratiche che vengono utilizzate durante questo training possono essere corporee e psicologiche; esse consistono in lunghi e profondi respiri (circa cinque respiri al minuto), nell'assunzione di una postura sicura e amichevole, in attività di modulazione del tono di voce e delle espressioni facciali, oltre alla meditazione. In aggiunta a tali pratiche, la CMT prevede una serie di attività come esercizi cognitivi, di immaginazione e prove comportamentali che promuovono la consapevolezza e la coltivazione delle proprie competenze attraverso l'uso della compassione (Matos et al., 2022). Costruire una mente e il sé compassionevole diventa quindi il focus e l'intenzione con cui gli individui

possono adoperarsi per affrontare le difficoltà della vita (Matos et al., 2017a). In letteratura, diverse ricerche hanno sostenuto l'efficacia della CMT in campo clinico e non (Beaumont et al., 2017).

In campo non clinico, uno studio randomizzato controllato di Matos (2017a) ha esaminato l'impatto di un intervento CMT di due settimane su una serie di indicatori emotivi, autovalutativi, psicopatologici e sulla variabilità della frequenza cardiaca in un campione non clinico. I risultati di tale studio hanno mostrato aumenti significativi dell'autocompassione, della sensibilità a ricevere compassione da parte degli altri e dell'affetto positivo sicuro e rilassato, oltre ad una riduzione della vergogna, dell'autocritica, delle paure di compassione, della depressione e dello stress.

Un altro studio rilevante è quello proposto da Irons & Heriot-Maitland (2020) in cui hanno riportato gli effetti benefici di un intervento CMT di otto settimane. Tale intervento ha portato un aumento dei livelli di compassione, rassicurazione di sé, rango sociale, emozioni positive e benessere dei partecipanti, riducendo l'autocritica, gli attacchi di ansia e sintomi come depressione e stress. I risultati ottenuti da questo trattamento sono stati poi mantenuti nel tempo a tre mesi dopo il follow-up.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

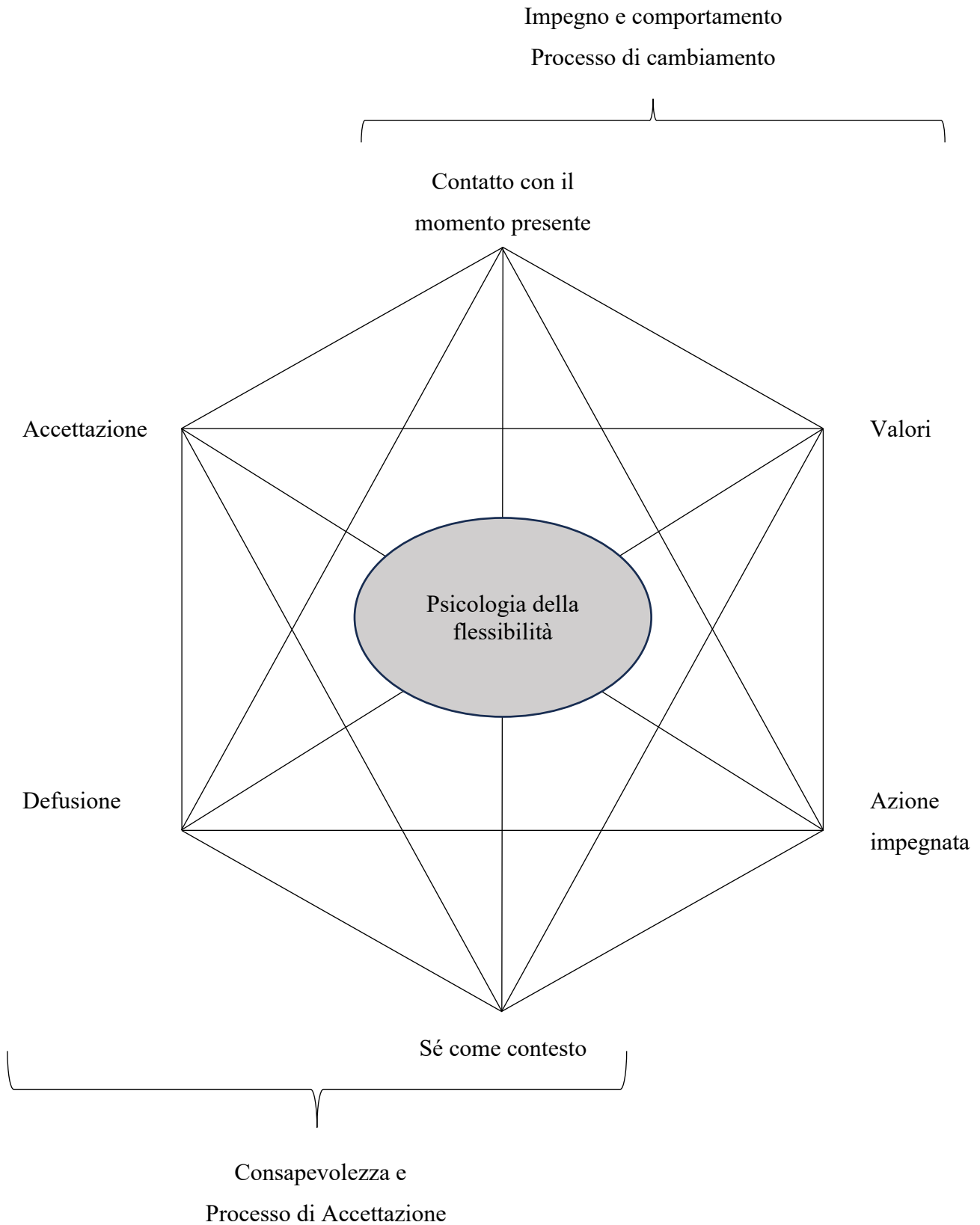
L'Acceptance and Commitment Therapy è una tecnica di psicoterapia con basi scientifiche (Hayes, 2004). L'ACT è insolita in quanto è collegata ad un programma completo di ricerca di base attiva sulla natura del linguaggio e della cognizione umana (teoria del quadro relazionale). La terapia funziona attraverso processi diversi rispetto ai confronti attivi che si verificano nel trattamento, compresa la terapia cognitivo-comportamentale (CBT).

Importante sottolineare che, al momento, non ci sono abbastanza studi controllati per affermare che l'ACT sia più efficace di altri trattamenti attivi relativi ai temi trattati. Questa tecnica è radicata nella "filosofia pragmatica del contestualismo funzionale e nella teoria del quadro relazionale (RFT); si tratta di una varietà specifica di contestualismo che ha come obiettivo la previsione e l'influenza degli eventi, con precisione e profondità" (Hayes, 1993). L'ACT sottolinea l'importanza del lavoro come criterio di verità e dei valori scelti come precursori necessari per la valutazione del lavoro stesso.

Tale tecnica viene utilizzata per il trattamento di ansia, depressione, problematiche relazionali, dipendenze, problematiche legate al dolore cronico. Il lavoro terapeutico in ACT può essere riassunto in due principi: promuovere il chiarimento dei valori e le azioni che siano conformi a tali valori; promuovere la defusione come un modo per essere coinvolti nei fini preziosi quando sono presenti gli eventi privati. L'ACT si rivolge a ciascuno di questi problemi fondamentali con l'obiettivo

generale di aumentare la flessibilità psicologica intesa come stabilità attraverso sei processi fondamentali (vedi fig. 1).

Figura 1 Sei principi fondamentali dell'ACT



Questi processi sono: accettazione, defusione cognitiva, il sé come contesto, azione impegnata, chiarimento dei valori e contatto con il momento presente.

2.3 Ricerche con studenti universitari

La vita studentesca è associata a una moltitudine di pressioni interne ed esterne, come il susseguirsi di un'alternanza di successi ed insuccessi, il trasferimento geografico, la solitudine e il rifiuto sociale. Inoltre, gli studenti spesso si trovano a vivere tra forte ambizione accademica e la paura del fallimento. Il modo in cui gli studenti si impegnano nelle sfide accademiche o sociali e il modo in cui esercitano l'autodisciplina può dare importanti indicazioni per il loro benessere e la loro salute mentale. Non è un caso che spesso essi debbano far fronte alle sfide legate allo sviluppo dell'identità, allo stabilire nuove relazioni e al trovare un sano equilibrio tra lavoro e tempo libero. Inoltre, in questo periodo storico con un maggiore orientamento al mercato e ai valori neoliberalisti, le richieste perfezioniste sembrano aumentare (Curran & Hill, 2019).

Le ricerche esistenti indicano che alcuni fattori come lo stress sono in forte aumento tra gli studenti: molti mostrano strategie di coping e abitudini di vita che li mettono a rischio a causa della bassa tolleranza allo stress. Inoltre, un crescente numero di studi indica un'alta prevalenza di problemi di salute mentale tra gli studenti, oltre a sottolineare come questi problemi possono crescere sia in numero sia in gravità (Evans et al., 2018). In un recente studio, un ampio campione di studenti e studentesse norvegesi ha riferito di aver sperimentato sintomi psicologici da moderati a gravi durante le due settimane precedenti. Questo è più del doppio della prevalenza riscontrata nei non studenti norvegesi all'interno della stessa fascia di età ed è aumentata del 25% rispetto al 2010. Tali cifre indicano la necessità di interventi psicologici facilmente accessibili ed efficaci per gli studenti (Dundas et al., 2017). L'autocompassione è descritta come un modo sano di rispondere al fallimento e all'angoscia: imparare ad essere compassionevoli verso sé stessi potrebbe aiutare gli individui a sviluppare la loro capacità di riconoscere i bisogni e motivarsi verso i cambiamenti che sono significativi per loro. Inoltre, una posizione autocompassionevole può aiutare a far fronte a emozioni impegnative con un maggior grado di comprensione e accettazione. In una meta-analisi, Zessin et al. (2015) hanno trovato una relazione positiva e una forte associazione tra autocompassione e benessere psicologico. Ad oggi sono pochi gli studi che hanno esaminato l'effetto dell'autocompassione negli studenti universitari: tra questi vi sono studi che suggeriscono che un corso di autocompassione

(MSC) può aumentare l'autoefficacia e l'ottimismo (Smeets et al., 2014) e ridurre pensieri ed emozioni negative (Arimitsu, 2016).

Nello specifico, lo studio di Smeets et al. ha analizzato l'efficacia di un intervento di gruppo sull'autocompassione per migliorare la resilienza e il benessere tra le studentesse universitarie. Alla ricerca, della durata di tre settimane, hanno preso parte cinquantadue studentesse assegnate in modo casuale a un intervento progettato per insegnare abilità di auto-compassione (N=27) o al gruppo di controllo attivo in cui sono state insegnate abilità generali di gestione del tempo (N=25). Entrambi gli interventi comprendevano tre riunioni di gruppo. Per misurare la resilienza e i guadagni relativi al benessere, i partecipanti hanno compilato una serie di questionari prima e dopo l'intervento. I risultati hanno mostrato che l'attività svolta dal gruppo sperimentale (intervento sull'autocompassione) ha portato ad aumenti significativamente maggiori di autocompassione, consapevolezza, ottimismo e auto-efficacia, nonché diminuzioni maggiori nella ruminazione rispetto al gruppo di controllo attivo. Mentre entrambi gli interventi hanno aumentato la soddisfazione della vita, non sono state trovate differenze per la preoccupazione e l'umore. Questo intervento suggerisce che un breve intervento di autocompassione ha il potenziale per migliorare la resilienza e il benessere negli studenti.

La ricerca di Arimitsu (2016) nasce con l'obiettivo di esaminare gli effetti di un Enhancing Self-Compassion Program (ESP) tra gli individui giapponesi in uno studio randomizzato controllato dal momento che, ad oggi, non ci sono prove che suggeriscono che un programma volto ad aumentare l'autocompassione sia efficace in culture interdipendenti come il Giappone. I soggetti con un basso livello di autocompassione (N=40) sono stati assegnati in modo casuale ad un ESP o a un gruppo di controllo in lista di attesa. L'intervento prevedeva la compilazione di alcuni questionari self-report pre-trattamento, post-trattamento e a un follow-up di tre mesi. Nel post-intervento e al follow-up, i risultati hanno mostrato miglioramenti significativi in ciascuna delle sottoscale dell'autocompassione ad eccezione della consapevolezza per il gruppo sperimentale a differenza di quanto accaduto per il gruppo di controllo. Inoltre, sono stati riscontrati anche maggiori riduzioni di pensieri ed emozioni negative nel gruppo ESP. Questo studio ha mostrato come un intervento ESP può essere efficace per gli individui giapponesi con bassa autocompassione.

Binder et al. (2019) hanno esplorato come gli studenti universitari sperimentano e si avvicinano agli interventi di autocompassione. L'ipotesi primaria di tale studio era che un corso di autocompassione avrebbe sostituito le forme negative di autoregolazione con forme più sane della stessa, mentre l'ipotesi secondaria era quella di esaminare se il corso avrebbe aumentato l'autocompassione e ridotto la depressione e l'ansia. La ricerca si occupa dei possibili effetti di un intervento di autocompassione in tre sessioni con l'obiettivo di aiutare gli studenti a diventare più autocompassionevoli verso loro stessi. Si è trattato di un progetto multi-metodo in cui sono stati riportati gli effetti di un corso di

autocompassione sull'autoregolamentazione sana e malsana e sui sintomi di ansia e depressione negli studenti universitari. Nello specifico, inizialmente sono stati reclutati 158 partecipanti di età media di 25 anni che hanno svolto alcuni training già frequentemente utilizzati per aumentare il benessere negli individui come MSC (Neff e Germer, 2013), CMT (Gilbert e Procter, 2006) e Mindfulness-Based Stress Reduction (Santorelli e Kabat-Zinn, 2009). Le sessioni, della durata di 90 minuti, erano distribuite nell'arco di due settimane. I risultati ottenuti sono rimasti invariati a sei mesi di follow-up e hanno mostrato un aumento dell'autoefficacia nella crescita personale e nel controllo degli impulsi, oltre ad una riduzione dell'auto-giudizio, del pensiero abituale negativo, dell'ansia e della depressione. Nella prima sessione, ai partecipanti viene insegnata l'autoconsapevolezza e l'autocompassione in una lezione di 15 minuti seguita da brevi esercizi di consapevolezza e autocompassione, discussioni di gruppo e pratiche esperienziali. In queste pratiche il compito è quello di immergersi nelle esperienze (per esempio, considerare come si viene trattati dagli altri in situazioni difficili) per poi riflettere su queste. Nella seconda sessione vengono invece affrontati: consapevolezza, comuni reazioni di stress fisico, reazioni di vergogna, come affrontare l'autocritica distruttiva, come il comportamento autocompassionevole potrebbe influenzare il corpo e la mente, i sistemi affettivi attivanti e lenitivi all'interno di un quadro evolutivo basato sull'attaccamento. La sessione finale comprende discussioni sui propri sentimenti positivi, riflessioni su come si vuole vivere e ulteriori discussioni sulla compassione per sé stessi e per gli altri. Al termine degli interventi, i risultati più significativi indicano che gli studenti/esse universitari sono diventati più solidali e amichevoli verso loro stessi durante le diverse situazioni difficili della loro vita (Binder, 2019).

Il coping e l'autocompassione orientati al futuro hanno dimostrato benefici promettenti per il benessere psicologico, ma gli effetti degli interventi di autocompassione non stati adeguatamente esaminati. Lo studio di Huang et al. (2021) mira a testare gli effetti di un intervento di autocompassione basato sul coping orientato al futuro e sul disagio psicologico con uno studio randomizzato controllato su un campione di studenti/esse universitari/e cinesi. La ricerca prevede 69 partecipanti divisi in due gruppi: un gruppo di intervento (N=32) e un gruppo di controllo in lista d'attesa (N=37). L'autocompassione (positiva e negativa), il coping orientato al futuro (proattivo e preventivo) e il disagio psicologico (depressione, ansia e stress) sono stati valutati a livello basale, post-intervento e con un follow-up a 1 mese. I risultati mostrano che il gruppo di intervento ha evidenziato un aumento dell'autocompassione e del coping orientato al futuro, nonché una diminuzione della depressione e dello stress rispetto al gruppo di controllo. Il miglioramento della gestione proattiva ha svolto un ruolo di mediazione negli effetti dell'intervento su depressione e stress. Questo studio ha fornito prove riguardanti gli effetti dell'intervento di autocompassione sulla gestione orientata al futuro.

O'Hare e Gemelli (2013) hanno esaminato gli effetti che sono associati in modo univoco alle pratiche di consapevolezza dell'attenzione focalizzata rispetto all'autocompassione attraverso l'uso di un approccio multi-metodo. Nello specifico i due ricercatori hanno confrontato l'efficacia di due diverse tecniche di intervento basate sulla mindfulness con l'obiettivo di dimostrare i benefici delle due pratiche di consapevolezza su alcune variabili di benessere e di rendimento negli studenti/esse universitari/e. I partecipanti erano studenti universitari dello stesso corso ma divisi in due sezioni; essi dovevano completare dieci settimane di pratica di attenzione focalizzata o di autocompassione con training della durata di cinque minuti due volte alla settimana prima delle lezioni. Al primo gruppo veniva chiesto di concentrare l'attenzione sul proprio respiro e di ignorare gli altri pensieri; al secondo gruppo veniva chiesto di portare l'attenzione su frasi compassionevoli. I risultati ottenuti da tale studio mostrano che gli studenti del gruppo di attenzione focalizzata hanno riportato effetti di inferenza ridotti sui tempi di reazione dopo il training. Gli studenti nel gruppo di autocompassione hanno evidenziato miglioramenti significativi nel benessere e nel rendimento accademico rispetto al gruppo dell'attenzione focalizzata, oltre ad una riduzione nei punteggi relativi all'ansia e allo stress percepito. Questi dati supportano la teoria secondo la quale inserire pratiche di mindfulness brevi e semplificate in qualsiasi classe (relativamente all'autocompassione) possa migliorare l'attenzione, il benessere e le prestazioni degli studenti.

2.4 Interventi di promozione online

Una considerazione chiave per le iniziative di prevenzione e promozione della salute mentale è lo sviluppo di interventi flessibili, accessibili e sostenibili. Gli interventi *online* offrono una serie di vantaggi a questo proposito: disponibilità costante e remota, capacità di fornire cure coerenti, anonime e personalizzate, integrare e standardizzare le misure e i risultati. Inoltre, tali interventi consentono una diffusione economica su larga scala e sono adatti alle iniziative di promozione della salute basate sulle università. La formazione clinica è spesso un momento di alto stress per i tirocinanti provenienti dalle diverse università, questo implica conseguenze potenzialmente gravi per il funzionamento personale, accademico e professionale, se il percorso non viene gestito in modo efficace. Mentre la ricerca che documenta l'incidenza delle condizioni legate allo stress tra i tirocinanti è limitata, le stime indicano che tra il 25% e il 73% degli stessi sperimenta livelli elevati di disagio psicologico (Stafford-Brown & Pakenham, 2012). Le preoccupazioni sui livelli di stress sperimentato dai tirocinanti ha portato un certo numero di autori e ricercatori a sostenere che la

capacità di gestire lo stress da parte degli studenti è un imperativo etico e che le iniziative per imparare a gestirlo dovrebbero essere integrate nella formazione clinica.

Lo studio di Finaly-Jones et al. (2017) nasce con lo scopo di cercare di affrontare questo divario sviluppando un programma per coltivare autocompassione *online* per i tirocinanti in psicologia e conducendo un'indagine preliminare sull'efficacia del training per aumentare l'autocompassione, la felicità ed il benessere e ridurre i distress psicologici. L'importanza di questo training sull'autocompassione è supportata da prove iniziali che dimostrano l'utilità degli interventi di mindfulness e di accettazione (MAB) per aumentare il benessere e ridurre lo stress tra i tirocinanti. Gli elementi chiave di questi approcci sono stati estratti e adattati per sviluppare un protocollo per aiutare gli individui a coltivare l'autocompassione secondo la concettualizzazione di Neff (2003a, 2003b). La struttura del programma si è basata sul modello MAB di psicopatologia e cambiamento terapeutico, tra cui psicoeducazione, istruzione di meditazione, esercizi riflessivi ed esperienziali, automonitoraggio e feedback. La psicoeducazione è stata utilizzata per fornire ai partecipanti una comprensione teorica dell'autocompassione e di come questa è collegata ai diversi aspetti relativi al processo di valutazione e risposta allo stress. I partecipanti a tale training erano 37 tirocinanti provenienti da tutta l'Australia e reclutati attraverso l'uso di mail e di social media. L'intervento, sviluppato nell'arco di sei settimane, si basava su un'ampia revisione della letteratura sull'autocompassione e sui campi correlati come compassione ed interventi MAB. Le mail venivano inviate ai partecipanti all'inizio di ogni settimana e veniva fornita una panoramica del modulo programmato. I questionari di feedback venivano invece inviati alla fine di ogni settimana e un link post-test veniva inoltrato, sempre via mail, alla fine della sesta settimana. Dopo dodici settimane dalla data di completamento del programma, i partecipanti ricevevano una mail con un link per il follow-up. I risultati hanno mostrato un aumento dell'autocompassione, del benessere e della felicità, nonché una riduzione dei livelli di stress, della depressione e delle difficoltà di regolazione delle emozioni. Tali risultati sono poi stati mantenuti anche a seguito del follow-up di tre mesi.

Capitolo 3: La ricerca

3.1 Obiettivi e ipotesi

La presente ricerca, condotta da quattro studentesse universitarie (Colautti Sara Gioia, Da Rous Sara, Di Tuccio Martina, Galletta Beatrice), viene inserita all'interno dello studio dal titolo "Promozione della motivazione e del benessere" realizzato dalla professoressa Angelica Moé. L'obiettivo generale è quello di dimostrare l'efficacia di un intervento *on-line* sull'autocompassione con il fine di accrescere il benessere e gli stati motivazionali funzionali negli studenti/esse universitari/e. L'ipotesi alla base della ricerca sostiene che lo svolgimento di alcune attività con cadenza settimanale, della durata complessiva di cinque settimane, possa favorire e promuovere la gratitudine, l'ottimismo, l'autostima, umore positivo e la resilienza, diminuendo allo stesso tempo l'auto-critica, auto-giudizio, ansia, frustrazione, depressione e isolamento.

Le ipotesi formulate sono le seguenti:

- H1: Per effetto dell'intervento di autocompassione svoltosi *online*, nel gruppo sperimentale *incrementano* alcune variabili: la soddisfazione dei bisogni psicologici di base (autonomia, relazione, competenza), la capacità di regolazione emotiva, l'ottimismo, l'autocompassione, la disposizione alla gratitudine, l'autostima, la resilienza e le emozioni piacevoli rispetto a quanto accade nel gruppo di controllo.
- H2: Per effetto dell'intervento di autocompassione svoltosi *online*, nel gruppo sperimentale *diminuiscono*, nel corso del tempo, la frustrazione dei bisogni psicologici di base (autonomia, competenza, relazione), l'auto-critica, l'auto-giudizio, l'ansia, la depressione, l'isolamento, l'iper-identificazione e le emozioni spiacevoli.

3.2 Partecipanti

La ricerca è stata proposta ad un vasto gruppo di studenti e studentesse universitari/e iscritti/e all'Università degli Studi di Padova frequentanti i corsi seguiti dalla Professoressa Angelica Moé. I partecipanti hanno preso parte allo studio su base volontaria ed il campione era costituito da 293 studenti/esse di età inclusa tra i 19 e i 39 anni (e due partecipanti di 53 e 57 anni) ($M=23.7$; $DS=4.8$). Sono stati assegnati in modo randomizzato alla condizione sperimentale, ovvero coloro che hanno svolto il training di autocompassione online, 170 partecipanti, mentre alla condizione di controllo

sono stati assegnati 123 studenti/esse iscritti ai corsi di laurea selezionati. Nel campione conclusivo sono stati inclusi esclusivamente i partecipanti (N=212) che hanno compilato almeno quattro delle cinque attività proposte nel training: 100 studenti/esse hanno partecipato al training e 112 sono stati assegnati al gruppo di controllo.

I partecipanti di entrambi i gruppi hanno letto ed accettato il consenso informato, sono stati messi al corrente dei mezzi, delle modalità e dei tempi della ricerca. In seguito a questa attività, tutti i partecipanti hanno compilato i questionari relativi agli strumenti riportati nel seguente paragrafo (3.3), nei tre tempi scelti (pre-test, post-test, follow-up). Coloro che hanno preso parte al gruppo sperimentale hanno svolto alcuni esercizi settimanali *online* con l'obiettivo di promuovere l'autocompassione.

3.3 Strumenti

Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale (BPNSFS)

Il BPNSFS è stato sviluppato per la prima volta da Deci e Ryan (2000), si tratta di un questionario utilizzato per valutare la soddisfazione e la frustrazione dei bisogni psicologici di base: autonomia, relazione e competenza, identificati nella teoria dei due autori. Nel presente elaborato è stata utilizzata la versione italiana di tale scala validata da Costa e al. (2018). La scala si compone di 24 items suddivisi in sei sottoscale atte alla valutazione della soddisfazione e della frustrazione dei bisogni precedentemente citati. Le sottoscale sono così divise:

- Item 1 – 4: soddisfazione del bisogno di autonomia;
- Item 5 – 8: soddisfazione del bisogno di competenza;
- Item 9 – 12: soddisfazione del bisogno di relazione;
- Item 13 – 16: frustrazione del bisogno di autonomia;
- Item 17 – 20: frustrazione del bisogno di competenza;
- Item 21 – 24: frustrazione del bisogno di relazione.

Per analizzare i punteggi è stata impiegata una scala Likert a 5 punti dove 1 è pari a “completamente in disaccordo” e 5 è pari a “completamente d'accordo”. Il punteggio finale corrisponde alla media degli items che compongono le sei dimensioni.

Self Compassion Scale (SCS)

Sviluppato da Kristin Neff (2003b), in questa tesi è utilizzata la versione italiana di Veneziani e al. (2017). Tale strumento ha l'obiettivo di misurare tre componenti principali dell'autocompassione: auto-gentilezza contro auto-giudizio, umanità comune contro isolamento, consapevolezza contro

iper-identificazione. La scala è composta da 26 items divisi in sei dimensioni o sottoscale: auto-giudizio (item 1-8-11-16-21); auto-gentilezza (item 5-12-19-26); isolamento (item 4-13-18-25); umanità comune (item 3-7-10-15); consapevolezza (item 9-14-17-22-23); iper-identificazione (item 2-6-20-24). Anche in questo caso i punteggi sono stati assegnati mediante l'uso di una scala Likert a 5 punti nella quale 1 equivale a “quasi mai” e 5 equivale a “quasi sempre”. Il risultato finale è dato dalla media dei punteggi ottenuti negli item della scala.

Emotional Regulation Questionnaire (ERQ)

Sviluppato da Gross e John (2003), nel presente elaborato è stata utilizzata la validazione italiana ad opera di Balzarotti (2010). L'obiettivo dell'ERQ è quello di misurare due modalità di regolazione emotiva: rivalutazione cognitiva (CR) e soppressione espressiva (ES). Il questionario si compone di 10 items di cui sei valutano la rivalutazione cognitiva (item 1-3-5-7-8-10), mentre gli altri quattro si occupano della soppressione espressiva (item 2-4-6-9). I punteggi vengono raccolti attraverso l'uso di una scala Likert a 7 punti dove 1 equivale a “Fortemente in disaccordo” e 7 equivale a “Fortemente d'accordo”. Il punteggio totale del questionario è calcolato separatamente facendo la media degli item per le due strategie CR e ES.

Gratitude Questionnaire Six Item Form (GQ-6)

Ad opera di McCullough et al. (2001) e validata in italiano da Caputo (2016), il Gratitude Questionnaire Six Item Form è un questionario self-report progettato per valutare le differenze individuali nella propensione a provare gratitudine nella vita quotidiana. Il questionario è formato da 6 items che hanno lo scopo di misurare diversi aspetti della gratitudine: intensità del sentimento di gratitudine, frequenza attraverso cui la gratitudine si manifesta nel corso della giornata, numero di volte in cui una persona si sente grata e il numero di persone verso cui si è grati in relazione ad un dato evento. Ai diversi items è possibile rispondere mediante una scala Likert a 7 punti dove 1 indica “Fortemente in disaccordo” e 7 indica “Fortemente d'accordo”. Importante sottolineare come alcuni item siano stati invertiti al fine di identificare alcune risposte contrastanti. Il punteggio complessivo è dato dalla media delle risposte a ciascun item.

Life Orientation Test (LOT)

Ideato da Scheier e Carver (1994) e validato in italiano da Giannini et al. (2008), il test viene utilizzato per misurare l'ottimismo disposizionale delle persone, ossia quel tratto stabile di personalità in grado di portare la persona a nutrire un'aspettativa generalizzata positiva oppure negativa su quello che potrebbe accadere in futuro. Lo strumento è composto da 10 affermazioni o items, delle quali tre

riguardano l'ottimismo (1-4-10) e tre il pessimismo (3-7-9), mentre i restanti quattro sono item riempitivi. Ai partecipanti veniva chiesto di rispondere ai diversi item utilizzando una scala Likert a 5 punti nella quale 1 è pari a "fortemente in disaccordo" e 5 è pari a "fortemente d'accordo". Il punteggio totale si ottiene sommando gli item dell'ottimismo ed invertendo gli item del pessimismo, per poi eseguire la media.

Subjective Vitality Scale (SVS)

La SVS, sviluppata da Ryan e Frederik (1997), nasce con l'obiettivo di misurare la vitalità soggettiva, ovvero quanto un individuo si sente vivo e vigile, pieno di energia ed intraprendente. La validazione italiana di tale strumento è in preparazione ad opera di Moé et al. (2023). La vitalità è considerata un aspetto del benessere eudaimonico, poiché essere vitale ed energetico significa essere pienamente funzionante e stare psicologicamente bene. Ryan e Frederik hanno sviluppato tale strumento di vitalità soggettiva in due versioni: la prima considera le differenze individuali, intese come le caratteristiche degli individui di relazionarsi positivamente con l'autorealizzazione e l'autostima e negativamente con ansia e depressione; la seconda valuta lo stato di vitalità soggettiva piuttosto che il suo aspetto più duraturo. Lo strumento è formato da 7 items e le risposte degli individui vengono assegnate mediante una scala Likert a 7 punti, in cui 1 indica "per niente" e 7 indica "del tutto". Una volta invertito il punteggio dell'item 2, viene calcolato il punteggio complessivo eseguendo la media dei punteggi dei singoli item.

Scale of Positive and Negative Experience (SPANE)

Lo SPANE è uno strumento relativamente nuovo che valuta i sentimenti soggettivi di benessere, nello specifico il benessere edonico, e di malessere. Lo strumento, ideato da Diener et al. (2010) e validato in italiano da Giuntoli et al. (2017), è una breve scala di 12 elementi di cui 6 elementi dedicati all'esperienza positiva (item 1-3-5-7-10-12) e 6 elementi progettati per valutare l'esperienza negativa (item 2-4-6-8-9-11). Ogni elemento è valutato su una scala Likert a 5 punti che va da 1 "molto raramente o mai" a 5 "molto spesso o sempre"; le scale positive e negative sono sempre valutate separatamente e i punteggi totali di entrambe vengono calcolati facendo la media dei singoli items. I punteggi totali positivi (SPANE-P) e negativi (SPANE-N) possono variare da 6 a 30 punti. Nel caso in cui si volesse combinare i punteggi positivi e negativi è necessario sottrarre il punteggio negativo dal punteggio positivo ed essi possono variare da -24 a 24 punti.

Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)

Sviluppato da Spitzer e al. (2006), il GAD è uno strumento utile a misurare e valutare la gravità del disturbo d'ansia generalizzato e altri disturbi quali fobia sociale, disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e disturbo di panico. Lo strumento è costituito da 7 items e ogni elemento chiede all'individuo di valutare la gravità dei propri sintomi nelle ultime due settimane. Ai/alle partecipanti/e viene chiesto di indicare con che frequenza e gravità hanno sperimentato i problemi indicati mediante l'uso di una scala Likert a 4 punti dove 0 equivale a "mai" e 3 equivale a "quasi ogni giorno". Alcuni esempi di item presenti in questo strumento sono: "Sentirsi nervoso/a, ansioso/a o teso/a", "Infastidirsi o irritarsi facilmente". Al termine del questionario è presente una domanda a risposta multipla in cui i/le partecipanti/e devono indicare quanto è stato difficile continuare a svolgere le attività quotidiane in relazione alle situazioni precedentemente elencate. Il punteggio complessivo si ottiene eseguendo la media dei punteggi ottenuti ad ogni item.

The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

La RSES è stata sviluppata dal sociologo Morris Rosenberg (1965) ed è stata validata in Italia da Prezza et al. (1997). Lo strumento nasce con l'obiettivo di misurare l'autostima globale in un soggetto e altre dimensioni correlate come autoefficacia e livello di soddisfazione del sé. La scala è composta da 10 items: gli item 1-2-4-6-7 sono relativi ad una visione positiva del sé (es. "Penso di avere un certo numero di qualità"), mentre gli item 3-5-8-9-10 descrivono una visione negativa del sé (es. "Penso di non avere molto di cui essere fiero"). Le risposte sono fornite attraverso una scala Likert a 4 punti in cui 1 corrisponde a "fortemente in disaccordo" e 4 corrisponde a "fortemente d'accordo". Il punteggio totale (da 0 a 30) viene ottenuto invertendo prima alcuni item (6-7-8-9-10) e poi facendo la media dei punteggi dei singoli item. Punteggi inferiori a 15 possono indicare una bassa autostima.

The Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21)

Sviluppato da Lovibond & Lovibond (1995) e validato in italiano da Bottesi et al. (2015). Il DASS-21 permette di rilevare tre costrutti fondamentali: depressione, ansia e stress. All'interno della depressione possiamo includere disforia, disperazione, svalutazione della vita, mancanza di interesse o coinvolgimento, anedonia ed inerzia; l'ansia riguarda soprattutto l'eccitazione del sistema nervoso autonomo, alcuni effetti sui muscoli scheletrici, ansia situazionale; lo stress include difficoltà di rilassamento, eccitazione nervosa, irritabilità, agitazione, iper-attività e impazienza. Lo strumento prevedeva inizialmente 42 items ed è poi stato ridotto a 21 items. Nel presente elaborato sono stati inclusi gli items che fanno parte della sottoscala relativa alla depressione, nello specifico item 3-5-10-13-16-17-21. Il punteggio dei singoli item è stato raccolto mediante l'utilizzo di una scala Likert

a 4 punti dove 0 corrisponde “non mi è mai capitato” e 3 corrisponde “mi è capitato quasi sempre” in relazione alla settimana appena trascorsa. Il punteggio complessivo è dato dalla media dei punteggi dei sette items.

Resilience Scale-14 (RS-14)

Composta originariamente da 25 items (Wagnild & Young, 2013), nella presente ricerca è stata utilizzata la versione ridotta validata in italiano da Callegari et al. e costituita da 14 items. Lo strumento nasce con lo scopo di valutare la resilienza, ovvero la capacità di affrontare gli eventi negativi che si possono presentare nella vita. Il punteggio dei singoli item è stato raccolto mediante l'utilizzo di una scala Likert a 7 punti dove 1 coincide con “fortemente in disaccordo” e 7 coincide con “fortemente d'accordo”. Il punteggio conclusivo si ricava misurando la media dei punteggi di ogni item.

Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR)

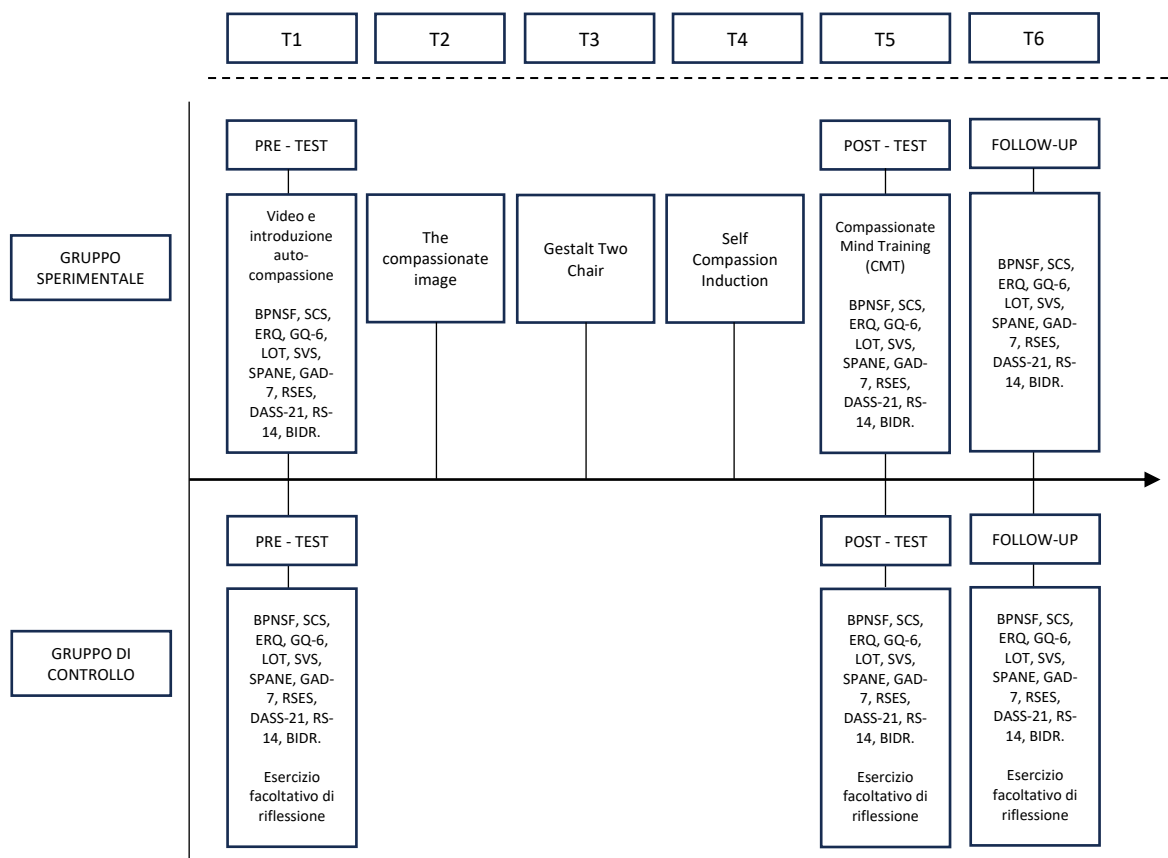
Il BIDR (Paulhus, 1988) deriva dal questionario Self- and Other-Deception sviluppato da Sackeim e Gur (1978). La versione italiana utilizzata nel presente elaborato è stata validata da Bobbio e Manganelli (2011). Gli elementi originali di auto-inganno sono stati sviluppati razionalmente con il presupposto che gli individui con una propensione per l'autoinganno tendano a negare di avere pensieri o sentimenti psicologicamente minacciosi. In contrasto con la prima versione, Paulhus ha enfatizzato le affermazioni esagerate degli attributi cognitivi positivi e ha spostato l'attenzione dalla difesa dell'ego al miglioramento dell'ego. Il BIDR misura due costrutti: positività auto-ingannevole (SDE) e gestione delle impressioni (IM). In questa tesi è stata utilizzata la versione validata italiana di tale strumento (Bobbio e Manganelli, 2011) formata da 16 items: 8 relativi alla dimensione SDE e 8 relativi alla dimensione IM. Le risposte vengono raccolte mediante l'utilizzo di una scala Likert a 6 punti che va da 1 “assolutamente non d'accordo” a 6 “fortemente d'accordo”. I punteggi conclusivi sono dati dalle medie dei punteggi corrispondenti alle due dimensioni: SDE e IM.

3.4 Procedura

La ricerca, svoltasi *on-line*, ha avuto una durata complessiva di cinque settimane. I/Le partecipanti/e sono stati divisi in modo randomizzato in due gruppi: un *gruppo sperimentale* che ha compilato i questionari e partecipato allo svolgimento di alcune attività con cadenza settimanale, e un *gruppo di controllo* che, invece, ha preso parte solamente alla compilazione dei questionari. La partecipazione,

su base volontaria, ha visto come prima attività l'accettazione del consenso informato da parte di tutti/e gli/le studenti/esse. Ad ogni attività venivano richiesti alcuni dati specifici: età, genere, corso di studio, questionario sulla desiderabilità sociale, oltre al numero di matricola. Settimanalmente i partecipanti ricevevano un *link*, attraverso posta elettronica accademica, al quale accedere per effettuare la compilazione del questionario e/o per svolgere alcuni esercizi in base al gruppo di appartenenza. Prima di procedere con qualsiasi attività, veniva suggerito ad ogni iscritto di scegliere un luogo tranquillo e silenzioso in modo tale da non essere disturbato. Gli strumenti, descritti nel paragrafo precedente (3.3), sono stati somministrati ad entrambi i gruppi in tre tempi (pre-test, post-test e follow-up)(*Tabella 3.1*).

Tabella 3.1 Sviluppo temporale della ricerca



Didascalia: **BIDR** = “Balanced Inventory of Desirable Responding”; **BPNSFS** = “Basic psychological need satisfaction and frustration scale”; **DASS-21** = “The Depression Anxiety Stress Scales-21”; **ERQ** = “Emotional Regulation Questionnaire”; **GAD-7** = “Generalized Anxiety Disorder 7-Item Scale”; **GQ-6** = “Gratitude Questionnaire-Six Item”;

Test”; **RS-14** = “Resilience Scale -14”; **RSES** = “The Rosenberg Self-Esteem Scale”; **SCS** = “Self Compassion Scale”; **SPANE** = “Scale of Positive and Negative Experience”.

Al concludersi di ogni attività veniva chiesto ai/alle partecipanti/e di scrivere i propri pensieri, sentimenti e riflessioni in relazione alle attività svolte (*almeno 100 parole*), oltre a riferire quali attività essi avevano intenzione di affrontare successivamente (*almeno 20 righe*).

La somministrazione si è svolta dal 4 Marzo al 3 Aprile con cadenza settimanale (*Tabella 3.2*).

Tabella 3.2 Attività settimanali svolte dal gruppo sperimentale

4-6 Marzo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strumenti ▪ Video “Self-Compassion” ▪ Self-Compassion Induction
11-13 Marzo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ The Compassionate Image
18-20 Marzo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestalt Two Chair
25-27 Marzo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Self Compassion Induction
1-3 Aprile	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compassionate Mind Training

Nella prima settimana (4-6 Marzo), che assume il nome di *pre-test (T1)*, ad entrambi i gruppi, è stato richiesto di accettare il consenso informato, per poi compilare i questionari presentati nel precedente paragrafo (3.3). Tutti i partecipanti hanno inoltre dovuto indicare età, genere, corso di studio e numero di matricola in modo tale da poter accorpate le risposte di ogni singolo individuo nelle settimane seguenti. Solamente il gruppo sperimentale ha ricevuto il *link* relativo alla prima attività della

settimana e ha quindi potuto prendere visione di un video dedicato all'introduzione dell'autocompassione e stendere alcune frasi (almeno 6) dedicate all'autocompassione.

Nella seconda settimana (11-13 Marzo), che corrisponde al **T2**, il link è stato inviato esclusivamente al gruppo sperimentale. In particolare, il gruppo ha preso parte ad un'attività chiamata "*The compassionate image*" che consiste nel visualizzare il "perfetto nutrito" (Gilbert e Irons, 2004) a cui esporre i propri auto-giudizi immaginando di ricevere delle risposte autocompassionevoli. Alcuni esempi di domande aperte che sono state poste in questa occasione sono: "*Come ti piacerebbe che fosse questa persona ideale? Che aspetto avrebbe secondo te?*", "*Con che tono immagineresti un dialogo con lui/lei?*". Al **T3**, ovvero la terza settimana (18-20 Marzo), solamente al gruppo sperimentale è stato inviato il *link* per prendere parte alla terza attività che corrisponde alla "*Gestalt Two Chair*". In tale esercizio è stato richiesto ai/alle partecipanti/e di immaginare due sedie che rappresentavano le due parti del sé (autocompassionevole e autocritica) e di sviluppare un dialogo tra le due. Inoltre, in questa parte, è stato chiesto al gruppo sperimentale di scrivere una "lettera compassionevole". Nella quarta settimana che va dal 25 al 27 Marzo (**T4**), al gruppo sperimentale, sempre esclusivamente attraverso il *link* ricevuto tramite mail, è stato chiesto di descrivere emotivamente due episodi: un fallimento o insuccesso e un momento di incomprensione, attraverso alcune domande come "*Cos'è successo? Com'è iniziata/andata a finire? Chi c'era con te?, ecc...*", oltre a scrivere almeno tre riflessioni autocompassionevoli relative agli eventi. Al **T5** (post-test), ovvero alla quinta settimana (1-3 Aprile), al gruppo sperimentale è stata inviata la proposta a partecipare all'ultima attività da svolgere *on-line: Compassionate Mind Training*. Tale attività consisteva nel fornire delle risposte assertive ripensando ad una situazione di ostilità o prevaricazione in cui il partecipante si è trovato in passato. Al termine di ogni attività settimanale veniva chiesto ai/alle partecipanti/e del gruppo sperimentale di riportare i sentimenti e le riflessioni sull'attività appena svolta (*almeno 100 parole*), oltre a riferire quali attività essi avevano intenzione di affrontare successivamente (*almeno 20 righe*). Nella quinta settimana, al gruppo di controllo è stato inviato il *link* per compilare i questionari presenti nel paragrafo precedente (3.3) con l'obiettivo di confrontare poi i risultati ottenuti dai due gruppi. Dopo la conclusione dello studio (**T6**), precisamente il 1-5 Maggio (*follow-up*), entrambi i gruppi hanno ricevuto un *link* contenente tutti gli strumenti presenti nel paragrafo precedente al fine di valutare se i risultati ottenuti fossero stati mantenuti nel tempo.

Capitolo 4: Analisi dei dati e risultati

4.1 Criteri di inclusione e Analisi

Durante l'analisi statistica sono stati inclusi inizialmente 293 partecipanti di età compresa tra i 19 e i 39 anni, mentre nel campione finale sono stati inseriti 212 studenti/esse (100 del gruppo sperimentale e 112 del gruppo di controllo). Al fine delle analisi sono stati considerati alcuni criteri di esclusione: per il *gruppo sperimentale* è stata richiesta la partecipazione ad almeno 4 attività delle 5 proposte nel training di autocompassione online, mentre per il *gruppo di controllo* è stata presa in considerazione la partecipazione a tutte e tre le attività di pre-test, post-test e follow-up.

Con l'obiettivo di verificare l'efficacia dell'intervento sono state condotte delle analisi della covarianza attraverso una serie di ANCOVA 3x2 che incrociano i tre tempi di somministrazione degli strumenti (*pre-test, post-test, follow-up*) con i due gruppi (*gruppo sperimentale, gruppo di controllo*). Inoltre, la covariata desiderabilità sociale è stata controllata nel presente elaborato.

4.1.1 Statistiche descrittive

Come volevasi dimostrare sono state prese in esame alcune variabili dipendenti: soddisfazione e frustrazione dei bisogni psicologici di base (autonomia, relazione e competenza), ottimismo, disposizione alla gratitudine, emozioni piacevoli e spiacevoli, vitalità, componenti dell'autocompassione (gentilezza verso sé stessi, senso di umanità comune, consapevolezza, iper-identificazione, auto-giudizio, isolamento), ansia, autostima, depressione, resilienza e regolazione emotiva (rivalutazione cognitiva e soppressione emotiva). Nella *tabella 4.1* vengono riportati i valori medi, la deviazione standard e il range normativo ($M \pm DS$) per ognuna delle sei sottocomponenti dell'autocompassione (gentilezza verso sé stessi, senso di umanità comune, consapevolezza, iper-identificazione, isolamento e auto-giudizio) per entrambi i gruppi al pre-test.

Tabella 4.1 Valori medi, deviazione standard e range normativo

<i>VARIABILE</i>	<i>CONDIZIONE</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>RANGE NORMATIVO</i>
GENTILEZZA VERSO SÉ STESSI	Gruppo sperimentale	2.69	0.88	1.81 – 3.75
	Gruppo di controllo	2.41	0.86	1.55 – 3.27
AUTO-GIUDIZIO	Gruppo sperimentale	3.12	1.00	2.12 – 4.12
	Gruppo di controllo	3.33	1.04	2.29 – 4.37
SENSO DI COMUNE UMANITÀ	Gruppo sperimentale	2.92	0.73	2.19 – 3.65
	Gruppo di controllo	2.72	0.84	1.88 – 3.56
ISOLAMENTO	Gruppo sperimentale	2.76	0.94	1.82 – 3.7
	Gruppo di controllo	3.23	1.06	2.17 – 4.29
CONSAPEVOLEZZA	Gruppo sperimentale	3.02	0.75	2.27 – 3.77
	Gruppo di controllo	2.85	0.84	2.01 – 3.69
IPER- IDENTIFICAZIONE	Gruppo sperimentale	3.26	0.95	2.31 – 4.21
	Gruppo di controllo	3.62	0.99	2.63 – 4.61

*i valori ripostati sono stati confrontati con quelli di riferimento presenti nell'articolo di Veneziani et al. (2017)

4.2 Effetto dell'intervento

4.2.1 Effetto di interazione tempo x gruppo

L'effetto tempo (*pre - test, post - test, follow - up*) x gruppo (*sperimentale e di controllo*) è risultato significativo esclusivamente per due variabili: *emozioni piacevoli e ansia*. Di seguito sono stati riportati i dati relativi ai valori medi e agli indici statistici (*Tabella 4.2*).

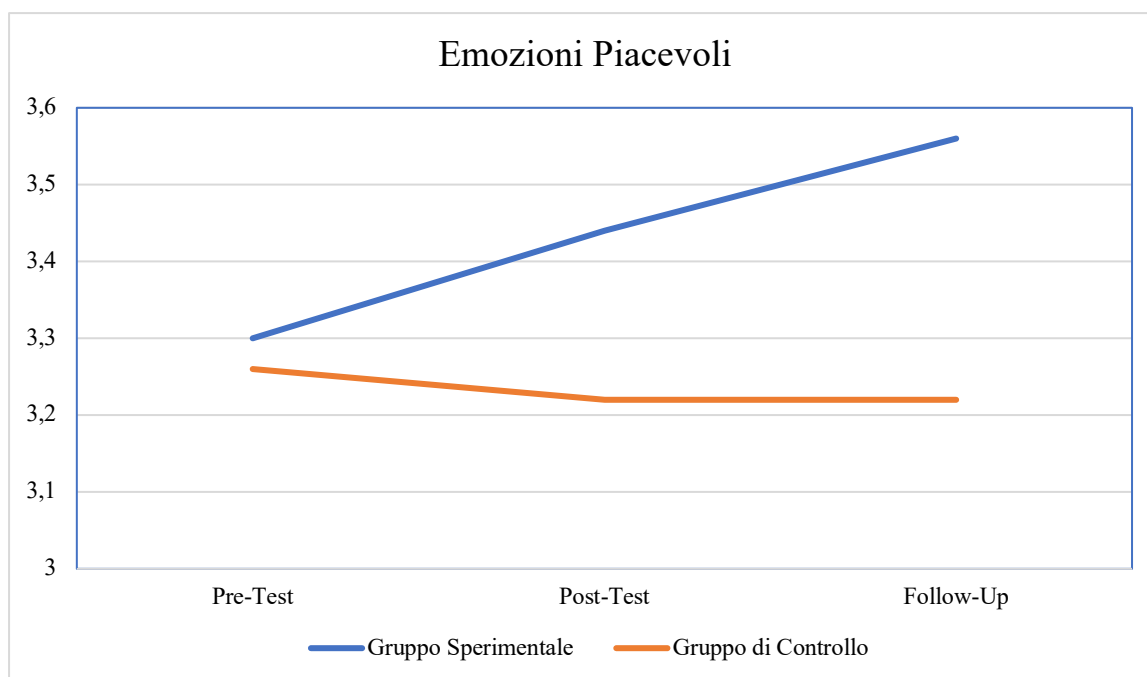
Tabella 4.2 Valori medi e indici statistici: effetto tempo x gruppo

Variabile	Condizione	Pre-Test M (DS)	Post-Test M (DS)	Follow-up M (DS)	F e Sig.	Diff. tra i tempi
Emozioni piacevoli	Gruppo sperimentale	3.30 (0.83)	3.44 (0.71)	3.56 (0.75)	5.125 0.006	T1<T5<T6
	Gruppo di controllo	3.26 (0.79)	3.22 (0.82)	3.22 (0.82)		
Ansia	Gruppo sperimentale	1.23 (0.87)	1.10 (0.73)	1.004 (0.77)	4.441 0.012	T1>T5>T6
	Gruppo di controllo	1.21 (0.75)	1.11 (0.77)	1.25 (0.82)		

Emozioni piacevoli

L'analisi post-hoc mostra un *aumento significativo* per il **benessere e le emozioni piacevoli** nella fase *pre-test/post-test* e nella fase *post-test/follow-up*, per il gruppo sperimentale a differenza di quanto accade al gruppo di controllo (*Grafico 4.1*). Questo supporta quando affermato nelle nostre ipotesi.

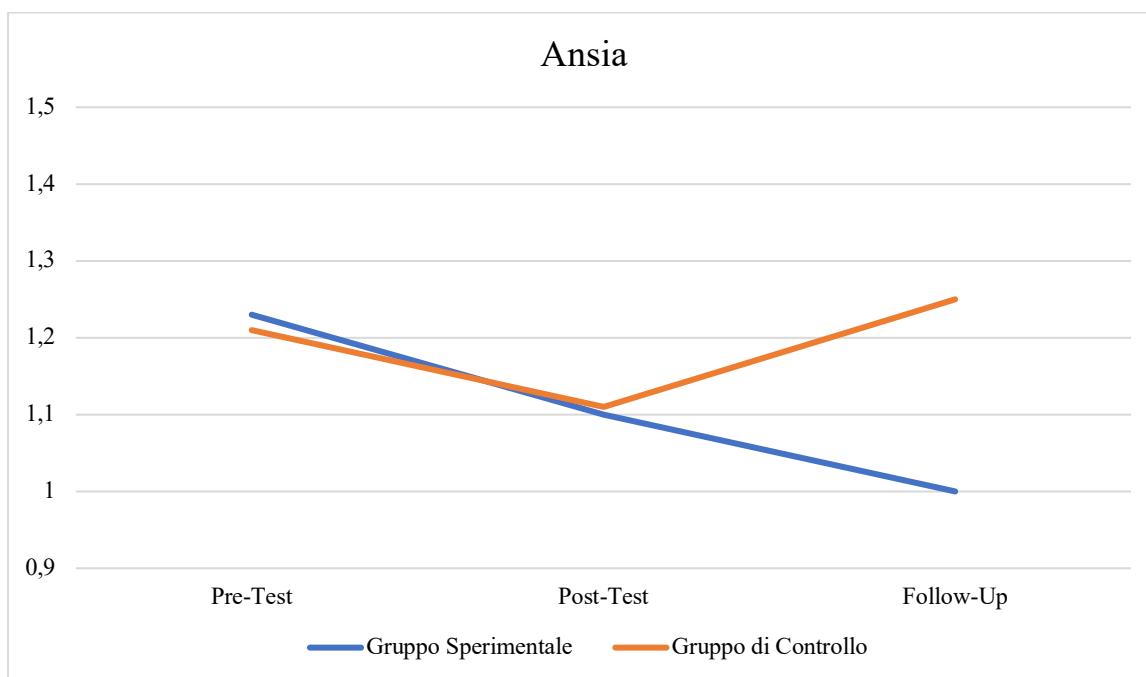
Grafico 4.1 Variabile "Emozioni piacevoli"



Ansia

Per la variabile *ansia*, uno studio delle analisi statistiche ha mostrato un *decremento significativo* della variabile tra *pre-test/post-test* e tra *post/test/follow-up* per il gruppo sperimentale a differenza di quanto accaduto per il gruppo di controllo (*Grafico 4.2*).

Grafico 4.2 Variabile “Ansia”



4.2.2 Effetto del tempo

L'effetto tempo è risultato *significativo* per alcune delle variabili analizzate nel presente elaborato: *soddisfazione del bisogno di relazione, autostima, auto-giudizio, iper-identificazione, frustrazione del bisogno di competenza e rivalutazione cognitiva*. Di seguito sono stati riportati i dati relativi ai valori medi e agli indici statistici (*Tabella 4.3*).

Tabella 4.3 Valori medi e indici statistici: effetto tempo

Variabile	Pre-Test M (DS)	Post-Test M (DS)	Follow-Up M (DS)	F e Sig.	Diff. tra i tempi
Soddisfazione e bisogno di relazione	3.66 (0.76)	3.74 (0.76)	3.63 (0.80)	5.384 0.005	T1 < T5 > T6
Frustrazione e bisogno di competenza	2.52 (1.08)	2.35 (1.01)	2.31 (1.01)	5.837 0.003	T1 > T5 = T6
Auto-giudizio	3.23 (1.03)	3.11 (1.004)	2.99 (1.02)	3.426 0.033	T1 > T5 > T6
Iper-identificazione	3.45 (0.98)	3.37 (0.84)	3.20 (0.95)	5.412 0.005	T1 = T5 > T6
Rivalutazione Cognitiva	4.73 (1.03)	2.97 (0.52)	4.86 (1.10)	7.331 0.001	T1 > T5 < T6
Autostima	2.86 (0.58)	2.85 (0.57)	2.92 (0.58)	3.468 0.032	T1 = T5 < T6

Nel tempo, per quanto riguarda la fase tra *pre-test* e *post-test*, si può notare una *riduzione significativa* di alcune variabili come: *frustrazione e bisogno di competenza, auto-giudizio, iper-identificazione e rivalutazione cognitiva*. Durante la fase tra *post-test* e *follow-up* si mantiene una *riduzione significativa* di: *frustrazione e bisogno di competenza, auto-giudizio e iper-identificazione*; mentre si può notare un *aumento significativo* di: *rivalutazione cognitiva e autostima*. La variabile *soddisfazione e bisogno di relazione* subisce un *incremento significativo* nella fase tra *pre-test* e *post-test*, mentre subisce un *decremento* tra il *post-test* e il *follow-up*.

Desiderabilità sociale

La covariata relativa alla *desiderabilità sociale* è risultata significativa per tutte le variabili ad eccezione della soppressione delle emozioni e della disposizione alla gratitudine. Se si analizzano i

valori presenti nella *Tabella 4.1*, si può affermare che gli/le studenti/esse universitari/e di entrambi i gruppi presentavano in media livelli appropriati di autocompassione nel pre-test.

Capitolo 5: Conclusione e discussione

Il presente elaborato era finalizzato ad indagare se un intervento di autocompassione *online* potesse o meno essere efficace nel migliorare il benessere negli/nelle studenti/esse universitari/e.

5.1 Principali risultati

Dalle ipotesi iniziali formulate nel presente lavoro, ci si aspettava che, *nel gruppo sperimentale*, l'intervento mostrasse effetti positivi nel tempo per alcune variabili come: soddisfazione dei bisogni psicologici di base (autonomia, relazione e competenza), capacità di regolazione emotiva, autocompassione, emozioni piacevoli, autostima, ottimismo e resilienza. Dai risultati ottenuti non è emerso un miglioramento significativo in tutte le variabili analizzate. Come si è visto nel capitolo precedente relativo alle analisi descrittive, i partecipanti alla ricerca (*gruppo sperimentale e gruppo di controllo*) mostravano, in media, adeguati livelli di autocompassione già al *pre-test* e questo potrebbe essere una possibile spiegazione a quanto verificato. Invece, in linea con la nostra prima ipotesi è emerso un *miglioramento significativo* per le *emozioni piacevoli* in cui ci si aspettava aumento di tale variabile nel gruppo sperimentale che ha preso parte al training.

Per quanto riguarda la seconda ipotesi formulata, *nel gruppo sperimentale* ci si aspettava una riduzione nel tempo della frustrazione di bisogni psicologici di base (come autonomia, relazione e competenza), dell'isolamento, dell'auto-critica, dell'auto-giudizio, dell'ansia, della depressione, dell'iper-identificazione e delle emozioni spiacevoli. I risultati hanno mostrato una *riduzione significativa* esclusivamente per l'*ansia* per il gruppo sperimentale che ha preso parte al training. Per entrambe le variabili (*emozioni piacevoli e ansia*), i risultati ottenuti dimostrano l'efficacia di tale intervento *online* per aumentare le emozioni piacevoli e per ridurre l'ansia in un gruppo di studenti/esse universitari/e. Non sono emerse differenze significative per le altre variabili prese in esame in questo elaborato fra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo. Tali risultati sono stati mantenuti a distanza di un mese dell'intervento: questo suggerisce che si può ottenere un miglioramento nell'autocompassione mediante il training *online* proposto.

Interessante è analizzare alcuni risultati emersi legati all'effetto tempo, anche se non compresi fra le nostre ipotesi iniziali per alcune variabili in particolare: soddisfazione del bisogno di relazione, auto-giudizio, iper-identificazione, frustrazione del bisogno di competenza, rivalutazione cognitiva e autostima. Nello specifico, è possibile notare una *riduzione significativa* per autostima, auto-giudizio e rivalutazione cognitiva nella fase *pre-test/post-test*, mentre un *aumento significativo* al *follow-up*.

Sempre tra il *post-test* e il *follow-up* è emersa una *diminuzione significativa* per la soddisfazione del bisogno di relazione, iper-identificazione e frustrazione del bisogno di competenza. Quanto emerso da tali risultati è visibile in entrambi i campioni studiati, ovvero sia per il *gruppo sperimentale* che ha preso parte ai training *online* di autocompassione, sia per il *gruppo di controllo* che non ha preso parte alle attività. Per questo motivo possiamo affermare che tali effetti non possono essere attribuiti all'efficacia dell'intervento.

Per quanto riguarda la *desiderabilità sociale*, analizzata come covariata in questo elaborato, si può notare un effetto significativo per tutte le variabili studiate, ad eccezione della disposizione alla gratitudine e della soppressione delle emozioni. Quanto emerso sembra suggerirci che le risposte forniteci dagli/dalle studenti/esse universitari/e che hanno preso parte all'intervento *online* potrebbero essere state influenzate da tali variabili e da quello che esse comportano: la tendenza a rispondere con modalità che si credono socialmente accettabili.

I risultati ottenuti in questo elaborato sono comparabili con alcuni risultati emersi da altri studi presenti nella letteratura. Ad esempio, la ricerca condotta da Finlay – Jones et al. (2017) riporta alcuni risultati che confermano quanto emerso nel nostro studio: la ricerca prevedeva 37 tirocinanti di psicologia ai quali era stato chiesto di svolgere un intervento *online* con l'obiettivo di aumentare i livelli di autocompassione. Anche in questo caso è stata osservata una diminuzione significativa dei livelli di ansia nel *post-test/follow-up* e non nel *pre-test/post-test*. A supporto dei nostri risultati si può citare anche la ricerca di Dundas et al. (2017) che ha coinvolto un campione di studenti universitari con il fine di esaminare gli effetti di un training di autocompassione (*non online*) della durata di due settimane. I risultati di tale studio mostrano una riduzione significativa dell'ansia in seguito all'intervento che si è poi mantenuta al follow-up di sei mesi. Risultati simili sono emersi nella ricerca ad opera di Northover et al. (2021): l'obiettivo della ricerca era quello di valutare la fattibilità e l'efficacia di un programma di autocompassione online basato sul CMT (Compassionate Mind Training; Gilbert, 2010) in un campione composto da studenti universitari e gruppi comunitari. Anche in questo caso, come nel nostro studio, è emersa una riduzione significativa dei livelli ansia nel gruppo sperimentale e questo miglioramento si è successivamente mantenuto al follow-up. A supporto dei nostri risultati vi è anche la ricerca di Bluth et al. (2016): in tale studio è stato esaminato un gruppo di studenti, a seguito di un intervento di *Mindful Self-Compassion*, ed essi hanno manifestato una riduzione dell'ansia rispetto al gruppo che non aveva svolto le attività proposte. Recentemente, uno studio condotto da Hasselberg e Ronnlund (2020) ha messo in evidenza l'efficacia di un training *online* di autocompassione su un campione di 56 giovani adulti (*non studenti universitari*) di età compresa tra i 18 e i 25 anni della durata di due settimane. Proprio come in questo elaborato, dalla

ricerca è emerso un aumento delle emozioni piacevoli nel *gruppo sperimentale* che aveva preso parte all'intervento online; interessante sottolineare come, a differenza di quanto emerso in questa tesi, siano emersi punteggi più alti della media nella scala della rivalutazione cognitiva e dell'autocompassione in seguito ai training svolti. Risultati analoghi sono emersi dallo studio di Mantlou et al. (2017), il quale aveva lo scopo di esplorare l'efficacia di un breve intervento di auto-compassione su alcune variabili quali: l'auto-compassione, la soddisfazione della vita, l'effetto positivo e negativo; nonché mirava ad analizzare se i cambiamenti nell'auto-compassione potessero prevedere in modo significativo i cambiamenti nell'effetto positivo. Allo studio hanno preso parte 42 studenti universitari di età compresa tra i 19 e i 30 anni per una durata complessiva di tre settimane. In linea con i risultati emersi nel presente elaborato, i risultati hanno mostrato un incremento delle emozioni piacevoli al *post-test* per il *gruppo sperimentale*, ovvero il gruppo che ha preso parte all'intervento. Nello studio di Arimitsu et al. (2016) è emersa una riduzione significativa dell'iper-identificazione e dell'auto-giudizio nel *gruppo sperimentale* nella fase tra il *pre-test* e il *post-test*.

5.2 Limiti della ricerca

Nonostante i risultati ottenuti nella presente ricerca, è importante evidenziare alcuni limiti che meritano un ulteriore approfondimento. Un primo limite riguarda la scarsa rappresentatività del campione preso in esame in quanto sono stati coinvolti esclusivamente studenti/esse universitari/e iscritti e questo ha limitato la generalizzabilità dei risultati ottenuti. Un secondo limite risiede nel tasso di abbandono da parte dei partecipanti all'intervento; infatti, il campione finale preso in considerazione si è ridotto del 27,6% rispetto alla prima somministrazione. Molti studenti/esse hanno abbandonato il training prima di completare le misure di *post-test* e *follow-up* risultando quindi esclusi dal campione conclusivo. Tale abbandono potrebbe essere dovuto alla lunghezza dell'intervento e delle singole attività presenti, oltre allo sforzo richiesto ad ogni partecipante. Le attività settimanali, infatti, richiedevano la lettura iniziale della consegna (in alcuni casi anche la visione di un video) e, successivamente, alcune attività di riflessione/immaginazione relative al tema corrente dell'esercizio; in seguito, veniva richiesta la stesura di un testo o di un'intera lettera. Un ulteriore limite potrebbe essere relativo alla breve durata dell'intervento che è stato di sole cinque settimane. La breve durata del training potrebbe avere esiti negativi sulla misurazione degli effetti a lungo termine e, quindi, potrebbe limitare la possibilità di osservare ulteriori miglioramenti significativi del benessere nel corso del tempo.

5.3 Spunti per le ricerche future

Alla luce dei limiti evidenziati nel precedente paragrafo, potrebbe essere interessante valutare alcuni spunti per le ricerche future. Al fine di diminuire l'incidenza del tasso di abbandono, si potrebbe estendere la ricerca ad un numero maggiore di persone includendo anche dei/delle partecipanti/e di altri corsi di laurea o al di fuori del contesto scolastico e/o universitario. In relazione all'abbandono potrebbe essere utile non solo indagare le motivazioni che hanno spinto i partecipanti ad abbandonare il training, ma anche "alleggerire" il carico di lavoro riducendo il numero di parole minime da scrivere o potendo scegliere tra più attività selezionate. In particolare, si potrebbero introdurre dei questionari, delle valutazioni/feedback o degli spazi di riflessione per approfondire le ragioni che hanno portato a lasciare l'intervento prima della sua conclusione. Tale attività avrebbe quindi l'obiettivo di individuare eventuali limiti o suggerimenti per migliorare il training in sé e l'esperienza di ogni partecipante. Sempre con lo scopo di ridurre il tasso di abbandono, si potrebbero inserire curiosità utili per stimolare la motivazione e la voglia a proseguire le attività anche con l'obiettivo di apprendere informazioni nuove. In ricerche future, si potrebbe introdurre un box in cui inserire alcune informazioni relative allo stato d'animo e fisiologico della persona che sta prendendo parte all'attività. In relazione a ciò, potrebbe essere interessante analizzare alcune variabili (es. frequenza cardiaca, livello di ansia e di stress, orario della giornata, ecc...) per valutare se tali elementi hanno influito nella compilazione dell'esercizio. Dal momento che questo training si è svolto esclusivamente *online*, si potrebbe eseguire nuovamente lo stesso intervento in presenza per verificare se riduce il tasso di abbandono dei partecipanti, se i risultati ottenuti sono i medesimi di quelli emersi in questo studio e se la realizzazione dell'intervento risulta semplificata (Hasselberg e Ronnlund, 2020). In riferimento al limite relativo alla lunghezza dell'intervento, si potrebbe posticipare il *follow-up* per verificare e valutare il miglioramento ed il mantenimento degli effetti dell'intervento nel tempo.

Bibliografia

- Allen, A.B. and Leary, M.R. (2010) 'Self-compassion, stress, and coping', *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), pp. 107–118. doi:10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x.
- Arimitsu, K. (2016) 'The effects of a program to enhance self-compassion in Japanese individuals: A randomized controlled pilot study', *The Journal of Positive Psychology*, 11(6), pp. 559–571. doi:10.1080/17439760.2016.1152593.
- Balzarotti, S., John, O.P. and Gross, J.J. (2010) 'An Italian adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire', *European Journal of Psychological Assessment*, 26(1), pp. 61–67. doi:10.1027/1015-5759/a000009.
- Barnard, L.K. and Curry, J.F. (2011) 'Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions', *Review of General Psychology*, 15(4), pp. 289–303. doi:10.1037/a0025754.
- Beaumont, E. *et al.* (2017) 'The effects of compassionate mind training on student psychotherapists', *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 12(5), pp. 300–312. doi:10.1108/jmhtep-06-2016-0030.
- Binder, P.-E. *et al.* (2019) 'Becoming aware of inner self-critique and kinder toward self: A qualitative study of experiences of outcome after a brief self-compassion intervention for university level students', *Frontiers in Psychology*, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.02728.
- Bluth, K. *et al.* (2015) 'Making friends with yourself: A mixed methods pilot study of a mindful self-compassion program for adolescents', *Mindfulness*, 7(2), pp. 479–492. doi:10.1007/s12671-015-0476-6.
- Bobbio, A. and Manganelli, A.M. (2022) *Measuring social desirability responding. A short version of Paulhus' bidr 6, TPM. TESTING, PSYCHOMETRICS, METHODOLOGY IN APPLIED PSYCHOLOGY*. Available at: <https://hdl.handle.net/11577/2476163> (Accessed: 23 October 2023).
- Bottesi, G. *et al.* (2015) 'The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples', *Comprehensive Psychiatry*, 60, pp. 170–181. doi:10.1016/j.comppsy.2015.04.005.

- (*) Bluth, K., Gaylord, S. A., Campo, R. A., Mullarkey, M. C., & Hobbs, L. (2015). 'Making friends with yourself: A mixed methods pilot study of a mindful self-compassion program for adolescents'. *Mindfulness*, 7(2), 479–492. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0476-6>
- (*) Brown, B. (1999) *Soul without shame: A guide to liberating yourself from the judge within*. Boston: Shambhala.
- Callegari, C. *et al.* (2016) 'Reliability and validity of the Italian version of the 14-Item Resilience Scale', *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 9, pp. 277–284. doi:10.2147/prbm.s115657.
- Caputo, A. (2016) 'Italian translation and validation of the GQ-6', *International Journal of Wellbeing*, 6(2), pp. 80–92. doi:10.5502/ijw.v6i2.492.
- Costa, S. *et al.* (2017) 'Psychometric evaluation of the basic psychological need satisfaction and frustration scale (BPNSFS) in Italy', *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 51(3), pp. 193–206. doi:10.1080/07481756.2017.1347021.
- Curran, T. and Hill, A.P. (2019) 'Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016.', *Psychological Bulletin*, 145(4), pp. 410–429. doi:10.1037/bul0000138.
- Deci, E.L. and Ryan, R.M. (2012) 'Self-determination theory', *Handbook of Theories of Social Psychology: Volume 1*, pp. 416–437. doi:10.4135/9781446249215.n21.
- (*) Di Bello, M., Ottaviani, C. and Petrocchi, N. (2021) 'Compassion is not a benzo: Distinctive associations of heart rate variability with its empathic and Action Components', *Frontiers in Neuroscience*, 15. doi:10.3389/fnins.2021.617443.
- Diener, E. (1984) 'Subjective well-being.', *Psychological Bulletin*, 95(3), pp. 542–575. doi:10.1037/0033-2909.95.3.542.
- Diener, E. and Ryan, K. (2009) 'Subjective well-being: A general overview', *South African Journal of Psychology*, 39(4), pp. 391–406. doi:10.1177/008124630903900402.
- (*) Dundas, I. *et al.* (2017) 'Does a short self-compassion intervention for students increase healthy self-regulation? A randomized control trial', *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(5), pp. 443–450. doi:10.1111/sjop.12385.

- (*) Emmons, R.A. (1986) ‘Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being.’, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(5), pp. 1058–1068. doi:10.1037/0022-3514.51.5.1058.
- (*) Evans, T.M. *et al.* (2018) ‘Evidence for a mental health crisis in graduate education’, *Nature Biotechnology*, 36(3), pp. 282–284. doi:10.1038/nbt.4089.
- Favre, P. *et al.* (2021) ‘Decreased emotional reactivity after 3-month socio-affective but not attention- or meta-cognitive-based mental training: A randomized, controlled, longitudinal fmri study’, *NeuroImage*, 237, p. 118132. doi:10.1016/j.neuroimage.2021.118132.
- Ferrari, M. *et al.* (2019) ‘Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTS’, *Mindfulness*, 10(8), pp. 1455–1473. doi:10.1007/s12671-019-01134-6.
- Finlay-Jones, A., Kane, R. and Rees, C. (2016) ‘Self-Compassion online: A pilot study of an internet-based self-compassion cultivation program for psychology trainees’, *Journal of Clinical Psychology*, 73(7), pp. 797–816. doi:10.1002/jclp.22375.
- Friis, A.M. *et al.* (2016) ‘Kindness matters: A randomized controlled trial of a mindful self-compassion intervention improves depression, distress, and hba1c among patients with diabetes’, *Diabetes Care*, 39(11), pp. 1963–1971. doi:10.2337/dc16-0416.
- Germer, C.K. and Neff, K. (2019) *Teaching the mindful self-compassion program: A guide for professionals*. New York: The Guilford Press.
- Germer, C.K. and Neff, K.D. (2013) ‘Self-compassion in clinical practice’, *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), pp. 856–867. doi:10.1002/jclp.22021.
- Germer, C. and Neff, K. D. (2019). ‘Mindful Self-Compassion’ (MSC). In I. Itvzan (Ed.) *The handbook of mindfulness-based programs: Every established intervention, from medicine to education* (pp. 357-367). London: Routledge.
- (*) Giannini, M., Schuldberg, D., Di Fabio, A., & Gargaro, D. (2008). ‘Misurare l’ottimismo: Proprietà psicometriche della versione Italiana del *Life Orientation Test—Revised* (LOT-R)’ [Measuring optimism: Psychometric properties of the Italian version of the Life Orientation Test—Revised (LOT-R)]. *Counseling: Giornale Italiano di Ricerca e Applicazioni*, 1(1), 73–84.

- Gilbert, P. and Irons, C. (2004) 'A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people', *Memory*, 12(4), pp. 507–516. doi:10.1080/09658210444000115.
- Gilbert, P. *et al.* (2004) 'Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students', *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), pp. 31–50. doi:10.1348/014466504772812959.
- Giuntoli, L. *et al.* (2017) 'Validation of the Italian versions of the flourishing scale and of the scale of positive and negative experience', *SAGE Open*, 7(1), p. 215824401668229. doi:10.1177/2158244016682293.
- (*) Gross, J.J. and John, O.P. (2003) 'Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being.', *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), pp. 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348.
- Gunnell, K.E. *et al.* (2017) 'Don't be so hard on yourself! changes in self-compassion during the first year of university are associated with changes in well-being', *Personality and Individual Differences*, 107, pp. 43–48. doi:10.1016/j.paid.2016.11.032.
- Hasselberg, A. and Rönnlund, M. (2020) 'Cultivating self-kindness and attention to the present moment in the young: A pilot-study of a two-week internet-delivered mindfulness and self-compassion program', *Cogent Psychology*, 7(1). doi:10.1080/23311908.2020.1769807.
- Hayes, S.C. *et al.* (2006) 'Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes', *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), pp. 1–25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006.
- Huang, J. *et al.* (2021) 'The effects of a self-compassion intervention on future-oriented coping and psychological well-being: A randomized controlled trial in Chinese College students', *Mindfulness*, 12(6), pp. 1451–1458. doi:10.1007/s12671-021-01614-8.
- (*) Hughes, M. *et al.* (2021) 'Self-compassion and anxiety and depression in chronic physical illness populations: A systematic review', *Mindfulness*, 12(7), pp. 1597–1610. doi:10.1007/s12671-021-01602-y.

- Inwood, E. and Ferrari, M. (2018) 'Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and Mental Health: A Systematic Review', *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(2), pp. 215–235. doi:10.1111/aphw.12127.
- Irons, C. and Heriot-Maitland, C. (2020) 'Compassionate mind training: An 8-Week Group for the General Public', *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), pp. 443–463. doi:10.1111/papt.12320.
- Ivtzan, I. (2020) *Handbook of mindfulness-based programmes: Mindfulness interventions from education to health and therapy*. London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- (* Kelly, A.C. *et al.* (2010) 'Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction', *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), pp. 727–755. doi:10.1521/jscp.2010.29.7.727.
- Leary, M.R. *et al.* (2007) 'Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly.', *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), pp. 887–904. doi:10.1037/0022-3514.92.5.887.
- Li, F., Bai, X. and Wang, Y. (2013) 'The scale of positive and negative experience (Spane): Psychometric Properties and normative data in a large Chinese sample', *PLoS ONE*, 8(4). doi:10.1371/journal.pone.0061137.
- (* Lovibond, P.F. and Lovibond, S.H. (1995) 'The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and anxiety inventories', *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), pp. 335–343. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-u.
- López, A. *et al.* (2015) 'A reconsideration of the self-compassion scale's total score: Self-compassion versus self-criticism', *PLOS ONE*, 10(7). doi:10.1371/journal.pone.0132940.
- Magnus, C.M., Kowalski, K.C. and McHugh, T.-L.F. (2009) 'The role of self-compassion in women's self-determined motives to exercise and exercise-related outcomes', *Self and Identity*, 9(4), pp. 363–382. doi:10.1080/15298860903135073.

- Mantelou, A. and Karakasidou, E. (2017) 'The effectiveness of a brief self-compassion intervention program on self-compassion, positive and negative affect and life satisfaction', *Psychology*, 08(04), pp. 590–610. doi:10.4236/psych.2017.84038.
- Matos, M. *et al.* (2017) 'Psychological and physiological effects of compassionate mind training: A pilot randomised controlled study', *Mindfulness*, 8(6), pp. 1699–1712. doi:10.1007/s12671-017-0745-7.
- Matos, M. *et al.* (2021) 'Cultivating the compassionate self: An exploration of the mechanisms of change in Compassionate mind training', *Mindfulness*, 13(1), pp. 66–79. doi:10.1007/s12671-021-01717-2.
- McCullough, M.E., Emmons, R.A. and Tsang, J.-A. (2002) 'The Grateful Disposition: A conceptual and empirical topography.', *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), pp. 112–127. doi:10.1037/0022-3514.82.1.112.
- Michalos, A.C. (1980). 'Satisfaction and happiness'. *Social Indicators Research*, 8, 385– 422.
- Miyagawa Y, Taniguchi J. (2020). Self-compassion and time perception of past negative events. *Mindfulness* 11(3):746–55
- Miyagawa, Y. and Taniguchi, J. (2019) 'Self-compassion and time perception of past negative events', *Mindfulness*, 11(3), pp. 746–755. doi:10.1007/s12671-019-01293-6.
- Muris, P. *et al.* (2018) 'Good and bad sides of self-compassion: A face validity check of the self-compassion scale and an investigation of its relations to coping and emotional symptoms in non-clinical adolescents', *Journal of Child and Family Studies*, 27(8), pp. 2411–2421. doi:10.1007/s10826-018-1099-z.
- Neff, K. (2003) 'Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself', *Self and Identity*, 2(2), pp. 85–101. doi:10.1080/15298860309032.
- Neff, K.D. (2003) 'The development and validation of a scale to measure self-compassion', *Self and Identity*, 2(3), pp. 223–250. doi:10.1080/15298860309027.
- Neff, K.D. (2011) 'Self-compassion, self-esteem, and well-being', *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), pp. 1–12. doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x.

- Neff, K.D. (2015) 'The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion', *Mindfulness*, 7(1), pp. 264–274. doi:10.1007/s12671-015-0479-3.
- Neff, K.D. (2016) 'Does self-compassion entail reduced self-judgment, isolation, and over-identification? A response to muris, Otgaar, and Petrocchi (2016)', *Mindfulness*, 7(3), pp. 791–797. doi:10.1007/s12671-016-0531-y.
- Neff, K.D. (2023) 'Self-compassion: Theory, method, research, and intervention', *Annual Review of Psychology*, 74(1), pp. 193–218. doi:10.1146/annurev-psych-032420-031047.
- Neff, K.D. and Dahm, K.A. (2015) 'Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness', *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation*, pp. 121–137. doi:10.1007/978-1-4939-2263-5_10.
- Neff, K. D. and Davidson, O. (2016). 'Self-compassion: Embracing suffering with kindness'. In I. Ivztan & T. Lomas (Eds.), *Mindfulness in Positive Psychology* (pp. 37-50). Rutledge.
- Neff, K.D. and Germer, C.K. (2012) 'A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program', *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), pp. 28–44. doi:10.1002/jclp.21923.
- Neff, K.D. *et al.* (2018) 'The forest and the trees: Examining the association of self-compassion and its positive and negative components with psychological functioning', *Self and Identity*, 17(6), pp. 627–645. doi:10.1080/15298868.2018.1436587.
- Neff, K.D., Hsieh, Y.-P. and Dejitterat, K. (2005) 'Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure', *Self and Identity*, 4(3), pp. 263–287. doi:10.1080/13576500444000317.
- Neff, K.D., Kirkpatrick, K.L. and Rude, S.S. (2007) 'Self-compassion and adaptive psychological functioning', *Journal of Research in Personality*, 41(1), pp. 139–154. doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004.
- Neff, K.D., Rude, S.S. and 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), pp. 908–916. doi:10.1016/j.jrp.2006.08.002.

- Neff, K.D., Tóth–Király, I. and Colosimo, K. (2018) ‘Self–compassion is best measured as a global construct and is overlapping with but distinct from neuroticism: A response to Pfattheicher, Geiger, Hartung, Weiss, and Schindler (2017)’, *European Journal of Personality*, 32(4), pp. 371–392. doi:10.1002/per.2148.
- Neff, K.D., Whittaker, T.A. and Karl, A. (2017) ‘Examining the factor structure of the self-compassion scale in four distinct populations: Is the use of a total scale score justified?’, *Journal of Personality Assessment*, 99(6), pp. 596–607. doi:10.1080/00223891.2016.1269334.
- Northover, C. *et al.* (2021) ‘Developing self-compassion online: Assessing the efficacy and feasibility of a brief online intervention’, *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 6(4), pp. 1–1. doi:10.21926/obm.icm.2104056.
- O’Hare, A.J. and Gemelli, Z.T. (2023) ‘The effects of short interventions of focused-attention vs. self-compassion mindfulness meditation on undergraduate students: Evidence from self-report, classroom performance, and erps’, *PLOS ONE*, 18(1). doi:10.1371/journal.pone.0278826.
- Pandey, R. *et al.* (2019) ‘Positive, not negative, self-compassion mediates the relationship between self-esteem and well-being’, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(1), pp. 1–15. doi:10.1111/papt.12259.
- (*) Paulhus, D.L. (1984) ‘Balanced inventory of desirable responding’, *PsycTESTS Dataset* [Preprint]. doi:10.1037/t08059-000.
- (*) Phillips, W.J. and Hine, D.W. (2019) ‘Self-compassion, physical health, and Health Behaviour: A meta-analysis’, *Health Psychology Review*, 15(1), pp. 113–139. doi:10.1080/17437199.2019.1705872.
- (*) Prezza, M., Trombaccia, F. R., & Armento, L. (1997). ‘La scala dell'autostima di Rosenberg: Traduzione e validazione Italiana’ [The Rosenberg Self-Esteem Scale: Italian translation and validation]. *Giunti Organizzazioni Speciali*, 223, 35–44.
- (*) Rosenberg, M. (1965) ‘Rosenberg self-Esteem Scale’, *PsycTESTS Dataset* [Preprint]. doi:10.1037/t01038-000.

- Ryan, R.M. and Frederick, C. (1997) 'On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being', *Journal of Personality*, 65(3), pp. 529–565. doi:10.1111/j.1467-6494.1997.tb00326.x.
- Ruiz, F. J. (2010) 'A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies' *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 10, núm. 1, pp. 125- 162
- (* Sackeim, H.A. and Gur, R.C. (1979) 'Self-deception, other-deception, and self-reported psychopathology.', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(1), pp. 213–215. doi:10.1037/0022-006x.47.1.213.
- Scheier, M.F. and Carver, C.S. (1985) 'Optimism, coping, and Health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies.', *Health Psychology*, 4(3), pp. 219–247. doi:10.1037/0278-6133.4.3.219.
- Sirois, F.M., Molnar, D.S. and Hirsch, J.K. (2015) 'Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness', *Self and Identity*, 14(3), pp. 334–347. doi:10.1080/15298868.2014.996249.
- (* Skinner, E.A. *et al.* (2003) 'Searching for the structure of Coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping.', *Psychological Bulletin*, 129(2), pp. 216–269. doi:10.1037/0033-2909.129.2.216.
- Smeets, E. *et al.* (2014) 'Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for Female College Students', *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), pp. 794–807. doi:10.1002/jclp.22076.
- Spitzer, R.L. *et al.* (2006) 'A brief measure for assessing generalized anxiety disorder', *Archives of Internal Medicine*, 166(10), p. 1092. doi:10.1001/archinte.166.10.1092.
- (* Stafford-Brown, J. and Pakenham, K.I. (2012) 'The effectiveness of an act informed intervention for managing stress and improving therapist qualities in clinical psychology trainees', *Journal of Clinical Psychology*, 68(6), pp. 592–513. doi:10.1002/jclp.21844.
- Veneziani, C.A., Fuochi, G. and 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, pp. 60–68. doi:10.1016/j.paid.2017.06.028.

(*) Wagnild, G., & Young, H. (1993). 'Development and Psychometric Evaluation of Resilience Scale'. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.

Yela, J.R. *et al.* (2021) 'Reductions in experiential avoidance explain changes in anxiety, depression and well-being after a mindfulness and self-compassion (MSC) training', *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95(2), pp. 402–422. doi:10.1111/papt.12375.

Yip, V.T. and Tong M. W., E. (2020) 'Self-compassion and attention: Self-compassion facilitates disengagement from negative stimuli', *The Journal of Positive Psychology*, 16(5), pp. 593–609. doi:10.1080/17439760.2020.1778060.

Zessin, U., Dickhäuser, O. and Garbade, S. (2015) 'The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis', *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), pp. 340–364. doi:10.1111/aphw.12051.

(*) = voce non direttamente consultata