



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

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

**Corso di Laurea Triennale in Scienze Psicologiche dello sviluppo, della
personalità e delle relazioni interpersonali**

Elaborato finale

Autocompassione e regolazione emotiva nella psicopatologia

Self-Compassion and emotional regulation in psychopathology

Relatrice:
Prof.ssa Angelica Moè

Laureanda: Lucia Acciardi
Matricola: 2011521

Anno accademico 2022/2023

Indice

Premessa.....	pag. 4
Capitolo 1- Relazione tra autocompassione e regolazione emotiva.....	pag. 5
1.1 Autocompassione, definizione e stima del costrutto	
1.2 Regolazione emotiva, definizione e funzionamento	
1.3 Relazione tra autocompassione e regolazione emotiva in popolazione non clinica	
Capitolo 2- Implicazioni e risvolti nella psicopatologia	pag. 11
2.1 Autocompassione e regolazione emotiva come predittori del disturbo d'ansia sociale	
2.2 Strategia di regolazione delle emozioni nel disturbo depressivo maggiore	
2.3 Implicazioni nella valutazione del trauma e nel disturbo da stress post-traumatico	
2.4 Riduzione della vulnerabilità allo stress e miglioramento della sintomatologia	
Capitolo 3- Conclusioni.....	pag. 19
3.1 Limiti degli studi	
3.2 Sviluppi futuri	
3.3 Applicazioni pratiche	
Bibliografia	pag. 23

Premessa

I costrutti di Autocompassione e di Regolazione Emotiva sono stati identificati come atteggiamenti costruttivi verso il sé che possono ridurre il disagio emotivo.

La letteratura emergente ha sottolineato come l'autocompassione possa migliorare il benessere mediante la regolazione delle emozioni, promuovendo la consapevolezza non giudicante dei propri vissuti emotivi e l'orientamento a rispondere in modo adattivo e autosufficiente ad eventi stressanti e dolorosi. L'obiettivo di questo elaborato finale è quello di analizzare e confrontare alcuni dei più recenti studi circa la relazione tra i due costrutti e porre l'attenzione su eventuali riscontri e implicazioni sul benessere psicologico. In particolare, verrà esaminata e approfondita l'influenza di questa relazione in contesti altamente stressanti e all'interno di quadri clinici come il disturbo depressivo maggiore, il disturbo d'ansia sociale e il disturbo da stress post-traumatico.

La ricerca sugli interventi all'interno di popolazioni cliniche e non suggerisce che l'autocompassione, sebbene risulti essere un tratto disposizionale, è allo stesso tempo un'abilità che può essere sviluppata, allenata e incrementata al fine di facilitare una regolazione emotiva positiva. Scopo ultimo di questo elaborato è quindi quello di comprendere i nessi e le correlazioni tra autocompassione, regolazione emotiva e benessere e di porre l'attenzione su eventuali applicazioni concrete all'interno della pratica clinica.

Capitolo 1. Relazione tra autocompassione e regolazione emotiva

1.1 Autocompassione, definizione e stima del costrutto

L'autocompassione è una forma adattiva di auto-relazione, una modalità attraverso cui regolare le proprie emozioni negative e rivolgere a se stessi, nei momenti di difficoltà e sofferenza, la stessa cura, attenzione e sensibilità che generalmente si è portati ad indirizzare all'esterno, nei confronti di persone care. Questo costrutto, introdotto da Kristin Neff nel 2003, ha ottenuto un crescente riconoscimento nella comunità scientifica ed è stato riconosciuto come importante predittore per la salute mentale e il benessere psichico dell'individuo.

Questo modo sano di relazionarsi con se stessi comprende tre dimensioni fondamentali, ciascuna con una componente positiva ed una negativa. La prima riguarda la propensione a rivolgere cura e gentilezza nei confronti del sé, astenendosi da eccessiva autocritica e severità di giudizio.

La seconda dimensione fa riferimento alla capacità di considerare i propri vissuti negativi e sofferenze come parte di un'esperienza umana comune, piuttosto che rifugiarsi nell'isolamento e nella disconnessione. La terza dimensione, infine, si riferisce alla capacità di accettare in maniera consapevole le proprie emozioni negative, senza cercare di modificarle forzatamente o evitarle.

Questa consapevolezza equilibrata si contrappone ad un'eccessiva identificazione con le esperienze dolorose vissute e il relativo assorbimento delle emozioni negative, che precluderebbero una prospettiva oggettiva dell'esperienza.

Le varie componenti dell'autocompassione sono dunque concettualmente distinte e attingono a diversi modi in cui gli individui rispondono emotivamente al dolore e al fallimento, comprendono cognitivamente le proprie esperienze di vita e prestano attenzione alla sofferenza. Sebbene queste componenti siano separabili e non co-varino si influenzano reciprocamente.

Kristin Neff ha concettualizzato e reso operativo questo costrutto attraverso la Self-Compassion Scale (SCS) la cui versione estesa è composta da 26 items associati a 6 sottoscale che vanno ad indagare ciascuna specifiche dimensioni quali auto-gentilezza, auto-giudizio, umanità comune,

isolamento, consapevolezza e iper-identificazione. Neff consiglia l'utilizzo di questa scala a partire dai 14 anni. Le misurazioni vengono effettuate su scala Likert, che va da 1 (quasi nessun comportamento auto-compassionevole) a 5 (costante comportamenti auto-compassionevoli) e gli items che rappresentano risposte non compassionate alla sofferenza sono codificati in maniera inversa. Alla fine del test vengono calcolate le medie per ciascuna sottoscala e, successivamente, una media generale che rappresenta una misura complessiva dell'autocompassione.

Il campione originale sul quale è stata operazionalizzata la scala di misura era costituito da 68 studenti universitari degli Stati Uniti. La fase successiva di ricerca, effettuata su un campione più ampio di 391 studenti, ha permesso di verificare l'affidabilità e la validità della scala e di diminuire il numero di items da 71 a 26, sulla base dei risultati ottenuti. L'affidabilità interna della SCS è risultata costantemente elevata negli studi condotti con un'ampia varietà di popolazioni, suggerendo che tutti gli elementi della scala sono correlati in modo soddisfacente e che le sottoscale possono essere esaminate separatamente oppure utilizzando il punteggio totale, a seconda dell'interesse del ricercatore. È stata convalidata anche una versione ridotta della SCS, la Self-Compassion Scale – Short Form (SCS-SF), che prevede la compilazione di un questionario self-report composto da 12 items, che può essere somministrata anche più volte nel corso di un trattamento psicologico al fine di monitorarne l'andamento e controllare se i risultati del test mutano nel tempo.

Dall'esame dei punteggi totali ottenuti con la versione breve, la ricerca ha rilevato che essa fornisce una correlazione quasi perfetta con quelli ottenuti dalla versione più lunga.

Ulteriori studi hanno evidenziato il ruolo chiave dell'autocompassione e tentato di comprendere lo sviluppo e il mantenimento di questa sana e adattiva modalità di rivolgersi al sé e ai propri stati emotivi negativi.

A questo proposito l'approccio evolutivo di Gilbert (2014), che si basa su un crescente numero di evidenze neuroscientifiche, ha permesso di evidenziare che individui cresciuti in ambienti sicuri e supportivi presenterebbero un elevato livello di autocompassione e una maggiore capacità di attivare e mantenere sentimenti di sicurezza e calore legati al sistema di autorilassamento.

Al contrario soggetti che sono cresciuti in situazioni stressanti, minacciose o che hanno ricevuto cure inadeguate durante lo sviluppo infantile, presentano maggiori probabilità di essere eccessivamente autocritici e di avere un sistema di minaccia iper-attivato. È stato riscontrato che questi tratti possono poi attivare anche emozioni difensive e contribuire a ridurre i livelli di autocompassione.

Lo studio di Inwood e Ferrari (2018) suggerisce, a questo proposito che punteggi più alti di autocompassione sono associati a costrutti psicologici positivi, tra cui la soddisfazione di vita e la connessione sociale. La ricerca sugli interventi in popolazioni cliniche e non evidenzia che, nonostante l'autocompassione sia un tratto disposizionale, è allo stesso tempo possibile effettuare con esiti promettenti, interventi clinici al fine di incrementare e migliorare i livelli di questo costrutto.

Gilbert e colleghi hanno sviluppato il Compassionate Mind Training (CMT), ossia un trattamento di gruppo rivolto a popolazioni cliniche con alto tasso di autocritica e vergogna. Il trattamento prevedeva l'acquisizione e l'incremento graduale della capacità di affrontare le emozioni negative con gentilezza piuttosto che con valutazioni negative di sé. Alla fine del trattamento tutti i pazienti hanno mostrato riduzioni significative sulle misure di ansia, vergogna, ruminazione, comportamento sottomesso, sentimenti di inferiorità e pensieri autocritici.

Come sottolineato nello studio di Terry e Leary (2011), contrariamente all'idea che l'autocompassione possa promuovere l'autoindulgenza o la passività, è stato riscontrato che le persone con più alto indice di autocompassione si assumono maggiori responsabilità, presentano maggiore iniziativa personale e si impegnano maggiormente per controllare i comportamenti che hanno implicazioni per la propria salute e il proprio benessere.

1.2 Regolazione emotiva, definizione e funzionamento

La regolazione delle emozioni fa riferimento a processi automatici e cognitivi che interagiscono per influenzare la durata, l'intensità e l'espressione delle emozioni.

Come evidenziato da Gratz e Roemer (2004) questo costrutto include importanti abilità adattive come la capacità di essere coscientemente consapevoli delle proprie emozioni, saperle identificare ed

etichettare correttamente, comprendere cosa le ha causate e protrate nel tempo, accettare e tollerare le emozioni dolorose o indesiderate e affrontare situazioni emotivamente gravose. La regolazione adattiva comporta la modulazione dell'esperienza emotiva piuttosto che l'eliminazione di alcune emozioni difficoltose. Questa modulazione dell'eccitazione permetterebbe la riduzione dell'urgenza associata all'emozione, consentendo all'individuo di controllare il proprio comportamento ed evitare azioni impulsive e inappropriate.

Una regolazione emotiva efficace produce, dunque, una riduzione dell'intensità dell'emozione negativa e la relativa sostituzione con un'esperienza più positiva e adattiva.

È stato riscontrato che individui che presentano deficit nella regolazione emotiva, utilizzano strategie disadattive per affrontare le proprie emozioni negative quali ad esempio l'evitamento o la ruminazione. Queste strategie riducono la sofferenza nel breve termine ma producono un carico cognitivo eccessivo a lungo termine, provocando una disregolazione delle emozioni.

La meta-analisi di Aldao et al. (2010) ha evidenziato che queste strategie disadattive risultano strettamente correlate ad una serie di disturbi psicopatologici di diversa natura.

La regolazione emotiva è stata operazionalizzata in diversi modi, rendendo possibile indagare attraverso lo sviluppo e l'utilizzo di strumenti e questionari convalidati, specifiche abilità di regolazione, che risulterebbe carenti o disadattive in individui con disturbi clinici di varia natura.

La Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), sviluppata da Gratz e Roemer, è una misura ampiamente utilizzata per valutare le strategie di regolazione delle emozioni quali consapevolezza, chiarezza, accettazione emotiva, accessibilità a strategie adattive, mantenimento di un comportamento orientato agli obiettivi e controllo degli impulsi. I risultati preliminari suggeriscono che il DERS ha un'elevata coerenza interna, una buona affidabilità test-retest e un'adeguata validità costruttiva e predittiva.

Un ulteriore test diffusamente utilizzato per valutare i livelli e le modalità di regolazione emotiva è l'Emotion Regulation Skills Questionnaire (ERSQ) di Berking e Znoj. Le dimensioni che vengono indagate all'interno di questo questionario sono la consapevolezza, le sensazioni, la chiarezza, la

comprensione, l'accettazione, la tolleranza, la disponibilità al confronto, la modifica delle emozioni negative e l'autosostegno. I vari studi condotti in merito sembrano suggerire che la dimensione dell'accettazione, tolleranza e modifica delle emozioni negative sono le strategie di regolazione emotiva più predittive per quanto riguarda il mantenimento e il ripristino del benessere psicologico.

1.3 Relazione tra autocompassione e regolazione emotiva in popolazione non clinica

L'autocompassione e la regolazione emotiva dimostrano entrambe, in modo indipendente, relazioni negative con diversi disturbi della salute mentale.

Terry e Leary (2011) sottolineano che in diversi ambiti, quali ad esempio il rifiuto personale, le valutazioni negative e le difficoltà in ambito scolastico o interpersonale, l'autocompassione risulta associata a minore depressione e ansia e legata a maggiore capacità di coping.

Molti studi scientifici si stanno occupando di individuare ed esaminare le modalità attraverso cui questi due costrutti interagiscono tra loro per proteggere da esiti negativi per la salute mentale e come essi possano risultare importanti predittori del benessere psicologico dell'individuo.

Sono state recentemente osservate le risposte fisiologiche associate alla regolazione delle emozioni ed è stato riscontrato che vi è una relazione inversa tra autocompassione e livello di cortisolo salivare. È stato evidenziato infatti che l'autocompassione, intesa come forma di cura e sostegno verso il sé, abbia effetti simili a quelli delle prime esperienze di attaccamento, in quanto richiama un sentimento di sicurezza e protezione. Come evidenziato da Gilbert infatti, quando gli individui si sentono sicuri tendono ad avere, in situazioni diverse, una maggiore flessibilità comportamentale e fisiologica, nonché una maggiore capacità di gestire e contrastare le potenziali reazioni allo stress sopprimendo l'attività simpatica e aumentando l'influenza parasimpatica, attraverso la stimolazione del nervo vago. Come evidenziato dallo studio condotto da Scoglio et al. (2015), l'autocompassione può divenire dunque una forma positiva e adattiva di regolazione delle emozioni, in quanto permette di accettare ed identificare le emozioni, senza evitarle o modificarle forzatamente.

Allo stesso tempo è stato evidenziato anche che gli individui con capacità di regolazione delle emozioni efficace, risultano maggiormente in grado di praticare l'autocompassione a causa delle loro capacità adattive e strategie di coping efficaci.

Nello specifico sono stati individuati collegamenti negativi tra autocompassione e specifiche strategie di regolazione delle emozioni disadattive come la ruminazione, la soppressione del pensiero e l'evitamento. Sono state al contrario individuate correlazioni positive con la capacità di coping, chiarezza emotiva e riparazione emotiva. In studi condotti da Vettese, Dyere, Li e Wekerle (2011) è stato riscontrato che nei giovani adulti che facevano uso di sostanze, l'autocompassione era negativamente correlata alla disregolazione emotiva oltre ad altre variabili tra cui gravità della dipendenza, gravità dei sintomi psicologici e il maltrattamento infantile.

Regolare le proprie emozioni può inoltre esaurire le risorse di autoregolazione delle persone, in quanto l'individuo dovendosi impegnare nella soppressione o amplificazione emotiva avrà poi meno risorse di autoregolazione disponibili per compiti successivi. Coloro che presentano invece un alto livello di autocompassione non hanno necessità di sopprimere le proprie reazioni emotive in quanto sperimentano gli eventi negativi in modo più consapevole e non esauriscono le risorse di autoregolazione cercando di gestire le proprie emozioni.

Capitolo 2. Implicazioni e risvolti nella psicopatologia

2.1 Autocompassione e regolazione emotiva come predittori del disturbo d'ansia sociale

Ricerche recenti hanno esaminato il ruolo dell'autocompassione e della regolazione emotiva all'interno del disturbo d'ansia sociale. Lo studio condotto da Bates, Elphinstone e Whitehead (2021) è il primo ad esaminare nello specifico il ruolo di un atteggiamento compassionevole verso se stessi nel ridurre i sintomi di questo disturbo. Questo recente studio ha anche indagato il ruolo delle strategie di regolazione emotiva nella rivalutazione cognitiva e della soppressione espressiva come meccanismi che mediano l'impatto dell'autocompassione sul disturbo d'ansia sociale.

Per sviluppare questo studio, i ricercatori sono partiti dall'assunto che l'ansia sociale è caratterizzata da timori intensi e irrazionali di una valutazione negativa da parte degli altri che porta al rifiuto sociale. Le persone con questo quadro clinico, infatti, interpretano il loro ambiente come competitivo piuttosto che affiliativo, si collocano ad un livello basso a causa dei propri difetti percepiti e ritengono che una valutazione negativa da parte degli altri confermerà una visione di sé come inadeguata ed imperfetta. Una revisione di Gilboa, Schachar e Sahar (2014) ha riscontrato prove consistenti del fatto che le persone socialmente ansiose tendono a squalificare e minimizzare le proprie esperienze positive, concentrandosi al contrario sui possibili esiti negativi delle proprie performance sociali e ricordano meno le informazioni positive sul sé, sperimentando anche un minor numero di affetti positivi. L'autocompassione e la regolazione emotiva sono state esaminate all'interno di questo studio come elementi chiave che concorrono a migliorare e amplificare le esperienze emotive positive e ridurre quelle negative. Il campione scelto per lo studio di Bates, Elphinstone e Whitehead (2021) era composto da 750 studenti universitari, di cui 378 uomini e 372 donne, a cui era stato chiesto di compilare un sondaggio online con misure ben validate di ansia sociale, regolazione emotiva e autocompassione. In linea con le ricerche precedenti, i risultati dello studio hanno dimostrato che l'autocompassione ha una forte influenza sull'ansia sociale e che la regolazione delle emozioni impatta significativamente sui livelli di autocompassione all'interno di questo quadro diagnostico.

Un livello più alto di autocompassione ha predetto livelli più bassi in entrambe le misure di ansia sociale sia in maniera diretta che indiretta attraverso livelli più bassi di Soppressione Espressiva (ES). Nonostante sia stato dimostrato che l'autocompassione influenza anche una maggiore frequenza di rivalutazione cognitiva, quest'ultima, contrariamente alle aspettative, non ha predetto nessuna delle due misure di ansia sociale. I risultati di questo studio permettono dunque di concludere che la CR non rappresenta un mezzo diretto nella riduzione dei sintomi d'ansia sociale. Nello specifico, è stato evidenziato che la Soppressione Espressiva viene utilizzata frequentemente dalle persone con ansia sociale in risposta alla paura di essere osservati e giudicati. Queste modalità, nell'ambito dei modelli cognitivi comportamentali di questo disturbo, vengono identificate come "sicurezza non utile", in quanto generate da convinzioni errate quali ad esempio quella che nascondendo le emozioni si evitano giudizi negativi da parte di altri che osservano la persona ansiosa. Questo studio dimostra dunque che l'adozione di un atteggiamento compassionevole in queste circostanze diminuisce la paura di essere giudicato negativamente, riducendo la tendenza a sopprimere le emozioni e consentendo altre forme di modulazione della loro espressione. Nello specifico è stato riscontrato che l'autocompassione può ridurre la motivazione ad impegnarsi nella Soppressione espressiva, potenziando la capacità di astenersi dall'auto-giudizio, gestire i sentimenti di isolamento e resistere all'identificazione eccessiva con i sentimenti negativi. Dryman e Heimberg (2018) hanno osservato inoltre che l'impatto della CR sull'ansia sociale può essere determinato dal livello di autoefficacia della persona nel rivalutare efficacemente l'evento vissuto. Gli studi presi in esame permettono dunque di concludere che l'autocompassione ha una marcata influenza sulla riduzione dell'ansia sociale, facilitando al contempo le strategie di regolazione emotiva. Questi risultati suggeriscono quindi molte implicazioni positive per la ricerca futura, per eventuali risvolti pratici ed interventi nell'ambito clinico.

2.2 Strategie di regolazione delle emozioni nel disturbo depressivo maggiore

Diversi studi hanno dimostrato che la rivalutazione cognitiva e l'accettazione sono due strategie presumibilmente adattive di regolazione delle emozioni nel disturbo depressivo maggiore ed è stato individuato anche il ruolo chiave che l'autocompassione potrebbe avere nel far fronte ai sintomi depressivi. Vari autori hanno identificato i deficit nella regolazione emotiva adattiva (ER) come fattori di rischio e mantenimento all'interno di questo disturbo. Una regolazione emotiva adattiva infatti, consentirebbe all'individuo di applicare strategie utili ad affrontare emozioni indesiderate, in modo da non interferire con il raggiungimento di obiettivi personalmente rilevanti e con la soddisfazione dei bisogni di base. Berking e Whitley (2014) hanno ipotizzato che, in individui con sintomi depressivi, gli stati affettivi avversi persistano più a lungo e con maggiore intensità di quanto desiderato e ciò provocherebbe loro un senso di perdita di controllo dei propri vissuti emotivi nonché l'impressione che questi sentimenti e affetti continueranno a comprometterne il benessere.

Come evidenziato da Teasdale e Barnard (1993) infatti la valutazione di una situazione come altamente avversiva, incontrollabile e stabile nel tempo si traduce nell'attivazione di schemi di elaborazione delle informazioni depressogeniche, che provocano poi ulteriori stati affettivi negativi. In assenza di capacità adattive di regolazione emotiva, dunque può svilupparsi un circolo vizioso di stati affettivi indesiderati e valutazioni depressogeniche di questi stati che contribuiscono allo sviluppo e al mantenimento del disturbo depressivo maggiore.

Data l'evidenza della rilevanza dell'elaborazione delle informazioni distorta negativamente nella depressione si ipotizza inoltre che la rivalutazione cognitiva, tecnica terapeutica nella terapia cognitivo-comportamentale, e l'accettazione possano correggere questi pregiudizi e ridurre gli affetti negativi e i sintomi associati alla depressione.

Diverse ricerche hanno esaminato e indicato l'autocompassione come ulteriore strategia di regolazione delle emozioni, in quanto associata in modo trasversale a un numero maggiore di emozioni positive, minori emozioni negative e inferiore gravità dei sintomi depressivi in campioni

clinici e non. In uno studio di Diedrich, Grant, Hoffmann, Hiller & Berking (2014) è stata confrontata nello specifico l'efficacia dell'autocompassione con una condizione di attesa, rivalutazione e accettazione in un campione clinicamente depresso ed è stata testata l'ipotesi che l'intensità dell'umore depresso modificerebbe l'efficacia differenziale di queste strategie.

In questo studio, su un campione di 48 partecipanti che soddisfacevano i criteri per il disturbo depressivo maggiore, per quattro volte veniva indotto l'umore depresso e veniva chiesto ai partecipanti di aspettare, rivalutare la situazione, accettare le proprie emozioni negative o utilizzare l'autocompassione per regolare il proprio umore. I risultati della valutazione dell'umore dei pazienti hanno mostrato che la riduzione dell'umore depresso era significativamente maggiore nella condizione di autocompassione rispetto alla condizione di attesa, mentre non sono state riscontrate differenze rilevanti né tra autocompassione e rivalutazione cognitiva, né tra autocompassione e accettazione. I risultati del presente studio hanno implicazioni teoriche significative in quanto suggeriscono che i fattori contestuali influenzano l'efficacia comparativa di determinate strategie di ER. Più specificatamente, la presente ricerca implica che, negli stati depressivi più gravi, gli individui beneficiano maggiormente dell'autocompassione rispetto all'utilizzo della rivalutazione cognitiva (e potenzialmente anche rispetto all'accettazione), perché probabilmente gli stati affettivi negativi più intensi sono più difficili da modificare con la rivalutazione in quanto interferiscono maggiormente con l'attivazione e l'utilizzo di pensieri positivi. I risultati del presente studio consentono dunque di cogliere l'efficacia e le potenzialità dell'utilizzo istruito dell'autocompassione come utile e promettente strategia di regolazione delle emozioni nel contrastare i sintomi del disturbo depressivo maggiore.

2.3 Implicazioni nella valutazione del trauma e nel disturbo da stress post-traumatico

Ricerche recenti hanno dimostrato che valutazioni negative del trauma, difficoltà di regolazione emotiva generalizzata (ER) e bassi livelli di autocompassione influenzano fortemente la connessione tra l'esposizione al trauma e i successivi sintomi del disturbo post-traumatico da stress.

Nello specifico le modalità in cui gli individui interpretano le esperienze traumatiche e i modi in cui gestiscono le emozioni negative in generale, possono prevedere lo sviluppo e il mantenimento del disturbo post traumatico da stress a seguito del trauma. L'abuso infantile può contribuire a provocare tendenze cognitive ed emotive disadattive attraverso lo sviluppo di risposte comuni quali ad esempio l'internalizzazione e l'interpretazione dell'abuso come meritato, la formazione di un attaccamento insicuro con le figure di riferimento e possibili deficit nella capacità di coping emotivo. Come sottolineato da Foa, Ehlers, Clark, Tolin e Orsillo (1999), l'esperienza del trauma può alterare le convinzioni e le ipotesi fondamentali che molte persone hanno su se stesse, il futuro, la sicurezza personale e generale e la bontà degli altri e ciò può determinare sentimenti di vergogna, colpa e valutazioni negative del sé che sono interne, globali, statiche e apparentemente incontrollabili. La vergogna a seguito di esperienze traumatiche può dunque avere un effetto profondo e pervasivo sull'identità personale, in quanto il sé può essere percepito come difettoso, intrinsecamente cattivo, impotente e meritevole di maltrattamento. Briere (2012) suggerisce inoltre che alcuni sopravvissuti per far fronte alle conseguenze del trauma ricorrono a strategie disadattive quali ad esempio l'evitamento, l'aggressività o la dissociazione che possono provocare problemi interpersonali, abuso di sostanze e ulteriori conseguenze sulla salute e sul benessere.

Partendo dunque dall'assunto che la propensione alla vergogna, senso di colpa e atteggiamenti negativi verso il sé sono stati associati alla gravità dei sintomi nel disturbo post-traumatico da stress, l'autocompassione risulta essere un elemento chiave nella regolazione emotiva e nel contrasto di tali sintomi. Come evidenziato da Gilbert e Procter (2006) la pratica dell'autocompassione può avere importanti benefici e nello specifico ridurre significativamente i livelli di ruminazione, autocritica, giudizio di sé e senso di colpa legati alla valutazione del trauma. Essa può divenire una nuova e sana forma di regolazione emotiva, in quanto permette di identificare e accettare le emozioni, sperimentare gli affetti e i pensieri negativi senza che diventino opprimenti o consumanti e senza incorrere nell'evitamento, portando ad una maggiore chiarezza emotiva e accettazione e sperimentando al contempo un senso di comune umanità. Lo studio di Scoglio et al. (2015) ha permesso di esplorare e

comprendere più nel dettaglio l'interconnessione tra autocompassione, resilienza, disregolazione emotiva e gravità dei sintomi del disturbo post-traumatico da stress, offrendo risultati utili per eventuali ulteriori ricerche future e applicazioni cliniche. Il campione scelto di 176 partecipanti era composto da donne di età compresa tra i 18 e i 65 anni, sopravvissute a violenza interpersonale e con diagnosi primaria di disturbo post-traumatico da stress, a cui è stata richiesta la compilazione di una batteria completa di interviste strutturate, semi-strutturate e misure di autovalutazioni circa un'ampia gamma di traumi e sintomatologia.

Come previsto dalle ipotesi iniziali, l'autocompassione è risultata negativamente correlata alla gravità dei sintomi del disturbo post-traumatico da stress e la disregolazione emotiva è positivamente correlata alla resilienza. Inoltre, la disregolazione emotiva ha mediato la relazione tra gravità dei sintomi di disturbo post-traumatico da stress e auto-compassione e ha anche influenzato la relazione tra resilienza e auto-compassione. Questo studio suggerisce inoltre che l'autocompassione e la regolazione delle emozioni possono essere considerate componenti della resilienza e che quindi eventuali miglioramenti in questi due costrutti possono favorire anche livelli più elevati di resilienza. Un ulteriore studio, condotto da Barlow, Goldsmith Turowb e Gerhart (2017) ha invece dimostrato che in un campione di giovani adulti, la correlazione tra l'esposizione all'abuso infantile e gli attuali sintomi di disturbo post-traumatico da stress, sono stati mediati da valutazioni negative del trauma, difficoltà di regolazione emotiva e bassi livelli di autocompassione.

L'abuso infantile era infatti associato a livelli più elevati di valutazioni negative del trauma, maggiori difficoltà di regolazione delle emozioni, livelli inferiori di autocompassione e maggiori sintomi di intrusione ed evitamento. Questi risultati suggeriscono dunque che l'abuso infantile può produrre una cascata di reazioni, incluse cognizioni negative, che riducono gli atteggiamenti compassionevoli verso se stessi e che a loro volta compromettono la capacità di regolare le proprie emozioni innescando o potenziando i sintomi di disturbo post traumatico da stress.

Questi studi permettono dunque di cogliere la significativa interconnessione e le diverse correlazioni tra autocompassione, strategie di regolazione delle emozioni, valutazione del trauma e sintomi del disturbo post-traumatico da stress.

2.4 Riduzione della vulnerabilità allo stress e miglioramento della sintomatologia

Ricerche recenti hanno esplorato l'ipotesi che l'autocompassione riduca la vulnerabilità allo stress diminuendo la regolazione emotiva problematica nel far fronte ad eventi difficili ed esperienze affettive negative. In uno studio condotto da Shapiro et al. (2005) è stato rilevato che gli operatori sanitari sottoposti a formazione MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) hanno riportato aumenti significativi dell'autocompassione e diminuzioni dello stress e che le riduzioni dello stress erano mediate dall'autocompassione. In un ulteriore studio condotto da Boellinghaus, Jones e Hutton (2014) è stato possibile concludere che gli interventi che promuovono lo sviluppo dell'autocompassione tra i medici hanno il potenziale per promuovere il benessere e ridurre gli esiti legati allo stress come il disagio empatico e il burnout.

Finlay-Jones, Rees e Kane (2015) hanno invece posto l'attenzione sulla categoria professionale degli psicologi, per la quale una gestione efficace dello stress risulta essere un imperativo categorico, in quanto è stato dimostrato che stati di stress acuti minano l'attenzione e le capacità decisionali e possono avere un impatto negativo sulle capacità di entrare in empatia con e supportare i propri pazienti. Questa categoria professionale è infatti esposta regolarmente al disagio emotivo degli altri e a tal proposito è stato evidenziato che relazionarsi abitualmente con la sofferenza in modo empatico può portare ad un aumento di emozioni spiacevoli e a sentimenti condivisi di sofferenza e affaticamento emotivo. Lavorare nel contesto di queste particolari sfide può evocare talvolta sentimenti di inadeguatezza, preoccupazione e insicurezza e può far mettere in discussione la propria competenza professionale in chi tende ad alte aspettative di prestazione o minimizza i propri bisogni. Lo scopo di questo studio, condotto su 198 psicologi e tirocinanti australiani, era quello di

chiarire il legame tra autocompassione e stress ed esaminare nello specifico il ruolo mediatore delle difficoltà di regolazione delle emozioni nella relazione tra autocompassione e sintomi da stress.

È stato considerato, per lo sviluppo dello studio, anche il ruolo del nevroticismo, variabile di personalità che influenza costantemente l'esperienza e la risposta allo stress degli individui e che insieme ad una scarsa autocompassione può provocare la tendenza a rimuginare, sentirsi isolati e criticare se stessi. I risultati dello studio di Finlay-Jones, Rees e Kane (2015) hanno evidenziato che l'autocompassione può ridurre significativamente le difficoltà di regolazione delle emozioni, migliorando indirettamente anche i livelli di stress e confermando che le persone che sono più autocompassionevoli sperimentano maggiore chiarezza emotiva e accettano maggiormente le emozioni difficili.

Si può dedurre inoltre che gli psicologi più compassionevoli hanno meno probabilità di basare la loro autostima personale o professionale su risultati terapeutici positivi o reazioni favorevoli da parte dei propri pazienti e di conseguenza risultano più inclini a considerare le sfide del lavoro terapeutico come parte integrante del loro ruolo professionale, piuttosto che come un'indicazione del proprio fallimento o inadeguatezza. Si può quindi supporre che l'autocompassione aiuti a ridurre i sentimenti di apprensione, eccessiva autocoscienza e ruminazione dei terapeuti e generare al contempo un senso di interconnessione, riducendo i sentimenti di isolamento nel proprio ruolo professionale.

I diversi studi citati permettono dunque di comprendere meglio la significativa capacità predittiva dell'autocompassione nel mediare i sintomi dello stress e ridurre le strategie di regolazione emotiva disadattiva. Questi promettenti risultati permettono di rendere operativi tali costrutti, dando le basi per creare interventi specifici nel prevenire e contrastare lo stress nelle categorie professionali più a rischio e nella popolazione generale.

Capitolo 3. Conclusioni

Con questo elaborato finale si è voluto indagare il legame che intercorre tra l'autocompassione, la regolazione emotiva e il benessere psicologico, passando in rassegna i diversi studi che indagano i fattori sottostanti attraverso cui questi elementi correlano tra loro. Le diverse ricerche prese in esame permettono di sottolineare l'importanza dell'autocompassione come strategia adattiva di regolazione delle emozioni che influenza direttamente o indirettamente le manifestazioni psicopatologiche in diversi quadri diagnostici, quali l'ansia sociale, la depressione maggiore, il disturbo post-traumatico da stress e gli stati d'ansia, portando a miglioramenti promettenti nella sintomatologia.

Nello specifico è stato possibile sottolineare come la disregolazione emotiva abbia mediato la relazione dell'autocompassione con la depressione maggiore e con lo stress in una popolazione di psicologi e tirocinanti di psicologia e con i sintomi da stress post-traumatico in un campione di studenti. Ulteriori ricerche hanno individuato inoltre che l'autocompassione media la relazione tra la regolazione emotiva disfunzionale e sintomi del disturbo post-traumatico da stress ed è stata riscontrata anche una significativa correlazione inversa tra autocompassione e difficoltà di regolazione emotiva tra adulti con disturbo d'ansia generalizzato e tra adolescenti con una storia di maltrattamento infantile. Questi dati consentono di cogliere la promettente relazione tra questi costrutti nonché le potenzialità future dell'operalizzazione e l'elaborazione di specifici training e trattamenti da utilizzare in campo terapeutico e clinico.

3.1 Limiti degli studi

I diversi studi esaminati per la stesura di questo elaborato presentano alcuni limiti da prendere in considerazione, al fine di comprendere e valutare al meglio i risultati ottenuti e apportare modifiche o miglioramenti per eventuali ricerche future.

Molti studi, infatti, sono stati effettuati coinvolgendo un campione troppo ridotto e talvolta eccessivamente omogeneo per quanto riguarda l'età, il sesso, l'etnia e la professione.

Lo studio di Diedrich et al. (2017), ad esempio, coinvolgeva un campione di soli adulti clinicamente depressi con trattamento ambulatoriale in corso, il campione coinvolto da Scoglio et al. (2015) era invece composto da sole donne con disturbo post-traumatico da stress, mentre quello di Barlow et al. (2017) aveva un campione di soli studenti universitari e le ricerche condotte da Findlay-Jones et al. (2015) coinvolgevano solo psicologi e tirocinanti di psicologia australiani.

In alcune delle ricerche passate in rassegna, inoltre, è stata preferita la forma breve della scala di valutazione dei livelli di autocompassione (SCS-SF) con lo scopo di ridurre i tempi di compilazione ma il suo utilizzo ha, allo stesso tempo, precluso l'analisi delle singole sottoscale.

L'uso esclusivo di misure self-report è un'altra possibile limitazione di questi studi in quanto l'autovalutazione richiede un'accurata autoconsapevolezza e può essere suscettibile alla desiderabilità sociale. Bisogna inoltre sottolineare che tutti gli studi erano in lingua inglese e vi sono dunque dei possibili rischi di bias linguistici o culturali.

3.2 Sviluppi futuri

Al fine di superare i limiti esposti nel paragrafo precedente, in eventuali ricerche future, si potrebbe pensare di ampliare il campione di partecipanti per avere risultati ancora più attendibili e predittivi. Sarebbe opportuno anche prediligere una maggiore eterogeneità dei partecipanti per comprendere eventuali differenze o similitudini legate ad età, sesso, etnia e occupazione lavorativa sui livelli di autocompassione e regolazione emotiva. Nello specifico potrebbe essere molto utile e interessante valutare se con l'avanzare dell'età si utilizzino strategie di regolazione emotiva diverse e più adatte o al contrario se non vi siano differenze in tale senso e lo stesso potrebbe essere applicato alla valutazione dei livelli di autocompassione.

Si potrebbe inoltre tentare di comprendere se eventuali training abbiano effetti diversi sulla sintomatologia e sul benessere in base all'età e alla fase di vita che si sta attraversando.

Anche l'ambiente lavorativo potrebbe essere preso maggiormente in esame per valutare con accuratezza se elementi quali eccessivo criticismo, vergogna, senso di colpa e strategie di regolazione emotiva disadattive siano maggiormente legate all'occupazione lavorativa e all'ambiente con cui ci si interfaccia abitualmente piuttosto che rappresentare una predisposizione personale e temperamentale. Ciò permetterebbe, dunque, di comprendere se i livelli di autocompassione e regolazione emotiva adattiva dipendano in qualche modo anche dall'ambiente sociale e dalla propria professione o se invece non ne siano in alcun modo influenzati.

Si potrebbe pensare, inoltre, di aggiungere altri strumenti di misurazione dei costrutti utilizzando oltre ai questionari self-report anche altri strumenti quali ad esempio le interviste strutturate o semi-strutturate ma anche rilevazioni di indici fisiologici legati all'espressione della sintomatologia al fine di superare i limiti dell'autovalutazione e della desiderabilità sociale e per incrementare quindi la validità e la qualità dei risultati delle ricerche.

3.3 Applicazioni pratiche

Tenendo conto dei risultati promettenti dei vari studi condotti sulla relazione tra regolazione emotiva e autocompassione e considerando la capacità predittiva di questi due costrutti sul benessere psicologico e sul miglioramento dei sintomi in vari quadri psicopatologici, si potrebbero realizzare dei training pratici di potenziamento e prevenzione.

Nello specifico potrebbe essere utile individuare ambienti lavorativi e sociali ad alto rischio di sviluppo di sentimenti di autocritica, vergogna, senso di colpa, eccessiva individualizzazione e isolamento e decidere di proporre, ad eventuali persone interessate, la partecipazione a percorsi di promozione che migliorino i livelli di autocompassione e insegnino o incoraggino la scelta di strategie di regolazione emotive più adattive. Per esempio in ambienti sanitari, giuridici o educativi potrebbe essere utile ricondurre gli individui al senso di comune umanità che permetterebbe loro di non sentirsi eccessivamente responsabili e isolati nelle difficoltà e negli errori e sarebbe utile insegnare quelle strategie che consentono di sperimentare emozioni negative senza evitarle, ma senza lasciarsi

sopraffare da esse. In altri ambienti lavorativi molto focalizzati sulle prestazioni di alto livello e sull'assenza di errori, si potrebbe intervenire al fine di aumentare i livelli di autocompassione e contrastare lo sviluppo di eccessivo auto-criticismo o l'insorgere di sentimenti di colpa o vergogna. Per prevenire lo sviluppo di strategie emotive disadattive si potrebbe prevedere ad esempio una sessione di training di gruppo per neo-assunti o tirocinanti al fine di comprendere le possibili criticità ed eventuali difficoltà di gestione emotiva, riscontrabili nel corso della professione, e potenziare i costrutti di autocompassione e regolazione emotiva adattiva in modo tale da prevedere ed affrontare l'eventuale emergere di emozioni negative. Allo stesso tempo, sarebbe importante sviluppare anche degli interventi specifici e mirati per coloro che sperimentano già quelle emozioni dolorose e che presentano strategie di regolazione emotiva disadattive, con lo scopo contrastare prontamente lo sviluppo di possibili disturbi psicologici più gravi ed evitare che vengano influenzate anche le relazioni interpersonali e altre sfere del funzionamento dell'individuo.

Bibliografia

- (*) Aldao, A. N.-H. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Alice Diedrich, M. G. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 43-49.
- Amy L. Finlay-Jones, C. S. (2015). Self-Compassion, Emotion Regulation and Stress among Australian Psychologists: Testing an Emotion Regulation Model of Self- Compassion Using Structural Equation Modeling. *PLOS ONE*, 10 (7), 1-12.
- Arielle A. J. Scoglio, D. A. (2015). Self-Compassion and Responses to Trauma: The Role of Emotion Regulation. *Journal of Interpersonal Violence*, 33 (13), 1-16
- (*) Berking, M. &. (2014). The affect regulation training (ART). *New York, NY: Springer*, 3, 64-69.
- (*) Blake, D. D. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8 ,75-90.
- (*) Briere, J. (2012). Working with trauma: Mindfulness and compassion. Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice. *New York: Guilford*, 265-279
- (*) Dryman, M. T. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review*, 5, 17-42.
- Ferrari, E. I. (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), 215-228.
- (*) Foa, E. B. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- (*) Gilbert, P. &. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.

- (*) Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 53*, 6-41.
- (*) Gilboa-Schechtman, E. S. (2014). Positivity impairment as a broad-based feature of social anxiety. *The Wiley Blackwell handbook of social anxiety disorder*.
- Glen W. Bates, B. E. (2021). Self-compassion and emotional regulation as predictors of social anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 94*, 426-437.
- Gratz, K. L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54.
- (*) Gross, J. J. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 448-362.
- Leary, M. L. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity, 10* (3), 352-359.
- M. Rose Barlowa, R. E. (2017). Trauma appraisals, emotion regulation difficulties, and self-compassion predict posttraumatic stress symptoms following childhood abuse. *Child Abuse & Neglect, 65*, 37-45.
- Neff, K. D. (2015). The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion. *Springer Science+Business Media New York, 7*, 264-272.
- (*) Raes, F. P. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18*, 250-255.
- (*) Roemer, K. L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-53.
- (*) Shapiro SL, A. J. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management, 12*, 164-176.

(*) Svendsen, J. O. (2016). Trait self-compassion reflects emotional flexibility through an association with high vagally mediated heart rate variability. *Mindfulness*, 7, 1103-1113.

(*) Vettese, L. C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 480-491.

W., V. T. (2021). Self-compassion and attention: self-compassion facilitates disengagement from negative stimuli. *The Journal of Positive Psychology*, 16 (5), 593-607

(*) = opera non direttamente consultata