



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

**Corso di Laurea Magistrale in
Psicologia Sociale, del Lavoro e della Comunicazione**

Tesi di Laurea Magistrale

**Mindfulness e attaccamento: una ricerca sulla loro
relazione con prosocialità e regolazione delle emozioni**

**Mindfulness and attachment: a research on their relation with
prosociality and emotion regulation**

Relatore

Prof.re Alberto Voci

Laureanda: Vittoria Monte Amato

Matricola: 1203366

Anno Accademico 2021 – 2022

INTRODUZIONE

L'antica e ricca tradizione orientale ha fornito al mondo occidentale numerose prove dell'efficacia della meditazione nel combattere diversi stati di malessere nell'individuo, nel migliorare le proprie disposizioni verso se stesso e verso gli altri, nel cambiare, in generale, le proprie percezioni e i propri atteggiamenti nei confronti dell'ambiente circostante. Uno dei frutti di queste pratiche meditative, la Mindfulness, ha attirato l'attenzione di diversi studiosi nel corso dello scorso secolo, tanto da essere introdotta e diventare protagonista di programmi di intervento psicologico efficaci nel curare diversi disturbi e per migliorare se stessi.

L'operazionalizzazione della Mindfulness come caratteristica di tratto ha permesso alla ricerca di collegarla a tanti altri costrutti, facendo emergere importanti legami con sentimenti e disposizioni positive verso se stessi, come la Self-compassion, con il desiderio di capire e avvicinarsi agli altri, aumentando l'Empatia, con sentimenti e stati compassionevoli, con una significativa riduzione dello stress, con un miglioramento delle qualità delle relazioni e, più in generale, con un aumento del benessere della persona.

Questo lavoro si propone come obiettivo quello di considerare contemporaneamente la relazione fra la Mindfulness, la Compassione e la Self-compassion, i livelli di Stress percepito e il ruolo di questi processi negli stili di attaccamento adulto, i quali influenzano le future relazioni dell'individuo, e nella capacità di regolare le proprie emozioni.

Nel Capitolo 1 vengono presentati i costrutti di Mindfulness, Empatia, Compassione e Self-compassion, facendo riferimento alle teorie presenti in letteratura.

Nel Capitolo 2 viene approfondita la relazione fra Mindfulness, sia come caratteristica di tratto sia nel suo ruolo all'interno dei programmi di meditazione, e gli altri costrutti sopracitati.

Nel Capitolo 3, invece, vengono introdotte le teorie dell'Attaccamento: in particolare, verranno descritti gli stili sicuro e insicuro nelle loro varie forme, le conseguenze di tali relazioni primarie sulle relazioni affettive nei giovani e negli adulti, e il rapporto tra gli stili di attaccamento e la Mindfulness.

Successivamente si passa alla parte empirica di questa tesi che ha coinvolto 158 partecipanti adulti, contattati direttamente o tramite vari canali di comunicazione on-line.

Nel Capitolo 4 vengono presentati in modo dettagliato gli obiettivi della ricerca, le

caratteristiche dei partecipanti e gli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati, mentre nel Capitolo 5 vengono esposti e analizzati i risultati ottenuti attraverso le varie analisi dei dati raccolti.

Ci si aspetta che la Mindfulness e le altre variabili individuali considerate si associno al benessere dell'individuo, ai suoi livelli di stress e alle sue disposizioni pro-sociali, e si valuta il ruolo degli stili di attaccamento e della capacità di regolazione delle emozioni in questa relazione.

I dati sono stati raccolti attraverso un questionario self-report che include diverse scale presenti in letteratura per la rilevazione dei costrutti indagati.

Infine, il Capitolo 6 è dedicato alle conclusioni, alle implicazioni pratiche dei risultati della ricerca e ai suggerimenti per gli studi futuri.

CAPITOLO 1

CONSAPEVOLEZZA, REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI E PROSOCIALITÀ

1.1 Mindfulness

Con mindfulness ci si riferisce a una disposizione che si coltiva attraverso una pratica di meditazione sviluppata a partire dai precetti del buddhismo, la quale trova i suoi capisaldi ne “Il grande sermone sui fondamenti della presenza mentale” (*Mahāsatipatthana Sutta*), il testo buddhista fondamentale per la pratica meditativa.

Il termine originariamente traduce in inglese la parola “*sati*”, che in lingua *pāli*, ovvero la lingua in cui il Buddha ha dato i suoi insegnamenti, si traduce letteralmente sia con “memoria”, “tenere a mente”, sia con “consapevolezza”, “attenzione”, e indica uno specifico fattore mentale (“*indriya*” in lingua originale) che può essere coltivata e sviluppata attraverso la meditazione. Nel *Puggalapannatti*, il testo della descrizione degli individui, le persone vengono classificate in diversi stadi sul sentiero buddhista, alcuni caratterizzati come *upatthitasati*, o “allerta” e in grado di sostenere il *sati* (“*Abhidhammapitake Puggalapannattipali*”, 2000, p.77), e altri caratterizzati da “inconsapevolezza” (p. 64). Dunque, i primi insegnamenti riconoscevano la mindfulness come una differenza individuale innata e un insieme di abilità che richiedono formazione e pratica. Mindfulness in quanto *sati* ha quindi un significato preciso, che deriva dalla tradizione Theravada del buddhismo antico, in cui il metodo di meditazione è denominato *vipassanā*. Le sue origini hanno uno specifico significato in un contesto meditativo e filosofico.

L'interesse americano per la filosofia buddhista deriva dal movimento trascendentalista dell'inizio del XIX secolo, che enfatizzava l'individualismo e il soggettivismo rispetto al razionalismo e all'oggettivismo. Questo interesse è riemerso con maggiore forza durante gli anni '50 e '60, anni in cui diverse “istituzioni” buddhiste sono state introdotte nel panorama americano e che nel corso del tempo sono diventate sempre più occidentalizzate, dando origine a una forma non religiosa di psicologia buddhista.

Più recentemente, e nel contesto della ricerca psicologica in Occidente, la mindfulness è stata definita come una consapevolezza aperta e non giudicante della propria esperienza del momento presente, la quale descrive un modo per impegnarsi con la propria

esperienza, in cui la propria attenzione è direttamente orientata a sensazioni, pensieri ed emozioni che si verificano momento per momento.

Ciò appare però in contrasto con la tradizione buddhista: qui, la capacità di osservare e definire il contenuto mentale consente all'individuo di mettere in relazione la propria esperienza con un sistema di stati mentali che vengono distinti in virtuosi e non virtuosi. In questo senso, la "retta consapevolezza" include la discriminazione sulle qualità mentali, le intenzioni e la convinzione di impegnarsi in un'azione intenzionale.

Alla luce di questo, alcuni studiosi buddhisti hanno fatto risalire le origini della mindfulness non giudicante a fonti buddhiste. Questo concetto sembra infatti derivare da una categoria di pratiche meditative non duali che descrivono gli stati mentali come privi dalla dualità soggetto-oggetto, e ognuno di essi viene inteso come costruzione o rappresentazione, indipendentemente dalla desiderabilità del contenuto di uno di essi (se virtuoso o non virtuoso). Lo stile non duale implica dunque che gli stati mentali non siano riflessi di una realtà oggettiva, ma mere rappresentazioni. Questo approccio ha influenzato le pratiche presenti nei programmi di mindfulness contemporanei.

A diffondere tali programmi è Jon Kabat-Zinn che, a partire dal 1979, propone l'applicazione in contesti medici e clinici di un programma che prevede l'insegnamento della meditazione mindful utile per proporre l'esperienza liberatoria della pratica in contesti non meditativi e mainstream. Egli fondò la "Stress Reduction Clinic" all'Università della Massachusetts Medical School, e qui sviluppò il programma chiamato "Stress Reduction and Relaxation Program", che prese il nome definitivo di "Mindfulness-Based Stress Reduction" (MBSR): da qui, la sempre crescente diffusione di vari programmi mindfulness-based.

Il programma MBSR ha una durata di 8 settimane, con incontri settimanali di due ore circa, svolto in gruppi da 7 a 15 persone, durante i quali si istruiscono i partecipanti su tre tecniche formali: meditazione mindfulness, body scanning e semplici posizioni yoga. A essi viene inoltre indicato di praticare la meditazione per almeno 45 minuti al giorno, per sei giorni la settimana, e di svolgere alcuni esercizi di consapevolezza. Tra la sesta e la settima settimana il programma prevede un ritiro (dalle 6 alle 8 ore) nelle quali si pratica insieme il silenzio e la meditazione.

Grazie al successo del MBSR, numerosi programmi basati sulla mindfulness si sono diffusi largamente, tra cui il Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depressive

Relapse Prevention (MBCT) (Segal et al., 2002), che ha introdotto l'approccio mindfulness-based nella comunità degli psicoterapeuti e in generale delle professioni di aiuto. Gli studiosi hanno indagato come la meditazione possa aiutare gli individui che soffrono di depressione maggiore in fase di remissione attraverso uno strumento che permetta di affrontare episodi depressivi che possono ripresentarsi e sfociare in una ricaduta più grave, e che, rapidamente, ha mostrato la sua efficacia nella profilassi delle recidive della depressione.

I dati confermati da RCT (Randomized Controlled Trials) hanno addirittura portato il NICE, ovvero l'agenzia britannica per le linee guida sanitarie, e l'APA (American Psychiatric Association) a indicare il protocollo MBCT come prima scelta per la prevenzione delle recidive della Depressione Maggiore.

Ad oggi, il numero degli interventi di MM (mindfulness meditation) è cresciuto e si parla spesso in generale di Mindfulness-Based Interventions (MBIs), cioè interventi basati sulla mindfulness.

Molti di essi sono stati messi a punto per una moltitudine di problemi, quali: i disturbi alimentari, con il Mindfulness-Based Eating Awareness Training, la prevenzione nelle tossicodipendenze, con il Mindfulness-Based Relapse Prevention, il supporto ai caregivers di pazienti anziani fragili, con il Mindfulness-Based Elder Care, e le coppie che stanno affrontando la transizione alla genitorialità, con il Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Program.

Negli ultimi decenni la crescente popolarità del termine ha indotto altri metodi di meditazione, diversi dalla MM, ad associare il proprio nome al termine mindfulness per guadagnare visibilità e reputazione. Ciò ha rischiato di ridurre il termine a sinonimo di meditazione tout court e generico metodo di promozione di benessere psicofisico o tecnica di rilassamento. A tal proposito, lo stesso Jon Kabat-Zinn si è espresso affermando: *“l'intenzione e la prospettiva dietro l'MBSR non hanno mai inteso sfruttare, frammentare o decontestualizzare il Dharma (trad. “insegnamento del Buddha”), ma al contrario ri-contestualizzarlo all'interno delle cornici della scienza, della medicina (incluse psichiatria e psicologia) e della sanità, affinché ciò potesse risultare di massima utilità per coloro che non avrebbero mai potuto entrarvi in contatto attraverso le tradizionali porte di accesso del Dharma”* (Kabat-Zinn, 2011).

La nascita e la diffusione dei MBI non hanno dunque l'intenzione di trasformare la mindfulness in una tecnica per uso strumentale, ma di integrare la secolare tradizione meditativa ai protocolli di aiuto per chi ne ha bisogno.

Per quanto concerne la definizione moderna del costrutto della mindfulness nell'ambito della ricerca psicologica e dei MBI, diversi studiosi concettualizzano il costrutto in modo diverso.

In primo luogo, Kabat-Zinn definisce la mindfulness come *“la consapevolezza che emerge dal prestare attenzione in modo particolare: di proposito, nel momento presente, con un atteggiamento non giudicante”* (Kabat-Zinn, 1994).

In linea con quest'ultima, lo psichiatra Daniel J. Siegel afferma che la meditazione mindfulness è quella modalità di “essere totalmente nel momento presente”, che permette di fare esperienze “dal basso verso l'alto” e che permette di interrompere gli automatismi di risposta del cervello, cioè libera da quella che egli chiama il “pilota automatico”, così da evitare di attuare reazioni comportamentali disfunzionali e automatizzate.

Per la psicologa e ricercatrice Ruth Baer, la mindfulness è un costrutto multidimensionale che fa riferimento a diverse capacità, definito come *“l'osservazione non giudicante del flusso continuo di stimoli interni ed esterni, così come si presentano nella realtà”* (Baer, 2003). I fattori della mindfulness che l'autrice individua sono cinque: osservazione, descrizione, agire con consapevolezza, non-giudizio, non-reattività.

La psicologa Ellen Langer (2000) si distacca notevolmente dalle sopracitate definizioni, descrivendo la mindfulness come il processo di ricerca attiva e generazione di novità nella propria esperienza momento per momento. Quest'ultima concettualizzazione coinvolge l'elaborazione mentale e la creazione di senso e si differenzia molto dalla tradizione buddhista nella definizione di mindfulness.

Si noti dunque come, recentemente, sono state sviluppate molteplici misure di mindfulness derivate dalla filosofia buddhista, ciascuna basata su concettualizzazioni correlate ma distinte del costrutto. Le differenze in tali misure riguardano in gran parte la dimensionalità della mindfulness; infatti, alcuni studiosi la interpretano come un costrutto unidimensionale, caratterizzato dall'attenzione e dalla consapevolezza dell'esperienza momento per momento, mentre altri vedono la consapevolezza come un costrutto bidimensionale, che distingue tra componenti attenzionali e affettive.

Altri ancora, infine, hanno operazionalizzato la mindfulness come un costrutto che racchiude diverse sfaccettature.

Anche se le differenze tra le diverse interpretazioni dello stesso costrutto sono evidenti, ci sono prove che tutte queste misure di consapevolezza convergono su un costrutto comune sottostante, sostanzialmente coerente con quello inizialmente proposto da Kabat-Zinn e psicometricamente distinta dalla definizione proposta da Langer (Siegling & Petrides, 2014).

La vastità di programmi di intervento basati sulla mindfulness hanno permesso di condurre diversi studi che ne hanno dimostrato l'efficacia nella prevenzione e nella cura di diversi problemi.

Come già citato, sono stati provati i benefici della MBCT nella prevenzione delle ricadute su pazienti affetti da depressione maggiore e nel trattamento dei sintomi depressivi residui.

Rimanendo nel contesto clinico, i benefici degli MBI riguardano anche pazienti che soffrono di ansia, psicosi, abuso di sostanze, disturbi alimentari, dipendenza da nicotina.

Questi interventi si sono anche dimostrati efficaci per il trattamento di una serie di disturbi fisici come la psoriasi e il dolore cronico, e per il miglioramento dell'umore e del benessere nelle persone affette da cancro e fibromialgia.

Anche in ambito non-clinico, gli MBI hanno mostrato risultati nella riduzione dell'intensità e della frequenza dell'affettività negativa e dell'ansia generale, nel miglioramento delle relazioni sentimentali, nella diminuzione dell'attenzione negativa egocentrica, nell'aumento dei livelli di melatonina antitumorale, nel miglioramento del funzionamento dell'attenzione e della memoria di lavoro, e in generale in un aumento del benessere (Chambers, 2009).

1.1.1 Dispositional Mindfulness

È interessante notare come, nell'ambito della ricerca psicologica, la mindfulness sia stata studiata e misurata sia come una caratteristica di tratto sia di stato.

La mindfulness di tratto o Dispositional Mindfulness (DM) descrive una disposizione generale verso la consapevolezza e l'attenzione centrata sul presente, mentre la mindfulness di stato si riferisce alle variazioni negli stati di consapevolezza e attenzione centrata sul presente.

Entrambe risultano quindi concettualmente distinte, ma strettamente correlate, infatti gli individui che presentano alti livelli di mindfulness di tratto tendono anche ad avere livelli più elevati di mindfulness in un qualsiasi momento. Diversi studi hanno confermato questo nesso, mostrando come la correlazione tra mindfulness di tratto e di stato è generalmente tra .40 e .50.

Vi è tuttavia un problema legato alla mancanza di coerenza nella definizione della MD, con il rischio di considerare tutte le forme di mindfulness come assimilabili allo stesso costrutto (Rau & Williams, 2016).

Per rispondere all'esigenza di delimitare i confini del costrutto e separarlo da concetti e definizioni generiche o contrastanti, nel 2016 è stata condotta uno studio con l'obiettivo di confermare la validità della DM, tramite una rassegna teorica (cioè storia e definizioni di mindfulness), un'analisi delle misure psicometriche e il test della validità convergente e divergente.

I risultati di questo studio hanno, in primo luogo, distinto la mindfulness disposizionale (di tratto) da quella "coltivata" o appresa (ottenuta grazie a programmi di training) e hanno portato a definire la DM come un costrutto multidimensionale che riflette la focalizzazione e la qualità dell'attenzione; inoltre, essa appare associata a tratti della personalità ben consolidati, come il nevroticismo e la coscienziosità, ma sembra essere concettualmente unica (Rau & Williams, 2016).

1.1.2 Strumenti per misurare la Mindfulness

Così come diversi sono i tentativi di definire la mindfulness e i modi in cui essa è interpretata, diversi sono gli strumenti che sono stati messi a punto per rilevarla.

In pochi anni, sono state introdotte otto misure di autovalutazione del costrutto:

- *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown & Ryan, 2003): è una scala di 15 item progettata per valutare una caratteristica fondamentale della mindfulness, ovvero uno stato mentale ricettivo in cui l'attenzione, informata da una consapevolezza sensibile di ciò che sta accadendo nel presente, osserva semplicemente ciò che sta accadendo. Le risposte vengono fornite su scala Likert da 1 a 6 (da *quasi mai* a *quasi sempre*) e il punteggio totale informa sulla presenza o assenza di questa caratteristica;

- *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer et al., 2006): è un questionario self-report sui cinque aspetti della mindfulness: osservazione, descrizione, azioni consapevoli, esperienza personale non-giudicante, non-reattività. Il punteggio fornisce una stima di dove si colloca l'individuo in termini di mindfulness e autoconsapevolezza. Inoltre, fornisce un giudizio preciso sull'impatto di qualsiasi altra pratica di MM che è stata effettuata in precedenza. Contiene 39 affermazioni che si riferiscono a pensieri, esperienze e azioni nella vita di tutti i giorni, e le risposte vengono date su scala Likert a 5 punti (da "mai o raramente vero" a "quasi o sempre vero"). Il punteggio totale delle 5 sottoscale fornisce una misura affidabile di autoconsapevolezza e suggerisce l'efficacia dei programmi di MM svolti in precedenza;
- *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI; Walach, Buchheld, Buettenmuller, Kleinknecht e Schmidt, 2006): è un questionario composto da 30 item originariamente somministrato a soggetti che avevano partecipato a ritiri di MM, per dimostrare l'aumento della mindfulness dopo tali programmi e differenziare i meditatori esperti dai principianti. Successivamente è stato condotto uno studio coinvolgendo individui senza questo tipo di esperienza pregressa e altri con disturbi clinici, ed è stata creata una forma ridotta del test composta da 14 item che può quindi essere utilizzata anche con soggetti estranei alle pratiche meditative. Le risposte sono fornite su scala Likert a 4 punti (da "raramente" a "quasi sempre");
- *Toronto Mindfulness Scale* (TMS; Lau et al., 2006; TMS-Trait Version: KM Davis, Lau e Cairns, 2009): questa scala misura la mindfulness come una caratteristica di stato durante la meditazione, piuttosto che una disposizione che riflette conseguenze cognitive delle pratiche di MM. È composta da 13 item con risposte su scala Likert a 5 punti (da "per nulla" a "molto"). La TMS è composta da due sotto-scale: curiosità, indagata da 6 item, e decentramento, indagata da 7 item. Successivamente, questa scala è stata modificata per la misurazione della mindfulness di tratto, cambiando la formulazione verbale degli item dal tempo passato a quello presente.
- *Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised* (CAMS-R; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson e Laurenceau, 2007): è una scala composta da 12 item creata per misurare la mindfulness con un linguaggio che non è specifico di nessuna forma di

MM. Le risposte vengono fornite su scala Likert a 4 punti (da “raramente o per nulla” a “quasi sempre”). La versione italiana mostra quattro sotto-scale che comprendono attenzione, focus sul presente, consapevolezza e accettazione, ma è consigliato comunque calcolare un unico punteggio sull’intera scala;

- *Philadelphia Mindfulness Scale* (PHLMS; Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra e Farrow, 2008): la scala comprende 20 item sulla mindfulness di tratto, ed è composta da due sotto-scale: consapevolezza, formulata in positivo, indaga la consapevolezza su pensieri percezioni e sensazioni fisiche, e accettazione, formulata in negativo, indaga l’evitamento di esperienze e sensazioni quotidiane. Le risposte vengono date su scala Likert a 5 punti (da “mai” a “molto spesso”);
- *Southampton Mindfulness Questionnaire* (SMQ; Chadwick, Hember, Mead, Lilley, & Dagnan, 2008): è un questionario composto da 16 item che misura la consapevolezza dei pensieri immagini e percezioni angosciosi e dolorosi, inizialmente sviluppato nell’ambito della mindfulness per pazienti psicotici, per questo sembra essere particolarmente indicato per la popolazione clinica. In origine lo strumento era pensato per indagare quattro fattori distinti che sono successivamente stati raggruppati in un singolo fattore. Le risposte vengono fornite su scala Likert a 7 punti (da “completamente in disaccordo” a “completamente d’accordo”).

1.2 Regolazione delle emozioni

La regolazione delle emozioni (Emotion Regulation - ER) è un campo di indagine psicologica relativamente nuovo. Di conseguenza, c’è ancora poco accordo sulla precisa operazionalizzazione del costrutto.

Essa può essere definita come la capacità di far fronte alle emozioni in modo costruttivo e include strategie cosce e inconsce per influenzare una risposta emotiva. Si presume che l’ER adattativo sia intrinseco alla salute mentale e al funzionamento adattivo in generale e che il costrutto si riferisca sia all’esperienza soggettiva che alle risposte comportamentali legate alle emozioni e ai cambiamenti concomitanti nei processi fisiologici, comportamentali, e cognitivi. Si riferisce inoltre a processi bottom-up, come la valutazione, e processi top-down, come la memoria di lavoro e il controllo volontario

dell'attenzione. L'ER può anche avere un elemento interpersonale, estendendosi a processi come l'interazione sociale, poiché le strategie sembrano essere trasferibili tra gli individui, ad esempio tra madre e figlio (Cole et al., 2004).

Con la vastità di definizioni riguardo il costrutto è prevedibile che vi sia contrasto tra alcune di esse, sia nel definirla sia nel misurarla. Infatti, alcuni ricercatori hanno utilizzato i livelli di emozione espressa per misurare l'ER. Altri hanno affermato che ciò potrebbe confondere ER con strategie comportamentali che influenzano l'espressività in sé. Ciò ha portato alcuni studiosi a suggerire che l'ER può essere dedotto solo dal cambiamento delle emozioni espresse e a dedurre l'esistenza dell'ER dall'interazione osservata tra emozioni e altri processi psicologici, senza fornire alcuna prova diretta di alcun processo regolatorio.

Il termine stesso “regolazione delle emozioni” sembra suggerire l'esistenza di un processo di controllo separato dalle emozioni stesse. Ciò ha, però, creato disaccordo sul fatto che questa distinzione sia ontologicamente valida. Di conseguenza, alcuni ricercatori hanno proposto un modello a due fattori, che distingue sia concettualmente che metodologicamente tra emozioni e ER.

Cole e colleghi (2004) affermano infatti che, nonostante le emozioni siano intrinsecamente regolatrici, e cioè che la loro presenza influenzi automaticamente la percezione e il comportamento per il raggiungimento di un obiettivo, esse siano di certo significativamente separabili dall'ER.

Al contrario, Campos e colleghi (2004) propongono un modello a un solo fattore. Essi suggeriscono che le emozioni “regolano” nello stesso momento in cui “sono regolate”, poiché non esistono emozioni non regolate: sia l'emozione che l'ER riflettono diverse sfaccettature di un unico insieme di processi.

Il modello del processo di regolazione delle emozioni di Gross (2001) concettualizza emozione ed ER come processi separati, sebbene non sia esplicitamente un modello a uno o due fattori.

Egli ha descritto un modello di processo di regolazione delle emozioni che ne distingue due tipi principali, ovvero la regolazione delle emozioni focalizzata sull'antecedente (rivalutazione) e quella focalizzata sulla risposta (soppressione), che si collocano lungo un continuum di generatore di emozioni.

Le due strategie rappresentano un esempio di ciascuna estremità del continuum: la rivalutazione opera prima che le risposte emotive si manifestino, cambiando conseguentemente le risposte fisiche e comportamentali, la soppressione si riferisce alle strategie che vengono utilizzate dopo che le risposte sono state attivate e le emozioni già suscitate, e rappresenta un processo di inibizione cosciente dell'espressione emotiva.

Questo schema è parte di un modello più ampio che include il processo di generazione delle emozioni (situazione, attenzione, valutazione e risposta), le cinque famiglie di strategie che possono essere utilizzate per regolare le emozioni (selezione della situazione, modifica della situazione, dispiegamento dell'attenzione, cambiamento cognitivo e modulazione della risposta) e strategie attuabili corrispondenti, e i quattro stadi in cui le strategie sono messe in atto (identificazione, selezione, implementazione e monitoraggio).

Secondo quest'ultimo, il ciclo ER inizia con una discrepanza tra lo stato emotivo desiderato e lo stato reale. Questa discrepanza viene quindi identificata come un'opportunità per la regolamentazione, in cui una strategia viene selezionata tra le alternative; questa viene implementata attraverso tattiche specifiche e l'intero ciclo viene monitorato per il successo nel raggiungimento dell'obiettivo normativo (Gross, 2015).

Tornando alle tipologie di regolazione delle emozioni individuate da Gross, è stato dimostrato che un'eccessiva soppressione espressiva delle emozioni diminuisce l'esperienza delle emozioni positive, e che aumenti l'intensità e la frequenza delle attività simpatiche e cardiovascolari, entrambe legate a problemi immunitari e cardiovascolari. Anche la depressione è stata collegata alla soppressione nei bambini, negli adolescenti e negli adulti.

Altri importanti risultati hanno dimostrato che essa compromette il richiamo delle informazioni, in particolare le informazioni sociali, in modo simile alle strategie di evitamento cognitivo e di distrazione, interrompe la comunicazione sociale, causando "ostruzionismo" e aumenta la ruminazione riguardo l'umore e l'immagine di sé.

La rivalutazione, d'altro canto, sembra avere numerosi vantaggi. Poiché essa avviene prima che le tendenze di risposta emotiva si attivino completamente, è in grado di alterare l'intera traiettoria emotiva successiva. In effetti, la rivalutazione si è dimostrata più adattiva sia del mancato tentativo di ER sia dell'uso della soppressione espressiva per rispondere a emozioni come disgusto, tristezza e angoscia (Gross, 2001). Riduce

l'esperienza emotiva senza alcun costo fisiologico osservabile e si traduce in una diminuzione di emozioni negative come la rabbia, senza una risposta fisiologica elevata.

Tuttavia, sono state identificate potenziali insidie nell'utilizzo della rivalutazione, comprese le rivalutazioni irrealistiche e rigide che negano importanti caratteristiche dell'ambiente.

Infine, nell'ambito dei processi fisiologici, Ochsner e colleghi (2004) hanno trovato che la rivalutazione modula i sistemi generativi delle emozioni in cui è coinvolta l'amigdala, attraverso l'attivazione delle regioni prefrontali laterali. Di conseguenza, hanno proposto che tali sistemi rappresentino i correlati neurali della regolazione sia verso l'alto che verso il basso delle emozioni, poiché entrambi si basano sulla rivalutazione del significato. Questa capacità sembra emergere intorno ai 10 anni, età che riflette lo sviluppo della corteccia prefrontale (Ochsner & Gross, 2005). È stato affermato che l'uso della rivalutazione continua ad aumentare durante l'adolescenza e l'età adulta, sebbene siano necessari dati empirici a sostegno di ciò.

Nonostante appaia che questi processi di regolazione siano intrinsecamente svolti con consapevolezza e impegno attivo, vi sono anche un certo numero di forme di ER che non richiedono un controllo cosciente. In generale, si pensa che l'attivazione ripetuta e cosciente di strategie di ER in risposta a determinati stimoli possa, nel tempo, portare all'impiego di tale strategia automaticamente e inconsciamente. L'ER può dunque verificarsi automaticamente o consapevolmente e può avere il suo effetto in uno o più punti del processo di generazione delle emozioni.

Regolare le proprie emozioni non vuol dire semplicemente sopprimere emozioni negative che disturbano il funzionamento dell'individuo, o assecondare emozioni positive che hanno un impatto positivo su di noi, ma significa anche agire per avviare, incrementare, mantenere o diminuire le emozioni sia positive che negative in risposta a cambiamenti ambientali, influenzando a sua volta i processi esperienziali, comportamentali e fisiologici. Significa utilizzare le corrette strategie di ER, in modo che siano adeguate al contesto e allo stimolo cui esse stanno rispondendo.

A tal proposito, alcuni studiosi hanno proposto che l'evitamento esperienziale sia la causa primaria della psicopatologia, e anche Bridges e colleghi (2004) hanno ipotizzato che i problemi emergano quando strategie di ER sono utilizzate in modo inflessibile per far fronte alle mutevoli esigenze situazionali.

Infatti, le emozioni, che sono processi a base biologica che facilitano il rapido processo decisionale e il comportamento adattivo influenzando anche i meccanismi cognitivi, hanno chiari benefici adattivi. Tuttavia, emozioni scarsamente regolate possono generare una serie di conseguenze fisiologiche e psicologiche avverse. Di conseguenza, sono necessarie varie strategie ER per mantenere un funzionamento ottimale.

Per quando concerne questo tipo di conseguenze, numerosi studi dimostrano le correlazioni tra ER disadattivi e risvolti negativi per l'individuo, così come strategie di ER vincenti e risvolti positivi. Deficit nell'ER sono stati identificati in oltre la metà dei disturbi dell'Asse I e in tutti i disturbi dell'Asse II: numerosi disturbi psichiatrici sono associati a instabilità affettiva e disregolazione emotiva. C'è un consenso riguardo il collegamento tra la disregolazione emotiva, in particolare con la depressione e i disturbi d'ansia (Chambers, 2009).

Per questo, sempre più spesso, programmi di formazione per l'ER sono comunemente inclusi nelle terapie cognitivo-comportamentali.

Infatti, un obiettivo centrale della terapia cognitivo-comportamentale (CBT; Beck et al., 1979) è la riduzione degli affetti spiacevoli attraverso mezzi cognitivi. Berking e colleghi (2008) hanno scoperto che 6 settimane di trattamento basato sulla CBT hanno comportato un aumento dell'uso auto-riferito di strategie ER adattative. È stato inoltre trovato come l'ER sia trattamento efficace per il disturbo borderline di personalità l'abuso di sostanze, i disturbi alimentari e la depressione.

1.2.1 Strumenti per misurare l'ER

Tra gli strumenti per la misurazione dell'ER troviamo:

- *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ; Gross e John, 2003): è un questionario progettato per valutare le differenze individuali nelle due strategie di regolazione delle emozioni più comunemente utilizzate: rivalutazione e soppressione. La rivalutazione è misurata da sei item, mentre la soppressione da 4 item. risposte vengono fornite su scala Likert a 7 punti, che va da 1 (*“fortemente in disaccordo”*) a 7 (*“molto d'accordo”*). I punteggi più alti riflettono le tendenze individuali per la strategia preferita di regolazione delle emozioni;

- *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004): è uno strumento di autovalutazione composto da 36 item su sei aspetti della regolazione delle emozioni. È spesso utilizzato in contesti di trattamento e ricerca per adulti con disturbi emotivi (es. ansia, disturbo ossessivo-compulsivo o problemi legati a traumi). Le risposte vengono fornite su scala Likert a 5 punti (da “*quasi mai*” a “*quasi sempre*”). Punteggi più alti indicano una maggiore difficoltà nella regolazione delle emozioni;
- *Emotion Regulation Skills Questionnaire* (ERSQ; Mirabile, 2014): è uno strumento rivolto ai genitori, i quali devono esprimere il loro accordo con affermazioni riguardanti l'uso, da parte dei propri figli, di 13 strategie regolatorie in risposta a ciascuna delle quattro emozioni primarie del bambino (felice, triste, arrabbiato e spaventato) su scala Likert a 5 punti (da “*mai*” a “*quasi sempre*”);

1.3 Empatia

Il termine "empatia", di derivazione greca, è stato coniato più di cento anni fa da Titchener, adattando la parola tedesca *Einfühlung* (Wispé, 1987).

Il concetto di empatia in filosofia è stato introdotto a fine Ottocento da Robert Vischer, studioso di arti figurative, nell'ambito della riflessione estetica, per definire la capacità della fantasia umana di cogliere il valore simbolico della natura. Anch'egli faceva uso del termine *Einfühlung* che, solo più tardi, è stato tradotto in inglese come *empathy*.

È agli inizi del Novecento che Theodor Lipps introduce la dimensione dell'empatia in psicologia, descrivendola come una partecipazione profonda all'esperienza di un altro individuo, introducendo così il tema dell'alterità. Per Lipps l'osservazione dei movimenti altrui suscita in noi lo stesso stato d'animo che è alla base del movimento osservato; tuttavia, questo stato non viene percepito come un'esperienza propria, ma è proiettato sull'altro e vincolato al suo movimento; si tratta di empatia come partecipazione o imitazione interiore.

Oggi, l'empatia non è un concetto ben definito; pertanto, troviamo diverse definizioni di questo costrutto.

Nel suo significato generale, l'empatia si riferisce alle reazioni di un individuo alle esperienze osservate di un altro; essa implica sperimentare indirettamente le emozioni di

un altro individuo, riconoscendo, comprendendo e risuonando con il loro stato emotivo ("*mettendoti nei panni di qualcun altro*").

Smith (1759) e Spencer (1870), seppur parlando di empatia a distanza di un secolo l'uno dall'altro, hanno descritto l'empatia in modo quasi identico, individuando due tipologie differenti di risposta empatica: una reazione cognitiva e intellettuale da un lato (intesa come semplice capacità di comprendere la prospettiva dell'altra persona), e una reazione emotiva più viscerale sull'altro.

Questa distinzione fondamentale è stata mantenuta per molti anni, infatti alcuni ricercatori hanno considerato l'empatia come un "fenomeno cognitivo", mentre altri hanno utilizzato una definizione di empatia sottolineandone le sfaccettature emotive e hanno studiato argomenti come il comportamento di aiuto.

Molteplici ricerche sulla personalità e sui disturbi dello sviluppo suggeriscono che l'empatia cognitiva e affettiva riflettono due diversi costrutti. Tra queste, uno studio condotto con individui con disturbo dello spettro autistico ha mostrato come spesso essi sembrano avere deficit di empatia cognitiva, ma livelli medi di empatia affettiva; inoltre, numerosi studi neurologici hanno dimostrato come regioni cerebrali distinte siano associate a ciascun costrutto (Cuff, 2016).

Nonostante ciò, molte definizioni presentano entrambe le forme di empatia come equivalenti. Ad esempio, Lamm e colleghi (2007) hanno suggerito che, mentre l'empatia affettiva viene automaticamente suscitata, la manipolazione degli elementi cognitivi può modulare gli elementi affettivi.

Un'altra interessante prospettiva è quella di Heberlein e Saxe (2005), i quali affermano che, mentre le componenti affettive e cognitive possono essere separate, è importante ricordare l'interazione tra i due processi. Prima ancora, Strayer (1987) ha suggerito che la componente affettiva è il contenuto dell'empatia, mentre la componente cognitiva è il processo attraverso il quale si forma questo contenuto.

Un ulteriore dibattito riguarda la relazione tra l'empatia cognitiva e l'assunzione di prospettiva. Molti autori suggeriscono che essi corrispondano, mentre altri affermano il contrario: per diversi studiosi, l'assunzione di prospettiva è importante per la teoria dei processi mentali ed è un metodo per raggiungere l'empatia cognitiva, ma i due processi potrebbero non essere la stessa cosa, poiché esistono altri modi per comprendere i sentimenti di un altro senza assumere la loro prospettiva, come, ad esempio, leggere le

espressioni facciali, accedere a ricordi rilevanti di situazioni emotive precedenti e proiettare, meccanismo con cui l'osservatore presume che lo stato emotivo del bersaglio sia lo stesso del proprio.

Per concludere, un'ultima discrepanza tra opinioni riguardanti l'empatia può essere trovata nella concettualizzazione della stessa. Una parte della ricerca scientifica descrive l'empatia come una "capacità", implicando che essa sia una caratteristica di tratto. Tuttavia, altri suggeriscono che le risposte empatiche possono essere specifiche del contesto (empatia di stato). La presenza di un'empatia di tratto implica dunque che alcuni individui siano più empatici di altri, possedendo questa "capacità" stabile nel tempo (Cuff, 2016).

Anche alcune differenze anatomiche, così come fattori genetici e di sviluppo, spiegherebbero questa differenziazione; sono stati inoltre riscontrati diversi effetti di fattori disposizionali come il genere e l'istruzione.

Sebbene le discussioni sulle differenze di genere siano sempre un campo di indagine ostico in cui sono coinvolti fattori sociali ed educativi, oltre che biologici e neurologici, uno studio a riguardo ha mostrato che, indipendentemente dall'età dei soggetti partecipanti o dalle misure utilizzate, gli individui di genere femminile hanno ottenuto punteggi di empatia più alti rispetto ai maschi. È stato osservato che, addirittura già da appena nate, le bambine siano più inclini a piangere in risposta al suono del pianto di un altro bambino. L'entità di questa differenza varia però considerevolmente, con una variazione di media appena percettibile o pronunciata. Pertanto, sebbene l'entità della differenza possa non apparire grande, i risultati complessivi di diverse ricerche suggeriscono forti argomentazioni sulla maggiore presenza di empatia nelle persone di genere femminile durante il ciclo di vita, rispetto al fatto che non esiste alcuna differenza di sesso (Hoffman, 1977).

Appare così che le risposte empatiche siano soggette a vari fattori di differenza individuali. Tuttavia, alcuni studi su particolari soggetti supportano l'importanza dei fattori situazionali. Ad esempio, i molestatori sessuali non presentano deficit di empatia generalizzata, ma sono in grado di evitare l'empatia per determinati individui o gruppi di persone, e gli uomini violenti hanno una ridotta accuratezza empatica nei confronti delle loro mogli, rispetto a donne estranee. Inoltre, è stato dimostrato che una serie di fattori

situazionali influenzano la risposta empatica, come la somiglianza osservatore-bersaglio, l'umore, il senso di colpa, il potere percepito.

Sembra dunque che l'empatia, nel suo significato complessivo, sia il risultato dell'interazione tra l'influenza delle sue caratteristiche di tratto e di stato.

Hoffman ha elaborato un modello che include la genesi e lo sviluppo dell'empatia. Egli estende la definizione di empatia a una serie più ampia di reazioni affettive coerenti con il sentimento provato dall'altro e non la considera come qualcosa di "unitario", ma come un elemento caratterizzato da diverse forme che, con lo sviluppo, diventano più mature e complesse (Hoffman, 2008).

Nel suo modello, Hoffman propone l'empatia come caratterizzata da tre componenti: affettiva, cognitiva e motivazionale.

La prima è una forma di empatia che si manifesta fin dai primi giorni di vita: nelle primissime manifestazioni empatiche, questa dimensione è quella più rilevante, mentre la dimensione cognitiva è pressoché assente. Qui, la capacità del bambino di pensare in modo non egocentrico media il graduale passaggio da una reazione emotiva auto-orientata a una reazione di simpatia e preoccupazione più orientata verso l'altro. (Hoffman, 1977). La seconda acquisisce un'importanza maggiore con il procedere dello sviluppo, legandosi sempre di più con quella affettiva e permettendo lo sviluppo di forme più evolute di empatia. Infine, la componente motivazionale consiste nel desiderio di mettere in atto comportamenti di aiuto a seguito dell'esperienza di aver empatizzato con individui in difficoltà: ciò deriva dal fatto che condividere l'emozione dell'altro, attuando comportamenti di aiuto, suscita in chi aiuta uno stato di benessere, mentre il non agire suscita senso di colpa.

Questa forma più matura di empatia sembra essere acquisita a pieno intorno ai 13 anni, come esito di un graduale processo che utilizza complessi meccanismi cognitivi.

Lo psicologo Mark H. Davis definisce l'empatia come *"Una reazione alle esperienze osservate di un altro."* (Davis, 1983, p.114) e amplia successivamente questa definizione, aggiungendo che essa è *"Un insieme di costrutti che [...] includono specificamente i processi che hanno luogo all'interno dell'osservatore e gli esiti affettivi e non affettivi che risultano da quei processi."* (Davis, 1996, p.12).

Egli abbraccia un approccio multidimensionale, e nel suo modello l'empatia è considerata come un insieme di quattro costrutti, correlati tra loro in quanto tutti riguardanti la reattività verso gli altri, ma chiaramente discriminabili.

Le quattro componenti da lui identificate sono: Assunzione di prospettiva (PT), ovvero la tendenza ad adottare spontaneamente il punto di vista psicologico degli altri; Fantasia (FS), cioè la tendenza degli individui a trasporre se stessi in modo fantasioso nei sentimenti e nelle azioni di personaggi fittizi in libri, film e opere teatrali; Preoccupazione Empatica (EC), riferita ai sentimenti di simpatia e preoccupazione “orientati verso l'altro”, nei confronti di persone sfortunate; Personal Distress (PD), che comprende i sentimenti “orientati verso se stessi” di ansia personale e disagio in contesti interpersonali di tensione.

I primi due costrutti sono attinenti alla sfera cognitiva dell'empatia, mentre gli ultimi due a quella affettiva.

Quest'ultimo tipo di approccio sembra aver trovato maggiore accordo negli ultimi anni, poiché ridurre il termine empatia a un dominio ristretto di reazioni (ad esempio, solo reazioni emotive o solo capacità di assunzione di ruolo) appare fortemente limitativo; pertanto, gli approcci multidimensionali appaiono più appropriati.

1.3.1 Strumenti per la misurazione dell'Empatia

Tra gli strumenti utilizzati per rilevare l'empatia troviamo:

- *Interpersonal Reactivity Index* (IRI; Davis, 1983) è un questionario self report composto da 21 item che valuta la risposta empatica attraverso misure integrate di componenti affettive e cognitive dell'empatia. Gli item sono raggruppati in 3 fattori: Preoccupazione Empatica, riferita alla reazione emotiva dell'individuo orientata alla condivisione dell'esperienza altrui, Personal Distress, cioè la comprensione dei propri stati di ansia e agitazione verso l'esperienza altrui, e Assunzione di Prospettiva, ovvero l'abilità cognitiva di assumere la prospettiva di un'altra persona. Le risposte vengono fornite su una scala Likert a 5 punti (da “non mi describe bene” a “mi describe bene”).

- *Empathy Quotient* (EQ; Baron-Cohen, Wheelwright, 2004) è un questionario composto da 60 item progettato per misurare l'empatia negli adulti. Il test è stato sviluppato presso l'ARC (Autism Research Centre) dell'Università di Cambridge. Inizialmente le misurazioni dell'empatia fornite dall'EQ venivano utilizzate per valutare il livello di compromissione sociale in alcuni disturbi come l'autismo; è però adatto anche per essere somministrato alla popolazione generale. Ne è stata creata anche una versione breve, composta da 40 item. Le risposte vengono fornite su scala Likert a 4 punti (da “*fortemente d'accordo*” a “*fortemente in disaccordo*”).

- *Balanced Emotional Empathy Scale* (BEES; Mehrabian, 2000) è uno strumento composto da 30 item con formulazioni positive o negative (15 item in ciascuna categoria) che misurano le risposte a situazioni immaginarie e particolari eventi della vita, e rileva specificatamente le differenze individuali nei livelli di empatia emotiva. Le risposte vengono fornite su scala Likert a 9 punti (da “*fortemente in disaccordo*” a “*fortemente d'accordo*”).

1.4 Compassione e self-compassion

Il termine compassione è stato spesso usato in modo intercambiabile con termini come empatia, preoccupazione empatica e simpatia. Molti autori oggi, però, differenziano i termini e affermano che essi si riferiscono a costrutti diversi. L'empatia, come già ampiamente descritto, si riferisce tipicamente a processi che consentono a un individuo di comprendere lo stato mentale di un'altra persona, sia attraverso l'assunzione di prospettiva sia attraverso il contagio emotivo (o “*empatia affettiva*”). La compassione può essere differenziata dall'empatia in base alle motivazioni che stanno alla base della propria risonanza con lo stato mentale dell'altro (Condon, 2017).

Essa arricchisce l'empatia coinvolgendo non solo il riconoscimento emotivo, ma anche la capacità di tollerare la propria reazione emotiva e la motivazione ad agire per alleviare il dolore degli altri (o “*suffering with*”), ed è quindi definita come uno stato emotivo orientato verso l'altro che sorge in risposta alle sue sofferenze, e motiva a ridurla.

La compassione implica anche essere toccati dalla sofferenza degli altri, aprire la propria consapevolezza al loro dolore e non evitarlo o disconnettersi da esso, e quindi

permette l'emergere sentimenti di gentilezza verso gli altri. Essere compassionevole significa infine offrire una comprensione non giudicante a coloro che sbagliano o falliscono.

La definizione di self-compassion o "autocompassione" è correlata a quella di compassione: include infatti gli stessi concetti ma li rivolge al sé. Neff (2003), la descrive come "*essere aperti e commossi dalla propria sofferenza, provare sentimenti di cura e gentilezza verso se stessi, assumere un atteggiamento comprensivo e non giudicante verso le proprie inadeguatezze e fallimenti e riconoscere che la propria esperienza è parte della comune esperienza umana*» (p. 224). Presumibilmente, una persona che prova molta self-compassion vede chiaramente i propri problemi e le proprie debolezze, ma reagisce ad essi con gentilezza e compassione piuttosto che con autocritica e durezza. Dunque, la self-compassion può proteggere le persone dagli eventi negativi e generare sentimenti positivi nei confronti di se stessi durante momenti avversi della propria vita.

Il processo mediante il quale ciò avviene è diverso da quello di un costrutto che può apparire simile, ovvero l'autostima. Mentre quest'ultima è associata a sentimenti positivi su se stessi derivanti dal confronto con gli altri e relativi alle loro opinioni, invece la self-compassion è un orientamento alla cura di se stessi. Le persone auto-compassionevoli tendono ad avere un'elevata autostima, poiché reagire in modo gentile piuttosto che critico verso se stessi promuove sentimenti positivi.

Questi sentimenti non sembrano, però, coinvolgere l'arroganza o il narcisismo tipici delle persone con elevata autostima. Le misure dell'autostima di tratto sono infatti correlate positivamente con i punteggi del Narcissistic Personality Inventory, mentre la self-compassion non lo è (Neff, 2003).

Diverse teorie ipotizzano che gli individui siano principalmente egocentrici, avendo più interesse per se stessi che per gli altri; nonostante ciò, le evidenze mostrano che le persone sono spesso più dure con se stesse di quanto non lo siano con persone vicine alla propria sfera affettiva o anche estranei. Ciò potrebbe derivare dal timore dell'egoismo o dell'egocentrismo, ma mostrarsi compassionevoli verso se stessi non implica esserlo: la self-compassion tende infatti a rafforzare i sentimenti di compassione e preoccupazione anche nei confronti dell'altro e non si estende a se stessi perché si è superiori agli altri, ma proprio perché l'individuo riconosce la propria interconnessione e uguaglianza con gli

altri, infatti *“accogliamo l'altro nella comunità umana; ci vediamo l'un l'altro come ugualmente degni di rispetto”* (Enright et al., 1998, p. 49).

Sebbene la self-compassion richieda di non criticare aspramente se stessi per non aver soddisfatto i propri standard, ciò non significa che i propri fallimenti passino inosservati. Fornire compassione a se stessi, tuttavia, può permettere l'acquisizione della sicurezza emotiva necessaria per vedere chiaramente il sé senza temere l'autocondanna, e comporta spesso rinunciare a comportamenti dannosi a cui si è attaccati e incoraggiarsi a compiere qualsiasi azione necessaria, anche se dolorosa, per raggiungere una forma di benessere.

La self-compassion richiede che gli individui non si identifichino eccessivamente con le proprie emozioni, in modo che ci sia *“spazio mentale”* in cui estendere la gentilezza a se stessi. Allo stesso tempo, essa richiede che gli individui non evitino o reprimano i loro sentimenti dolorosi, così da essere in grado di riconoscere e provare compassione innanzitutto per la loro esperienza.

Pertanto, un atteggiamento compassionevole verso se stessi richiede mindfulness, costruito ampiamente descritto all'inizio del capitolo e la cui relazione con la self-compassion verrà analizzata più dettagliatamente nel Capitolo 2.

Riassumendo quanto esposto riguardo il costrutto, i suoi elementi fondamentali sono descritti da Neff e colleghi come tre componenti principali: *“Self-kindness”*, ovvero l'essere gentili con se stessi nei casi di dolore o fallimento, piuttosto che giudizio duro e autocritica; *“Common humanity”*, riferito al percepire la propria esperienza come parte della più ampia esperienza umana piuttosto che come separatrice e isolante; e *“Mindfulness”*, cioè mantenere sentimenti e pensieri dolorosi in una consapevolezza equilibrata, piuttosto che identificarsi eccessivamente con essi.

Quest'ultima non è da intendersi esattamente come la Mindfulness descritta all'inizio del seguente capitolo, ma è limitata alla capacità di raggiungere uno stato equilibrato di consapevolezza che evita gli estremi dell'identificazione eccessiva e della dissociazione con l'esperienza, e implica l'accettazione dei fenomeni mentali ed emotivi dolorosi man mano che si presentano.

I tre aspetti della self-compassion sono concettualmente distinti, ma interagiscono tra di loro in una dinamica di miglioramento reciproco.

1.4.1 Strumenti per misurare Compassione e Self-compassion

Tra i principali strumenti per la rilevazione dei costrutti Compassione e Self-compassion troviamo:

- *Compassion Scale* (CS; Pommier et al., 2020): è una scala composta da 16 item, creata secondo il modello teorico della Self-compassion di Neff, adattandola al costrutto “Compassione” che si riferisce al fornire risposte emotive, comprensione cognitiva e attenzione alla sofferenza altrui, con un atteggiamento non giudicante.

Le dimensioni fondamentali della compassione sono tre:

- *Kindness* (“Gentilezza”): intesa come cura e preoccupazione per gli altri che soffrono, accompagnata dal desiderio di sostenere chi è nel bisogno;
- *Common Humanity* (“Umanità comune”): implica il riconoscimento che tutte le persone sperimentano difficoltà e un senso di connessione con coloro che stanno soffrendo;
- *Mindfulness*: si riferisce a un tipo di consapevolezza equilibrata che non evita né si perde nel dolore degli altri, con cui l’individuo è disposto ad ascoltare e prestare attenzione agli altri quando soffrono.

Le risposte sono fornite su scala Likert a 5 punti (da “*Quasi mai*” a “*Quasi sempre*”).

- *Self-Compassion Scale* (SCS; Neff, 2003) è uno strumento self-report composto da 26 item. Lo strumento è stato creato sulla base della teorizzazione di Neff di self-compassion e i suoi tre aspetti fondamentali: *Self-kindness*, *Common humanity* e *Mindfulness*. Questi tre aspetti vengono espressi nel questionario tramite tre fattori dicotomici bipolari, i cui poli estremi danno vita a 6 costrutti:

- *Self-kindness* (“Gentilezza verso se stessi”): si riferisce a un atteggiamento gentile e amorevole verso se stessi;
- *Self-judgment* (“Autocritica”): si riferisce a un atteggiamento fortemente critico verso se stessi;
- *Common Humanity* (Umanità comune): è la percezione di essere parte del genere umano, per cui tutte le proprie esperienze sono viste alla luce della comune condizione umana condivisa;
- *Isolation* (Isolamento): riferito al vivere le proprie esperienze in modo isolato,

- focalizzandosi sul sé e il proprio dolore;
- *Mindfulness*: consiste nell'avere una consapevolezza bilanciata dei propri pensieri ed emozioni, senza perdersi in essi;
 - *Over-identification* (Iperidentificazione): consiste nell'essere totalmente immersi nei propri sentimenti dolorosi.

Le risposte vengono fornite su scala Likert a 5 punti (da “*Quasi mai*” a “*Quasi sempre*”).

1.4.2 Comportamenti prosociali

Il comportamento prosociale è definito come un comportamento volontario diretto al beneficio di un altro, e, in quanto tale, anche questo costrutto può essere distinto dalle risposte affettive alla sofferenza altrui, come la preoccupazione empatica, e dalle risposte cognitive come la capacità di assumere la prospettiva di un altro, che possono o meno portare ad azioni volte ad avvantaggiare gli altri (Welp & Brown, 2014).

Determinare ciò che conta come prosociale non è però semplice: ci sono numerosi comportamenti che sembrano prosociali ma che potrebbero non essere stati pensati e motivati per il benessere degli altri.

Il comportamento prosociale può essere motivato dall'altruismo, nel qual caso l'atto viene intrapreso senza aspettarsi una ricompensa personale.

Tuttavia, in molti casi, il comportamento prosociale può essere generato da motivazioni non altruistiche come conformarsi a norme o regole o migliorare lo status e la reputazione. Esso è un atto destinato ad avvantaggiare l'altro: se fornisce o meno i benefici previsti, o qualsiasi tipo di beneficio, è considerato irrilevante per classificare un atto come prosociale.

La motivazione dell'atto non viene dunque considerata nel determinare se un comportamento è prosociale o meno.

Diversi studi dimostrano che gli individui hanno maggiori probabilità di aiutare individui appartenenti alla propria sfera affettiva o rete sociale più ampia, rispetto agli estranei, a causa della natura continua di queste relazioni, in cui i comportamenti di aiuto sono reciprocamente vantaggiosi. Si pensa infatti che questi comportamenti conferiscano un valore evolutivo adattivo, guidando gli individui a proteggere e prendersi cura della propria famiglia e degli altri membri della comunità (Goetz et al., 2010).

La ricerca ha inoltre dimostrato che le donne hanno maggiori probabilità di impegnarsi in atti prosociali rispetto agli uomini, sebbene ciò possa dipendere dal tipo di atto prosociale.

Diverse ricerche hanno suggerito che la compassione rivolta all'altro aumenta la probabilità di comportamenti prosociali: la capacità di provare compassione rappresenta una motivazione centrale per molti comportamenti prosociali che sono alla base dello scambio sociale e del supporto necessario per costruire il capitale sociale.

Ciò sembra avvenire grazie a determinati meccanismi affettivi attraverso i quali gli individui che hanno provato esperienze dolorose potrebbero impegnarsi in comportamenti compassionevoli e prosociali per estendere le proprie risorse utili ad affrontare le situazioni avverse anche ad altri.

Tuttavia, è esiguo il corpus di ricerche che indagano la relazione tra self-compassion e prosocialità. Tra questi, uno studio di Neff e Pommier (2013) ha confrontato studenti universitari, adulti della comunità e meditatori, e i risultati mostrano una correlazione positiva tra la self-compassion e le azioni prosociali auto-riferite tra adulti della comunità e meditatori, ma gli studenti universitari non hanno mostrato alcuna relazione tra prosocialità e self-compassion.

CAPITOLO 2

RELAZIONE TRA LA MINDFULNESS E LE ALTRE VARIABILI INDIVIDUALI

2.1 Relazione tra Mindfulness, Compassione e Prosocialità

Diversi ricercatori in psicologia sociale e discipline correlate hanno dimostrato che una varietà di programmi di MBI (Mindfulness-Based Interventions) aumentano gli stati compassionevoli e i comportamenti prosociali. Molti di questi studi hanno esaminato l'impatto dei curricula di meditazione che includevano aspirazioni esplicite legate all'amore e alla compassione, come i programmi di LKM (Loving-Kindness Meditation) e MSC (Mindful Self-Compassion) (Condon, 2017).

Studi sperimentali condotti con un gruppo di studenti di medicina che hanno completato il curriculum MBSR e adulti di mezza età che hanno svolto il curriculum MSC hanno dimostrato che l'allenamento alla mindfulness ha portato ad un aumento delle auto-segnalazioni di empatia e compassione. Altrove, il MBSR ha portato ad un aumento della Self-compassion, ma non alla compassione orientata ad altri dopo la fase di training. Alcuni studi hanno anche riportato forti correlazioni tra mindfulness disposizionale (self-report) ed empatia e compassione.

In un'ampia serie di studi, Fredrickson e colleghi (2008) hanno dimostrato che 6 settimane di LKM hanno aumentato le emozioni positive auto-riferite quotidianamente durante il periodo di training dei partecipanti rispetto al gruppo di controllo (Fredrickson et al., 2008). Questo incremento delle emozioni positive ha portato all'aumento di una varietà di risorse personali, comprese le relazioni positive auto-riferite con gli altri e la connessione sociale percepita. Ciò ha fornito una prova iniziale che la meditazione potrebbe aumentare le qualità legate alla compassione e all'azione prosociale. È, tuttavia, emersa la necessità di andare oltre le misure che si basano solo sui dati self-report, poiché suscettibili a diversi bias, per cui diversi ricercatori hanno studiato le basi neurali della meditazione.

Numerosi studi di neuroimaging hanno esaminato gli effetti neurali dell'allenamento di meditazione a lungo e breve termine. Tra questi, una ricerca ha confrontato gli effetti di 8 settimane di MM e MSC, la quale ha mostrato come i partecipanti che completavano il programma sulla mindfulness mostravano una diminuzione della risposta dell'amigdala

alle persone in contesti negativi, mentre quelli che completavano il programma di meditazione sulla compassione mostravano un aumento delle risposte dell'amigdala destra alle immagini negative. I risultati di questo studio forniscono prove sull'efficacia che un training relativamente breve di mindfulness e altre forme di meditazione ha nell'aumentare la capacità di identificare la sofferenza di un altro, ma, anche in questo caso, non è chiaro se gli effetti neurali si traducono necessariamente in un comportamento sociale effettivo (Condon, 2017).

Altre importanti ricerche provengono da Lutz, Davidson e colleghi (2015) che hanno progettato un test per evidenziare la connessione tra l'allenamento LKM e i sentimenti di compassione. I risultati mostrano come, in contrasto con gli stati di riposo, gli stati meditativi hanno prodotto un aumento dell'attività neurale nelle regioni limbiche associate a emozioni come simpatia e compassione, sia per i meditatori esperti che per i novizi: ciò suggerisce che la LKM aiuta a generare simpatia e compassione. Inoltre, i meditatori esperti hanno mostrato una forte attività neurale quando esposti a suoni sia negativi che positivi, in particolare di angoscia e gioia. Ciò suggerisce che la partecipazione abituale a LKM aumenta i sentimenti di compassione durante l'esposizione a situazioni caratterizzate da emozioni forti.

Prove neuroscientifiche derivanti da studi come quelli sopracitati, suggeriscono che le emozioni morali come la compassione possono essere affinate usando varie forme di meditazione: coltivando compassione, si aumenta la probabilità di un comportamento compassionevole e, di conseguenza, l'abitudine alla meditazione può coltivare il comportamento prosociale affinando le intuizioni compassionevoli.

Per quanto concerne le azioni e i comportamenti prosociali, i risultati di diversi studi suggeriscono potenziali meccanismi attraverso i quali la meditazione può migliorare la prosocialità.

Alcuni studi hanno testato direttamente questi meccanismi di mediazione, e sono emersi effetti significativi indiretti, suggerendo che la meditazione porta a miglioramenti nel funzionamento socio-emotivo degli individui e, quindi, miglioramenti negli esiti prosociali. La durata della pratica meditativa può svolgere un ruolo importante in questo senso, in una relazione dose-risposta, e cioè una maggiore pratica è associata a maggiori miglioramenti nelle azioni prosociali (Condon, 2017).

A tal proposito, Condon e colleghi (2017) hanno costruito un paradigma progettato misurare i comportamenti al di fuori del contesto di laboratorio nel tentativo di collegare la mindfulness e la MSC all'azione prosociale. In particolare, sono stati esaminati i comportamenti di aiuto dei partecipanti, a seguito dello svolgimento di un curriculum di meditazione, nei confronti di uno sconosciuto in una condizione di sofferenza, in contrasto con le azioni di un gruppo di controllo (Condon et al., 2013).

Gli studi sono stati condotti tramite le classiche situazione di "spettatore", in cui la presenza di altri non reattivi porta tipicamente a una riduzione del comportamento di aiuto. In tutti e tre gli scenari, coloro che avevano completato con successo i programmi di MM, di breve o più lunga durata, mostravano comportamenti di aiuto nei confronti del confederato sofferente significativamente maggiori rispetto al gruppo di controllo che non aveva affrontato alcuna pratica meditativa prima dell'esperimento.

I risultati di questo ingente studio offrono dunque prove convergenti e multi-metodo per cui la mindfulness aumenta l'incidenza di atti prosociali verso gli altri. I programmi di training riguardanti esclusivamente la mindfulness hanno avuto effetti simili sulla risposta prosociale rispetto a quelli che combinavano la mindfulness con la compassione, suggerendo che la mindfulness da sola favorisce il comportamento di aiuto.

Infine, è emerso che i programmi di MBI hanno avuto effetti simili sulla prosocialità sia nei confronti di persone familiari che di sconosciuti, in linea con l'idea che la mindfulness riduce i pregiudizi intergruppo e promuove un comportamento etico e cooperativo in una vasta gamma di contesti interpersonali.

Appare evidente, dunque, che la mindfulness sia una componente importante per il miglioramento della risposta prosociale in contesti del mondo reale, anche in situazioni in cui l'azione prosociale è notoriamente ridotta.

I processi con cui ciò avviene sono molteplici. In primo luogo, la mindfulness può aumentare la rilevanza della sofferenza di un altro attraverso la regolazione dell'attenzione: la mindfulness può semplicemente rendere le persone più consapevoli della sofferenza di un altro, grazie a una maggiore capacità dell'individuo di sostenere e dirigere l'attenzione (Condon, 2017).

La mindfulness può, inoltre, contrastare l'interferenza della diffusione della responsabilità nelle situazioni di aiuto, promuovendo una decostruzione del sé, attraverso la dereificazione, ovvero permettendo l'individuo di percepire i pensieri come eventi

mentali piuttosto che verità letterali, il che significa che giudizi, ipotesi e pregiudizi hanno meno probabilità di inibire l'espressione del comportamento di aiuto; ciò favorirebbe una maggiore volontà e prontezza ad assumersi la responsabilità di aiutare gli altri.

In terzo luogo, vi sono prove riguardo l'associazione della mindfulness disposizionale più con emozioni positive come amore, vicinanza, gioia, gratitudine e meno con emozioni negative come rabbia, paura, senso di colpa e stress, emozioni a loro volta associate, rispettivamente, a un comportamento di aiuto auto-riferito maggiore e minore.

Infine, la mindfulness potrebbe facilitare il comportamento prosociale alterando il proprio senso di sé da un'entità rigida che ha bisogno di protezione, a una che è interdependente, flessibile e non attaccata: con meno attaccamento al sé, gli individui hanno maggiori probabilità di rispondere in modo utile ai bisogni degli altri.

2.1.1 Il ruolo dell'empatia

Come già menzionato nel Capitolo 1, empatia e compassione sono spesso considerate emozioni prosociali correlate ma distinte che possono essere apprese con la pratica.

La ricerca supporta l'idea che una maggiore empatia porta a una maggiore compassione, e una maggiore compassione porta a un maggiore comportamento prosociale (Lim & DeSteno, 2016).

Questi due costrutti sono enfatizzati in diverse istituzioni sociali, e si ritiene che abbiano valore evolutivo adattivo, oltre che migliorare il benessere fisico e relazionale dell'individuo.

Gli interventi basati sulla mindfulness possono offrire una serie di strumenti per sviluppare una maggiore capacità di empatia degli individui, ma le ricerche a riguardo hanno fornito risultati contrastanti. Molti studi hanno esaminato la correlazione tra empatia, o alcune delle sue componenti fondamentali, e programmi di MBI e mindfulness disposizionale. Vi sono, tuttavia, problemi con le misure self-report dell'empatia a causa dell'elevata validità apparente di molti test e dell'effetto della desiderabilità sociale. Nonostante ciò, studi che impiegano misure comportamentali del funzionamento empatico non auto-riportate, hanno confermato questa correlazione.

Ad esempio, Lesh (1970) ha scoperto che coloro che hanno intrapreso 30 minuti di MM per un periodo di quattro settimane mostrano un aumento significativo dell'empatia

cognitiva, rispetto al gruppo di controllo. Allo stesso modo, i partecipanti di una ricerca di Keefe (1979) che hanno intrapreso 30 minuti di MM quotidiana per tre settimane hanno mostrato un aumento significativo dell'empatia cognitiva, rispetto ai partecipanti del gruppo di controllo. Entrambi gli studi hanno reso operativa l'empatia cognitiva identificando correttamente le esperienze emotive dei soggetti in una registrazione video delle sessioni di consulenza, evitando problemi di validità derivanti da misure self-report di empatia.

Anche la mindfulness disposizionale è stata indicata come prerequisito per un aumento delle tre componenti dell'empatia, come ad esempio suggerito da Block-Lerner e colleghi (2007), i quali sostengono che la consapevolezza priva di giudizio della mindfulness facilita la capacità di mettersi nei panni degli altri assumendone la prospettiva. Essere "mindful" implica infatti una maggiore attenzione all'esperienza presente, uno "spazio" che include anche l'altro, ai cui pensieri, comportamenti ed emozioni viene rivolta maggiore attenzione: ciò permetterebbe di comprendere e di assumere più facilmente il loro punto di vista.

Shapiro e colleghi (1998) hanno osservato un aumento di empatia in studenti di medicina dopo la loro partecipazione a un programma MBSR, con riduzioni di stress e ansia che mediano l'aumento dei livelli di empatia, trattato però come un costrutto globale.

Al contrario, Beddoe e Murphy (2004) hanno osservato i livelli di stress ed empatia di un gruppo di studenti di infermieristica in un programma MBSR e, sebbene vi fossero diminuzioni significative dello stress, non sono stati riportati cambiamenti significativi nei livelli di empatia. Allo stesso modo, Galantino e colleghi (2005) non hanno osservato cambiamenti significativi nei livelli di empatia dopo lo svolgimento di un programma di MBI svolto da un gruppo di operatori sanitari. In entrambi gli studi, l'empatia è stata rilevata tramite l'IRI, scomponendola dunque nelle sue tre componenti fondamentali.

Birnie e colleghi (2010) hanno condotto una ricerca per indagare più approfonditamente gli effetti di MBSR sull'empatia: i partecipanti di questo studio hanno mostrato maggiore Self-compassion, presa di prospettiva, spiritualità e mindfulness, a seguito del completamento di un programma misto di MM e LKM. Nessun cambiamento significativo è stato però osservato nella dimensione di preoccupazione empatica misurata dall'IRI. Così, dopo la partecipazione al MBSR, i partecipanti hanno avuto una maggiore

capacità di adottare le prospettive degli altri e hanno sperimentato un disagio ridotto, in particolare quando hanno assistito alle esperienze negative degli altri. Ciò ha indicato una correlazione con almeno due delle dimensioni fondamentali dell'empatia, con un aumento significativo assunzione di prospettiva e una diminuzione del personal distress, risultato originale rispetto a ricerche precedenti.

In generale, coloro che mostravano livelli maggiori nella componente cognitiva dell'empatia, avevano un adattamento psicologico migliore rispetto a coloro che mostravano maggiore personal distress, ovvero un aspetto della componente emotiva: praticare la mindfulness permette di testimoniare la sofferenza altrui senza esserne paralizzato e sopraffatto e allo stesso tempo non diventando insensibile alla stessa.

2.2 Relazione tra Mindfulness e Regolazione delle emozioni

L'indagine empirica delle relazioni tra mindfulness e ER è complicata a causa delle varie definizioni concettuali e operative di entrambi. Sebbene per alcuni teorici della mindfulness l'ER non sia né un obiettivo in sé né un mezzo per raggiungere un obiettivo, le emozioni vengono comunque regolate durante le pratiche di mindfulness, anche se forse non in modo volontario (Roemer, 2015).

Quando le emozioni negative sono viste come indesiderabili, vengono fatti tentativi per liberarsene in un modo o nell'altro, che non solo spesso è senza successo, ma spesso aumenta anche queste emozioni stesse, a causa dell'incapacità di regolarle. Quando le emozioni possono essere viste solo come tali, ovvero eventi mentali temporanei, e accolte pienamente, in linea con i principi di accettazione della mindfulness, non c'è bisogno di regolamentazione. L'accettazione dell'esperienza emotiva porta, dunque, al rilassamento istantaneo nell'emozione, facendo spazio per vivere la propria vita.

Una serie di ricercatori ha proposto collegamenti concettuali tra pratiche di mindfulness e ER adattivo. Promuovendo un'attenzione e una consapevolezza estese al momento presente, la mindfulness può migliorare la capacità degli individui di occuparsi di aspetti specifici di una situazione, così come aspetti della propria esperienza, e quindi migliorare la loro individuazione della necessità di implementare strategie di regolazione (Roemer, 2015).

Questa mindfulness ampliata può anche migliorare l'apprendimento inibitorio, così che uno stimolo precedentemente temuto venga associato all'assenza di minaccia, con

conseguente diminuzione della risposta ansiosa; inoltre, può alterare il modo in cui gli individui si relazionano alle proprie esperienze interne, in modi che influiscono sulla regolazione stessa delle risposte dell'individuo a tali esperienze. Secondo Roemer e colleghi (2015) questo "ri-perceimento" può ridurre direttamente l'intensità delle risposte emotive, aumentare la tolleranza agli affetti e ridurre la valutazione negativa delle risposte emotive. Può, infine, aumentare la rivalutazione positiva delle situazioni e ridurre l'elaborazione automatica autoreferenziale, come la ruminazione.

Numerosi autori hanno notato come la mindfulness possa influenzare l'ER in modo diverso nelle diverse fasi della pratica. Ad esempio, Hayes e Feldman (2004) suggeriscono che la mindfulness può inizialmente ridurre il disagio, e che può successivamente, dopo la pratica, migliorare la qualità dell'esposizione alle emozioni, facilitandone un'esperienza aperta: ciò promuoverebbe un nuovo apprendimento emotivo e ristabilirebbe l'ER adattivo tra coloro che presentano disturbi emotivi.

Diverse prove a favore della relazione positiva tra mindfulness e una sana ER sono state fornite da diversi studi, sia correlazionali che sperimentali e legati al training.

Per quanto riguarda gli studi correlazionali, sono state considerate misure self-report e non.

Nel primo caso, ad esempio, una misura multidimensionale di mindfulness è stata correlata positivamente con la differenziazione delle emozioni e correlata negativamente con la labilità emotiva in un campione di studenti universitari. Adams e colleghi (2014) hanno, allo stesso modo, scoperto che la mindfulness disposizionale era significativamente correlata con una ridotta volatilità emotiva in un campione di individui afroamericani durante un programl ma per smettere di fumare.

Coffey e colleghi (2010) hanno trovato che la consapevolezza e l'accettazione, due componenti della mindfulness, prevedono direttamente e indipendentemente sia la dimensione *Clarity* che l'ER negativa, e la *Clarity* ha anche previsto l'ER negativa.

Nel caso degli studi correlazionali con misure non self-report, in uno in particolare è emerso che la mindfulness disposizionale risulta associata a una ridotta intensità emotiva e a un maggiore recupero emotivo. Nello specifico, sia una misura unidimensionale che una misura multidimensionale della mindfulness risultano significativamente correlate all'LPP, un marcatore neurale di eccitazione emotiva. Coloro che hanno ottenuto punteggi più alti su una misura unidimensionale di mindfulness hanno mostrato una

ridotta risposta del cortisolo a un compito di stress sociale e un recupero più rapido dopo il compito.

Bullis e colleghi (2014) hanno scoperto che solo la dimensione *Clarity* della mindfulness ha previsto in modo univoco un recupero più rapido della frequenza cardiaca dopo l'esposizione a un fattore di stress che porta a iperventilazione.

Durante uno studio, Ortnier e colleghi (2007) hanno scoperto che la durata delle pratiche di MBI e la mindfulness di stato auto-riferita sono entrambe associate a una ridotta interferenza emotiva a seguito di varie immagini mostrate ai partecipanti, sia positive che negative, mentre la mindfulness disposizionale non risulta correlata all'interferenza emotiva. Infine, è stato dimostrato che la mindfulness disposizionale è associata a indicatori neurologici di regolazione efficace quando si utilizzano strategie di ER come l'*Affect Labeling* e la rivalutazione.

Un ampio numero di studi sperimentali ha esaminato la relazione tra mindfulness e ER tramite la manipolazione della mindfulness a breve termine, confrontata con una condizione di controllo. Dai risultati emerge che questa manipolazione è associata a una risposta emotiva auto-riferita più positiva a diapositive neutre, a una risposta positiva auto-riferita più sostenuta a un filmato positivo, a una risposta emotiva negativa immediata auto-riferita a un filmato misto, a un umore negativo ridotto e a una ridotta attivazione dell'amigdala in risposta a diapositive positive e negative rispetto al gruppo di controllo.

Gli studi che hanno considerato periodi di trattamento con vari programmi di MBI hanno dimostrato che l'MBSR e l'MBCT portano a diminuzioni auto-riferite delle difficoltà di ER, risultato ottenuto anche da interventi solo basati sulla MM. Un training di mindfulness porta anche a una maggiore diminuzione delle segnalazioni di distrazione e ruminazione rispetto a un trattamento di rilassamento generale.

In ambito clinico, infatti, i pazienti con depressione che hanno intrapreso un programma di MBCT hanno dimostrato un recupero più rapido dopo l'esposizione a un fattore di stress sociale creato in laboratorio, e una minore sensibilizzazione allo stress rispetto a un gruppo di controllo. I pazienti con disturbo d'ansia sociale che hanno affrontato un programma di MBSR hanno invece dimostrato una ridotta risposta dell'amigdala alle convinzioni negative quando impegnati nella respirazione focalizzata.

Taylor e colleghi (2011) hanno riscontrato una maggiore disattivazione della corteccia cingolata, area cerebrale adibita all'elaborazione e preparazione a eventuali pericoli, in risposta a un'induzione di mindfulness, presente in meditatori esperti, in contrasto con un gruppo di meditatori inesperti. Ciò conferma che la durata della pratica porta a maggiori cambiamenti anche a livello fisiologico e neurologico.

Questi risultati suggeriscono che gli interventi basati sulla mindfulness possono davvero promuovere una sana ER, essendo positivamente associata a ridotta intensità di disagio, maggiore recupero emotivo e ridotta elaborazione autoreferenziale negativa.

2.3 Relazione tra Mindfulness, benessere individuale e riduzione dello stress

Numerosi studi hanno provato l'efficacia degli MBI nella promozione del benessere generale dell'individuo, sia dal punto di vista fisiologico che psicologico ed emotivo. Le prime ricerche si sono focalizzate soprattutto sulla diminuzione delle emozioni negative, piuttosto che aumentare le emozioni positive, utilizzando programmi basati sulla mindfulness come l'MBSR e l'MBCT. I risultati di diverse revisioni sistematiche e meta-analisi dei vari MBI suggeriscono che questi trattamenti migliorano significativamente lo stress, l'ansia, la depressione, la qualità della vita e la regolazione delle emozioni in una serie di popolazioni psichiatriche e mediche (Luberto, 2017).

Ricerche più recenti si sono però concentrate sulle pratiche LKM per ridurre le emozioni negative e, allo stesso tempo, promuovere emozioni positive.

Hofmann e colleghi (2010) hanno suggerito che queste pratiche possono essere integrate nelle terapie cognitivo-comportamentali per migliorare le emozioni e i comportamenti legati alle relazioni interpersonali, e una recente meta-analisi ha scoperto che LKM migliora effettivamente la depressione, la mindfulness disposizionale, la compassione, la Self-compassion e l'affettività positiva. Altre meta-analisi su LKM per migliorare le emozioni positive auto-orientate e gli esiti psicosociali generali hanno mostrato benefici significativi.

Luberto e colleghi (2017) hanno condotto una revisione sistematica e una meta-analisi sugli effetti della mindfulness e sui potenziali meccanismi fisiologici e neurali alla base di tali effetti. Ne è risultato che diverse pratiche di MM suscitano processi fisiologici associati al sistema nervoso parasimpatico, cioè alla risposta di rilassamento, che contrastano l'attività del sistema nervoso simpatico, ovvero le risposte allo stress. In

particolare, queste pratiche risultano associate a miglioramenti nel tono vagale e a un'attivazione alterata in aree della corteccia prefrontale. Studi recenti dimostrano anche che l'allenamento alla meditazione può aumentare la funzione immunitaria e la tolleranza al dolore. Appare dunque evidente che l'elicitazione regolare della risposta di rilassamento è associata a riduzione dello stress e delle emozioni negative.

Un'ulteriore meta-analisi condotta da Gu e colleghi (2015) ha fornito prove legate ai meccanismi sottostanti l'efficacia dei programmi di MBI sul funzionamento psicologico e sul benessere dell'individuo. Tra i vari costrutti indagati come mediatori di questa relazione, i risultati più significativi sono riferiti alla reattività cognitiva e alla reattività emotiva, mentre troviamo prove moderate per la consapevolezza e il pensiero negativo ripetitivo (RNT), come ruminazione e preoccupazione, e prove preliminari ma insufficienti per la Self-compassion e la flessibilità psicologica. In particolare, sia la consapevolezza che l'RNT hanno mediato in modo significativo l'effetto degli MBI specificatamente sugli esiti di salute mentale come ansia, depressione, sintomi psicopatologici globali e stress.

Ciò è coerente con le basi teoriche dei programmi MBSR e MBCT: coltivare la mindfulness porta all'intuizione e all'accettazione non reattiva della propria esperienza che a sua volta genera altri risultati positivi per la persona. Anche le prove sull'RNT come meccanismo di mediazione si riflettono nella teoria sottostante dell'MBCT, secondo cui la partecipazione a questo programma di meditazione sarebbe efficace per ridurre la ricomparsa di episodi depressivi attraverso la disconnessione con pensieri disadattivi ricorrenti riguardo i propri sintomi depressivi (Segal et al., 2002).

I risultati sopracitati supportano anche i modelli teorici già discussi nel Capitolo 1 proposti da Baer (2003), e Brown e colleghi (2007), che includono la non-reattività e l'accettazione tra i meccanismi di mediazione.

Per concludere, diversi studi correlazionali condotti con una varietà di campioni, come ad esempio studenti universitari, persone di mezza età e pazienti clinici, hanno fatto emergere una serie di correlazioni positive tra la mindfulness auto-riferita e numerosi miglioramenti sulla salute e il benessere generale dell'individuo; tra questi troviamo maggiori livelli di soddisfazione per la vita, disponibilità, coscienziosità, vitalità, autostima, senso di autonomia, ottimismo, e affettività positiva.

Al contrario, dai risultati di altri studi sono emerse correlazioni negative tra mindfulness e indicatori di malessere psicologico, come depressione, nevroticismo, dissociazione, ruminazione, reattività cognitiva, ansia sociale, evitamento esperienziale e intensità dell'esperienza di allucinazioni nel contesto delle psicosi.

CAPITOLO 3

L'ATTACCAMENTO E LA RELAZIONE CON LA MINDFULNESS

3.1 L'attaccamento

La teoria dell'attaccamento, formulata da Bowlby (1988), è una teoria psicologica riguardante le relazioni umane. Egli, rifiutando le teorie precedenti dello sviluppo infantile come quella di Freud, intuì che l'attaccamento riveste un ruolo centrale nelle relazioni tra gli esseri umani, dalla nascita sino alla morte, e dimostrò come lo sviluppo armonioso della personalità di un individuo dipenda principalmente da un adeguato attaccamento alla figura materna o un suo sostituto. Questa teoria suggerisce dunque che gli esseri umani siano cablati per connettersi l'uno con l'altro emotivamente, nelle relazioni intime, e che vi sia una forte influenza sullo sviluppo dei bambini dal modo in cui sono trattati dai loro genitori; inoltre, per quanto concerne le conseguenze della qualità di tali processi nei primi momenti di vita, la teoria può spiegare le tendenze successive nelle relazioni basate su tali prime esperienze (Snyder, 2012).

A tal proposito, i teorici dell'attaccamento considerano le prime relazioni dei bambini, spesso con le loro madri, ma più in generale col *caregiver* primario, come la base fondamentale per la creazione di un modello che plasma le aspettative dell'individuo per le relazioni future. Secondo Stern (1977), il comportamento materno è "*la materia prima del mondo esterno*" con cui il bambino inizia a costruire la conoscenza e l'esperienza degli eventi futuri.

In questo modo, la madre funge da modello iniziale per la presenza, il volto e la voce umana, le unità di significato del comportamento e la relazione tra il proprio comportamento e il comportamento di qualcun altro.

Secondo la teoria di Bowlby, fin dai primi mesi di vita, il bambino impara a riconoscere le interazioni con chi lo accudisce, e ciò gli permette di apprendere diverse strategie che governano le relazioni. Così, egli crea un'organizzazione di emozioni e pattern di azione che vanno a costituire quello che viene chiamato dall'autore un "modello operativo interno". La formazione degli stessi indica la capacità dell'individuo d'interiorizzare e perpetuare modelli di relazione e, dunque, di rappresentarli; si basano, quindi, sulle esperienze passate, sulle aspettative relative alla disponibilità e alle probabili risposte del

caregiver ai propri bisogni e, infine, sulle aspettative relative al proprio comportamento in relazione con la figura di attaccamento in situazioni di sconforto.

I modelli operativi interni costituiscono una rappresentazione mentale dinamica che struttura e organizza le percezioni, le interpretazioni e i significati da attribuire alle diverse esperienze di interazione sociale. Dunque, attraverso ripetute esperienze di attaccamento di varia natura, siano esse positive o negative, gli individui sviluppano modelli interpersonali di relazione che sono associati a strategie cognitivo-emotive implicite relativamente stabili per mantenere la sicurezza e la sicurezza intra e interpersonale.

Bowlby (1969) ha individuato tre stili principali di attaccamento, a cui successivamente ne è stato aggiunto un quarto da Main e Solomon (1986; 1990), con relativi caratteristiche, comportamenti associati e implicazioni per lo sviluppo successivo.

Questi modelli sono stati formulati da Ainsworth e Bowlby a seguito della procedura di *Strange Situation* (Ainsworth, 2014), tramite la quale vengono indagate le reazioni dei bambini ad un breve distacco della madre, con conseguente riavvicinamento della stessa. È inoltre presente la figura di un estraneo, complice dello sperimentatore.

Gli stili di attaccamento del bambino emersi a seguito di questi esperimenti sono: attaccamento sicuro, attaccamento (insicuro) evitante, attaccamento (insicuro) ansioso-ambivalente e attaccamento (insicuro) disorganizzato. È stato trovato che i modelli di attaccamento persistono nel tempo una volta sviluppati, sia perché i genitori tendono a trattare i bambini in modo simile nel tempo, sia perché tali modelli tendono ad essere auto-perpetuanti (Bowlby, 1988).

Nello stile *Sicuro*, al momento della separazione il bambino mostra angoscia e turbamento, ma con il ritorno della madre è facilmente confortato. Ciò è spiegato dalla prontezza della figura primaria di riconoscere i segnali di tensione e accorrere velocemente a seguito delle richieste del bambino, che riesce così a sentirsi sicuro di esplorare l'ambiente circostante e approcciarsi con facilità ad altre figure. Ha quindi sviluppato fiducia nel caregiver e in se stesso, in quanto sa di essere amato e accettato. Alla base di tali sicurezze vi è un sano processo emotivo diadico, che include sintonizzazione, empatia, risonanza affettiva, condivisione dello sguardo, ritmi vocali trascinati.

Nello stile *Evitante*, il bambino non mostra angoscia alla separazione dai genitori e li ignora o evita al momento del ricongiungimento. La causa di questo comportamento può essere individuata nella soddisfazione dei bisogni fisici ma non di quelli emotivi, con un eccessivo sprono a un'autonomia precoce. Di conseguenza, il bambino non si aspetta alcun conforto da parte del caregiver, anzi, anticipa un rifiuto, e sa che deve contare su se stesso.

Nello stile *Ansioso/Ambivalente*, il bambino mostra angoscia e turbamento nel momento in cui la madre si allontana, ma al suo ritorno sembra sia cercare conforto che tentare di "punire" il genitore per essere andato via, risultando comunque inconsolabile. La causa di tale comportamento è l'aver esperito un'ambivalenza di fondo con il caregiver, poiché le cure e le risposte da parte della figura primaria sono, a tratti, presenti e assenti, così che il bambino non riesce a prevedere le sue reazioni alle proprie richieste di aiuto. Egli allora fa di tutto per tenerlo vicino, e non mostra sicurezza nell'esplorare l'ambiente circostante o nell'avvicinarsi ad altri individui per paura che la madre possa non tornare.

Infine, nello stile *Disorganizzato*, il bambino, sia in presenza della madre sia nel momento dell'allontanamento, risulta confuso e non seguono uno schema di comportamento, anzi appare disorientato. Questo è il motivo per cui, in un primo momento, questi comportamenti non sono stati classificati in nessuno degli stili sopradescritti. Il bambino non riesce a prevedere le risposte alle proprie richieste d'aiuto a causa dalla presenza di una figura genitoriale disconnessa e instabile. Questo stile viene spesso riscontrato in casi di bambini abusati o maltrattati, i quali vedono la figura di riferimento come paurosa.

Tali stili di attaccamento sono profondamente influenzati dalle esperienze personali della madre, specialmente con i propri genitori (Bowlby, 1988). La conseguente nozione che molti bambini mostrano modelli di attaccamento uguali alle proprie madri ha dato origine al concetto di "trasmissione intergenerazionale" degli stili di attaccamento: così, le madri interagiscono con i loro bambini più o meno allo stesso modo in cui le loro madri hanno interagito con loro e, quindi, "trasmettono" lo stesso tipo di modello di attaccamento. Una meta-analisi ha dimostrato il frequente verificarsi di questa trasmissione, con una dimensione dell'effetto della correlazione tra le coppie di genitori e bambini che hanno partecipato ai vari studi abbastanza forte.

L'effetto della trasmissione intergenerazionale, tuttavia, non è da considerarsi permanente: i teorici hanno descritto, infatti, il concetto di "sicurezza guadagnata", termine che descrive come un individuo con uno stile di attaccamento insicuro possa ottenere uno stile di attaccamento sicuro nel tempo. In particolare, troviamo due fattori chiave che possono spiegare questo "guadagno", ovvero le relazioni di supporto che hanno aiutato l'individuo a guarire vecchie ferite e la capacità di auto-comprensione.

Il fatto che lo stile di attaccamento di un genitore possa cambiare costituisce un fatto importante per il futuro dei figli, poiché se essi sono in grado di impegnarsi in attività che supportano un attaccamento sicuro, probabilmente riusciranno a interagire in modo diverso con i figli che ne beneficeranno (Bowlby, 1988).

Gli stili di attaccamento sopracitati sono stati utilizzati come base da altri ricercatori per comprendere il funzionamento dell'attaccamento in età adulta e la sua influenza nei rapporti di coppia.

Shaver e colleghi (1987; 2008) hanno trovato che le persone che hanno sperimentato un attaccamento sicuro, con relazioni primarie caratterizzate da calore, sensibilità, apertura e fiducia, hanno maggiori probabilità di avere convinzioni ottimistiche su se stessi e sugli altri, e di esprimere e regolare le emozioni in modi che facilitano la connessione interpersonale. Ciò permette a questi individui di essere a proprio agio con l'intimità, di avere fiducia nella relazione e nel partner, di essere in grado di relazionarsi con le figure significative della propria vita in modo sincero, di chiedere e dare sostegno. Questo supporto percepito consente all'individuo affrontare con ridotti livelli di ansia e stress le eventuali difficoltà della vita.

Al contrario, le persone che mostrano stili di attaccamento insicuro, e hanno sperimentato abbandono, invischiamento e maltrattamento hanno maggiori probabilità di nutrire opinioni negative su se stessi e sugli altri e, spesso, mostrano modi difensivi e autolesionisti di esprimere e gestire le emozioni. Appare, inoltre, che vi sia il rischio di un'umentata possibilità di sviluppare psicopatologia durante il resto della vita. L'attaccamento insicuro è stato infatti collegato a sintomi depressivi e risposte meno costruttive in situazioni stressanti, a tendenze alla vulnerabilità in condizioni avverse e a maggiori problemi legati al matrimonio o all'essere genitore (Bowlby, 1988).

In particolare, le persone con uno stile di attaccamento ansioso mostrano poca autonomia nella relazione, e alti livelli di ansia e paura dell'abbandono da parte del

partner; risultano quindi dipendenti dall'altro, esibiscono comportamenti ambivalenti che vanno da un estremo bisogno di prossimità a un allontanamento dovuto alla paura del rifiuto o della mancata disponibilità, possono provare estrema gelosia e possessività.

Coloro che hanno sviluppato uno stile di attaccamento evitante, invece, tendono a provare disagio in situazioni intime e ad allontanare il partner in situazioni di prossimità, sia fisica che emotiva, a causa dell'eccessivo bisogno di autonomia, intesa come necessità di contare solo sulle proprie forze, pena il fallimento personale; questi individui non provano fiducia nel partner e nelle relazioni, che non risultano fondamentale nella propria vita.

Infine, le persone con un attaccamento disorganizzato a volte non mostrano particolari pattern comportamentali nella relazione, ma piuttosto esibiscono un comportamento "da manuale". Main e Cassidy (1988) hanno però ipotizzato che l'attaccamento disorganizzato nella prima infanzia possa fungere da predittore dello sviluppo dissociativo in adolescenza ed età adulta: un bambino che si sente contemporaneamente vittima e carnefice del genitore potrebbe divenire un adulto il cui Sé e l'altro appaiono collegati ad aspetti che oscillano tra punizione e cura, il che potrebbe causare micro-dissociazioni di esperienze personali e relazionali non integrate.

Bartholomew (1991) ha costruito un modello delle forme prototipiche di attaccamento adulto, combinando il modello dell'immagine di Sé e dell'altro di Bowlby. Ciò ha dato vita a quattro categorie che sono logicamente derivate combinando i due livelli dell'immagine di Sé, positivo e negativo (il sé come degno di amore e sostegno o meno) con i due livelli dell'immagine dell'altro, positivo e negativo (altre persone sono viste come affidabili e disponibili contro inaffidabili e rifiutanti).

Il modello è stato illustrato attraverso un grafico formato da quattro quadranti o celle, ognuna delle quali rappresenta un ideale teorico o prototipo a cui persone diverse potrebbero approssimarsi a diversi livelli.

La prima cella indica uno stile Sicuro, ed è descritto dalla sensazione di essere degno, meritevole, adeguato (*lovability*), oltre che l'aspettativa che le altre persone stiano generalmente accettando la persona e siano responsivi ad essa.

La seconda cella contiene uno stile Preoccupato, indicato dalla sensazione di non essere degno, meritevole, adeguato (*unlovability*), affiancato a una valutazione positiva

degli altri. Questa combinazione di caratteristiche porterebbe la persona a combattere per l'auto-accettazione tramite l'acquisizione del favore degli altri valutati positivamente.

La terza cella contiene lo stile Timoroso-Evitante, e indica *unlovability* in associazione con l'aspettativa che gli altri saranno eliminati dalla propria vita perché inaffidabili (*untrustworthy* e *rejecting*). Evitando uno stretto coinvolgimento con gli altri, questo stile consente alle persone di proteggersi dal rifiuto che si aspettano già di ricevere dagli altri.

Infine, nella quarta cella troviamo lo stile Sprezzante-evitante, ovvero una combinazione di *lovability* e una disposizione negativa nei confronti dell'altro. Questi individui si proteggono dalla delusione evitando relazioni strette e mantenendo un senso di indipendenza e non-vulnerabilità (Bartholomew & Shaver, 1998).

Queste quattro dimensioni possono anche essere concettualizzate in termini di dipendenza e di evitamento dell'intimità. La dipendenza può variare da bassa, in cui l'individuo stabilisce internamente una buona considerazione di sé, senza bisogno di conferme esterne, ad alta, in cui l'autostima può essere mantenuta solo grazie all'approvazione continua da parte degli altri.

L'Evitamento dell'intimità riflette il grado in cui le persone evitano il contatto ravvicinato con gli altri a causa delle loro aspettative di risposta negativa. Gli stili Sprezzante e Timoroso sono simili nell'inglobare questa dimensione, ma differiscono nel bisogno di accettare l'altro per mantenere una buona autostima. Allo stesso modo, gli stili Preoccupato e Timoroso sono simili nella presenza di una forte dipendenza dagli altri per mantenere l'autostima, ma differiscono nella loro prontezza a essere coinvolti in relazioni intime, infatti, mentre il primo implica un tendere la mano agli altri nel tentativo di soddisfare i bisogni di dipendenza, il secondo implica un evitamento della vicinanza per ridurre al minimo l'eventuale delusione.

Un ultimo modello degno di nota è quello di Brennan, Clark e Shaver (1998), il quale considera solo due caratteristiche dell'attaccamento, ovvero Ansia per l'abbandono ed Evitamento dell'intimità.

L'Ansia comporta alti livelli di dipendenza, bisogno di approvazione e stress in assenza del partner, combinati a paura legate al rifiuto e all'abbandono e una scarsa fiducia in se stessi.

L'Evitamento descrive, come già indicato dagli autori precedenti, disagio nell'intimità e paura di essere dipendente dagli altri, accompagnata da un forte bisogno di isolamento, indipendenza e riluttanza ad aprirsi col partner.

La definizione di attaccamento Sicuro avviene solo tramite la rilevazione di bassi livelli in queste due dimensioni, attraverso un questionario, l'ECR, che sarà dettagliatamente descritto nel Capitolo 4.

3.2 Strumenti per la rilevazione dello stile di attaccamento

Numerosi strumenti sono stati sviluppati per rilevare i diversi stili di attaccamento, sia in bambini e adolescenti, sia in età adulta. Tra questi troviamo:

- *Attachment Style Questionnaire* (ASQ; Feeney, Noller & Hanrahan, 1994): è un questionario self-report composto da 40 item che misura le differenze individuali nell'attaccamento adulto, adatto anche a giovani adolescenti e a coloro che non hanno avuto esperienza di relazione di coppia. La sua creazione è basata sullo studio di un'ampia serie di costrutti discussi dai ricercatori di attaccamento infantile e adulto, da cui sono emerse 5 sotto-scale, che sono: Fiducia, Disagio per l'intimità, Bisogno di approvazione, Preoccupazione per le relazioni e Secondarietà delle relazioni. Le risposte sono fornite su scala Likert a 6 punti, da “*Totalmente in disaccordo*” a “*Totalmente d'accordo*”.

- *Adult Attachment Questionnaire* (AAQ; Simpson, Rholes & Nelligan, 1992): un altro questionario self-report che chiede agli individui di indicare come si relazionano con i partner romantici in generale. Vengono rilevate due dimensioni fondamentali dell'attaccamento: la prima riflette la misura in cui gli individui mostrano Evitamento, cioè il grado in cui tendono ad evitare o ritirarsi dalla vicinanza e dall'intimità nelle relazioni; la seconda dimensione indaga il livello di Ambivalenza (o Ansia) degli individui, che riflette il grado in cui gli individui sono eccessivamente preoccupati rispetto all'abbandono, alla perdita e al grado di impegno dei partner. Punteggi alti indicano una maggiore presenza di Evitamento e Ansia da parte dei rispondenti. Le risposte sono fornite su scala Likert a 7 punti, da “*Fortemente in disaccordo*” a “*Fortemente d'accordo*”.

- *Adult Attachment Scale* (AAS; Collins & Read, 1990): La scala AAS è uno strumento self-report composto da 18 item che riflette gli atteggiamenti legati all'attaccamento. Le scale dimensionali dell'AAS valutano quanto una persona si senta vicina al suo partner, fino a che punto è in grado di fare affidamento sull'altro e in che misura ha paura di perdere un partner intimo. Troviamo tre sotto-scale sulle dimensioni dell'attaccamento: Disagio per la vicinanza, Disagio per la dipendenza e Ansia di essere rifiutati e abbandonati. A differenza di altri strumenti, l'AAS contiene due scale relative all'evitamento: nono stante entrambe le forme di Disagio siano altamente correlate all'Evitamento, la distinzione tra queste due sotto-scale è una caratteristica unica dell'AAS che risulta spesso utile alla valutazione.

Le risposte sono fornite su scala Likert a 5 punti, da “*Per niente caratteristico (di me)*” a “*Molto caratteristico (di me)*”.

- *Separation Anxiety Test* (SAT; Attili, 2001) è uno strumento somministrato a bambini e adolescenti di età compresa tra 4 e 17 anni, che rileva la tipologia di attaccamento del soggetto rispondente e la sua ansia da separazione rispetto alle figure di attaccamento. È l'ultima evoluzione di versioni precedenti create da Bowlby e Ainsworth, che amplia l'età dei destinatari e dà maggiore enfasi alle sue proprietà proiettive, con la presentazione ai rispondenti di una serie di tavole grafiche. Essendo il prodotto della teoria dell'attaccamento di Bowlby e della sua evoluzione nel tempo, lo strumento rileva i 4 stili di attaccamento classici: Attaccamento Sicuro, Attaccamento (insicuro) Ansioso/Ambivalente, Attaccamento (insicuro) Evitante, Attaccamento a rischio Disorganizzato o Confuso.

Il punteggio viene attribuito dal somministratore a seguito della classificazione delle risposte del rispondente in 17 categorie che, a loro volta, costituiscono 8 classi basate sugli stili di attaccamento, le emozioni provate e strategie di fronteggiamento attuate.

3.3 Attaccamento e Mindfulness

Negli ultimi anni, i ricercatori hanno suggerito che la mindfulness condivida numerose caratteristiche con relazioni di attaccamento sicuro e che gli interventi basati sulla mindfulness possono promuovere un maggiore benessere personale e interpersonale per le persone che hanno sperimentato relazioni di attaccamento non sane. Ci sono una serie

di ragioni teoriche per cui la mindfulness disposizionale e i programmi di MBI e LKM possano essere particolarmente adatte per le persone con difficoltà nell'attaccamento (Caldwell & Shaver, 2015).

In primo luogo, gli studi di Ryan e colleghi (2007) hanno fatto emergere come la mindfulness e l'attaccamento sicuro condividano molti degli stessi correlati e risultati positivi relativi al benessere, in particolare per quanto riguarda la salute mentale e fisica, la possibilità di avere relazioni di maggior successo, sviluppare strategie di coping adattive di fronte a stimoli minacciosi, maggiore autostima e maggiore autoregolazione. Inoltre, studi neurologici hanno riportato percorsi neurali simili per l'attaccamento sicuro e la mindfulness (Shaver et al. 2007).

In secondo luogo, gli individui che hanno sperimentato relazioni di attaccamento sicure riportano livelli più elevati di controllo dell'attenzione e svolgono meglio le attività comportamentali che richiedono una gestione flessibile delle risorse attentive.

In terzo luogo, la mindfulness appare inversamente correlata alle strategie di iperattivazione e disattivazione associate agli stili di attaccamento insicuro, suggerendo che essa possa costituire una soluzione a questi modelli cognitivo-emotivi disadattivi. È interessante notare come queste strategie di iperattivazione e disattivazione sono strettamente legate alle nozioni buddhiste tradizionali delle due principali cause della sofferenza umana, rispettivamente bramosia-attaccamento ed evitamento-ignoranza.

Inoltre, la mindfulness appare strettamente correlata al costrutto di "funzione riflessiva", che si riferisce alla capacità di comprendere il proprio comportamento e quello degli altri in termini di stati mentali sottostanti, pensieri, credenze e intenzioni. Secondo Bishop e colleghi (2008) questa capacità è facilitata dalla pratica dell'auto-osservazione, che permette all'individuo di sviluppare uno "spazio" tra le sue percezioni e la sua risposta in una data situazione. In questo modo, l'auto-riflessione e la mindfulness consentono di rispondere con una maggiore calma invece di usare proiezioni e reazioni impulsive. Inoltre, l'allenamento di mindfulness aumenta la capacità di tollerare forti affetti e quindi aiuta il praticante a non agire o reagire a meno che non sia appropriato. Gli individui sicuri hanno dimostrato di avere livelli più elevati di funzione riflessiva, che consente loro di adottare una "posizione osservativa" per quanto riguarda le proprie esperienze di attaccamento, anche quando queste sono state difficili o traumatiche.

Siegel (2007) ha proposto che la mindfulness può essere vista come un modo per sviluppare un attaccamento sicuro con te stesso. Da questa base interna sicura, viene stabilita la sicurezza da cui il praticante può offrire la sua consapevolezza e attenzione a tutto ciò che sorge nel campo dell'esperienza continua. Questo crea quello che egli definisce uno “stato di mindfulness riflessiva ricettiva” verso tutti gli eventi che si presentano.

È infatti emerso come, grazie ai programmi MBI, venga attribuita una forte importanza alla presenza dell'individuo, per cui una presenza costante del caregiver connota la propria disponibilità a ricevere tutto ciò che l'altro offre, a percepire la propria partecipazione all'interazione con consapevolezza. Attraverso ciò, il caregiver si mostra aperto a connettersi e a sintonizzarsi con l'altro, e ciò promuove un livello di presenza e consapevolezza di sé anche nell'altro.

Secondo l'autore, queste sintonizzazioni (intrapersonale e interpersonale) potrebbero rafforzarsi a vicenda in un ciclo continuo, promuovendo una forte connessione tra le due parti; infatti, attraverso la meditazione, il praticante sviluppa una più forte capacità di rilevare e comprendere la sua esperienza vissuta e ciò gli permette di avere più comprensione, empatia e compassione per gli altri attraverso una maggiore capacità di percepire segnali emotivi non verbali; è, quindi, in grado di offrire questo stato di presenza sintonizzata, consapevole e comprensiva a coloro con cui è in contatto. Nella relazione, presterà attenzione sia alla sua esperienza interiore che a quella dell'altro.

Nel rapporto genitore-figlio, tutto ciò può tradursi con la capacità del caregiver di auto-sintonizzarsi e, quindi, di acquisire una “sicurezza guadagnata”: prendendosi cura di sé, può sperimentare una nuova base sicura e risolvere i problemi di attaccamento esperiti in passato, riuscendo a offrire una base di attaccamento sicuro al figlio.

È importante notare come, tra le forme di attaccamento insicuro, sia l'Ansia che l'Evitamento risultano incompatibili con un'efficace pratica di mindfulness: quest'ultima rappresenta infatti una prospettiva aperta, accettante e non giudicante, mentre l'Ansia da attaccamento porta a sentimenti di non adeguatezza, ipervigilanza, paura del rifiuto, e un aumento dei livelli di ruminazione; l'Evitamento, invece, è caratterizzato da soppressione delle emozioni e del pensiero, disagio nelle relazioni intime ed evitamento per quanto riguarda i pensieri e i sentimenti, in particolare quelli negativi, tutti elementi che le pratiche di MM tentano di affrontare e risolvere.

L'attaccamento sicuro, tuttavia, dovrebbe consentire all'individuo di avvicinarsi ai propri processi di pensiero in modo più equilibrato e aperto, in linea coi principi della mindfulness.

Per concludere, alcuni autori ipotizzano l'esistenza di una relazione bidirezionale tra attaccamento sicuro e mindfulness, per cui le esperienze di relazioni che promuovono un attaccamento sicuro potrebbero aumentare la presenza di mindfulness dell'individuo e, al contrario, la MM potrebbe accrescere la capacità di una persona di esperire relazioni sicure. Alla luce delle somiglianze tra attaccamento sicuro e mindfulness e incompatibilità tra attaccamento insicuro e mindfulness, Ryan e colleghi (2007) hanno descritto tre potenziali connessioni tra le due dimensioni: in primo luogo è possibile che si sviluppino simultaneamente in risposta a un'esperienza di caregiver premurosa, reattiva e confortante durante l'infanzia; in secondo luogo, potrebbero essere entrambe correlate a stili relazionali caratterizzati da un attaccamento sicuro, cure e premurosità; infine, possono entrambi essere correlati allo sviluppo di meccanismi e strategie adeguati per affrontare lo stress.

Numerosi studi sono stati condotti per verificare la validità delle ipotesi legate alla relazione tra stili di attaccamento e mindfulness, intesa sia come caratteristica di tratto, sia come risultato delle varie pratiche di meditazione che la coinvolgono.

Ad esempio, Shaver e colleghi (2007), in uno studio che ha coinvolto un campione di meditatori esperti, hanno trovato che l'Ansia e l'Evitamento legati all'attaccamento hanno entrambi dato un contributo forte e unico ai livelli più bassi di mindfulness disposizionale. Inoltre, Caldwell e Shaver (2013) hanno successivamente scoperto che nella correlazione negativa tra l'Ansia da attaccamento e mindfulness disposizionale, la relazione risulta mediata dalla ruminazione e dal discontrollo dell'attenzione, mentre la relazione inversa tra Evitamento e mindfulness risulta mediata dalla soppressione del pensiero e anch'essa dal discontrollo dell'attenzione.

Gli stessi autori (2015) hanno condotto un ulteriore studio per valutare l'efficacia di un nuovo intervento progettato per utilizzare la mindfulness e le pratiche di LKM per migliorare i modelli cognitivo-emotivi non sani associati all'attaccamento adulto insicuro, in un campione di donne che hanno riportato livelli da moderati ad alti di maltrattamento infantile e attaccamento insicuro. Queste donne hanno mostrato miglioramenti significativi nella ruminazione, nella soppressione emotiva, nella Clarity,

nella regolazione delle emozioni, e in generale nella mindfulness e in tutte le sue sottodimensioni; i cambiamenti osservati nel pensiero, nelle emozioni e nella produzione verbale a seguito del trattamento erano tutti relativi all'esperienza passata di attaccamento insicuro e della sofferenza causata dalla stessa. Il risultato legato alla regolazione delle emozioni si è rivelato duraturo nel tempo: ciò conferma il principio fondamentale della teoria dell'attaccamento secondo cui, per tutta la durata della vita, la qualità delle relazioni di attaccamento è strettamente legata alla capacità di regolazione adattiva delle emozioni.

In generale, questi risultati suggeriscono che i programmi di MBI e LKM possono aiutare a migliorare i modelli di regolazione delle emozioni disadattive che si trovano comunemente in individui che hanno subito maltrattamenti e relazioni di attaccamento insicuro.

Cordon, Brown e Gibson (2009) hanno condotto uno studio coinvolgendo un gruppo di partecipanti che riportavano uno stile di attaccamento adulto sicuro e un gruppo con attaccamento insicuro, e hanno scoperto che l'attaccamento adulto ha moderato gli effetti di un programma di MBSR sui livelli percepiti di stress. Il secondo gruppo riportava inizialmente livelli più elevati di stress percepito rispetto al primo gruppo, ma tali livelli sono scesi significativamente a seguito del completamento del programma di mindfulness.

Per concludere, Stevenson e colleghi (2017) hanno condotto una meta-analisi integrando numerosi studi che hanno indagato la relazione tra i due costrutti, da cui è emerso che Ansia e Evitamento sono significativamente associate e, in alcuni casi, statisticamente predittive, dei livelli di mindfulness totale. Nel complesso, l'Ansia risulta correlata negativamente con la mindfulness totale, così come con quattro delle cinque sotto-scale del costrutto, in particolare con la dimensione Non-giudicare.

Inoltre, sono state trovate correlazioni negative tra Evitamento, mindfulness totale e ciascuna delle cinque sotto-scale di mindfulness, in particolare le dimensioni Descrivere e Non-reagire.

CAPITOLO 4

METODO

4.1 Obiettivo

Come ampiamente affrontato nei capitoli precedenti, la letteratura ci offre numerosi studi per analizzare il rapporto tra i costrutti di nostro interesse. Nonostante la conferma della presenza di legami diretti tra la Mindfulness e le diverse variabili individuali, prese singolarmente, come enfatizzato nel Capitolo 2, ci è sembrato opportuno tentare di analizzare il rapporto tra la stessa e alcuni costrutti sovrapponibili che possano darci informazioni simultaneamente su uno stato di benessere affettivo generale da una parte, e disposizioni prosociali dall'altra.

Grazie ai risultati delle correlazioni e delle intercorrelazioni tra i costrutti di interesse che verranno effettuate durante l'analisi, sarà possibile individuare quali variabili, che forniscono informazioni simili sulla loro presenza nell'individuo, possono concorrere alla formazione di indici originali.

Per questo motivo, l'obiettivo della ricerca è innanzitutto valutare in che modo varie forme di Consapevolezza si associano alla Prosocialità, al Benessere Affettivo e allo Stress percepito e, in seguito, indagare il ruolo dell'attaccamento e della regolazione delle emozioni nella relazione appena citata. Con Consapevolezza intendiamo la Mindfulness nelle sue diverse forme, inclusa la Self-compassion, mentre con Prosocialità intendiamo un indice che include l'Empatia, la Compassione e sentimenti di accettazione e gentilezza nei confronti dell'altro. La regolazione delle emozioni è invece indicata dai valori sia di DERS che di ACS, e ci offrono informazioni sui tentativi e le difficoltà di regolare le emozioni, sui sentimenti di anticipazione che l'individuo esperisce nel provare diverse emozioni e sulle conseguenze di tali esperienze emotive. Come ulteriore obiettivo, inoltre, ci proponiamo di osservare come questi costrutti siano o meno associati a esperienze di pratica meditativa.

Per verificare le relazioni tra i costrutti di interesse, oltre ad effettuare analisi di correlazione, testeremo un modello di mediazione tramite diverse analisi di regressione, in particolare per verificare se la Consapevolezza si associa alle variabili di Benessere affettivo, Prosocialità e Stress percepito attraverso la regolazione delle emozioni, e osserveremo se questa relazione si verifica anche con il controllo degli stili di attaccamento dei partecipanti.

4.2 Partecipanti

La ricerca ha coinvolto un campione di 158 partecipanti, in un periodo compreso tra aprile 2022 e luglio 2022.

I partecipanti sono stati contattati direttamente, tramite passaparola e attraverso social network e applicazioni di messagistica istantanea, ed è stato chiesto loro di partecipare alla ricerca online, tramite un link che portava alla compilazione di un questionario self-report su Google Moduli.

L'età dei partecipanti è compresa tra un minimo di 19 anni ad un massimo di 73 anni con una media di 41.27 e una deviazione standard di 13.80. Solo uno di essi non ha indicato la sua età. Di questi 158 partecipanti, 110 sono femmine e 48 sono maschi.

Per quanto riguarda il livello di istruzione, uno dei partecipanti non lo ha indicato; 1 di essi ha raggiunto il livello di istruzione elementare, 11 la licenza media, 71 sono in possesso del diploma di licenza superiore, 28 hanno acquisito una Laurea Triennale, 46 hanno conseguito una Laurea Magistrale, un Master o svolgono attualmente un Dottorato di ricerca.

La professione svolta dai partecipanti è stata codificata tramite una scala a 6 livelli la quale permette di valutare un'occupazione non solo in termini economici, ma anche di prestigio sociale e stile di vita ad essa associato; tre livelli aggiuntivi (0, 7, 9) indicano lo stato di casalinga/o, disoccupato/a o pensionato/a, studente/essa.

Tra i soggetti del campione, 9 hanno indicato di essere casalinghe (Codice 0); 8 di essi eseguono lavori di tipo manuale o sono dipendenti pubblici, tra cui magazzinieri e operatori socio-sanitari (Codice 1); 6 partecipanti lavorano alle dipendenze di piccole attività, tra cui baristi e fioristi (Codice 2); 16 sono dipendenti di diversi enti pubblici, e tra essi troviamo infermieri e vigili del fuoco (Codice 3); 61 di loro, che costituiscono la porzione più grande del campione, comprendono un alto numero di insegnanti di scuola primaria, diversi dipendenti pubblici con grado di istruzione maggiore rispetto ai precedenti, e alcuni operatori di comunità (Codice 4); 16 partecipanti rispecchiano il livello superiore-basso di occupazione, ad esempio psicologi e HR recruiters, ufficiali delle forze dell'ordine e insegnanti di scuola media inferiore (Codice 5); 3 appartengono all'ultima categoria di codifica, e consistono in un avvocato, un dirigente d'azienda e un ingegnere (Codice 6); 14 partecipanti dichiarano di essere pensionati o disoccupati (Codice 7); 19 sono studenti (Codice 9); infine, 6 partecipanti non hanno indicato la loro

occupazione.

A conclusione della compilazione del questionario, è stato chiesto ai partecipanti di indicare se avevano avuto in precedenza esperienza in pratiche di meditazione e di quale tipo. La pratica “Yoga” risulta essere indicata da 28 soggetti; 18 partecipanti hanno svolto Meditazione e ne hanno indicato varie tipologie, tra cui Meditazione guidata, Meditazione gnostica e Zen; 17 hanno praticato Mindfulness. Nell’opzione “Altre pratiche”, in cui è stato possibile inserire altre forme di attività meditative, 3 partecipanti hanno indicato di svolgere Arti marziali, Reiki e Ruminatio.

Nel complesso, 43 partecipanti hanno svolto almeno una pratica di meditazione: tra essi, 27 hanno affermato di praticarne 1, 10 ne hanno indicato due, 5 ne hanno indicato tre e solo un partecipante ne ha praticato quattro forme diverse.

Per quanto riguarda la durata dello svolgimento di tali pratiche, 32 soggetti ne hanno fornito un’indicazione temporale, che è risultato in una media di 39,87 mesi, da un minimo non indicato o equivalente a poche ore, a un massimo di 351 mesi.

4.3 Strumento

Lo strumento utilizzato in questa ricerca è un questionario self-report, composto da 11 scale per la misurazione dei costrutti di interesse, introdotto da una sezione per le informazioni di carattere sociodemografico come età, genere, livello di istruzione e professione, e concluso da una sezione in cui sono state rilevate eventuali esperienze precedenti o attuali di pratiche meditative di diverso tipo.

Qui saranno descritti in dettaglio le scale utilizzate:

- Il *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietenmeyer, & Toney, 2006) è uno strumento self-report composto da 39 item.

Lo sviluppo del questionario si deve all'analisi condotta da Baer e colleghi (2006), che hanno teorizzato la mindfulness come un costrutto multidimensionale.

I 5 fattori che emergono dal costrutto sono:

- *Observing* (“Osservare”): si riferisce alla capacità di prestare attenzione agli stimoli esterni, percepiti tramite i cinque sensi, e agli stimoli interni, come pensieri, emozioni e sensazioni. Esempi di item relativi a questo fattore sono “Noto gli odori e gli aromi delle cose” o “Presto attenzione alle sensazioni, come

- il vento nei capelli o il sole sul viso*”;
- *Describing* (“*Descrivere*”): riguarda la capacità di descrivere verbalmente la propria esperienza interiore. Ad esempio: “*Quando i miei pensieri o immagini mi turbano, riesco a calmarmi in poco tempo*”;
 - *Acting with awareness* (“*Agire consapevolmente*”): concerne la capacità di vivere le proprie esperienze in modo consapevole. Un item che rappresenta questo fattore è “*Svolgo frettolosamente le mie attività senza prestarvi davvero attenzione*”;
 - *Nonjudging* (“*Non-giudicare*”): indica l'assumere un atteggiamento non giudicante verso i propri pensieri e sentimenti. Tra gli item che lo indicano troviamo “*Dico a me stesso/a che non dovrei sentirmi nel modo in cui mi sento*” o “*Ritengo che alcune delle mie emozioni siano cattive o inappropriate e che non dovrei sentirle*”;
 - *Nonreactivity* (“*Non-reattività*”): si riferisce all'abilità di non lasciarsi coinvolgere e sopraffare dai propri pensieri, emozioni e sensazioni. Un esempio di item che indica questo fattore è “*Quando i miei pensieri o immagini mi turbano, riesco a calmarmi in poco tempo*”.

Le risposte vengono fornite su scala Likert a 5 punti, da 1 (“*non mi accade mai o molto raramente*”) a 5 (“*mi accade molto spesso o sempre*”). 12 item della scala sono item reverse, per cui necessitano di essere ricodificati. Un punteggio alto corrisponde a una maggior presenza del costrutto misurata in ciascuna sotto-scala.

- *Interpersonal Reactivity Index* (IRI; Davis, 1983) è un questionario self report composto da 21 item che valuta la risposta empatica attraverso misure integrate di componenti affettive e cognitive dell'empatia. Gli item sono raggruppati in 3 fattori:
 - *Preoccupazione Empatica*: è riferita alla reazione emotiva dell'individuo orientata alla condivisione dell'esperienza altrui, ad esempio “*Quando vedo qualcuno/a che viene sfruttato/a, provo sentimenti di protezione nei suoi confronti*”;
 - *Personal Distress*, cioè la comprensione dei propri stati di ansia e agitazione verso l'esperienza altrui. Un item che rappresenta il fattore è “*A volte mi sento indifeso/a quando mi trovo in situazioni emotivamente molto coinvolgenti*”;

- *Assunzione di Prospettiva*, ovvero l'abilità cognitiva di assumere la prospettiva di un'altra persona, rappresentato da item quali “*Prima di criticare qualcuno, cerco di immaginare cosa proverei se fossi al suo posto*”.

Le risposte vengono fornite su una scala Likert a 5 punti (da “*Non mi descrive bene*” a “*Mi descrive molto bene*”).

7 item della scala sono item reverse, per cui necessitano di essere ricodificati. Un punteggio alto corrisponde a una maggior presenza del costrutto.

- *Emozioni positive e negative ad alta vs. bassa attivazione (AVE-20; Yik et al.,2011)*: questa scala si riferisce a diversi stati affettivi provati nelle ultime settimane precedenti alla compilazione, quali “*Soddisfatto*”, “*Teso*”, “*Depresso*”. Sono stati accessibili consapevolmente e riconosciuti come semplici sensazioni che possono variare da momento a momento, ma non rappresentano l'emozione nella sua totalità, e non sempre sono riferiti a un evento specifico.

Le risposte vengono fornite su scala Likert a 5 punti (da “*Per nulla*” a “*Molto*”).

- *Perceived Stress Scale (PSS; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983)*: è una scala utile per valutare come diverse situazioni possono influenzare le nostre sensazioni e lo stress percepito. Lo stress è definito come la misura in cui gli individui percepiscono che le richieste ambientali superino la loro capacità di farne fronte. Viene richiesto di indicare quanto spesso si è pensato o sentito in un certo modo nell'ultimo mese prima della somministrazione dello strumento, con item quali “*Hai avuto la sensazione di non riuscire a star dietro a tutte le cose che dovevi fare?*” oppure “*Sei stato/a arrabbiato/a per cose che erano fuori dal tuo controllo?*”.

Le risposte sono fornite su scala Likert a 5 punti, da 0 (“*Mai*”) a 4 (“*Molto spesso*”).

4 item della scala sono item reverse, per cui necessitano di essere ricodificati. Un punteggio alto corrisponde a un più alto livello di stress nell'individuo.

- *Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003)* è uno strumento self-report composto da 26 item e rileva le differenze individuali nella capacità di sperimentare comportamenti compassionevoli verso se stessi nella vita di tutti i giorni. Lo strumento è stato creato

sulla base della teorizzazione di Neff della self-compassion, che la descrive tramite tre aspetti fondamentali: *Self-kindness*, *Common humanity* e *Mindfulness*.

Le risposte vengono fornite su scala Likert a 5 punti (da “*Quasi mai*” a “*Quasi sempre*”).

13 item della scala sono item reverse, per cui necessitano di essere ricodificati. Un punteggio alto corrisponde a un più alto livello del costrutto per ciascuna sotto-scala.

- *Self-other four immeasurable* (SOFI; Kraus & Sears, 2009): è una scala che consiste in 8 paia di termini distribuiti in 16 item, che descrivono diversi pensieri, emozioni e comportamenti esperiti sia nei confronti di se stessi sia verso gli altri, nell'ultima settimana precedente alla somministrazione. Lo strumento è stato creato per misurare le “quattro qualità non-misurabili” alla base degli insegnamenti Buddhisti di loving kindness, compassione, gioia e accettazione. Sono emersi quattro distinte sotto-scale: qualità positive verso se stessi, qualità positive verso gli altri, qualità negative verso se stessi, qualità negative verso gli altri. Rispettivi esempi di tali item sono “*Amichevole verso me stesso/a*”, “*Amichevole verso gli altri*”, “*Cattivo/a con me stesso/a*”, “*Cattivo/a con gli altri*”.

Le risposte vengono fornite su scala Likert a 5 punti (da “*Molto poco o per nulla*” a “*Estremamente*”).

- *Experiences in Close Relationships Scale - Short form* (ECR-S; Brennan, Clark & Shaver, 1998): è un questionario self-report composto da 12 item, a cui i partecipanti devono rispondere in base al modo generale di vivere le loro relazioni, e non soltanto a ciò che sta succedendo in una relazione attualmente in corso.

Lo strumento distingue due stili di attaccamento: attaccamento ansioso e attaccamento evitante. Il primo è legato alla paura del rifiuto e dell'abbandono, all'eccessivo bisogno di rassicurazione ed approvazione da parte dell'altro e allo stress che viene provato quando il partner si dimostra assente o poco disponibile; un esempio di item che descrive questo stile è “*Mi sento frustrato/a se il partner non è disponibile quando ho bisogno di lui/lei*”; il secondo si riferisce alla paura dell'intimità e al timore di dipendere dal partner, caratterizzato da un eccessivo bisogno di contare solo su se stessi e dalla riluttanza ad aprirsi con l'altro; un item che rappresenta questa dimensione

è “*Di solito parlo con il mio partner dei miei problemi e delle mie preoccupazioni*”.

Le risposte sono fornite su scala Likert a 7 punti (da “*Completo disaccordo*” a “*Completo accordo*”).

4 item della scala sono item reverse, per cui necessitano di essere ricodificati. Un punteggio alto complessivo rispecchia la presenza di un attaccamento di tipo ansioso o evitante nel soggetto, mentre un punteggio basso è indicatore di un attaccamento sicuro.

- *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004): è uno strumento di autovalutazione composto da 36 item su sei aspetti della regolazione delle emozioni. È spesso utilizzato in contesti di trattamento e ricerca per adulti con disturbi emotivi (es. ansia, disturbo ossessivo-compulsivo o problemi legati a traumi). La scala è stata sviluppata per valutare la disregolazione emotiva, in particolare per far emergere le difficoltà all'interno delle seguenti dimensioni della regolazione delle emozioni:
 - *Awareness*: ovvero la consapevolezza e comprensione delle emozioni, che indicano la loro mancanza quando gli item sono formulati in direzione opposta; un item rappresentativo di questa dimensione è “*Presto attenzione al modo in cui mi sento*”;
 - *Non-acceptance*: ovvero la tendenza ad avere una risposta secondaria negativa a una precedente emozione negativa esperita, e la non accettazione della sofferenza provata; tra gli item che indicano la presenza di questo fattore troviamo “*Mi imbarazza sentirmi così*”;
 - *Goals*: riferito alla mancanza di capacità di impegnarsi in comportamenti diretti a un obiettivo, ad astenersi da comportamenti impulsivi, alla difficoltà a concentrarsi e raggiungere risultati quando si sperimentano emozioni negative; un item che descrive il fattore è “*Ho difficoltà a concludere un lavoro*”;
 - *Strategies*: cioè la mancanza di strategie di regolazione delle emozioni percepite come efficaci, che siano appropriate alla situazione per modulare le risposte emotive, e la tendenza a pensare che non si può fare molto per regolare il proprio stato d'animo quando si provano emozioni negative; un item incluso in questo fattore è “*Penso che rimarrò in quello stato a lungo*”;

- *Impulse*: riflette le difficoltà di rimanere in controllo del proprio comportamento quando si provano emozioni negative; un esempio di item che lo descrive è “*Divento fuori controllo*”;
- *Clarity*: è la misura in cui gli individui riconoscono con chiarezza le emozioni che stanno provando; un esempio di item che rappresentano questa dimensione è “*I miei sentimenti mi sono chiari*”.

Le risposte vengono fornite su scala Likert a 5 punti (da “*quasi mai*” a “*quasi sempre*”). 11 item della scala sono item reverse, per cui necessitano di essere ricodificati. Punteggi più alti indicano una maggiore difficoltà nella regolazione delle emozioni.

- *Compassion Scale* (CS; Pommier et al., 2020): è una scala composta da 16 item, creata secondo il modello teorico della Self-compassion di Neff, adattandola al costrutto “Compassione” che si riferisce al fornire risposte emotive, comprensione cognitiva e attenzione alla sofferenza altrui, con un atteggiamento non giudicante.

Le dimensioni fondamentali della compassione sono tre:

- *Kindness* (“Gentilezza”): intesa come cura e preoccupazione per gli altri che soffrono, accompagnata dal desiderio di sostenere chi è nel bisogno;
- *Common Humanity* (“Umanità comune”): implica il riconoscimento che tutte le persone sperimentano difficoltà e un senso di connessione con coloro che stanno soffrendo;
- *Mindfulness*: si riferisce a un tipo di consapevolezza equilibrata che non evita né si perde nel dolore degli altri, con cui l’individuo è disposto ad ascoltare e prestare attenzione agli altri quando soffrono.

Le risposte sono fornite su scala Likert a 5 punti (da “*Quasi mai*” a “*Quasi sempre*”). 4 item della scala sono item reverse, per cui necessitano di essere ricodificati. Un punteggio alto nella scala corrisponde a un alto livello del costrutto nell’individuo.

- *Affective Control Scale* (ACS; Williams, Chambless, & Ahrens, 1997): è uno strumento self-report compost da 42 item che indagano le conseguenze di esperienze emotive, i loro effetti sulla paura nel provare ansia e stati di panico, e il grado con cui gli individui cercano di controllare tali emozioni.

Le categorie di emozioni considerate sono quattro e costituiscono le quattro sotto-scale del questionario:

- *Anger* (“Rabbia”), espresso da item come “*Mi preoccupa di poter dire qualcosa quando mi arrabbio di cui poi mi pentirò*”;
- *Positive Affect* (“Affettività positiva”), di cui un esempio è “*Quando sono davvero felice mi posso lasciar prendere troppo dall’emozione*”;
- *Depressed mood* (“Umore depressivo”), descritto da item come “*Ho paura che potrei entrare in uno stato di abbattimento tale da potermi distruggere*”;
- *Anxiety* (“Ansia”), rappresentato da item come “*Sono così scosso/a quando sono in ansia, che non riesco a pensare con chiarezza*”.

Le risposte sono fornite su scala Likert a 7 punti (da “*Totale disaccordo*” a “*Totale accordo*”).

12 item della scala sono item reverse, per cui necessitano di essere ricodificati. Un punteggio alto corrisponde a un più alto livello del costrutto per ciascuna sotto-scala.

- *Eventi positivi e negativi*: composto da 2 domande a cui il partecipante deve rispondere su scala Likert a 7 punti (da “*Per nulla*” a “*Moltissimo*”), che chiedono rispettivamente la frequenza con cui eventi negativi e positivi si sono verificati nella loro vita nelle ultime settimane prima della compilazione dello strumento.

CAPITOLO 5 RISULTATI

5.1 Attendibilità delle scale

L'attendibilità consiste in quella proprietà dello strumento che riguarda l'accuratezza con cui esso riesce a misurare il costrutto in esame.

Per tutte le scale utilizzate nel questionario è stato calcolato l'indice di consistenza interna *Alpha di Cronbach* (o "coefficiente α "), per valutare l'attendibilità degli item che le compongono.

L'alpha di Cronbach è un indicatore statistico utilizzato per misurare l'attendibilità dei test psicometrici, e valuta quanto un gruppo di item sono raggruppabili insieme in una stessa dimensione. Se un gruppo di item si propone di misurare un determinato concetto, allora ci si aspetta che i punteggi di questi item siano simili tra loro, e che abbiano, quindi, un'alta consistenza interna. Al contrario, se la correlazione tra questi stessi item è bassa, si evince che alcuni tra essi non sono misure affidabili del costrutto considerato.

I valori che questo indice può assumere variano da 0 a 1; si ha una sufficiente coerenza interna quando il valore supera .60; una buona attendibilità è indicata da valori che vanno da .70 in su; valori uguali o superiori a .80 sono indice di un'ottima coerenza interna.

Prima di calcolare l'attendibilità delle scale, è necessario ricodificare i punteggi degli item reverse, ovvero quegli item espressi in forma negativa che devono essere orientati nello stesso senso degli altri item della scala, in modo da ottenere punteggi omogenei.

La ricodifica è stata effettuata nei seguenti item delle scale:

- Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ): 4, 5, 7, 8, 11, 12, 14, 17, 19, 22, 23, 24;
- Interpersonal Reactivity Index (IRI): 2, 3, 9, 10, 11, 13, 14;
- Perceived Stress Scale (PSS): 4, 5, 7, 8;
- Self-Compassion Scale (SCS): 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24, 25;
- Experiences in Close Relationships Scale - Short form (ECRS): 7, 9, 11, 12;
- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24, 34;
- Compassion Scale (CS): 3, 7, 11, 15;
- Affective Control Scale (ACS): 4, 9, 12, 16, 17, 18, 21, 22, 27, 30, 31, 38.

Dopo aver ricodificato questi item è stato possibile effettuare la misurazione dell'attendibilità delle scale tramite l'utilizzo dell'Alpha di Cronbach.

Tabella 1: Attendibilità delle scale

Scala o dimensione	Numero di item	Alpha
FFMQ totale	24	.77
FFMQ: Non reattività	5	.72
FFMQ: Osservare	4	.80
FFMQ: Agire consapevolmente	5	.84
FFMQ: Descrivere	5	.71
FFMQ: Non giudicare	5	.79
DERS totale	36	.94
DERS: Non-acceptance	6	.88
DERS: Goals	5	.80
DERS: Impulse	6	.83
DERS: Awareness	6	.74
DERS: Strategies	8	.90
DERS: Clarity	5	.80
ACS totale	42	.91
ACS: Anger	8	.48
ACS: Positive affect	13	.75
ACS: Depressed mood	8	.77
ACS: Anxiety	13	.83
SCS – Self-compassion Scale	26	.88
ECR: attaccamento ansioso	6	.70
ECR: attaccamento evitante	6	.70
CS – Compassion Scale	16	.89
SOFI: positivo verso se stessi	4	.87
SOFI: negativo verso se stessi	4	.84
SOFI: positivo verso gli altri	4	.83
SOFI: negativo verso gli altri	4	.79

IRI: Assunzione prospettiva	7	.71
IRI: Preoccupazione empatica	7	.65
IRI: Personal distress	7	.61
AVE: Attivazione positiva	4	.86
AVE: Attivazione negativa	4	.92
AVE: Deattivazione negativa	4	.88
AVE: Deattivazione positiva	4	.92
PSS – Perceived Stress Scale	10	.79

Per le scale FFMQ, DERS e ACS è stato calcolato sia un indice di attendibilità globale, ottenuto prendendo in considerazione tutti gli item dello strumento, sia un indice relativo a ciascun fattore. Per le scale SCS, CS e PSS è stato calcolato un indice per il punteggio totale. Per tutte le altre scale sono stati calcolati gli indici di coerenza interna per ogni fattore.

I coefficienti di Alpha di Cronbach calcolati per tutte le scale assumono valori accettabili, che variano da .61 a .94, fatta eccezione per la dimensione “Rabbia” della scala ACS che riporta un valore di .48; complessivamente, si può affermare che tutte le scale sono attendibili.

5.2 Medie dei costrutti e differenze dal punto centrale

Dopo aver esaminato l’attendibilità delle scale di misura dello strumento, sono state calcolate media, deviazione standard e, mediante l’utilizzo di T-test per campioni unici, le differenze dei valori medi dei singoli costrutti dal punto centrale (Tabella 2).

Tabella 2.1: Differenze dal punto centrale dei punteggi medi dei costrutti

Valore di test=3

	Scala di risposta	Media	DS	Differenza dal punto centrale
Five Facet Mindfulness Questionnaire	1-5	3.29	.46	***
FFMQ: Non reattività	1-5	2.72	.75	***
FFMQ: Osservare	1-5	3.50	.96	***
FFMQ: Agire consapevolmente	1-5	3.77	.89	***

FFMQ: Descrivere	1-5	3.40	.74	***
FFMQ: Non giudicare	1-5	3.14	.91	
Difficulties in Emotion Regulation Scale	1-5	2.31	.64	***
DERS: Non-acceptance	1-5	2.47	.98	***
DERS: Goals	1-5	2.55	.90	***
DERS: Impulse	1-5	2.17	.80	***
DERS: Awareness	1-5	2.48	.72	***
DERS: Strategies	1-5	2.21	.90	***
DERS: Clarity	1-5	2.04	.75	***
Self-Compassion Scale	1-5	3.01	.61	
Compassion Scale	1-5	4.01	.66	***
SOFI: positivo verso se stessi	1-5	2.98	1.01	
SOFI: negativo verso se stessi	1-5	2.38	1.04	***
SOFI: positivo verso gli altri	1-5	3.67	.88	***
SOFI: negativo verso gli altri	1-5	1.92	.81	***
IRI: Assunzione prospettiva	1-5	3.60	.69	***
IRI: Preoccupazione empatica	1-5	3.89	.73	***
IRI: Personal distress	1-5	2.68	.64	***
AVE: Attivazione positiva	1-5	2.90	.94	
AVE: Attivazione negativa	1-5	2.76	1.16	*
AVE: Deattivazione negativa	1-5	2.05	1.06	***
AVE: Deattivazione positiva	1-5	2.74	.96	***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabella 2.2

Valore di test=4

	Scala di risposta	Media	DS	Differenza dal punto centrale
Affective Control Scale	1-7	3.27	.83	***
ACS: Anger	1-7	3.65	.90	***
ACS: Positive affect	1-7	2.95	.94	***
ACS: Depressed mood	1-7	3.24	1.13	***

ACS: Anxiety	1-7	3.34	1.01	***
ECR: attaccamento ansioso	1-7	3.23	1.28	***
ECR: attaccamento evitante	1-7	2.52	1.14	***
Eventi negativi	1-7	4.41	1.80	
Eventi positivi	1-7	4.63	1.50	***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabella 2.3

Valore di test=2

	Scala di risposta	Media	DS	Differenza dal punto centrale
Perceived Stress Scale	0-4	2.06	.69	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Dalla **Tabella 2.1** è possibile osservare che, per quanto riguarda la scala FFMQ, solo una delle cinque dimensioni di cui è costituita ha una media al di sotto dal punto centrale, ovvero il fattore *Non-reattività*; la dimensione *Non giudicare* presenta un valore intermedio, che non si discosta significativamente dalla punto centrale; per le restanti tre dimensioni, possono essere osservati valori superiori, in particolare il punteggio più alto si osserva nella dimensione *Agire consapevolmente*. In generale i partecipanti riportano buoni livelli di mindfulness; in particolare, essi appaiono capaci di descrivere verbalmente la propria esperienza interiore, di prestare attenzione agli stimoli esterni e agli stimoli interni, e soprattutto riferiscono di essere capaci di vivere le proprie esperienze in modo consapevole.

La scala DERS presenta omogeneità nei valori delle sue sotto-dimensioni: tutti e sei i punteggi dei fattori riguardanti la regolazione delle emozioni appaiono inferiori al punto centrale, con nessuna eccezione. Il valore minore è presente nella dimensione *Clarity*, mentre il valore maggiore in *Goals*. In generale, il campione riferisce di non avere grandi difficoltà nella regolazione delle proprie emozioni, in particolare riferiscono di riconoscere con chiarezza le emozioni che stanno provando.

La media della scala SCS non risulta significativamente diversa dal punto centrale: i due valori sono infatti quasi coincidenti. I partecipanti appaiono essere mediamente compassionevoli nei confronti di se stessi.

Al contrario, il valore medio della CS risulta essere largamente superiore al punto centrale, mostrando così alti livelli di compassione nei confronti dell'altro autoriportati dal nostro campione.

Per quanto riguarda la scala SOFI, i partecipanti riportano valori intermedi di pensieri e sentimenti positivi verso se stessi, e valori positivi maggiori nei confronti degli altri. Al contrario, essi esperiscono emozioni e pensieri negativi in minore misura, infatti la media delle risposte si trova al di sotto del punto centrale, principalmente visibile nelle emozioni negative provate nei confronti dell'altro.

Gli aspetti dell'empatia *Assunzione di Prospettiva* e *Preoccupazione Empatica* indagati nella scala IRI mostrano valori al di sopra del punto medio, per cui i partecipanti riferiscono di reagire emotivamente alle esperienze altrui di sofferenza, e di riuscire ad assumere la prospettiva dell'altro. Al contrario, il campione risulta meno capace di comprendere e affrontare i propri stati d'ansia e agitazione in relazione all'esperienza altrui di sofferenza, come indicato nelle risposte fornite alla sotto-scala *Personal Distress*.

Dalla scala AVE, le risposte riguardanti gli stati emotivi della sotto-scala *Attivazione positiva* suggeriscono dei livelli intermedi in tale dimensione, mentre mostrano un valore medio inferiore al punto centrale nelle sotto-scale *De-attivazione*, sia positiva che, soprattutto, negativa, e nella sottoscala *Attivazione negativa*, anche se in misura minore alle precedenti. I rispondenti riferiscono quindi di esperire non frequentemente stati affettivi negativi come il sentirsi generalmente apatico e agitato, e di sentirsi moderatamente, ad esempio, energetico.

Nella **Tabella 2.2** osserviamo come i partecipanti riportino, in generale, buone capacità nel controllare i propri stati affettivi, e non risultano eccessivamente preoccupati delle conseguenze comportamentali ed emotive di ciò che provano, siano essi stati emotivi positivi o negativi. In particolare, la sottodimensione *Positive Affect* risulta avere un valore medio ben al di sotto del punto centrale, indicando una maggiore capacità dei rispondenti di non perdere il controllo a seguito dell'esperienza di emozioni positive.

Per quanto concerne la scala ECR, che rileva lo stile d'attaccamento dei partecipanti, si osservano livelli non elevati sia nello stile di tipo ansioso, sia soprattutto in quello di

tipo evitante, con un valore medio molto al di sotto del punto centrale. I partecipanti appaiono dunque mostrare uno stile di attaccamento sicuro.

Infine, il campione afferma di non aver esperito eventi particolarmente negativi nelle ultime settimane, ma di aver, al contrario, vissuto maggiori eventi positivi.

Nella **Tabella 2.3** vengono invece riportati livelli intermedi di stress percepito dalla scala PSS, per cui i partecipanti si dichiarano non eccessivamente influenzati dalle situazioni avverse della vita quotidiana.

5.3 T-test per campioni indipendenti

A seguito dell'analisi per campioni singoli, sono state calcolate media, deviazione standard e, mediante l'utilizzo di T-test per campioni indipendenti, le differenze dei valori medi dei singoli costrutti tra Uomini e Donne.

Tabella 3. Confronto tra partecipanti uomini e donne

	Uomini				Donne	
	Scala	Media	DS	Diff.	Media	DS
FFMQ totale	1-5	3.31	.49		3.28	.45
FFMQ: Non reattività	1-5	2.83	.72		2.67	.76
FFMQ: Osservare	1-5	3.34	1.07		3.58	.90
FFMQ: Agire consapevolm.	1-5	3.76	.92		3.78	.88
FFMQ: Descrivere	1-5	3.49	.76		3.36	.74
FFMQ: Non giudicare	1-5	3.13	.91		3.14	.92
DERS totale	1-5	2.38	.66		2.29	.63
DERS: Non-acceptance	1-5	2.48	1.00		2.46	.98
DERS: Goals	1-5	2.81	.94	*	2.44	.86
DERS: Impulse	1-5	2.22	.85		2.15	.78
DERS: Awareness	1-5	2.45	.74		2.50	.71
DERS: Strategies	1-5	2.28	1.00		2.18	.86
DERS: Clarity	1-5	2.16	.78		1.99	.73
Self-Compassion Scale	1-5	3.00	.51		3.01	.65
Compassion Scale	1-5	3.89	.72		4.06	.62
SOFI: positivo verso se stessi	1-5	3.05	1.06		2.94	.99

SOFI: negativo verso se stessi	1-5	2.47	1.00		2.34	1.05
SOFI: positivo verso gli altri	1-5	3.70	.86		3.66	.89
SOFI: negativo verso gli altri	1-5	2.04	.91		1.87	.76
IRI: Assunzione prospettiva	1-5	3.54	.73		3.62	.67
IRI: Preoccupazione empatica	1-5	3.77	.63		3.94	.77
IRI: Personal distress	1-5	2.41	.64	***	2.80	.60
AVE: Attivazione positiva	1-5	3.20	1.04	**	2.78	.87
AVE: Attivazione negativa	1-5	2.75	1.19		2.76	1.14
AVE: Deattivazione negativa	1-5	2.18	1.06		2.00	1.06
AVE: Deattivazione positiva	1-5	2.86	.99		2.69	.95
ACS totale	1-7	3.35	.82		3.24	.88
ACS: Anger	1-7	3.71	.80		3.62	.94
ACS: Positive affect	1-7	3.07	.97		2.89	.92
ACS: Depressed mood	1-7	3.41	1.17		3.17	1.11
ACS: Anxiety	1-7	3.38	.98		3.32	1.03
ECR: attaccamento ansioso	1-7	3.41	1.31		3.15	1.26
ECR: attaccamento evitante	1-7	2.49	1.08		2.54	1.17
Eventi negativi	1-7	4.15	1.86		4.53	1.77
Eventi positivi	1-7	4.58	1.45		4.65	1.53
Perceived Stress Scale	0-4	1.99	.75		2.09	.67

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001; (*) p < .10

Nella **Tabella 3** notiamo come non vi siano particolari differenze tra le medie delle risposte nella maggior parte dei costrutti indagati, fatta eccezione per tre sotto-scale.

Nella dimensione *Goals*, gli uomini mostrano una maggiore difficoltà nella regolazione delle emozioni in relazione agli scopi rispetto alle donne; per quanto riguarda il *Personal Distress*, le donne appaiono maggiormente affette da stress ed emozioni di disagio di fronte alle esperienze altrui di sofferenza rispetto agli uomini; infine, gli uomini risultano provare maggiormente stati affettivi di attivazione positiva rispetto alla controparte femminile.

Di seguito troviamo media, deviazione standard e, sempre mediante l'utilizzo di T-test per campioni indipendenti, le differenze dei valori medi dei singoli costrutti tra i rispondenti che hanno esperienze di pratiche di meditazione e quelli che non ne hanno.

Tra i partecipanti, sono stati inclusi nell'analisi solo coloro che hanno riportato di aver effettuato almeno un'esperienza di pratica con una durata non inferiore a un mese, e sono stati esclusi i soggetti che hanno riportato esperienze di pratica sporadiche e di tempo esiguo.

L'analisi è stata dunque effettuata su due gruppi, di cui il primo ha una numerosità pari a 28 e consiste nei Praticanti, e il secondo è formato da 115 partecipanti, i Non-praticanti.

Tabella 4. Confronto tra partecipanti con o senza esperienza di pratica

	Praticanti				Non-praticanti	
	Scala	Media	DS	Diff.	Media	DS
FFMQ totale	1-5	3.43	.50		3.27	.44
FFMQ: Non reattività	1-5	2.88	.75		2.70	.76
FFMQ: Osservare	1-5	4.27	.56	***	3.31	.98
FFMQ: Agire consapevolmen.	1-5	3.51	.80	(*)	3.83	.87
FFMQ: Descrivere	1-5	3.65	.81	(*)	3.39	.70
FFMQ: Non giudicare	1-5	2.99	1.08		3.18	.88
DERS totale	1-5	2.31	.68		2.31	.61
DERS: Non-acceptance	1-5	2.54	1.06		2.46	.96
DERS: Goals	1-5	2.66	1.03		2.48	.81
DERS: Impulse	1-5	2.18	.85		2.12	.75
DERS: Awareness	1-5	2.18	.60	*	2.56	.72
DERS: Strategies	1-5	2.31	1.00		2.18	.85
DERS: Clarity	1-5	1.97	.67		2.06	.76
Self-Compassion Scale	1-5	2.95	.74		3.02	.57
Compassion Scale	1-5	4.34	.49	**	3.93	.67
SOFI: positivo verso se stessi	1-5	2.99	1.07		2.96	.97
SOFI: negativo verso se stessi	1-5	2.41	.96		2.36	1.04
SOFI: positivo verso gli altri	1-5	3.92	.76	(*)	3.62	.87
SOFI: negativo verso gli altri	1-5	1.89	.79		1.92	.79
IRI: Assunzione prospettiva	1-5	3.85	.70	*	3.53	.66
IRI: Preoccupazione empatica	1-5	4.20	.50	*	3.80	.77
IRI: Personal distress	1-5	2.63	.70		2.66	.64
AVE: Attivazione positiva	1-5	2.86	.85		2.91	.95

AVE: Attivazione negativa	1-5	2.96	1.06		2.70	1.18
AVE: Deattivazione negativa	1-5	2.30	1.23		1.98	1.01
AVE: Deattivazione positiva	1-5	2.73	.81		2.71	.98
ACS totale	1-7	3.24	1.01		3.26	.83
ACS: Anger	1-7	3.71	1.05		3.61	.86
ACS: Positive affect	1-7	2.83	1.03		2.96	.93
ACS: Depressed mood	1-7	3.34	1.41		3.21	1.04
ACS: Anxiety	1-7	3.28	1.19		3.30	.93
ECR: attaccamento ansioso	1-7	3.66	1.42	*	3.11	1.24
ECR: attaccamento evitante	1-7	3.32	1.03		2.59	1.17
Eventi negativi	1-7	4.28	1.57		4.42	1.84
Eventi positivi	1-7	4.43	1.20		4.58	1.61
Perceived Stress Scale	0-4	2.33	.63	*	1.97	.67

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001; (*) p < .10

Dalla **Tabella 4** possiamo osservare innanzitutto una differenza tra i due gruppi per quanto riguarda la presenza di Mindfulness: i praticanti riportano valori marginalmente più alti del costrutto rispetto ai non-praticanti. Ciò risulta più evidente nella dimensione Osservare, per cui i praticanti risultano avere una maggiore capacità di prestare attenzione agli stimoli esterni, percepiti tramite i cinque sensi, e agli stimoli interni, come pensieri, emozioni e sensazioni. Un'altra differenza esigua è osservabile nella capacità dei primi di descrivere verbalmente la propria esperienza interiore, maggiore rispetto ai secondi. Allo stesso tempo, gli stessi si dichiarano meno capaci di vivere le proprie esperienze in modo consapevole rispetto ai non-praticanti, come suggeriscono i valori della sotto-scala Agire Consapevolmente: le pratiche di meditazione potrebbero però rendere gli individui più consci delle loro disattenzioni, portandoli a non sovrastimare la loro consapevolezza nell'agire quotidiano.

Per quanto concerne gli aspetti della Compassione, i praticanti risultano significativamente più capaci di fornire risposte emotive, comprensione cognitiva e attenzione alla sofferenza altrui con un atteggiamento non giudicante rispetto ai non-praticanti.

Questi ultimi riportano valori medi marginalmente inferiori rispetto ai primi nell'attribuzione di qualità positive nei confronti dell'altro. I praticanti risultano dunque,

in una certa misura, più inclini a emozioni, comportamenti e pensieri connotati da compassione e accettazione rivolti al prossimo.

Anche i livelli di Empatia appaiono maggiori nel gruppo dei praticanti: essi si mostrano mediamente più empatici dei non-praticanti, in particolare nell'abilità cognitiva di assumere la prospettiva di un'altra persona e nella capacità di reagire emotivamente alla condivisione dell'esperienza altrui di sofferenza, come indicato dalla scala Preoccupazione Empatica, in cui solo i praticanti riportano valori medi superiori al punto centrale della sotto-scala.

Infine, i praticanti riportano valori moderatamente più alti sia nello stile di attaccamento ansioso, sia nei livelli di stress percepito: il ricorrere a pratiche di meditazione potrebbe indicare il desiderio di questi individui di raggiungere una maggiore serenità nella vita di coppia e ridurre lo stress causato dalla sensazione di non possedere le risorse necessarie ad affrontare le avversità della vita quotidiana.

Non risultano altre differenze significative tra i due gruppi nel resto delle dimensioni indagate dalle scale dello strumento.

5.4 Le correlazioni tra i costrutti

Nel seguente paragrafo verranno commentate le correlazioni tra i costrutti presi in analisi.

Nella **Tabella 5** sono riportate le correlazioni interne delle scale FFMQ, DERS e ACS, e le correlazioni incrociate tra tali costrutti e le loro sottodimensioni, includendo inoltre la Self-compassion.

Per quanto riguarda le correlazioni interne delle sottodimensioni dell'FFMQ, tutte e cinque correlano significativamente e positivamente con l'FFMQ totale, in particolare la sotto-scala Descrivere. Esaminando nel dettaglio la relazione tra le sottodimensioni, Osservare è l'unica a presentare correlazioni negative significative con Agire consapevolmente e Non-giudicare, mentre Descrivere presenta correlazioni positive significative con tutte le altre sotto-scale. Invece, l'associazione tra le coppie Non-reattività/Osservare e Agire consapevolmente/Non-giudicare risulta positiva e significativa.

Passando alla correlazione interna delle dimensioni della scala DERS, come atteso tutte le sei sotto-scale sono inversamente proporzionali al punteggio totale della scala, in particolare Strategies: al crescere della presenza di tutte queste dimensioni, diminuisce la difficoltà di regolare le proprie emozioni. Le dimensioni Clarity e Strategies correlano tutte positivamente e significativamente con le altre sotto-scale, ad eccezione fatta per l'associazione di quest'ultima con l'Awareness, che non risulta significativa. Infine, la Non-acceptance ha un'associazione positiva significativa sia con Goals che con Impulse, e quest'ultime aumentano all'aumentare dall'altra.

Per concludere con le correlazioni interne alle dimensioni delle scale considerate in questa parte dell'analisi, anche l'ACS presenta forti correlazioni positive con tutte le sue quattro dimensioni, in particolar modo l'Anxiety, e tutte le sotto-scale correlano positivamente e significativamente tra di loro.

Tabella 5. Correlazioni (prima parte)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1.FFMQ totale	1																	
2.Non reattività	.500**	1																
3.Osservare	.334**	.290**	1															
4.Agire consapev.	.610**	-.128	-.166*	1														
5.Descrivere	.703**	.339**	.276**	.241**	1													
6.Non-giudicare	.526**	-.030	-.361**	.529**	.093	1												
7.DERS totale	-.643**	-.289**	.030	-.502**	-.359**	-.548**	1											
8.Non-acceptance	-.550**	-.226**	.141	-.431**	-.207*	-.661**	.810**	1										
9.Goals	-.346**	-.125	.165*	-.378**	-.180*	-.362**	.745**	.500**	1									
10.Impulse	-.513**	-.229**	.080	-.478**	-.283**	-.408**	.861**	.598**	.700**	1								
11.Awareness	-.379**	-.350**	-.386**	-.060	-.303**	.024	.286**	.026	-.045	.119	1							
12.Strategies	-.543**	-.196*	.077	-.449**	-.273**	-.551**	.919**	.750**	.673**	.775**	.089	1						
13.Clarity	-.517**	-.150	-.047	-.416**	-.363**	-.366**	.753**	.539**	.428**	.577**	.261**	.626**	1					
14.ACS totale	-.515**	-.251**	.094	-.390**	-.308**	-.523**	.712**	.648**	.437**	.652**	.105	.701**	.535**	1				
15.Anger	-.387**	-.094	.128	-.294**	-.240**	-.480**	.451**	.536**	.251**	.403**	-.060	.429**	.341**	.746**	1			
16.Positive affect	-.378**	-.166*	.045	-.304**	-.208**	-.363**	.523**	.409**	.280**	.520**	.153	.523**	.398**	.845**	.562**	1		
17.Depressed mood	-.497**	-.226**	.118	-.405**	-.268**	-.500**	.730**	.644**	.503**	.595**	.086	.748**	.564**	.883**	.532**	.613**	1	
18.Anxiety	-.553**	-.306**	.071	-.373**	-.326**	-.508**	.750**	.665**	.519**	.671**	.113	.701**	.580**	.892**	.525**	.568**	.784**	1
19.Self-compassion	.667**	.377**	-.020	.417**	.352**	.572**	-.682**	-.657**	-.432**	-.508**	-.322**	-.612**	-.467**	-.548**	-.380**	-.325**	-.590**	-.658**

** p < .01; * p < .05

Passando alla lettura delle relazioni tra le diverse scale, troviamo risultati attesi innanzitutto nelle correlazioni tra le dimensioni della DERS e dell'FFMQ: quasi tutte le sotto-scale dei due strumenti sono negativamente associate tra di loro, ad eccezione fatta per la dimensione Osservare, che presenta un'associazione significativa positiva, anche se debole, con la sotto-scala Goals. In generale, dunque, quasi tutte le sotto-scale della DERS presentano forti correlazioni negative con le dimensioni dell'FFMQ, con qualche eccezione nella relazione tra Non reattività con Goals/Clarity, e Awareness con Agire consapevolmente/Non giudicare, che non risultano significative. Tali risultati sono anticipati dalla relazione tra i punteggi totali dei due strumenti: questi, infatti, presentano la correlazione negativa maggiore, la quale ci informa che all'aumentare della presenza di mindfulness diminuisce significativamente la difficoltà generale di regolazione delle emozioni.

Analizzando le dimensioni di FFMQ e ACS, emerge una relazione simile a quella sopracitata, infatti sia i punteggi totali, sia le sotto-scale di entrambi gli strumenti, presentano tra loro correlazioni significative negative, con poche eccezioni: l'associazione più forte emerge tra il punteggio globale di mindfulness e l'Anxiety, ma non sorprende che all'aumentare dei livelli della prima diminuiscano i livelli di ansia e di altre esperienze emotive negative, e viceversa. La dimensione Osservare, ancora una volta, non presenta alcuna correlazione significativa né con l'ASC totale, né con le sue sottodimensioni. Un'ulteriore eccezione emerge nella relazione tra Anger e Non-reattività che non risulta significativa; quest'ultima, infine, presenta una correlazione con l'Affettività Positiva di forza moderata.

Essendo DERS e ACS due strumenti che misurano entrambi l'esperienza emotiva e la capacità di regolare tali emozioni, ci si aspetta che entrambi correlino positivamente, sia nei punteggi totali sia nelle dimensioni che li compongono: tali attese sono state confermate; infatti, le associazioni tra le due scale risultano tutte significative e positive, con maggiore forza in particolare nella relazione tra Anxiety e DERS totale: maggiore la difficoltà di regolare le proprie emozioni, maggiori saranno i relativi livelli d'ansia esperiti. Un'unica eccezione è costituita dalla dimensione Awareness, che non presenta alcuna correlazione significativa con nessuna delle dimensioni dell'ACS.

Infine, troviamo la relazione tra Self-compassion e tutte le altre dimensioni già discusse: come atteso, maggiori livelli di mindfulness sono direttamente proporzionali a

maggiori livelli di Self-compassion; Osservare appare, ancora una volta, l'unica dimensione dell'FFMQ che costituisce un'eccezione nella relazione con le altre, e non presenta, infatti, alcuna associazione con la Self-compassion. Per concludere, la Self-compassion mostra correlazioni positive significative con tutte le dimensioni sia dell'FFMQ sia della DERS, con una forza maggiore nel legame con i punteggi totali di entrambi.

Prima di passare all'interpretazione delle correlazioni tra i costrutti presenti nella **Tabella 6**, è importante sottolineare che le dimensioni "SOFI sé" e "SOFI altro" rappresentano due nuovi indici che si riferiscono a pensieri, sentimenti, comportamenti sia positivi che negativi riferiti, rispettivamente, al sé e all'altro.

Per quanto riguarda l'associazione della Compassione con le altre dimensioni, troviamo una correlazione positiva con entrambe le dimensioni SOFI, con un legame nettamente più forte con SOFI rivolto all'altro, e un legame più debole con Sofi rivolto al sé.

Due delle dimensioni dell'empatia, ovvero Assunzione di prospettiva e Preoccupazione empatica risultano, come atteso, direttamente proporzionali alla Compassione, così come le Emozioni attivate positive e le Emozioni Deattivate positive, anche se quest'ultime mostrano un'associazione di forza minore. Ciò suggerisce, come atteso, che provare maggior compassione per gli altri abbia un ruolo importante nel desiderio di mettersi nei panni e preoccuparsi di chi ci circonda e viceversa, e che la stessa funzione venga ricoperta nella relazione con le Emozioni positive di varia natura esperite nei confronti dell'altro.

Un'ultima correlazione significativa riguardante questo costrutto è presente nella relazione con l'Attaccamento Evitante, ma in questo caso al crescere dell'uno diminuisce l'altro, e viceversa: questo dato sembra ben giustificato dalla natura stessa di questo stile d'attaccamento, per cui gli individui tendono ad evitare ed allontanare anche emotivamente l'altro, pena il disagio personale.

Tabella 6. Correlazioni (seconda parte)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.Compassion	1													
2.SOFI sé	.186*	1												
3.SOFI altro	.511**	.489**	1											
4.Assunzione prospettiva	.464**	.036	.327**	1										
5.Preoccupazione empatica	.436**	.001	.231**	.621**	1									
6.Personal Distress	.054	-.280**	-.048	.104	.113	1								
7.Emoz. attivate positive	.198*	.393**	.353**	.179*	.131	-.263**	1							
8.Emoz. attivate negative	.029	-.464**	-.195*	.275**	.187*	.474**	-.161*	1						
9.Emoz. deattivate negative	-.053	-.479**	-.256**	.135	.092	.340**	-.192*	.612**	1					
10.Emoz. deattivate positive	.244**	.524**	.400**	.094	-.001	-.175*	.582**	-.396**	-.250**	1				
11.Stress Percepito	.007	-.663**	-.333**	.113	.130	.467**	-.375**	.655**	.499**	-.476**	1			
12.Attaccamento Ansioso	.107	-.291**	-.063	.169*	.129	.232**	-.058	.318**	.359**	-.129	.365**	1		
13.Attaccamento Evitante	-.324**	-.206*	-.314**	-.223**	-.268**	.082	-.192*	.044	.285**	-.168*	.033	.168*	1	
14.Eventi negativi	-.098	-.207*	-.176*	-.188*	-.170	.265**	-.319**	.244**	.234**	-.303**	.318**	.281**	.124	1
15.Eventi positivi	.101	.236**	.137	-.010	-.060	-.115	.210*	-.142	-.161	.316**	-.194*	.052	-.068	.013

** $p < .01$; * $p < .05$

Spostandoci all'analisi delle relazioni riguardanti il SOFI rivolto al sé, quasi tutte le correlazioni risultano significative, eccezione fatta solo per le prime due dimensioni dell'empatia, e la forza di tale legame varia da moderata ad alta: in particolare, per quanto riguarda le correlazioni positive, questo indice risulta più fortemente correlato alle Emozioni deattivate positive e al SOFI rivolto agli altri, a cui seguono associazioni moderate con Emozioni attivate positive ed Eventi positivi; per quanto concerne le correlazioni significative negative, pensieri, comportamenti ed emozioni di varia natura riferite a se stessi sembrano aumentare maggiormente al diminuire dei livelli di Stress percepito, una relazione inversa che si verifica, con forza minore, anche con le dimensioni Personal Distress, Emozioni attivate e deattivate negative, entrambi gli stili di Attaccamento insicuro (nel caso dello stile Evitante la relazione appare più moderata), e gli Eventi negativi.

A differenza del costrutto appena discusso, il SOFI rivolto agli altri mostra invece correlazioni positive significative con le dimensioni dell'Empatia Assunzione di prospettiva e Preoccupazione empatica, di forza moderata, e, come nel caso precedente, con Emozioni attivate e deattivate negative, con un legame di forza leggermente maggiore.

Non sono emerse correlazioni negative particolarmente forti: troviamo associazioni significative deboli con le Emozioni Attivate e Deattivate negative e gli Eventi negativi, e associazioni di forza moderata con lo stress percepito e l'Attaccamento Evitante.

Preoccupazione empatica e Assunzione di prospettiva, essendo due elementi fondamentali dell'Empatia, risultano fortemente correlate tra di loro. La prima risulta direttamente correlata alle Emozioni attivate negative, alle Emozioni attivate positive e all'Attaccamento Ansioso, anche se il legame con questi ultimi due costrutti risulta debole; appare invece diminuire al crescere della presenza di Attaccamento Evitante e Eventi Negativi, ma anche in questo caso il legame con quest'ultimo non appare particolarmente forte. Nel caso dell'Assunzione di prospettiva, invece, le uniche associazioni significative, con le dimensioni non ancora discusse, avvengono con le Emozioni attivate negative, con la quale correla positivamente anche se con una forza debole, e con l'Attaccamento Evitante, con cui correla negativamente.

Passando al Personal Distress, altra dimensione dell'empatia, questa appare diminuire al crescere delle Emozioni attivate positive, mentre aumenta all'aumentare delle

Emozioni attivate e deattivate negative, e dello Stress Percepito, con forza maggiore, dati che non sorprendono a causa della natura simile di tali costrutti. Troviamo inoltre correlazioni positive di forza moderata con l'Attaccamento Ansioso e gli Eventi negativi, e una correlazione negativa con le Emozioni Deattivate Positive, anche se la forza di quest'ultima risulta debole.

Considerando le quattro dimensioni delle emozioni della scala AVE, notiamo come le correlazioni significative più forti appaiono, come previsto, tra le coppie Emozioni attivate e deattivate positive ed Emozioni attivate e deattivate negative. Il resto delle correlazioni, negative e di forza moderata, avviene invece tra le Emozioni deattivate positive e le Emozioni attivate e deattivate negative, mentre il legame tra Emozioni attivate positive e queste ultime due dimensioni appare più debole.

Per quanto riguarda il rapporto tra le quattro sotto-scale AVE e il resto dei costrutti, abbiamo correlazioni significative positive tra entrambi i tipi di Emozioni negative e lo Stress Percepito, in particolare con le Emozioni Attivate in cui il legame risulta molto forte, e correlazioni significative negative tra quest'ultimo ed entrambi i tipi di Emozioni positive. L'attaccamento Ansioso risulta significativamente positivamente associato solo alle Emozioni attivate e deattivate negative, mentre l'Attaccamento Evitante cresce moderatamente all'aumentare delle Emozioni deattivate negative, e diminuisce con forza minore all'aumentare delle Emozioni attivate e deattivate positive. Anche gli Eventi negativi appaiono positivamente associati a entrambi i tipi di Emozione negativa, e negativamente associati alle Emozioni positive, con legami di forza moderata. Gli Eventi Positivi, invece, correlano positivamente solo con le Emozioni Positive, ma in maniera più significativa e forse con le Emozioni deattivate.

Lo Stress Percepito risulta, come atteso, crescere moderatamente al crescere dell'Attaccamento Ansioso, ma anche dell'esperienza di Eventi Negativi, mentre diminuisce in modo più debole con l'esperienza di Eventi Positivi.

Per concludere, i due stili di Attaccamento risultano debolmente positivamente associati tra di loro, e solo l'Attaccamento Ansioso appare positivamente correlato con gli Eventi Negativi.

Tabella 7. Correlazioni (terza parte)

	Compassion Scale	SOFI sè	SOFI altro	Assun. prospettiva	Preocc. empatica	Personal Distress	Emoz. Attivate positive	Emoz. Attivate negative	Emoz. Deatt. negative	Emoz. Deatt. positive	Stress percepito	Attacc. Ansioso	Attacc. Evitante	Eventi Positivi	Eventi Negativi
FFMQ totale	.196*	.564**	.419**	.227**	.253**	-.426**	.287**	-.415**	-.332**	.348**	-.577**	-.258**	-.149	-.281**	.127
Non-reattività	.125	.358**	.252**	.211**	.143	-.160*	.279**	-.060	.008	.383**	-.304**	-.112	-.042	-.157	.111
Osservare	.444**	.043	.217**	.532**	.538**	.063	.119	.133	.242**	.074	.056	.175*	-.057	.008	.037
Agire consapevol.	-.063	.297**	.283**	.012	.037	-.402**	.134	-.412**	-.455**	.098	-.440**	-.240**	-.154	-.239**	.155
Descrivere	.106	.307**	.247**	.173*	.145	-.184*	.189*	-.191*	-.162*	.161*	-.343**	-.111	-.057	-.078	.045
Non-giudicare	-.082	.469**	.123	-.239**	-.228**	-.396**	.054	-.492**	-.425**	.244**	-.540**	-.379**	-.071	-.235**	.063
DERS totale	-.212**	-.630**	-.466**	-.039	-.081	.386**	-.232**	.505**	.599**	-.380**	.635**	.497**	.310**	.230**	-.043
Non-acceptance	.007	-.624**	-.266**	.106	.073	.433**	-.178*	.579**	.544**	-.348**	.658**	.432**	.146	.212*	-.124
Goals	-.020	-.337**	-.247**	.067	.055	.242**	-.088	.251**	.410**	-.208*	.412**	.417**	.131	.146	.056
Impulse	-.146	-.430**	-.436**	-.049	-.069	.342**	-.130	.370**	.462**	-.238**	.516**	.410**	.232**	.232**	.051
Awareness	-.559**	-.337**	-.363**	-.381**	-.285**	.055	-.282**	.005	.107	-.338**	.112	-.039	.339**	.076	-.166*
Strategies	-.118	-.574**	-.416**	.029	.011	.352**	-.190*	.515**	.606**	-.278**	.615**	.496**	.240**	.160	.018
Clarity	-.200*	-.412**	-.364**	-.039	-.153	.222**	-.186*	.405**	.448**	-.291**	.458**	.398**	.309**	.165	-.133
ACS totale	-.093	-.494**	-.312**	.044	.048	.360**	-.057	.461**	.468**	-.223**	.519**	.487**	.115	.239**	-.038
Anger	.146	-.337**	-.134	.145	.090	.245**	-.040	.367**	.299**	-.123	.375**	.402**	-.003	.186*	-.103
Positive affect	-.225**	-.287**	-.280**	-.099	-.057	.252**	.043	.255**	.322**	-.069	.256**	.400**	.298**	.230**	.045
Depressed mood	-.081	-.513**	-.282**	.068	-.010	.343**	-.119	.445**	.546**	-.260**	.542**	.525**	.086	.209*	-.117
Anxiety	-.054	-.530**	-.294**	.103	.105	.419**	-.146	.525**	.456**	-.318**	.637**	.486**	-.004	.197*	-.045
Self-compassion	.114	.759**	.387**	-.012	.024	-.415**	.340**	-.500**	-.458**	.460**	-.645**	-.347**	-.113	-.251**	.182*

** p < .01; * p < .05

Nella **Tabella 7** sono presenti le correlazioni tra tutti i costrutti analizzati.

Intuitivamente, è possibile incrociare sia i punteggi totali che le sottodimensioni delle scale FFMQ, DERS, ACS e Self-compassion con quattro gruppi di variabili: la prima, eccezione fatta per SOFI rivolto al sé, comprende emozioni, sensazioni, comportamenti nei confronti dell'altro, il secondo si riferisce al benessere personale, il terzo all'attaccamento e il quarto alla percezione degli eventi della vita quotidiana.

Notiamo innanzitutto come la Compassione sia correlata positivamente, ma in modo debole, con l'FFMQ totale, ma in maniera decisamente più forte con la sua sotto-scala Osservare; successivamente, troviamo una correlazione negativa, con un legame di forza moderata, con il punteggio totale della DERS, la sua sotto-scala Clarity, e la sotto-scala dell'ACS Positive Affect, e infine una forte correlazione con Awareness.

Il SOFI rivolto al sé mostra associazioni di forza da moderata a forte con la maggior parte dei costrutti: le correlazioni positive sono presenti con l'FFMQ, eccetto la sotto-scala Osservare, in particolare con il suo punteggio totale, e con la Self-compassion, con cui condivide l'associazione più forte, a causa della similarità dei due costrutti; le correlazioni negative emergono con il resto delle variabili, in particolare con il punteggio totale della DERS.

Similmente, SOFI rivolto all'altro risulta direttamente proporzionale alla FFMQ, eccezione fatta per la sottodimensione Non-giudicare, più fortemente con il punteggio totale della scala, e alla Self-compassion. Correla, invece, negativamente e significativamente con il resto delle dimensioni, tranne l'Anger, con un'associazione più forte nella relazione con il punteggio totale della DERS.

Le dimensioni dell'empatia Assunzione di prospettiva e Preoccupazione empatica si comportano in maniera molto simile nella relazione con gli altri costrutti, e nella forza di tali associazioni: mentre la prima è direttamente proporzionale all'FFMQ, eccetto la sotto-scala Agire consapevolmente, la seconda appare positivamente correlata solo al punteggio totale della stessa, ma soprattutto alla sotto-scala Osservare, con un legame più forte. Entrambe, invece, appaiono moderatamente negativamente correlate con le sottodimensioni Non-giudicare e Awareness.

La terza dimensione dell'empatia, il Personal Distress, appare associato a quasi tutte le dimensioni di confronto, eccetto Osservare e Awareness. Troviamo moderate correlazioni positive con DERS, ACS e le loro sotto-scale, mentre risulta inversamente

proporzionale alla Mindfulness, in particolare con il suo punteggio totale, e con la Self-compassion.

Spostandoci al secondo gruppo di costrutti, sia le Emozioni attivate che deattivate risultano positivamente associate al punteggio totale di Mindfulness, alle sotto-scale Non-reattività e Descrivere, anche se il legame con quest'ultima è notevolmente più debole, e alla Self-compassion. Le Emozioni deattivate positive presentano inoltre una moderata associazione con la sottodimensione Non-giudicare.

Nella relazione con gli altri costrutti, il resto delle correlazioni significative sono negative: nel caso delle Emozioni attivate positive, troviamo associazioni da deboli a moderate con la scala DERS, eccetto le sottodimensioni Goals e Impulse, mentre le Emozioni deattivate positive presentano legami inversi più forti con la totalità della DERS e le sue sotto-scale, il punteggio globale di ACS e le sottodimensioni Depressed Mood e Anxiety.

Un andamento inverso al precedente, come atteso, è osservabile nelle relazioni tra le Emozioni attivate e deattivate negative e le altre variabili: entrambe risultano significativamente negativamente correlate con il punteggio totale dell'FFMQ, le sotto-scale Agire consapevolmente e Non-giudicare, e la Self-compassion, mentre mostrano un'associazione più debole con la sotto-scala Descrivere. A differenza delle Emozioni attivate negative, le Emozioni deattivate presentano però una moderata correlazione positiva con la sottodimensione Osservare.

Entrambe le dimensioni risultano poi direttamente proporzionali a DERS, ACS e le loro sotto-scale, a eccezione della dimensione Awareness, con associazioni da moderate a forti, visibile in particolar modo nel legame tra le Emozioni attivate negative e la Non-acceptance e le Emozioni deattivate negative e Strategies.

Lo Stress percepito mostra forti correlazioni positive con quasi tutte le dimensioni che riguardano la regolazione delle emozioni, a eccezione di Awareness, in particolare con Anxiety e Non-accettazione, un'associazione che non stupisce data la natura di disregolazione emotiva che caratterizza tali costrutti. Lo Stress risulta inoltre crescere fortemente al diminuire della Self-compassion e della Mindfulness, e non presenta correlazioni significative solo con la sottodimensione Osservare.

Analizzando le relazioni che riguardano gli stili di Attaccamento, i due mostrano associazioni molto diverse con gli altri costrutti: l'Attaccamento Ansioso risulta

negativamente correlato al punteggio totale dell'FFMQ e alle sotto-scale Descrive e Non-giudicare e alla Self-compassion, e positivamente, anche se con forza debole, alla sotto-scala Osservare; l'Attaccamento Evitante, invece, non mostra alcuna correlazione significativa con la Mindfulness e con la Self-compassion.

L'Attaccamento ansioso risulta poi crescere all'aumentare delle difficoltà di regolare le proprie emozioni, presentando associazioni dirette significative con DERS e ACS, eccezione fatta per la sotto-scala Awareness; l'Attaccamento Evitante, invece, risulta moderatamente positivamente correlato con la DERS, tranne le sotto-scale Goals e Non-acceptance, e solo con la dimensione dell'ACS Positive affect.

Infine, mentre gli Eventi negativi risultano associati solo ad Awareness e Self-compassion, con legami deboli negativi e positivi rispettivamente, gli Eventi positivi mostrano maggiori correlazioni significative, anche se di bassa o moderata forza: essi sono inversamente proporzionali alla Self-compassion, al punteggio totale di Mindfulness e alle sotto-scale Agire consapevolmente e Non-giudicare, mentre sono direttamente proporzionali alla totalità dell'ACS, al punteggio globale della DERS e alle sue sotto-scale Non-acceptance e Impulse, dati che in generale stupiscono, poiché ci si aspetta una percezione più positiva degli eventi della vita quotidiana con maggiori livelli di Mindfulness e minore difficoltà nella regolazione delle emozioni, piuttosto che il contrario.

5.5 Analisi di regressione

A seguito dell'analisi delle correlazioni è stato possibile innanzitutto eliminare quelle variabili che hanno mostrato poche correlazioni significative, e di accorpate i costrutti che correlano fortemente tra di loro al fine di effettuare un'analisi di regressione per sperimentare ipotesi su un'eventuale relazione tra le variabili indipendenti e le variabili dipendenti.

Nel dettaglio, tenendo conto delle correlazioni e intercorrelazioni delle scale utilizzate, è stato creato un unico indice di Benessere affettivo, attraverso la media delle Emozioni positive, sia attivate che deattivate, meno la media delle Emozioni negative, sia attivate che deattivate, in cui valori positivi indicano un maggiore stato di benessere e, al contrario, valori negativi indicano malessere. È stato mantenuto lo Stress percepito in quanto variabile univoca.

Inoltre, SOFI rivolto all'altro, Assunzione di prospettiva, Preoccupazione empatica e Compassione sono stati accorpati in un unico indice di Prosocialità, calcolandone la media, sia sulla base delle correlazioni tra tali costrutti, sia perché tutti e quattro rilevano una propensione positiva verso gli altri.

Non sono stati inclusi nella seguente analisi il SOFI rivolto al sé e la dimensione dell'empatia Personal distress.

Le variabili riguardanti la regolazione delle emozioni, DERS e ACS, comprendono tutte le relative sottodimensioni, mentre per l'FFMQ è stato ritenuto opportuno eliminare la sottodimensione Osservare a causa della quasi assenza di correlazione tra la stessa e gli altri costrutti.

Sono state condotte, quindi, più analisi di regressione per verificare la presenza di un possibile modello di mediazione, in cui i predittori sono l'FFMQ e la Self-compassion, le variabili dipendenti sono l'indice di Benessere individuale, quello di Prosocialità e lo Stress percepito, e i mediatori sono gli indici di Regolazione delle emozioni, ovvero DERS e ACS, ipotesi testate controllando per l'Attaccamento, sia ansioso che evitante.

Nel dettaglio, le analisi di regressione effettuate per testare questo modello avevano i seguenti tre obiettivi:

- 1) Prima analisi: verificare se i predittori FFMQ e Self-compassion, con il controllo delle due forme di Attaccamento, sono associati alle variabili dipendenti Benessere individuale, Prosocialità e Stress percepito;
- 2) Seconda analisi: verificare se i predittori FFMQ e Self-compassion, con il controllo delle due forme di Attaccamento, sono associati con i potenziali mediatori DERS e ACS;
- 3) Terza analisi: verificare se i predittori FFMQ e Self-compassion, con il controllo delle due forme di Attaccamento, insieme ai mediatori DERS e ACS sono associati alle variabili dipendenti Benessere individuale, Prosocialità e Stress percepito. In quest'analisi, ci aspettiamo che l'associazione tra i primi quattro predittori e le variabili finali risulti inferiore rispetto alle analisi precedenti, in cui DERS e ACS non erano inclusi tra le variabili indipendenti, e ci aspettiamo che anche queste ultime risultino significativamente associate alle variabili dipendenti.

Di seguito, verranno descritti i risultati di queste analisi.

Tabella 8. Prima analisi di regressione: predittori e variabili dipendenti.

	Prosocialità R ² =.32	Benessere affettivo R ² =.43	Stress percepito R ² =.58
Attaccamento ansioso	.21**	-.10	.11
Attaccamento evitante	-.37***	-.14*	-.07
FFMQ (4f)	.45***	.10	-.29***
Self-compassion	-.06	.51***	-.50***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Come si può notare nella **Tabella 8**, l'Attaccamento ansioso ha un'associazione positiva, anche se solo moderatamente forte, con la Prosocialità, mentre l'Attaccamento Evitante presenta un'associazione significativa negativa con la stessa. L'evitamento caratteristico di questo stile di attaccamento sembra infatti diminuire le intensioni e le propensioni positive verso gli altri, al contrario dell'altra forma di Attaccamento in cui la componente principale, l'ansia, è comunque legata alla relazione con l'altro. Importante notare che la mindfulness, controllando per l'Attaccamento, ha un'associazione positiva significativa con la Prosocialità, mentre la Self-compassion non mostra alcuna relazione con tale costrutto.

Per quanto riguarda le associazioni con la Self-compassion, l'Attaccamento evitante presenta un'associazione debole positiva con essa, mentre la Self-compassion risulta fortemente associata alla stessa. Dunque, maggiori stati compassionevoli nei confronti di se stessi sembrano essere legati a più alti livelli di Benessere affettivo generale.

Infine, per lo Stress percepito, entrambi i predittori mostrano una forte relazione negativa con tale costrutto.

Da questa prima analisi emergono quindi diverse associazioni tra le variabili indipendenti e quelle dipendenti, nozioni utili per continuare a testare il modello di mediazione ipotizzato.

Tabella 9. Seconda analisi di regressione: predittori e mediatori.

	DERS R ² =.65	ACS R ² =.48
Attaccamento ansioso	.25***	.31***
Attaccamento evitante	.20***	.02
FFMQ (4f)	-.33***	-.29***
Self-compassion	-.35***	-.27**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Nella **Tabella 9** sono presenti le relazioni tra le variabili indipendenti e i possibili mediatori. Come si può notare, tutti i predittori si associano significativamente alla DERS: entrambi gli stili di Attaccamento hanno una relazione positiva con essa, poiché, come ci si aspetta, maggiori sono le difficoltà legate ad ansia ed evitamento nelle relazioni, maggiori sono le difficoltà nel regolare le proprie emozioni; Consapevolezza e Self-compassion, al contrario, si legano entrambi alla diminuzione di tali difficoltà nell'ER.

Similmente, Consapevolezza e Self-compassion si associano negativamente anche all'ACS, mentre, delle due forme di Attaccamento, solo quello ansioso risulta positivamente associato ai timori legati all'esperire emozioni.

Tabella 10. Terza analisi di regressione.

	Prosocialità R ² =.52	Benessere affettivo R ² =.47	Stress percepito R ² =.60
Attaccamento ansioso	.27**	-.02	.06
Attaccamento evitante	-.31***	-.07	-.13*
FFMQ (4f)	.36***	-.05	-.21*
Self-compassion	-.15	.39***	-.42***
DERS	-.28*	-.34**	.26*
ACS	.03	.02	-.04

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

In questa terza analisi di regressione vengono, come anticipato, osservate le associazioni tra tutti i predittori, insieme ai mediatori, con le variabili dipendenti.

La Mindfulness presenta ancora una volta un'associazione positiva con la Prosocialità (.36), che paragonata al valore della prima analisi (.45), risulta ridotta: con l'intervento della DERS, che ha un'associazione negativa sulla Prosocialità, e controllando per l'Attaccamento, che mantiene le proprie associazioni con la stessa, la Mindfulness si associa alla Prosocialità non solo direttamente, ma anche indirettamente attraverso la DERS; infatti, poiché la Mindfulness si associa negativamente alla difficoltà di regolare le emozioni, e questa difficoltà è a sua volta associata negativamente alla Prosocialità, la Mindfulness risulta positivamente indirettamente associata a quest'ultima.

Nel caso del Benessere Affettivo, l'associazione significativa con la Self-compassion (.51) emersa nella prima analisi viene mantenuta, ma anche in questo caso risulta ridotta (.39): con l'introduzione della DERS, questo legame risulta ancora significativo; quindi, insieme a un'associazione diretta, sembra emergere una indiretta attraverso la DERS.

Infine, nella relazione con lo Stress percepito, la Consapevolezza, più debolmente, e la Self-compassion, con un legame di forza maggiore, mantengono le loro associazioni significative con lo stesso; con l'introduzione della DERS tra le variabili iniziali, però, troviamo una riduzione nel valore di queste associazioni rispetto alla prima analisi di regressione.

In generale, è possibile quindi ipotizzare un ruolo di mediazione della DERS sulle associazioni tra le variabili indipendenti e quelle dipendenti, ruolo che verrà testato di seguito tramite l'analisi degli effetti indiretti.

5.6 Analisi degli effetti indiretti

Per verificare la presenza degli effetti indiretti significativi ipotizzati nelle analisi precedenti, è stata eseguita un'analisi tramite il software Mplus, applicando il metodo bootstrap con 10000 ricampionamenti. Questa tecnica statistica ci ha consentito di verificare la significatività degli effetti indiretti che le variabili indipendenti di Mindfulness e Self-compassion, attraverso la DERS, possono avere sulle variabili finali.

Sulla distribuzione prodotta, l'intervallo di confidenza di interesse è al 95%.

Tabella 11. Effetti indiretti: analisi con metodo bootstrap con 10000 campionamenti (stime non standardizzate)

<i>Predittore</i>	<i>Mediatore</i>	<i>Criterio</i>	<i>Effetto indiretto</i>	<i>Intervallo di confidenza 95%</i>
FFMQ	DERS	Prosocialità	0.125	[0.021; 0.255]
Self-compassion	DERS	Benessere affettivo	0.267	[0.092; 0.542]
FFMQ	DERS	Stress Percepito	-0.128	[-0.274; -0.021]
Self-compassion	DERS	Stress Percepito	-0.106	[-0.223; -0.018]

Come emerge nella **Tabella 11**, è presente un effetto indiretto della Mindfulness sulla Prosocialità attraverso il mediatore DERS: questo effetto è positivo, per cui la Mindfulness si associa indirettamente e positivamente alla Prosocialità.

La Self-compassion mostra un effetto indiretto positivo sul Benessere affettivo tramite la DERS, essendo la prima negativamente associata al mediatore che è, a sua volta, negativamente associato al Benessere.

Infine, sia Mindfulness che Self-compassion mostrano un effetto indiretto sullo Stress percepito attraverso la mediazione della DERS: poiché entrambe si associano negativamente alla DERS, che a sua volta si associa positivamente allo Stress percepito, l'effetto delle variabili indipendenti sullo Stress risulta negativo.

CAPITOLO 6

CONCLUSIONI

Il presente lavoro si poneva l'obiettivo di indagare l'associazione di varie forme di Consapevolezza con diverse variabili che si riferiscono alle disposizioni prosociali dell'individuo, al suo benessere e alla capacità di regolare le emozioni.

Lo studio ha incluso numerose scale per la rilevazione dei costrutti di interesse, che hanno costituito un questionario Self-report, in cui sono inserite anche una parte iniziale per la rilevazione dei dati anagrafici dei partecipanti, e una parte finale con cui si rilevano le eventuali esperienze di pratiche di meditazioni degli stessi.

Lo strumento è stato somministrato a 158 partecipanti che hanno costituito il campione finale, e sono stati quindi elaborati e analizzati i dati raccolti tramite diverse analisi statistiche.

In primo luogo, è stata calcolata l'attendibilità delle scale utilizzate attraverso l'Alpha di Cronbach, ed è emerso che i valori ottenuti per tutte le scale risultano accettabili, fatta eccezione per la dimensione "Rabbia" della scala ACS che riporta un valore leggermente basso (.48), ma che è stata mantenuta comunque nelle analisi successive.

Sono poi state calcolate le medie dei costrutti, e il campione, nella sua totalità, risulta riportare livelli al di sotto del punto centrale in dimensioni come la difficoltà di regolare le proprie emozioni e stili di attaccamento insicuro, livelli intermedi di Stress Percepito e Self-compassion e livelli al di sopra del punto centrale in alcune dimensioni di Consapevolezza, Empatia e Compassione.

Successivamente, sono state confrontate, attraverso un t-test per campioni indipendenti, le medie dei costrutti di maschi e femmine, e le medie dei costrutti di coloro che avevano e non avevano esperienza in pratiche di meditazione.

Nel primo caso, non appaiono molte differenze tra i due gruppi, ad eccezione fatta per la dimensione *Goals*, in cui gli uomini mostrano una maggiore difficoltà nella regolazione delle emozioni rispetto alle donne, per il *Personal Distress*, maggiormente presente nelle donne, e, infine, per gli stati affettivi positivi attivati, più frequenti negli uomini.

Nel secondo caso, i due gruppi di Praticanti e Non-praticanti mostrano un buon numero di differenze, anche se in numerosi casi marginalmente significative: i Praticanti, infatti, riportano valori maggiori di Mindfulness, in particolare nella dimensione Osservare, di

Compassione, di Empatia, soprattutto nella dimensione Preoccupazione empatica, di Attaccamento ansioso e di Stress percepito.

Pur non potendo stabilire una relazione causale tra queste dimensioni e l'esperienza di pratica, si può comunque ipotizzare che trattandosi di capacità personali esercitabili, la pratica della meditazione o di qualche altra disciplina di consapevolezza possa in qualche modo svilupparle.

Si procede ora con una sintesi delle principali correlazioni emerse fra le variabili individuali.

Innanzitutto, nel loro punteggio totale, la Mindfulness (FFMQ) e la DERS risultano negativamente associate; inoltre, anche le rispettive sotto-scale, con poche eccezioni, presentano diverse associazioni significative negative tra di loro.

La Mindfulness risulta associata, similmente, all'ACS: sia i punteggi totali, sia le sotto-scale di entrambi gli strumenti, presentano tra loro correlazioni significative negative, con poche eccezioni. Tali risultati potrebbero confermare anche nel nostro caso le informazioni trovate in letteratura secondo cui la Mindfulness potrebbe portare a una diminuzione della difficoltà generale di regolazione delle emozioni.

Considerando la Self-compassion, questa mostra forti associazioni con tutti e tre i costrutti sopracitati, in particolare si associa positivamente alla Mindfulness e negativamente alla regolazione delle emozioni. Altri legami significativi negativi sono emersi, ad esempio, con lo Stress Percepito, e legami positivi, invece, con gli atteggiamenti e i comportamenti di varia natura nei confronti di se stessi.

L'Attaccamento ansioso mostra anch'esso associazioni con la Mindfulness, con cui risulta inversamente proporzionale, mentre quello evitante presenta associazioni più forti, in generale, con l'ER, evidenziando maggiori difficoltà nella stessa.

Considerando le correlazioni e le intercorrelazioni emerse tra tutti i costrutti considerati, è stato possibile individuare alcune variabili che forniscono informazioni simili sia sulla conseguenza della presenza dei livelli nell'individuo, sia a livello concettuale, e sono stati creati degli indici originali accorpandoli.

Utilizzando tali indici sintetici, sono state quindi eseguite delle analisi di regressione. In particolare, con il termine Prosocialità ci siamo riferiti all'Empatia, alla Compassione e ai sentimenti di accettazione e gentilezza nei confronti dell'altro (SOFI altro). Per il Benessere affettivo abbiamo invece effettuato una media delle Emozioni positive, sia

attivate che deattivate, a cui è stata sottratta la media delle Emozioni negative, sia attivate che deattivate. La dimensione Osservare, che in generale riportava poche correlazioni con gli altri costrutti, è stata eliminata, così come il Personal Distress e il SOFI rivolto al sé.

Con l'utilizzo di questi nuovi indici, è stato testato l'effetto di mediazione ipotizzato tramite diverse analisi di regressione, grazie alle quali sono emerse le variabili che avevano associazioni più forti con Prosocialità, Benessere e Stress.

Dai risultati di queste analisi abbiamo osservato come, controllando per i livelli delle due forme di Attaccamento, la variabile con un'associazione più forte con la Prosocialità è proprio la Mindfulness; al contrario, è risultata la Self-compassion ad essere la dimensione più fortemente associata al Benessere affettivo. Nel caso dello Stress percepito, sia Mindfulness che Self-compassion si associano alla sua diminuzione.

Introducendo la regolazione delle emozioni, con DERS e ACS, tra le variabili iniziali, è stato trovato che le associazioni delle variabili indipendenti con le variabili dipendenti della prima analisi si riducono per un effetto parziale della DERS, che mostrava significative associazioni negative sia con Mindfulness che con Self-compassion in una seconda analisi di regressione.

Per questo motivo, è stato ritenuto opportuno concludere con un'analisi degli effetti indiretti, per testare il ruolo di mediazione della DERS nella relazione tra Mindfulness, Self-compassion e le variabili dipendenti: i risultati confermano questo ruolo, e in particolare la Mindfulness risulta associarsi, positivamente e indirettamente, alla Prosocialità attraverso il mediatore DERS, la Self-compassion mostra un'associazione indiretta positiva sul Benessere affettivo tramite la DERS, ed entrambe, infine, mostrano dei legami indiretti sullo Stress percepito attraverso lo stesso mediatore.

L'importanza di questa ricerca risiede nel tentativo di analizzare, simultaneamente, diversi costrutti già ampiamente discussi in letteratura, ma includendoli tutti in un disegno che valorizzi soprattutto il ruolo della Mindfulness, delle pratiche di meditazione e dell'influenza su di essi dello stile di attaccamento adulto, oltre che analizzare i loro effetti su diversi aspetti della psiche e del comportamento dell'individuo. Tanti studi hanno fatto emergere gli effetti diretti di questa importante disposizione alla consapevolezza sul benessere generale della persona, ma il presente lavoro ha tentato di comprendere come la meditazione e la Mindfulness di tratto, con un'adeguata capacità di regolazione delle

proprie emozioni, possano aumentare i livelli di benessere, ridurre lo stress, e promuovere comportamenti e atteggiamenti prosociali.

Per quanto concerne i limiti di questo elaborato, l'aver deciso di considerare un ampio numero di costrutti ha, purtroppo, portato alla necessità di costruire uno strumento ingente, composto da molte scale per la rilevazione di ognuno di essi, il che può portare il rispondente a interagire con noia, svogliatezza o distrazione.

Un ulteriore limite è la non completa omogeneità del campione: in termini di età ed occupazione, molte fasce della popolazione sono state coperte, ma per quanto riguarda il genere, le donne risultano di numero molto superiore agli uomini, e, invece, per quanto riguarda l'esperienza di pratiche di meditazione, i praticanti risultano decisamente inferiori ai Non-praticanti.

Nonostante l'obiettivo della ricerca non fosse esplicitamente il trovare differenze tra uomini e donne, nel caso della pratica di meditazione potrebbe essere utile, in futuro, coinvolgere un maggior numero di meditatori, differenziandoli in Meditatori esperti e non, e circoscrivendo le pratiche di meditazione a quelle basate specificatamente sulla Mindfulness.

Inoltre, dato l'importante ruolo dell'ER nella relazione tra Mindfulness, Prosocialità e Stress Percepito emerso in questo studio, risulterebbe utile creare dei programmi di meditazione per target specifici, come le professioni di aiuto, le figure in ambito sanitario, o in generale tutte le posizioni lavorative che richiedono un contatto con il pubblico, le quali sono ormai, sempre in maniera crescente, le professioni con più alti livelli di burnout. Rilevare le strategie di regolazione delle emozioni in questi individui, e suggerire dei programmi MBI specifici, potrebbe innanzitutto favorire maggiori disposizioni positive nei confronti della comunità, ma anche ridurre il rischio di esperire elevati livelli di stress, prevenendo così le sue conseguenze dannose sulla salute e il benessere della persona.

BIBLIOGRAFIA

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice, 10*(2), 125-143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11*(3), 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five-facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment, 15*(3), 329-342.
- Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European journal of psychological assessment, 26*(1), 61.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology, 61*(2), 226-244.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour research and therapy, 46*(11), 1230-1237.
- Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health, 26*(5), 359-371.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American journal of psychiatry.*
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview.
- Bridges, L. J., Denham, S. A., & Ganiban, J. M. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child development, 75*(2), 340-345.
- Caldwell, J. G., & Shaver, P. R. (2015). Promoting attachment-related mindfulness and compassion: A wait-list-controlled study of women who were mistreated during childhood. *Mindfulness, 6*(3), 624-636.
- Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child development, 75*(2), 377-394.

- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical psychology review, 29*(6), 560-572.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child development, 75*(2), 317-333.
- Condon, P., Desbordes, G., Miller, W. B., & DeSteno, D. (2013). Meditation increases compassionate responses to suffering. *Psychological science, 24*(10), 2125-2127.
- Condon, P. (2017). Mindfulness, compassion, and prosocial behaviour. *Mindfulness in social psychology, 124-138*.
- Cuff, B. M., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy: A review of the concept. *Emotion review, 8*(2), 144-153.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology, 44*(1), 113.
- Davis, M. H., & Empathy 2nd, A. (1996). A social psychological approach.
- Donald, J. N., Sahdra, B. K., Van Zanden, B., Duineveld, J. J., Atkins, P. W., Marshall, S. L., & Ciarrochi, J. (2019). Does your mindfulness benefit others? A systematic review and meta-analysis of the link between mindfulness and prosocial behaviour. *British Journal of Psychology, 110*(1), 101-125.
- Enright, R. D., Freedman, S., & Rique, J. (1998). The psychology of interpersonal forgiveness. *Exploring forgiveness, 46-62*.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of personality and social psychology, 95*(5), 1045.
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychological bulletin, 136*(3), 351.
- Goodall, K., Trejnowska, A., & Darling, S. (2012). The relationship between dispositional mindfulness, attachment security and emotion regulation. *Personality and Individual Differences, 52*(5), 622-626.

- Gratz, K. L., & Roemer, 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*(1), 41-54.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in psychological science, 10*(6), 214-219.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry, 26*(1), 1-26.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical psychology review, 37*, 1-12.
- Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and its short forms in adults with emotional disorders. *Frontiers in psychology, 9*, 539.
- Hill, C. L., & Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion, 12*(1), 81.
- Hoffman, M. L. (1977). Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological bulletin, 84*(4), 712.
- Hoffman, M. L. (1984). Interaction of affect and cognition in empathy. *Emotions, cognition, and behavior, 103-131*.
- Hoffman, M. L., & Hoffman, M. L. (2008). *Empatia e sviluppo morale*. Il mulino.
- Höfling, V., Ströhle, G., Michalak, J., & Heidenreich, T. (2011). A short version of the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Journal of clinical psychology, 67*(6), 639-645.
- Jensen, K. (2016). Prosociality. *Current biology, 26*(16), R748-R752.
- Kabat-Zinn, J. (1994, September). Catalyzing movement towards a more contemplative/sacred-appreciating/non-dualistic society. In *Meeting of the working group*.
- Kabat-Zinn, J., Siegel, D., Hanh, T. N., & Kornfield, J. (2011). *The mindfulness revolution: Leading psychologists, scientists, artists, and meditation teachers on the power of mindfulness in daily life*. Shambhala Publications.

- Krägeloh, C. U., Henning, M. A., Medvedev, O. N., Feng, X. J., Moir, F., Billington, R., & Siegert, R. J. (2019). *Mindfulness-based intervention research: Characteristics, approaches, and developments*. Routledge.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., ... & Devins, G. (2006). The Toronto mindfulness scale: Development and validation. *Journal of clinical psychology, 62*(12), 1445-1467.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology, 92*(5), 887.
- Lim, D., & DeSteno, D. (2016). Suffering and compassion: The links among adverse life experiences, empathy, compassion, and prosocial behavior. *Emotion, 16*(2), 175.
- Luberto, C. M., Shinday, N., Song, R., Philpotts, L. L., Park, E. R., Fricchione, G. L., & Yeh, G. Y. (2018). A systematic review and meta-analysis of the effects of meditation on empathy, compassion, and prosocial behaviors. *Mindfulness, 9*(3), 708-724.
- Marazziti, D., Pozza, A., Mucci, F., & Dettore, D. (2021). Compulsive Hoarding Symptoms and the Role of Mindfulness Skills During Social Distancing for the COVID-19 Pandemic: An Exploratory Survey. *Frontiers in Psychiatry, 892*.
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion, 20*(1), 1.
- Melka, S. E., Lancaster, S. L., Bryant, A. R., Rodriguez, B. F., & Weston, R. (2011). An exploratory and confirmatory factor analysis of the Affective Control Scale in an undergraduate sample. *Journal of psychopathology and behavioral assessment, 33*(4), 501-513.
- Montag, C., Gallinat, J., & Heinz, A. (2008). Theodor Lipps and the concept of empathy: 1851–1914. *American Journal of Psychiatry, 165*(10), 1261-1261.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity, 2*(2), 85-101.
- Nyklíček, I. (2011). Mindfulness, emotion regulation, and well-being. *Emotion regulation and well-being, 101-118*.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in cognitive sciences, 9*(5), 242-249.

- Pommier, E., Neff, K. D., & Tóth-Király, I. (2020). The development and validation of the Compassion Scale. *Assessment, 27*(1), 21-39.
- Rau, H. K., & Williams, P. G. (2016). Dispositional mindfulness: A critical review of construct validation research. *Personality and Individual Differences, 93*, 32-43.
- Roemer, L., Williston, S. K., & Rollins, L. G. (2015). Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology, 3*, 52-57.
- Santorelli, S. (Ed.). (2014). *Mindfulness-based stress reduction (MBSR): Standards of practice*. Worcester, MA: Center for Mindfulness in Medicine, Health Care & Society, University of Massachusetts Medical School.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 9*(2), 131-138.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2014). *Mindfulness: al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Bollati Boringhieri.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of behavioral medicine, 21*(6), 581-599.
- Shaver, P. R., Lavy, S., Saron, C. D., & Mikulincer, M. (2007). Social foundations of the capacity for mindfulness: An attachment perspective. *Psychological Inquiry, 18*(4), 264-271.
- Siegel, D. J., & Amadei, G. (2011). *Mindfulness e cervello*. R. Cortina.
- Siegling, A. B., & Petrides, K. V. (2014). Measures of trait mindfulness: Convergent validity, shared dimensionality, and linkages to the five-factor model. *Frontiers in psychology, 5*, 1164.
- Singer, T., & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1156*(1), 81-96.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of consulting and clinical psychology, 70*(2), 275.

- Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2018). Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review. *Mindfulness, 9*(1), 23-43.
- Troyer, D., & Greitemeyer, T. (2018). The impact of attachment orientations on empathy in adults: Considering the mediating role of emotion regulation strategies and negative affectivity. *Personality and Individual Differences, 122*, 198-205.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and individual differences, 40*(8), 1543-1555.
- Welp, L. R., & Brown, C. M. (2014). Self-compassion, empathy, and helping intentions. *The Journal of Positive Psychology, 9*(1), 54-65.
- Winning, A. P., & Boag, S. (2015). Does brief mindfulness training increase empathy? The role of personality. *Personality and Individual Differences, 86*, 492-498.
- Wispé, L. (1987). History of the concept of empathy. *Empathy and its development, 2*, 17-37.