



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI PADOVA**

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di laurea magistrale in Psicologia Cognitiva Applicata

Tesi di laurea magistrale

**Promuovere l'autocompassione negli studenti universitari.
Una ricerca.**

Fostering self-compassion in college students. A research

Relatore

Prof. ssa Angelica Moé

Laureando/a: Martina Di

Tuccio

Matricola: 2016794

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

Premessa.....	1
Capitolo 1: L'autocompassione	
1.1 Definizione e classificazioni.....	2
1.2 Differenze individuali.....	4
1.3 Autocompassione vs. autostima.....	5
1.4 Ricerche sull'autocompassione.....	9
Capitolo 2: Training di autocompassione	
2.1 Promuovere l'autocompassione negli studenti	
2.2 Prime ricerche in cui è stato indotto uno stato di autocompassione.....	13
2.3 Training di autocompassione	16
2.4 Training di autocompassione online.....	20
Capitolo 3: Metodo	
3.1 Scopi e ipotesi	
3.2 Partecipanti.....	25
3.3 Strumenti.....	26
3.4 Procedura.....	30
Capitolo 4: Analisi dei dati e risultati	
4.1 Analisi	
4.2 Risultati	
4.2.1 Effetti di interazione tempo x gruppo.....	34
4.2.2 Effetto tempo.....	38
Capitolo 5: Discussione	
5.1 Principali risultati.....	40
5.2 Limiti della ricerca	
5.2 Implicazioni per la pratica futura.....	44
Conclusioni.....	45
Bibliografia.....	46

PREMESSA

La complessità della vita universitaria può avere ricadute negative sulla salute psicologica degli/delle studenti/esse. Infatti, soprattutto nell'ultimo periodo, questi ultimi, oltre ad essere sottoposti ai comuni fattori di stress quali: la gestione di richieste accademiche, di eventuali fallimenti, di relazioni, del trasferimento in un'altra città ai fini di studio sono stati sottoposti ad un ulteriore fonte di stress derivante dalla pandemia di Covid-19, la quale ha comportato numerosi cambiamenti nella vita universitaria. Da qui nasce la necessità di occuparsi del benessere degli/delle studenti/esse universitari/e. In particolare, il costrutto dell'autocompassione pare essere associato al benessere degli/delle studenti/esse in quanto consente loro di gestire efficacemente le emozioni negative, di temere meno il fallimento e di essere più sicuri/e delle proprie capacità. Di conseguenza, il presente lavoro di tesi è finalizzato ad indagare l'efficacia di un intervento di autocompassione online con studenti/esse universitari/e. Quest'ultimo è pensato proprio per stimolare la soddisfazione dei bisogni psicologici di base (autonomia, competenza, relazione), l'autocompassione, la capacità di regolazione emotiva, la disposizione alla gratitudine, l'ottimismo, le emozioni piacevoli, l'autostima e la resilienza. Tali aspetti potrebbero da un lato migliorare i risultati accademici e in generale la qualità della vita degli studenti e dall'altro potrebbero ridurre lo sviluppo di psicopatologie quali ansia e depressione.

CAPITOLO 1. L'AUTOCOMPASSIONE

1.1 Definizione e classificazioni

L'autocompassione è definita da Neff (2003) come la capacità di essere gentili con sé stessi, assumendo un atteggiamento non giudicante e distanziando la percezione di sé dai propri risultati. All'interno di tale costrutto è possibile individuare tre dimensioni bipolari, ovvero (si veda Tabella 1):

- gentilezza vs giudizio;
- umanità comune vs isolamento;
- accettare in modo bilanciato e distaccato vs identificazione.

Ciò evidenzia che gli individui quando riflettono su sé stessi, sui propri fallimenti e sulle difficoltà che incontrano possono reagire in modo “comprensivo” (non giudicarsi, pensare che tutti sbagliamo, non ritenersi “falliti” perché si sono commessi errori) oppure in modo “non compassionevole” (giudicarsi incapaci e pensare di essere gli unici a sbagliare, immedesimandosi con i propri errori) (Moè, 2020).

Tabella 1

Dimensioni dell'autocompassione (Neff, 2003)

Dimensione	Autocompassione e Accettazione	
	ALTA	BASSA
<i>Gentilezza vs. Giudizio</i>	Cerco di capirmi e consolarmi	Sono un incapace non avrei dovuto
<i>Umanità comune vs. Isolamento</i>	Tutti possono sbagliare o soffrire	Succede solo a me, solo io sbaglio sempre
<i>Accettare in modo bilanciato e distaccato vs. Identificazione</i>	Io non sono la mia sofferenza o i miei errori	Io sono sbagliato, sono un fallimento

Quello che contraddistingue gli individui auto compassionevoli è proprio il punto in cui si collocano all'interno di questo continuum.

In primo luogo, infatti, le persone auto compassionevoli tendono da un lato, ad essere più premurose e comprensive con sé stesse piuttosto che critiche e dall'altro a trattare difetti e inadeguatezze in modo più gentile, comprensivo e usando un linguaggio più solidale

(Neff, 2011). Questo atteggiamento porterebbe a cercare conforto in sé stessi quando le circostanze esterne si rivelano ostiche.

In secondo luogo, esse vedono la sofferenza come un'esperienza umana ampiamente condivisa e riconoscono che tutte le persone possono fallire, commettere errori e sentirsi a loro volta inadeguate. Tale visione va a contrastare quella forma di pensiero irrazionale che porta a pensare di essere gli unici ad avere difetti, fallire e sperimentare sofferenza e conduce ad accettare di essere imperfetti (Neff, 2011).

Infine, alti livelli di autocompassione implicano anche maggiori livelli di consapevolezza la quale porta a valutare il momento presente in modo chiaro ed equilibrato al fine di evitare di rimuginare su aspetti sgraditi di sé o della propria vita (Brown e Ryan, 2003) e di rimanere invischiati nel processo di over-identificazione (Neff, 2003b). Questo processo, infatti, conduce le persone a sentirsi completamente assorbite dai loro sentimenti e a non riuscire ad adottare una prospettiva obiettiva (Lambiase et al., 2016).

L'autocompassione, dunque, consiste in una forma di accettazione e comprensione del sé, funzionale al benessere nei momenti di difficoltà e favorisce lo stare bene con sé stessi (autostima) e la crescita di sé (self-actualization) (Moé, 2020).

D'altra parte, Paul Gilbert vede l'autocompassione nell'ottica della psicologia evolutiva e della teoria dell'attaccamento. Egli sostiene che l'autocompassione si inserisca all'interno di un sistema fisiologico che è proprio dei mammiferi più evoluti e che guida l'attaccamento e il comportamento di cura. Quando si accede a tali sistemi fisiologici tramite segnali esterni (comportamento di altre persone) o tramite segnali interni (pensieri ed emozioni auto-diretti) di gentilezza e cura, le persone provano un senso di connessione e sollievo. Al contrario, l'autocritica sarebbe basata su sistemi fisiologici di classificazione sociale incentrati sulla minaccia, che coinvolgono aggressività e sottomissione (Gilbert, 1989; 2005).

Approfondire questo costrutto, di conseguenza, risulta essere particolarmente utile in virtù del fatto che vi è una forte associazione tra autocompassione e salute psicologica (Neff, 2011). Infatti, alti livelli di autocompassione vengono associati da un lato, a una maggiore soddisfazione di vita, intelligenza emotiva, senso di connessione sociale, obiettivi di apprendimento flessibili e realistici, presa di iniziativa, curiosità, felicità,

ottimismo ed emozioni positive e dall'altro a minore autocritica, depressione, ansia, paura del fallimento, soppressione delle emozioni, perfezionismo e disturbi alimentari (Neff, 2009). Inoltre, l'autocompassione è associata a maggiore empatia (Neff, 2003b) e resilienza emotiva e quindi alla capacità di far fronte a esperienze emotive stressanti, come accade nel caso del disturbo post – traumatico da stress (Barnard e Curry, 2011).

1.2 Differenze individuali

Individui diversi possono sperimentare maggiori o minori livelli di autocompassione. Stando ai risultati di alcune ricerche tali differenze possono dipendere da fattori come età, genere, cultura ma anche dai tratti di personalità e dall'ambiente familiare in cui si cresce.

Per quanto riguarda l'**età** i risultati delle ricerche sono abbastanza eterogenei, uno studio di Neff e Vonk del 2009 ha rilevato una piccola ma significativa associazione tra autocompassione ed età, mentre, uno studio successivo condotto nel 2010 da Neff e McGeehee ha trovato che i livelli di autocompassione negli studenti universitari non erano più alti di quelli degli studenti della scuola secondaria di secondo grado. Tuttavia, facendo riferimento al raggiungimento dello stadio di integrità proposto da Erikson (1968), è possibile dedurre che i livelli di autocompassione aumentino all'aumentare dell'età.

Rispetto alle differenze di **genere**, diverse ricerche dimostrano che l'auto compassione nelle donne tende ad essere, anche se di poco, significativamente inferiore rispetto agli uomini (Neff, 2003a; Neff, Hsieh, e Dejithirat, 2005; Neff e McGeehee, 2010; Neff, Pisitsungkagarn, e Hsieh, 2008). Questo sembra dipendere dal fatto che le donne, rispetto agli uomini, hanno la tendenza ad essere più autocritiche e a ruminare sugli aspetti negativi del sé (Leadbeater, et al., 1999; Nolen-Hoeksema, Larson e Grayson, 1999).

Facendo riferimento alle **differenze culturali**, da uno studio condotto da Neff et. al (2008) è emerso, contrariamente a quanto si può pensare, che l'autocompassione non è più alta nelle culture basate sull'interdipendenza piuttosto che in quelle basate sull'indipendenza. Essi, infatti, hanno esaminato i livelli di autocompassione e come essa è associata al benessere in tre Paesi: Thailandia, Taiwan e Stati Uniti ed è risultato che i livelli medi di autocompassione erano più alti in Thailandia e più bassi in Taiwan, mentre gli Stati Uniti si collocavano a metà strada. Tuttavia, in tutte le culture più alti livelli di

autocompassione sono associati in modo significativo a una maggiore soddisfazione di vita e a più bassi livelli di depressione e ciò ci fa comprendere che i benefici apportati dal fatto di essere individui auto compassionevoli sono universali.

Per quanto riguarda i tratti della **personalità**, pare che maggiore autocompassione sia legata a livelli più bassi di nevroticismo (Neff, Rude e Kirkpatrick, 2007). Tra questi due tratti infatti è stata rilevata una forte associazione negativa che porta a sostenere che l'auto compassione potrebbe essere l'inverso di questo tratto di personalità disfunzionale. L'autocompassione, inoltre, pare essere correlata positivamente con piacevolezza, l'estroversione e la coscienziosità, invece, non è stata trovata alcuna associazione con l'apertura all'esperienza. Essere coscienziosi può aiutare gli individui a prestare maggiore attenzione ai propri bisogni e a rispondere alle situazioni difficili in modo responsabile e non impulsivo. Il legame tra autocompassione e personalità è bidirezionale, quindi più alti livelli di autocompassione potrebbero determinare una personalità più sana.

Come esposto precedentemente, anche l'**ambiente familiare** ha un ruolo chiave nel determinare lo sviluppo o meno dell'autocompassione. Gilbert (2005) sostiene che i livelli di auto-compassione dipendano in gran parte dal sistema di attaccamento; le persone che sono cresciute in ambienti sicuri e che sperimentano relazioni supportive con i caregivers sono maggiormente in grado di relazionarsi con sé stessi in modo premuroso e compassionevole. Al contrario, gli individui che sono cresciuti in ambienti insicuri, stressanti o minacciosi e che sperimentano critiche costanti da parte dei caregivers, tendono all'autocritica piuttosto che autocompassione (Gilbert e Proctor, 2006). Questo accade perché le persone con stile di attaccamento insicuro hanno un sistema di autocompassione insufficientemente sviluppato e pochi modelli interiorizzati a cui attingere.

1.3 Autocompassione vs. Autostima

Il costrutto dell'autocompassione pare essere legato a quello di *autostima*, la quale può essere definita come l'insieme delle valutazioni e dei giudizi che gli individui hanno su sé stessi in ambiti percepiti importanti (James, 1890).

Tale legame viene enfatizzato da molte ricerche presenti in letteratura. Infatti, uno studio condotto da Neff (2003a) indica che i livelli di autostima e di auto-compassione sono

moderatamente correlati. Ne deriva che autostima e auto-compassione sono entrambe associate al benessere emotivo: per esempio, meno ansia e depressione, più felicità, ottimismo e soddisfazione della vita.

A differenza dell'autostima, tuttavia, gli stati mentali associati all'auto-compassione non derivano da valutazioni positive del sé influenzate da standard prestabiliti, dal confronto fatto con altri o dalle opinioni di altri (Harter, 1999). Piuttosto, derivano dal riconoscere l'utilità di essere gentili con sé stessi quando si sperimenta sofferenza e dal riconoscere che l'esistenza umana è imperfetta e che tutti provano sofferenza e commettono errori. Quindi, l'auto-compassione sembra fornire più resilienza emotiva rispetto all'autostima (Neff, 2003a).

Tuttavia, i motivi per cui autocompassione e autostima sono associate al benessere emotivo sono diversi. Infatti, mentre gli individui con alta autostima possono sentirsi ottimisti e felici perché si valutano positivamente, gli individui con alti livelli di autocompassione provano sentimenti positivi perché si accettano per quello che sono (Lambiase, 2016).

Un'altra differenza tra autocompassione e autostima sta nel fatto che avere alta autostima porta a prefissarsi obiettivi che vanno oltre le proprie capacità, invece, l'autocompassione determina una maggiore conoscenza dei propri limiti e permette, quindi, di porsi obiettivi più realistici (Lambiase, 2016). Inoltre, rispetto al raggiungimento degli obiettivi vi è una ulteriore differenza; quando le persone si pongono obiettivi legati all'autocompassione sono motivati intrinsecamente a raggiungerli, non sono mossi da ansia e paura. Questo perché, come sostengono Deci e Ryan (1995), gli obiettivi legati all'autocompassione consentono una maggiore autonomia in quanto le persone non risentono delle preoccupazioni legate all'autostima e ciò rende loro più propense ad acquisire nuove conoscenze e a relazionarsi con gli altri (Lambiase, 2016).

Molte ricerche che hanno messo a confronto autocompassione e autostima hanno dimostrato che i benefici psicologici apportati dall'autocompassione sono maggiori rispetto a quelli apportati dall'autostima. Nello specifico l'autocompassione sembrerebbe aiutare a mettere in atto più comportamenti protettivi rispetto all'auto giudizio (Horney, 1950), rispetto ad ansia e depressione (Blatt et al. 1982) e anche rispetto alla salute mentale in generale (Marshall et al., 2015). Inoltre, come sostenuto in diversi studi

presenti in letteratura, alti livelli di autocompassione contrasterebbero la propensione verso egocentrismo e narcisismo contrariamente ad alti livelli di autostima (Finn, 1990; McMillan, Singh e Simonetta, 1994). Infatti, potenzialmente l'alta autostima può esprimersi come narcisismo. A tal proposito è possibile citare la ricerca di Neff e Vonk (2009) dalla quale emerge che c'è una forte associazione positiva tra autostima e narcisismo, invece, l'associazione tra autocompassione e narcisismo è pari a zero. Tale risultato è confermato anche dal fatto che a differenza di quelle dell'autocompassione, le misure standard del tratto di autostima correlano positivamente con i punteggi della Narcissistic Personality Inventory (NPI; Raskin e Hall, 1979). Un altro beneficio che l'autocompassione apporta rispetto all'autostima è ottenere una maggiore stabilità del proprio valore personale (Neff e Vonk, 2009) questo potrebbe essere legato al fatto che gli individui maggiormente auto compassionevoli sono meno propensi a ruminare e a confrontarsi con gli altri (Gilbert e Irons, 2005). Inoltre, l'autocompassione rispetto all'autostima risulta essere maggiormente predittiva sia di comportamenti prosociali come: cura, sostegno, intimità, maggiore romanticismo e minore aggressività sia dei livelli di ansia e depressione (Neff, 2006). Quest'ultimo aspetto viene analizzato in uno studio condotto da Neff, Kirkpatrick e Rude (2007) in cui viene simulato un colloquio di lavoro e viene richiesto ai/alle partecipanti di esporre la loro più grande debolezza. A differenza dell'autostima, l'autocompassione è risultata maggiormente protettiva ed era associata anche a una riduzione dell'ansia. Un altro aspetto molto interessante che è emerso è che le persone auto compassionevoli, nel descrivere la loro debolezza, utilizzavano meno pronomi singolari in prima persona (es. io) e più pronomi plurali in prima persona (es. noi); inoltre tendevano ad includere dei riferimenti alla propria rete sociale (es. amici, familiari). Stando alle ricerche di Gilbert e Irons (2005) questo aspetto potrebbe essere legato al fatto che l'autocompassione determina l'attivazione dei sistemi di attaccamento e di cura, cosa che a sua volta riduce l'ansia, mentre l'autostima si basa prevalentemente sulla competizione e non fornisce resilienza quando ci si concentra sulle proprie debolezze come veniva richiesto in questo studio.

Altri studi presenti in letteratura che hanno messo a confronto i costrutti di autocompassione e autostima sono quelli di Leary et al. (2007). Tra gli studi condotti da questi ricercatori ce n'è uno in cui ai partecipanti è stato richiesto di girare un video in cui descrivessero sé stessi. Successivamente, tali video sarebbero stati guardati da

qualcuno che aveva il compito di fornire un feedback su quanto amichevoli, intelligenti, maturi, simpatici fossero apparsi. Alcuni partecipanti avevano ricevuto feedback positivi e altri feedback neutri. Le persone con alta autostima tendevano a reagire in modo brusco di fronte ad un feedback neutro ed erano meno propense ad attribuire tali feedback alla propria personalità. Invece, partecipanti con alta autocompassione reagivano in modo simile al feedback, positivo o negativo che fosse, e non avevano alcun problema ad accettare che il feedback fosse basato in entrambi i casi sulla propria personalità. Ciò potrebbe essere in linea con il fatto che le persone auto-compassionate sono maggiormente disposte ad assumersi un certo livello di responsabilità personale senza rimuginare (Lambiase, 2016). In più, queste ultime presentano uno stile attributivo interno, non si fanno illusioni e non mettono in atto strategie difensive perché hanno una chiara percezione delle loro caratteristiche personali buone o cattive che siano. Tali risultati potrebbero anche dipendere dal fatto che gli individui più auto-compassionate, rispetto agli individui con alta autostima, presentano un minor livello di “chiusura cognitiva”, ovvero, tendono ad essere di vedute più ampie e meno rigide nelle proprie opinioni (Taris, 2000).

Tali osservazioni sono supportate da un altro degli studi di Leary et al. (2007) che ha provato a indurre autocompassione e autostima nei partecipanti, i quali dovevano ricordare un loro precedente fallimento e rispondere a un questionario che conteneva domande circa i sentimenti che avevano provato in quell'occasione. Vi erano due condizioni sperimentali e una condizione di controllo. Nella condizione “autocompassione” i partecipanti erano indotti a pensare all'evento negativo sfruttando le tre componenti dell'autocompassione: gentilezza, umanità comune e consapevolezza. Nella condizione “autostima”, invece, veniva rafforzata l'autostima dei partecipanti facendogli analizzare le loro caratteristiche positive e facendogli pensare che non fossero responsabili dell'evento. I partecipanti nella condizione di “autocompassione” ripensando all'evento riportavano meno emozioni negative rispetto alla condizione “autostima” e alla condizione di controllo inoltre non hanno avuto difficoltà ad assumersi le proprie responsabilità.

Tutte queste differenze esistenti tra autocompassione e autostima potrebbero essere riconducibili al fatto che questi due costrutti si basano su diversi sistemi fisiologici. Questo aspetto è stato teorizzato da Gilbert e Irons (2005), i quali, basandosi sulla “teoria della mentalità sociale” (Gilbert, 1989), hanno affermato che l’autocompassione, come già descritto in precedenza, disattiva il sistema delle minacce (associato al sistema limbico e a sentimenti di insicurezza e difesa) e attiva il sistema di attaccamento (associato al sistema di ossitocina- oppiacei e a sentimenti di sicurezza e protezione). Contrariamente, l’autostima sarebbe legata ad un aumento di rilascio della dopamina e quindi al sistema di allerta; tale sistema, infatti, ha l’obiettivo di produrre delle valutazioni che permettono di stabilire se ci si può collocare al di sopra o al di sotto degli altri.

1.4 Ricerche sull’autocompassione

In letteratura è presente un ampio corpus di ricerche incentrate sul costrutto dell’autocompassione. La maggior parte di queste ricerche è stata condotta utilizzando la Self Compassion Scale (SCS; Neff, 2003a) che valuta i livelli del tratto dell’autocompassione misurando la frequenza con cui le persone reagiscono alle difficoltà e ai loro fallimenti con gentilezza o auto - giudizio; con umanità comune o isolamento e con consapevolezza o con over- identificazione. Le risposte sono fornite su una scala likert a 5 punti (Neff, 2016). Oltre alla scala SCS per indagare questo costrutto i ricercatori hanno utilizzato anche manipolazioni sperimentali (Leary et al., 2007) e programmi di formazione all’autocompassione (Shapiro et al., 2007).

Tra le ricerche più recenti presenti in letteratura vi è quella di Kotera et al. (2022). L’obiettivo di tale ricerca era quello di analizzare l’associazione tra benessere psicologico e alcuni costrutti psicologici positivi come impegno, motivazione, resilienza e autocompassione in 145 studenti di psicoterapia e terapia occupazionale del Regno Unito. Inoltre, gli autori hanno indagato se l’autocompassione mediasse la relazione tra resilienza e benessere mentale. Per farlo, sono stati valutati: benessere mentale, coinvolgimento, motivazione allo studio, resilienza e autocompassione. Dai risultati è emerso che l’autocompassione e la resilienza sono i predittori più significativi del benessere psicologico negli studenti. In particolare, l’autocompassione si è rivelato il predittore più forte e pare che, in parte, abbia anche mediato il rapporto tra resilienza e benessere psicologico.

I risultati di questa ricerca sono stati ulteriormente confermati da un'altra ricerca di Kotera et al. (2022) la quale aveva messo a confronto il benessere psicologico di 156 studenti indonesiani con quello dei 145 studenti del Regno Unito presi in considerazione nello studio descritto in precedenza; inoltre, aveva indagato in che misura il benessere psicologico potrebbe essere previsto dai livelli di autocompassione e impegno (inteso come vigore, dedizione, assorbimento) e infine, se l'impegno mediasse il rapporto tra autocompassione e benessere psicologico. È emerso che gli studenti indonesiani, rispetto agli studenti del Regno Unito, mostravano più alti livelli di autocompassione e assorbimento ma più bassi livelli di dedizione. La differenza nei livelli di autocompassione e impegno potrebbe essere spiegata da alcune differenze culturali. In particolare, le differenze riguardanti l'autocompassione potrebbero essere spiegate dal fatto che un sistema culturale maggiormente individualista e orientato al successo come quello del Regno Unito creerebbe più competizione rispetto ad uno maggiormente collettivista come quello indonesiano. Nonostante ciò, il benessere mentale degli studenti indonesiani era simile a quello degli studenti britannici perché la società indonesiana è soggetta ad un maggiore stress derivante dalla recente crescita dei settori di istruzione ed economia. L'autocompassione, inoltre, anche in questo studio si è rivelata il più forte predittore del benessere mentale negli studenti. Infine, l'impegno sembrava non mediare la relazione tra autocompassione e benessere psicologico.

Anche lo studio di Anh Minh Tran Quang et al. (2022) si era occupato di indagare se l'autocompassione sia correlata positivamente al benessere di studenti vietnamiti. In più, in questo studio sono state sviluppate altre due ipotesi, ovvero: se narcisismo e ansia svolgessero un ruolo di mediazione tra l'autocompassione e il benessere degli studenti. Sono state prese in considerazione le misure di autocompassione, ansia e narcisismo. Ancora una volta i risultati hanno dimostrato una forte associazione positiva tra autocompassione e benessere degli studenti. Per quanto riguarda narcisismo e ansia pare che entrambi abbiano un ruolo nel mediare la relazione tra autocompassione e benessere degli studenti, a sostegno della seconda e della terza ipotesi. Infatti, studi precedenti hanno dimostrato che il narcisismo e autocompassione erano negativamente associate (Barnett e Flores, 2016) e che il narcisismo e benessere, invece, sono positivamente correlati (Campbell e Foster, 2007). Per quanto riguarda l'ansia invece, anche da altri studi è emerso che le persone con più ansia dimostrano meno autocompassione (Werner,

2012) e allo stesso tempo è stato suggerito che vi è una correlazione negativa tra benessere psicologico e ansia (Liu et al., 2009).

Un altro recentissimo studio del 2022 che pure ha posto attenzione al costrutto dell'autocompassione è quello di Paucsik e altri. Gli autori avevano lo scopo di valutare in che modo i tre lockdown dovuti allo scoppio della pandemia da Covid-19 avessero influenzato il benessere psicologico e l'impegno nel dottorato di 568 dottorandi francesi e di comprendere il ruolo protettivo dell'autocompassione e dell'*assaporare* (ovvero, la capacità di ricordare eventi soddisfacenti, di godersi il momento presente e anticipare positivamente eventi futuri (Bryant, 2003)) su depressione, ansia e stress. Sono state formulate due ipotesi: i punteggi di ansia, depressione e stress sarebbero aumentati sei mesi e un anno dopo il primo lockdown, invece, benessere psicologico e impegno nel dottorato sarebbero diminuiti; i livelli di autocompassione e della capacità di assaporare, presenti prima del primo lockdown, avrebbero predetto più bassi livelli di depressione, stress e ansia e più alti livelli di benessere psicologico e impegno nel dottorato sei mesi e un anno dopo il lockdown. Coerentemente con la prima ipotesi, i punteggi di ansia, depressione e stress dei dottorandi erano aumentati in seguito al primo lockdown e in modo ancor più significativo in seguito ai lockdown successivi (Essadek e Rabeyron, 2020). Infatti, i punteggi di ansia, depressione e stress dei dottorandi risultavano significativamente più alti di quelli osservati su una popolazione simile ma prima della pandemia Covid-19 (Ibrahim et al., 2013). Inoltre, il benessere psicologico sperimentato diminuiva al diminuire dell'età dei dottorandi e tutti e tre i lockdown hanno avuto un impatto negativo e significativo sull'impegno dei dottorandi. La capacità di assaporare prediceva la bassa probabilità di sviluppare ansia, depressione e stress e anche un maggior benessere psicologico e impegno. Per quel che concerne il nostro costrutto di interesse, ovvero l'autocompassione, è stato rilevato che i livelli di autocompassione riscontrati all'inizio dello studio non hanno risentito dei lockdown. Questo risultato non solo conferma il ruolo protettivo che l'autocompassione svolge nei confronti di ansia, stress, depressione e benessere psicologico ma ci dice anche che essa è un tratto che si mantiene stabile nel tempo.

Infine, lo studio di Kotera et al., (2021) condotto con studenti di infermieristica del Regno Unito ha indagato tre aspetti legati all'autocompassione: se la psicopatologia (intesa in termini di depressione, ansia e stress) fosse legata alla vergogna per la propria

psicopatologia, all'autocompassione e al sonno; se la psicopatologia potesse essere prevista dalla vergogna provata dagli studenti per la propria psicopatologia, dall'autocompassione e dal sonno e infine se l'autocompassione mediasse o meno l'impatto del sonno sulla psicopatologia. Dai risultati è emerso che la psicopatologia degli studenti di infermieristica era positivamente associata alla vergogna per la propria psicopatologia e negativamente associata ad autocompassione e sonno; la psicopatologia veniva significativamente predetta da vergogna e autocompassione ma non da sonno e infine a supporto della terza ipotesi è stato riscontrato che l'autocompassione ha mediato completamente l'impatto del sonno sulla psicopatologia. Di conseguenza, non sarebbe il sonno ad avere impatto sul benessere mentale ma l'autocompassione. Avere alti livelli di autocompassione facevano sì che l'impatto dell'aver dormito poco sulla psicopatologia fosse minimo. Tuttavia, sembrerebbe che gli individui che dormivano meglio riportavano livelli maggiori di autocompassione (Butz e Stahlberg, 2020). Dunque, dormire meglio migliora i livelli di autocompassione e l'autocompassione, di conseguenza determina un maggiore benessere mentale. Inoltre, una maggiore autocompassione era associata ad un basso livello di vergogna (Sedighimornani et al., 2019) quindi promuovere lo sviluppo dell'autocompassione potrebbe ridurre la vergogna provata per la propria psicopatologia e di conseguenza ridurre la psicopatologia stessa.

Come si può leggere nelle ricerche sopra citate l'autocompassione pare essere un costrutto capace di apportare elevati livelli di benessere psicologico negli studenti universitari. A tal proposito Beaumont et al. (2016) hanno suggerito che tale costrutto dovrebbe essere parte integrante degli insegnamenti nelle scuole e nelle università al fine di proteggere molti studenti dallo sviluppo di psicopatologie. Gli interventi psicologici basati sull'autocompassione, infatti, vanno proprio ad aumentare le caratteristiche psicologiche positive e a ridurre emozioni negative (stress, ansia, depressione) oltre a predire il benessere psicologico (Neff e McGree, 2010; Slavich et al., 2019). Alla luce di ciò, lo scopo del presente lavoro di tesi è quello di verificare l'efficacia di un intervento di autocompassione online con studenti/esse universitari/e.

CAPITOLO 2. TRAINING DI AUTOCOMPASSIONE

2.1 Promuovere l'autocompassione negli studenti

I training di autocompassione risultano essere efficaci sia per popolazioni cliniche, in quanto riducono i sintomi di ansia, depressione, disturbi alimentari e disturbo bipolare ma anche per popolazioni non cliniche (Gilbert, 2010).

Nello specifico, tra le popolazioni non cliniche, questi training potrebbero essere particolarmente utili per gli studenti universitari i quali sono sottoposti ad un forte stress che può derivare, nella maggior parte dei casi, da vari fattori come le richieste accademiche, possibili fallimenti, solitudine o dal trasferimento in un'altra città per poter studiare (Dundas et al., 2017). Inoltre, anche se in un numero minore di casi, molti studenti universitari manifestano disagio psicologico come depressione o ansia (Stallman, 2010). Di conseguenza questi ultimi potrebbero beneficiare particolarmente di interventi di autocompassione. Ricerche precedenti, infatti, hanno dimostrato che gli studenti che avevano sviluppato l'autocompassione avevano meno paura del fallimento e sembravano più sicuri delle loro capacità; questo faceva sì che quando fallivano tendevano a riprovare più volte (Neely et al., 2009). Ciò era dovuto anche al fatto che, in seguito ad un fallimento sviluppavano stili di coping adattivi, i quali conducevano alla ricerca di supporto e accettazione piuttosto che all'evitamento (Neff et al., 2005). Inoltre, come dimostra una ricerca di Braines e Chen (2012), gli studenti che avevano svolto un training di autocompassione erano maggiormente propensi a impegnarsi di più per cambiare in meglio e non ripetere gli stessi errori. Gli studenti auto-compassionevoli, inoltre, come già sottolineato in precedenza si prefissavano obiettivi orientati alla padronanza (motivazione intrinseca a conoscere cose nuove) piuttosto che obiettivi orientati alla dimostrazione (incentrati sulla valutazione di altri) (Neff et al., 2005). Infine, essi oltre ad essere meno preoccupati per gli studi universitari tendevano a procrastinare meno (Williams, Stark e Foster, 2008).

2.2 Prime ricerche in cui è stato indotto uno stato di autocompassione

Vista l'importanza che l'autocompassione riveste per la salute psicologica sono stati sviluppati specifici training che hanno come obiettivo proprio quello di aumentare i livelli di autocompassione. Questi training sono accomunati dal fatto che si basano sul

monitoraggio di pensieri, sentimenti e comportamenti e ciò aiuterebbe ad osservare sé stessi e ad accettarsi (Barrett-Lennard, 1997). I primi studi in cui sono stati utilizzati questi training sono quello di Adams e Leary (2007) e quello di Leary et al. (2007). Entrambi questi studi sono stati condotti con studenti universitari e hanno riportato risultati molto incoraggianti circa l'efficacia dei training di induzione dell'autocompassione.

Lo studio di Adams e Leary (2007) è stato condotto con 84 studentesse universitarie che seguivano regimi alimentari molto rigidi. Queste si dividono tra coloro che fanno uno sforzo per evitare di mangiare cibo poco sano (mangiatrici restrittive) e coloro che provano un forte senso di colpa dopo aver mangiato cibo poco sano (mangiatrici – colpa). Considerando che coloro che seguono regimi alimentari rigidi per via di quello che viene chiamato *effetto di disinibizione*, in seguito ad uno “sgarro” (precarico) tendono ad aumentare il consumo di cibo, l'obiettivo degli autori era quello di indagare se indurre uno stato di autocompassione in seguito ad uno sgarro riducesse il disagio e le autovalutazioni negative che si presentano dopo l'eccessivo consumo di cibo e se in questo incidono le differenze individuali (mangiatori restrittivi vs. mangiatori – colpa). Al fine di indurre lo stato di autocompassione, gli sperimentatori hanno ricordato alle partecipanti che a volte tutti si concedono di mangiare più del solito e che di conseguenza non è necessario essere troppo rigide con sé stessi. Le partecipanti dello studio sono state divise in tre gruppi, di cui due di essi erano composti da studentesse che stavano seguendo una dieta mentre uno da studentesse che non stavano seguendo una dieta. Inizialmente a tutti e tre i gruppi è stato richiesto di mangiare cibo poco sano (una ciambella); successivamente è stato indotto lo stato di autocompassione solo in uno dei due gruppi che seguivano la dieta e infine è stato chiesto a tutte di mangiare delle caramelle. È stato osservato che le partecipanti in cui è stato indotto lo stato di autocompassione si sono comportate come il gruppo non a dieta, ovvero, riducendo il consumo di cibo in seguito allo sgarro e sperimentando maggiore soddisfazione e minore vergogna, preoccupazione e ruminazione. Questo risultato è stato riscontrato per le mangiatrici restrittive e non per le mangiatrici che si sentivano in colpa dopo aver esagerato con il cibo, le quali non hanno ridotto il consumo di cibo in seguito allo sgarro ma hanno comunque provato sentimenti positivi. Però ciò potrebbe essere dovuto al fatto che è difficile eliminare il senso di colpa

in una sola sessione di training, tuttavia, risultati più promettenti si potrebbero ottenere in più tempo attraverso sessioni di psicoterapia.

Invece, lo studio di Leary e colleghi (2007) in cui è stata indotta sperimentalmente l'autocompassione si inserisce all'interno di una ricerca che ha previsto cinque studi che hanno l'obiettivo di studiare i processi cognitivi ed emotivi attraverso i quali le persone auto-compassionate affrontano gli eventi negativi che la vita presenta loro. I partecipanti di questo studio sono stati invitati a pensare e descrivere un evento negativo avvenuto durante gli anni del liceo in cui hanno provato umiliazione, rifiuto e si sono sentiti un fallimento. Successivamente i partecipanti sono stati assegnati in modo randomizzato a quattro condizioni sperimentali. Nella prima condizione è stata indotta l'autocompassione proponendo ai soggetti di pensare all'evento descritto seguendo questi tre suggerimenti che corrispondono alle tre componenti dell'autocompassione (Neff, 2003), ovvero: pensare ad altre persone che hanno sperimentato un evento simile (umanità comune); scrivere una lettera in cui esprimono comprensione verso sé stessi come se lo stessero facendo per un amico (gentilezza); infine descrivere l'evento in modo oggettivo senza includere le emozioni (consapevolezza). Nella seconda condizione è stata indotta l'autostima; in questo caso i partecipanti dovevano scrivere le proprie caratteristiche positive, il perché quello che è successo non era colpa loro e il perché quell'evento non descrivesse che tipo di persona fossero. Nella terza condizione, invece, i partecipanti venivano invitati a descrivere l'evento inserendo le emozioni provate durante la descrizione di esso. Infine, nella condizione di controllo i partecipanti compilavano semplicemente le misure dipendenti (felicità, tristezza, ansia, rabbia) dopo aver ricordato l'evento senza scrivere nulla. Infatti, in seguito ad ognuna di queste quattro condizioni, i partecipanti dovevano esprimere come si sentivano rispetto a sedici elementi usati per valutare quattro emozioni: felicità (felice, allegro, felice, soddisfatto), tristezza (giù, depresso, triste, abbattuto), rabbia (irritato, infastidito, pazzo, arrabbiato), e ansia (ansioso, teso, inquieto, nervoso). Dai risultati è emerso che, rispetto a tutte le altre condizioni, i partecipanti nella condizione di autocompassione hanno riportato meno emozioni spiacevoli e sono stati più propensi a riconoscere che avevano commesso errori senza sentirsi in difetto per questo in quanto riconoscevano che questa è un'esperienza comune a più persone. Tuttavia, questi risultati hanno sottolineato che l'induzione di autocompassione ha avuto un effetto di compensazione più che di amplificazione in

quanto ne hanno beneficiato maggiormente i partecipanti che in partenza avevano livelli inferiori di autocompassione.

2.3 Training di autocompassione

Considerati i benefici che derivano dall'induzione di uno stato di autocompassione, nel corso del tempo sono stati sviluppati alcuni training specifici che mirano ad incrementare i livelli di autocompassione e i vari aspetti legati a questo costrutto. Tra questi abbiamo la Mindful Self-Compassion (MSC; Neff, 2010), il Compassionate Mind Training (CMT; Gilbert, 2010), la costruzione di immagini (Gilbert, P., & Irons, C. 2004), la Gestalt Two-Chair (Greenberg, 1981) e la Mindfulness Based Stress Reduction and Meditation (MBSR; Jon Kabat-Zinn, 1979).

Mindful Self – Compassion (MSC; Neff, 2010): Il programma MSC è stato creato con lo scopo di allenare alla consapevolezza, la quale contrasta pensieri, emozioni e sensazioni avverse, e di promuovere autocompassione e accettazione (Neff e Germer, 2013). Infatti, questo programma fornisce una serie di strumenti che mirano ad aumentare l'autocompassione e che possono essere utilizzati anche nella vita quotidiana. Esso consiste in otto sessioni della durata di due ore e in una giornata di ritiro della durata di quattro ore (Sajjadi et al., 2022). Durante queste otto sessioni di MSC vengono insegnate sia tecniche di meditazione formale (da seduti) che di meditazione informale (da utilizzare durante la vita quotidiana). Inoltre, vengono proposti: esercizi che permettono di fare esperienze, periodi di discussione e vengono assegnati compiti da svolgere a casa che consistono in esercizi che consentono di apprendere ad essere gentili con sé stessi. Attraverso questi esercizi gli individui imparano che giudicare sé stessi quando le cose vanno male aggrava la situazione, invece, l'autocompassione allevia il dolore (Neff e Germer, 2013). Uno studio randomizzato e controllato di Neff e Germer (2013) ha dimostrato che i training MSC aumentano significativamente l'autocompassione, la compassione per gli altri, la consapevolezza e la soddisfazione di vita riducendo i rischi di depressione, ansia e stress. I miglioramenti erano dati dalla frequenza con cui le persone praticavano l'autocompassione e la consapevolezza nella vita quotidiana e si sono mantenuti dopo sei mesi al follow-up. Anche da uno studio più recente, che ha analizzato gli effetti di MBRS e MSC nei tirocinanti di psicologia clinica, è emerso che in seguito al training MSC i partecipanti hanno riportato aumenti significativi dei livelli

di autocompassione e consapevolezza rispetto al gruppo di controllo; invece per quanto riguarda i livelli di ansia e depressione è stato osservato che mentre i livelli di ansia di coloro che hanno partecipato al training si sono mantenuti stabili nel tempo, nel gruppo di controllo è stato registrato un aumento dei livelli di ansia, invece, i livelli di depressione in seguito al training MSC non differivano rispetto al gruppo di controllo (Jiménez-Gómez, L. et al., 2022). Inoltre, è stato osservato che un intervento MSC può aumentare autoefficacia e ottimismo (Smeets et al., 2014 in PE et al., 2019) e ridurre pensieri ed emozioni negative (Arimitsu, 2016 in PE et al., 2019) negli studenti universitari.

Compassionate Mind Training (CMT; Gilbert, 2010): La CMT nasce per contrastare la tendenza all'autocritica e il senso di vergogna che gli individui provano in seguito ad un fallimento. Ciò è importante in quanto alti livelli di autocritica e bassi livelli di autocompassione costituiscono uno dei presupposti per lo sviluppo della psicopatologia (Shahar et al., 2012). Secondo quanto affermano Gilbert e Irons (2004) i due circuiti neurali che promuovono l'autocritica e l'autocompassione si inibiscono a vicenda. Di conseguenza la CMT è stata progettata proprio per attivare i sistemi incentrati sull'affiliazione e contrastare i sistemi basati sulla competizione in modo da stimolare processi psicologici e neurofisiologici che permettono maggiore salute e benessere (Matos et al., 2022). Per farlo si serve di diverse pratiche sia corporee che psicologiche; inizia con una psico-educazione che riguarda alcune tendenze negative della mente umana (ad esempio vergogna, autocritica, ruminazione negativa o anticipazione della paura) e il funzionamento dei sistemi di protezione dalle minacce e di affiliazione (Gilbert, 2020). Le pratiche corporee e psicologiche consistono in una respirazione lenta e profonda, nell'assunzione di una postura corporea sicura e amichevole, in esercizi di modulazione del tono di voce e delle espressioni facciali. Oltre a queste prevede anche esercizi cognitivi, di immaginazione e comportamentali i quali hanno lo scopo di promuovere la consapevolezza, coltivare le proprie motivazioni e sviluppare competenze compassionevoli (Matos et al., 2022). Da numerose ricerche è emerso che la CMT si è rivelata efficace sia per le popolazioni cliniche che non (Gilbert e Procter, 2006). Da uno studio recentissimo di Matos et al. (2022), il cui obiettivo era quello di valutare se un programma di CMT di otto settimane rivolto a insegnanti fosse fattibile ed efficiente, è emerso che il gruppo sottoposto al training CMT ha mostrato miglioramenti nell'autocompassione, nella compassione per altri e un aumento dei livelli di HRV

(variabilità della frequenza cardiaca), in più sono state evidenziate anche riduzioni di ansia e depressione. Inoltre, gli insegnati che al pre - test avevano alti livelli di autocritica, in seguito al training CMT hanno riportato miglioramenti sia al post test che al follow-up. La HRV è stata considerata in questo studio in quanto un HRV più elevato è associato a un aumento degli stati di calma e sicurezza (Park e Thayer, 2014). Un altro studio di Matos et al., (2017) sottolinea come anche training di CMT più brevi, della durata di due settimane possono determinare livelli più bassi di autocritica, ansia e depressione e un aumento di autocompassione in popolazioni non cliniche. Ulteriori evidenze dell'efficacia del training CMT provengono dallo studio di Savari et al. (2021), in questo studio è stato osservato che un training CMT di quattro settimane si è rivelato efficace per studenti con disturbo depressivo maggiore. Nello specifico sono stati osservati livelli significativamente più bassi, oltre che dei sintomi depressivi, anche di ruminazione, autocritica e paura e dall'altra parte sono aumentati i livelli di autocompassione e della capacità di auto-rassicurarsi.

La costruzione di immagini (Gilbert e Irons, C. 2004): La tecnica della costruzione di immagini rientra nella tradizione Buddhista, infatti, al fine di sviluppare l'autocompassione durante la meditazione venivano date delle specifiche immagini da focalizzare (Rinpoche, 2002). In occidente questa tecnica consiste nel richiedere di visualizzare l'immagine di un "perfetto nutrito", ovvero, un soggetto immaginario ideale che sia capace trasmettere calore, non giudizio, accettazione incondizionata, forza e saggezza (Gilbert e Irons, 2004; Lee, 2005). La tecnica prevede che il soggetto si trovi in un posto confortevole e tranquillo e che inizi a respirare lentamente e a pensare a dei fallimenti o a dei momenti di difficoltà che ha attraversato nel corso della sua esistenza per poi dividerli con il "perfetto nutrito". Il/la partecipante dovrà, prima di tutto, immaginare le caratteristiche del perfetto nutrito come ad esempio aspetto fisico, tono di voce e altre caratteristiche sensoriali (es. il suo profumo) e successivamente gli verrà chiesto di riportare delle frasi auto giudicati e autocritiche e di immaginare come il "perfetto nutrito" risponderebbe. Questa tecnica risulta efficace in quanto l'immaginazione influenza i processi neurofisiologici (George et al., 1995 in Gilbert e Irons, 2004) e questo accade perché il nostro cervello risponde anche alle immagini generate internamente (es. la salivazione dopo aver immaginato un piatto gustoso). Di conseguenza, mentre le critiche interiori possono generare stress, essere gentili,

comprensivi e accettarci produrrebbe un effetto lenitivo (Gilbert e Irons, 2004). Nello studio di Gilbert e Irons (2004) la tecnica della costruzione di immagini è stata abbinata a CMT di gruppo in pazienti con depressione, di conseguenza i miglioramenti ottenuti nei livelli di autocompassione non sono attribuibili solo alle immagini. Uno studio più recente, il quale aveva l'obiettivo di sviluppare un supervisore interno compassionevole per i terapeuti in formazione ha dimostrato che immaginare un supervisore compassionevole (corrispondente al "perfetto nutrito") comprendendo anche le sue caratteristiche fisiche, postura, modi interpersonali è stato utile per i partecipanti in quanto li ha aiutati a calmarsi, a interiorizzare e successivamente incarnare quelle qualità. Immaginare il supervisore compassionevole, infatti, ha ridotto autocritica, vergogna, sentimenti di minaccia e ad ha condotto ad un aumento di resilienza e di capacità positive (Bell et al., 2017).

Gestalt Two-Chair (Greenberg, 1981): Questo intervento è stato progettato al fine di aumentare l'empatia provata per sé stessi e l'autocompassione e per ridurre le convinzioni auto-giudicanti e disadattive (Gilbert e Irons, 2005; Whelton e Greenberg, 2005). L'intervento prevede di immaginare due sedie vuote che rappresentano le due parti del sé che si relazionano tra loro, ovvero, il sé giudicante e il sé compassionevole. Il dialogo tra le due sedie ha l'obiettivo di permettere a ciascuna delle due parti di esprimere bisogni e motivazioni e di comprendersi reciprocamente e cercare compromessi (Elliott et al., 2004). In seguito a questo intervento sembra che ci sia un cambiamento in quanto il sé auto-giudicante diventa più compassionevole e ciò deriverebbe da un'integrazione tra queste due parti del sé e da una forma di accettazione di entrambe (Greenberg, 2011). In letteratura vi sono evidenze del fatto che il training delle due sedie pare essere utile ad aumentare i livelli di autocompassione e a ridurre autocritica, ansia e depressione (Neff, 2007; Shahar, 2012). Questi risultati sono stati confermati anche da studi più recenti, in cui è stato osservato che il dialogo delle due sedie aumentava in modo significativo l'autocompassione (Stiegler et al., 2022). Tuttavia, se si considera lo studio di Shahar (2012) vengono fuori alcune limitazioni di questa tecnica, in quanto sembra che i punteggi di autocritica, soprattutto quelli riferiti alla parte più odiata di sé, si ridurrebbero solo durante la terapia e al termine di quest'ultima aumenterebbero nuovamente. Di conseguenza ne deriva che forti sentimenti di odio e disgusto verso di sé (ad es. nei

disturbi di personalità) non possono essere eliminati attraverso un breve trattamento ma richiedono un trattamento più lungo e intensivo (Gilbert et al., 2004).

Mindfulness Based Stress Reduction and Meditation (MBSR; Kabat-Zinn, 2003): La MBSR è un programma clinico che è stato sviluppato per facilitare la gestione del dolore cronico, delle emozioni e dello stress. L'obiettivo principale è quello di fornire una serie di tecniche di meditazione che sono utili a promuovere la consapevolezza (Vescovo, 2022), la quale risulta essere fondamentale per lo sviluppo dell'autocompassione (Bernard, 2011). La MBRS è un intervento standardizzato della durata di otto settimane, che prevede anche una sessione che consiste in una giornata di "ritiro". Durante questo periodo i partecipanti vengono istruiti circa la psicofisiologia dello stress e delle emozioni e vengono insegnate loro sia tecniche di meditazione formali sia tecniche informali che possono essere usate per assumere consapevolezza delle loro emozioni durante la vita quotidiana (Vescovo, 2022). In letteratura dagli studi di Moore, 2008; Shapiro et al., 2005; Shapiro et al. 2007 è emerso che le pratiche di consapevolezza possono aumentare l'autocompassione e le sue componenti (soprattutto l'auto-gentilezza) ma una breve formazione non potrebbe essere sufficiente a produrre cambiamenti significativi (Bernard, 2011). La MBSR si è dimostrata efficace e fattibile anche in uno studio che aveva come obiettivo quello di promuovere la consapevolezza, la salute mentale e l'autocompassione in studenti universitari in seguito alla pandemia del COVID-19. Nello specifico, nei partecipanti che hanno partecipato al training è stato osservato un aumento dell'autocompassione nel tempo rispetto al gruppo di controllo (MacDonald e Neville, 2022).

2.4 Training di autocompassione online

In letteratura sono presenti diverse ricerche che, come quella descritta nel presente lavoro di tesi, hanno testato l'efficacia di training online al fine di promuovere l'autocompassione. Il formato online dei training risulta essere particolarmente vantaggioso in quanto consente di rivolgersi ad una popolazione più ampia e a persone che sono collocate in diverse parti del mondo, inoltre, rappresenta un vantaggio anche per coloro i quali non sono in grado di muoversi dalle proprie abitazioni (ad esempio per disabilità) o si vergognano nel contattare un professionista della salute mentale (Halamová, et al., 2021). In più, i training online sono molto più accessibili da punto di

vista economico e richiedono meno tempo per essere portati a termine, di conseguenza potrebbero usufruirne molte più persone ((Nadeau et al., 2020). L'utilizzo di training online, oltretutto, è stato particolarmente utile soprattutto negli ultimi anni in seguito alla pandemia da COVID-19 durante la quale sono stati previsti diversi lockdown che hanno costretto le persone a rimanere in casa. Occorre tenere presente, inoltre, che coloro che partecipano ai training online si ritengono soddisfatti del trattamento (Carlbring et al., 2005) e che gli interventi online consentono di ottenere risultati simili alla psicoterapia in presenza (Andersson e Titov, 2014). Dalle ricerche condotte in precedenza è emerso anche che questa tipologia di training si è rivelata efficace nel promuovere l'autocompassione. Ad esempio, nello studio di Halamová et al (2018 a) è stato osservato che utilizzando la versione online del training MSC (Neff e Gemer, 2013) aumentavano i livelli di autocompassione nel lungo termine, invece, utilizzando la versione online del CMT (Gilbert, 2010) diminuivano i livelli di autocritica e di risposta non compassionevole (Halamová et al., 2018 b).

Le evidenze circa l'efficacia dei training di autocompassione online con studenti universitari risultano essere ancora scarse.

Tuttavia, tra gli studi presenti in letteratura, vi è quello di Finlay – Jones et al. (2017) il quale aveva l'obiettivo di testare fattibilità ed efficacia di un training di autocompassione online nell'aumentare i livelli di autocompassione e felicità e ridurre il disagio psicologico in 37 tirocinanti di psicologia. Prima di implementare l'intervento sono state raccolte misure ripetute circa i cambiamenti in autocompassione, felicità, stress percepito, difficoltà nella regolazione delle emozioni, ansia e stress. L'intervento online a cui hanno partecipato era della durata di sei settimane corrispondenti a sei diversi moduli. Il primo di questi aveva l'obiettivo di introdurre il concetto di autocompassione; il secondo, terzo e quarto miravano a promuovere i tre elementi dell'autocompassione: auto-gentilezza, umanità comune e consapevolezza; il quinto chiedeva l'applicazione di quanto imparato nei moduli precedenti per fronteggiare difficili esperienze emotive e il sesto richiedeva l'applicazione dell'autocompassione alla formazione clinica. Dai risultati è emerso che in seguito al training i partecipanti hanno riportato significativi miglioramenti nei punteggi di autocompassione, felicità, stress percepito, difficoltà nel regolare le emozioni e nei sintomi di depressione e stress e questi cambiamenti sono stati mantenuti al follow-up di tre mesi. Invece, è stata osservata una riduzione dei livelli di ansia solo tra il post-test e il

follow-up e non tra pre- test e post- test. Infine, anche i livelli di felicità hanno subito un incremento tra il pre e il post-test. Di conseguenza, si può affermare che da questo studio derivano prove a sostegno dell'efficienza e della fattibilità dei training di autocompassione online.

Northover e colleghi (2021) nel loro studio miravano a valutare efficacia e fattibilità di uno programma di formazione online di autocompassione rivolto ad una popolazione diversificata (gruppi comunitari; gruppi universitari) reclutata tramite i social media. Il programma in questione era basato sul Compassionate Mind Training (CMT; Gilbert, 2010) ed era diviso in cinque sessioni: la prima comprendeva un esercizio di respirazione ritmica calmante la quale permette l'accesso al sistema nervoso parasimpatico (correlato alla regolazione della minaccia e alla regolazione sociale); la seconda sessione prevedeva lo sviluppo del sé compassionevole facendo sì che i/le partecipanti iniziassero a pensare a sé stessi con compassione; la terza sessione era incentrata sul passaggio da “mente minacciosa” a “mente compassionevole” attraverso l'uso di immagini compassionevoli; la quarta, invece, prevedeva la stesura di lettere auto-compassionevoli attraverso la scrittura espressiva e la quinta era una sessione di chiusura in cui veniva riassunto il programma di formazione. Anche in questo caso, si osserva che rispetto al gruppo di controllo, coloro che avevano partecipato al programma online hanno riportato aumenti significativi di autocompassione e benessere e una riduzione significativa dell'atteggiamento non compassionevole verso sé stessi oltre che di vergogna, autocritica, depressione, ansia e stress. Tali miglioramenti si sono mantenuti anche al follow-up dopo un mese.

Lo studio di Tan e colleghi (2022) aveva lo scopo di indagare se un seminario online di Mind Caring fosse efficace nel migliorare autocompassione, consapevolezza, empatia e ridurre lo stress in studenti al terzo e quarto anno di medicina della National University di Singapore. Gli studenti hanno seguito il seminario quattro ore al giorno per quattro giorni. Gli argomenti presentati riguardavano: comprensione della fisiologia dello stress, modelli di pensiero inutili, modalità per motivare sé stessi con autocompassione piuttosto che con auto-critiche. Inoltre, il seminario includeva attività esperienziali come sviluppo della consapevolezza circa il proprio corpo e il proprio respiro o l'esercizio dell'uva passa (consiste nel far rotolare un chicco d'uva tra le dita e analizzarlo). I risultati di questo studio confermano che gli studenti di medicina hanno sperimentato dei miglioramenti

significativi sia nell'autocompassione che nella consapevolezza ma non sono stati riscontrati miglioramenti significativi nell'empatia e nello stress. Tuttavia, il miglioramento dei livelli di autocompassione derivanti dall'aver seguito il seminario potrebbero avere un effetto a cascata sul burnout a cui gli studenti di medicina sono particolarmente soggetti in quanto l'autocompassione proteggerebbe dal burnout (Tan et al., 2022).

Un altro studio in cui viene implementato un intervento di autocompassione online su una popolazione non clinica è quello di Halamová, et al. (2021). Il gruppo sperimentale era composto da 26 donne e 5 uomini con un'età media di 33, 73 anni, invece, il gruppo di controllo da 17 donne e 3 uomini con un'età media di 25 anni. L'obiettivo degli autori era quello di studiare l'impatto del programma EFT – SCP (Emotion Focused Training for Self-Compassion and Self-Protection) online su autocompassione e autocritica. I partecipanti sono stati assegnati in modo randomizzato alla condizione sperimentale e di controllo e sono state previste misurazioni pre e post - intervento e un follow-up di due mesi. Al gruppo sottoposto all'intervento è stato proposto di svolgere un'attività EFT-SCP ogni giorno, per 14 giorni consecutivi, invece, il gruppo di controllo non svolgeva nessun compito. I risultati che derivano da questo studio sono incoraggianti, infatti è stato osservato in coloro che avevano partecipato al training online un aumento dei punteggi di autocompassione e rassicurazione di sé e una riduzione dell'autocritica sia al post – test che al follow – up.

Tra le ricerche presenti in letteratura che hanno utilizzato training di autocompassione online vi è quello di Tobias Krieger (2016), il quale mirava a studiare la fattibilità di un programma online di formazione all'autocompassione con dei/delle partecipanti molto autocritici/che (età media = 30,15 anni). Prima dell'intervento sono stati somministrati alcuni questionari al fine di ottenere una base-line; gli stessi sono stati somministrati nuovamente sia al post-test che al follow -up dopo 14 settimane. L'intervento online era basato sul training MBCL (Mindfulness-Based Compassionate Living) ed era composto da sette sessioni; la prima sessione comprendeva un'introduzione alla meditazione e alla consapevolezza e le altre sei sessioni si rifacevano al programma MBCL, il quale comprende sia nozioni teoriche che pratiche di meditazione formale e informale e in più dà la possibilità di avere un dialogo sulla consapevolezza con il formatore. Dai risultati si nota che, in seguito a questo training, sono aumentati in modo significativo

autocompassione, consapevolezza, capacità di auto-rassicurarsi e soddisfazione per la propria vita, invece, l'autocritica è diminuita significativamente. Inoltre, i miglioramenti visibili al post – test si sono mantenuti anche al follow-up. Di conseguenza è possibile affermare che questo tipo di programma online per lo sviluppo dell'autocompassione è fattibile. Inoltre, il fatto che la maggior parte di coloro che hanno preso parte all'intervento online avevano punteggi di autocompassione molto bassi suggerirebbe che gli interventi online potrebbero essere utili anche ad attirare coloro che si vergognano a cercare aiuto.

Nella ricerca di Nadeau et al. (2020) è stato proposto un intervento online della durata di dieci settimane con l'obiettivo di migliorare i livelli di autocompassione e ridurre auto-giudizio, vergogna e perfezionismo in 57 donne inglesi. Questo tipo di intervento, infatti, potrebbe essere utile proprio per le donne, le quali tendono ad avere livelli più bassi di autocompassione (Yarnell et al., 2015) e a provare più ansia, depressione e disagio per il proprio aspetto fisico rispetto agli uomini (Barnett e Sharp, 2016; Liss e Erchull, 2015; Toole e Craighead, 2016). Il programma che è stato utilizzato è Yourself Truly, creato da Charlotte Howard tra il 2015 e il 2017 (Nadeau et al., 2020). Esso si compone di dieci moduli, ognuno dei quali comprende: una psico - educazione sull'amore per sé stessi, sull'accettazione, sull'espressione di sé ecc...; il colloquio con un esperto; un esercizio esperienziale guidato; un colloquio in cui si parla di un caso specifico di clienti o professionisti che hanno provato a sviluppare l'autocompassione e compiti da svolgere a casa (es. diario, autoriflessione). In seguito all'analisi dei dati è emerso che le donne hanno sperimentato un significativo aumento dell'autocompassione e una diminuzione di auto- giudizio, vergogna e perfezionismo. Di conseguenza, nonostante siano necessarie altre conferme, anche questo studio mette in evidenza che i programmi di autocompassione online sono molto promettenti.

Alla luce dei risultati degli studi riportati fin ora è possibile affermare che i training di autocompassione online, non solo sono fattibili e vantaggiosi ma sono anche efficaci al fine di aumentare i livelli di autocompassione e benessere e ridurre autocritica, ansia e depressione nelle popolazioni non cliniche simili a quella studentesca che è oggetto di interesse del presente lavoro di tesi.

CAPITOLO 3. METODO

3.1 Scopi e ipotesi

Lo studio qui presentato si inserisce all'interno della ricerca dal titolo "Promozione della motivazione e del benessere" coordinata dalla professoressa Angelica Moé. Lo scopo generale è quello di verificare l'efficacia di un intervento volto a massimizzare il benessere e a promuovere stati motivazionali funzionali. L'obiettivo specifico del presente lavoro di tesi è quello di verificare l'efficacia di un intervento di autocompassione online con studenti/esse universitari/e. In particolare, sono state formulate le seguenti ipotesi:

- H1: Nel gruppo sperimentale per effetto del training online di autocompassione, *aumentano nel tempo* la soddisfazione dei bisogni psicologici di base (autonomia, competenza, relazione), l'autocompassione, la capacità di regolazione emotiva, la disposizione alla gratitudine, l'ottimismo, le emozioni piacevoli, l'autostima e la resilienza.
- H2: Nel gruppo sperimentale per effetto del training di autocompassione *si riducono nel tempo* la frustrazione dei bisogni psicologici di base (autonomia, competenza, relazione), l'autocritica, l'isolamento, l'iper-identificazione, le emozioni spiacevoli, l'ansia e la depressione.

3.2 Partecipanti

La ricerca è stata proposta ad un ampio gruppo di studenti/esse dell'Università degli studi di Padova frequentanti due corsi della prof.ssa Moé. Di questi hanno aderito, svolgendo l'intero percorso 293 partecipanti, di età compresa tra i 19 e i 39 anni (e due partecipanti di 53 e 57 anni) ($M= 23.7$; $DS= 4.8$). 170 partecipanti sono stati assegnati alla condizione sperimentale e hanno svolto il training di autocompassione online, invece, 123 partecipanti sono stati assegnati alla condizione di controllo e hanno solo compilato gli strumenti descritti nel paragrafo di seguito (3.3) nei tre tempi (pre – test, post – test e follow -up). Prima di prendere parte allo studio tutti i/le partecipanti hanno letto e accettato il consenso informato e sono stati informati dei mezzi, della modalità e della durata della ricerca.

3.3 Strumenti

Basic psychological need satisfaction and frustration scale (BPNSFS)

Il BPNSFS è un questionario che valuta la soddisfazione e la frustrazione dei tre bisogni psicologici di base che, secondo la teoria dell'autodeterminazione (STD; Deci e Ryan, 2012), sono: competenza, affiliazione e autonomia. Nel presente lavoro di tesi è stata utilizzata la versione italiana di questo questionario che è stata validata da Costa et al. (2018). I 24 item che compongono questo strumento sono suddivisi in modo da valutare sei dimensioni: la soddisfazione del bisogno di autonomia (item 1-4); la soddisfazione del bisogno di competenza (item 5-8); la soddisfazione del bisogno di relazione (item 9-12); la frustrazione del bisogno di autonomia (item 13 – 16); la frustrazione del bisogno di competenza (item 17-20); la frustrazione del bisogno di relazione (item 21-24). Le risposte vengono date attraverso una scala Likert a 5 punti dove 1 corrisponde a “completamente in disaccordo” e 5 a “completamente d'accordo” (Chevrier e Lannegrand, 2021). Alla fine, si ottengono sei punteggi facendo la media tra gli item che compongono le sei dimensioni.

Self Compassion Scale (SCS)

La SCS è stata ripresa dal lavoro di Neff (2003 a) e valuta la frequenza con cui ci si impegna in comportamenti cognitivi, attentivi ed emotivi associati a risposte compassionevoli (Neff et al., 2021). Questa scala si compone di 26 item suddivisi in 6 sotto-scale che corrispondono alle sei componenti dell'autocompassione che sono: auto-giudizio (item 1-8-11-16-21); auto – gentilezza (item 5-12-19-26); isolamento (item 4-13-18-25); umanità comune (item 3-7-10-15); consapevolezza (9-14-17-22-23); iper – identificazione (item 2-6-20-24). Anche in questo caso le risposte vengono assegnate tramite una scala Likert a 5 punti in cui 1 corrisponde a “quasi mai” e 5 a “quasi sempre”. Si ottengono sei punteggi facendo la media degli item (4 o 5) che compongono ogni scala.

Emotional Regulation Questionnaire (ERQ)

L'ERQ è stato sviluppato da Gross e John (2003) con lo scopo di valutare due strategie di regolazione emotiva, ovvero, la rivalutazione cognitiva (CR) e la soppressione espressiva (ES). La prima è una strategia adattiva che è focalizzata sull'antecedente in quanto viene attualizzata nelle prime fasi cognitive dell'attività emotiva e consente di

rivalutare l'interpretazione iniziale di una situazione. La seconda strategia, invece, è disadattiva in quanto si focalizza sulla risposta andando ad inibire l'espressione comportamentale dell'emozione (Ioannidis et al.,2015). Il questionario si compone di 10 item in cui va espressa la tendenza alla rivalutazione (item 1-3-5-7-8-10) o alla soppressione (item 2-4-6-9) utilizzando una scala Likert a 7 punti che va da 1 (fortemente in disaccordo) a 7 (fortemente d'accordo). I punteggi vengono calcolati facendo la media degli item che descrivono le due strategie, infatti, si otterranno due punteggi indipendenti corrispondenti a CR e ES.

Gratitude Questionnaire-Six Item (GQ-6)

Il GQ-6 di McCullough e colleghi (2002) è un questionario di autovalutazione pensato per valutare le differenze individuali nella disposizione a provare gratitudine nella vita di tutti i giorni (Langer et al.,2016). Esso è formato da 6 item a cui è possibile rispondere attraverso una scala Likert a 7 punti (1 = fortemente in disaccordo e 7 = fortemente d'accordo). Sono presenti degli item invertiti al fine di individuare alcune risposte contrastanti. Per calcolare il punteggio complessivo occorre fare la media delle risposte assegnate a ciascun item.

Life Orientation Test (LOT)

Il LOT è uno strumento che è stato costruito da Sheier e Carver nel 1985 e revisionato da Sheier, Carver e Bridges nel 1994. Il test serve a misurare l'ottimismo disposizionale, ovvero, una caratteristica di personalità che porta a crearsi un'aspettativa generalizzata che accadano cose buone (Sheier e Carver,1985 in Glaesmer et al.,2012). È composto da 10 item, tre di questi valutano l'ottimismo (1-4-10), tre il pessimismo (3-7-9) e gli altri quattro sono degli item riempitivi. Per rispondere a questi item viene utilizzata una scala Likert a 5 punti che va da 1 che corrisponde a "fortemente in disaccordo" e 5 che corrisponde a "fortemente d'accordo". Al fine di calcolare il punteggio occorre innanzitutto sommare gli item relativi all'ottimismo (1-4-10) e invertire quelli relativi al pessimismo (3-7-9) e alla fine procedere facendo la media.

Subjective Vitality Scales (SVS)

La SVS è stata sviluppata da Ryan e Frederik (1997) con lo scopo di misurare la vitalità soggettiva, ovvero, la sensazione positiva di sentirsi pieni di vita e di energia che è

cruciale per il benessere (Bertrams et al.,2020). La scala è composta da 7 item e le risposte vengono assegnate attraverso una scala Likert a 7 punti, dove 1 corrisponde a “per niente” e 7 a “del tutto”. Per poter calcolare il punteggio occorre invertire l’item 2 e poi fare la media dei sette punteggi indicati dai/dalle partecipanti.

Scale of Positive and Negative Experience (SPANE)

Diener e colleghi (2010) hanno proposto la SPANE per valutare una delle due componenti del benessere, ovvero, il benessere edonico. Quest’ultimo coincide con il concetto di benessere soggettivo (SWB), inteso come soddisfazione per la propria vita, presenza di emozioni positive e assenza di emozioni negative (Giuntoli et al.,2017). La SPANE è formata da 12 item corrispondenti ad aggettivi divisi in due sottoclassi: sei aggettivi descrivono le emozioni piacevoli (SPANE-P) e altri sei descrivono le emozioni spiacevoli (SPANE -N). Agli/alle intervistati/e viene richiesto di indicare la frequenza con cui hanno sperimentato i sentimenti riportati dalla scala nelle ultime quattro settimane avvalendosi di una scala Likert a 5 punti che va da 1 che corrisponde a “molto raramente o mai” a 5 che corrisponde a “molto spesso o sempre”. I punteggi SPANE-P e SPANE-N vengono calcolati separatamente per la presunta mancata corrispondenza tra questi (Diener et. al.,2010) quindi viene fatta la media dei punteggi di SPANE-P (1-3-5-7-10-12) e di SPANE-N (2-4-6-8-9-11).

Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) Scale

La Scala del disturbo d’ansia generalizzato è stata sviluppata da Spitzer et al. (2006) come breve strumento per rilevare l’ansia. Per la costruzione di questo strumento gli autori si sono basati sui criteri diagnostici del GAD descritti nel DSM-IV. Oltre all’ansia, la GAD rileva anche altri disturbi come fobia sociale, disturbo da stress post-traumatico e disturbo di panico (All, n.d.). Essa si compone di 7 item a cui occorre rispondere in base alla frequenza con cui sono stati riscontrati i problemi indicati, nelle ultime due settimane, usando una scala Likert che va da 0 (niente affatto) a 3 (quasi ogni giorno). Il questionario è seguito da una domanda a risposta multipla che richiede di indicare quanto è stato difficile continuare a svolgere le attività di vita quotidiana in concomitanza alla presentazione dei problemi sopra elencati. Il punteggio complessivo si ottiene facendo la media dei singoli punteggi ottenuti ad ogni item.

The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

La RSES (Rosenberg, 1965) è uno strumento utile a valutare l'autostima (Mannarini, 2010). La scala è composta da 10 item alcuni dei quali descrivono un'immagine di sé positiva (1-2-4-6-7) e altri un'immagine di sé negativa (3-5-8-9-10). Nell'adattamento italiano della scala (Prezza et al., 1997) le risposte ai vari item vengono assegnate attraverso una scala di tipo Likert a 4 punti che va da 1 (fortemente in disaccordo) a 4 (fortemente d'accordo). Per calcolare il punteggio complessivo occorre invertire prima gli item 6-7-8-9-10 e poi fare la media dei punteggi ottenuti ad ogni item.

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

Bottesi e colleghi (2015) hanno sviluppato la DASS-21 con lo scopo di fornire una differenziazione precisa tra i sintomi depressivi e ansiosi. La prima versione di questa scala comprendeva 42 items composti da tre sottoscale: ansia, depressione e stress. Successivamente, Lovibond e Lovibond (1995) selezionarono i sette items maggiormente rappresentativi per ognuna delle tre scale ottenendo così 21 items. Nel presente lavoro di tesi sono stati utilizzati gli item che fanno parte della sottoscala depressione (3-5-10-13-16-17-21). La consegna prevedeva di riportare la frequenza con cui ci si è trovati nelle situazioni descritte dagli item negli ultimi sette giorni utilizzando una scala Likert a 4 punti dove 0 coincide con “non mi è mai capitato” e 3 con “mi è capitato quasi sempre”. Il punteggio complessivo viene fuori calcolando la media dei punteggi dei sette items.

Resilience Scale -14 (RS-14)

La RS -14, oltre ad essere il primo strumento sviluppato per la valutazione della resilienza, è anche una delle scale più utilizzate e accurate (Abiola et al., 2011 in Callegari et al., 2016). Questa è stata sviluppata da Wagnild e Young (1993) ed è composta da 14 items a cui si risponde utilizzando una scala Likert a 7 punti che va da 1 “fortemente in disaccordo” a 7 “fortemente d'accordo”. Il punteggio complessivo si ottiene facendo la media dei vari items e punteggi più alti indicano maggiore resilienza.

Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR)

Il BIDR (Paulhus, 1998) è uno degli strumenti più diffusi per valutare la desiderabilità sociale e le sue due sottocomponenti: gestione delle impressioni (IM) e miglioramento dell'auto- inganno (SDE). IM indica la tendenza a dissimulare in modo consapevole le

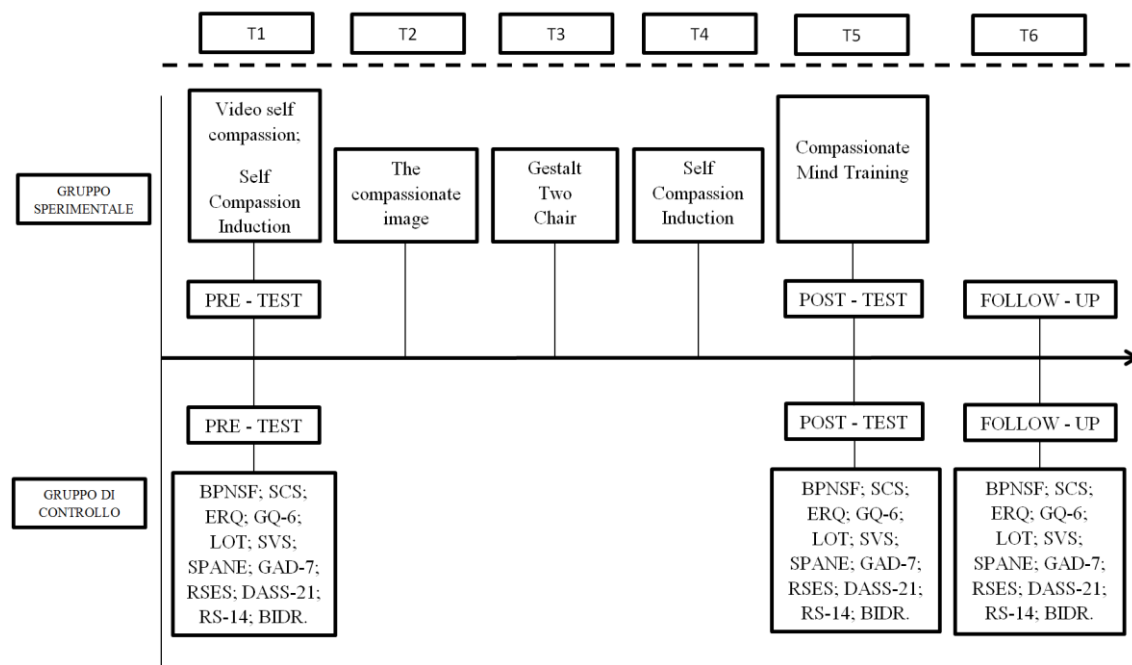
risposte date di fronte ad altri per trasmettere un'immagine di sé socialmente desiderabile, invece, SDE indica la tendenza a fornire esclusivamente informazioni positive su di sé (Paulhus, 1984). Nel presente lavoro di tesi è stata utilizzata la versione italiana di questo strumento (Bobbio e Manganelli, 2011) che è composto da 16 items, 8 di questi sono relativi alla dimensione IM e gli altri 8 alla dimensione SDE. Le risposte vengono attribuite tramite una scala di tipo Likert a 6 punti dove 1 indica “assolutamente non d'accordo” e 6 indica “fortemente d'accordo”. Verranno fuori due punteggi, uno per la dimensione IM e uno per la dimensione SDE. Per ottenere questi due punteggi occorre fare la media delle risposte attribuite agli items che compongono ciascuna sottoscala.

3.4 Procedura

La ricerca, della durata di cinque settimane, si è svolta interamente online. Agli studenti sono stati mandati dei link, diversi per gruppo sperimentale e gruppo di controllo, attraverso l'email istituzionale. Prima di iniziare la compilazione veniva suggerito di scegliere un luogo tranquillo dove poter svolgere questionari ed esercizi. I questionari descritti nel paragrafo precedente (3.3) sono stati somministrati a tutti/e i/le partecipanti in tre tempi (pre – test, post – test e follow -up).

Figura 3.1

Linea del tempo della somministrazione degli strumenti per il gruppo sperimentale e di controllo e dello svolgimento delle attività per il gruppo sperimentale.



Note: BPNSFS = Basic psychological need satisfaction and frustration scale; SCS = Self Compassion Scale; ERQ = Emotional Regulation Questionnaire; GQ-6 = Gratitude Questionnaire-Six Item; LOT = Life Orientation Test; SPANE = Scale of Positive and Negative Experience; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder 7-Item Scale; RSES = The Rosenberg Self-Esteem Scale; DASS-21 = The Depression Anxiety Stress Scales-21; RS-14 = Resilience Scale -14; BIDR = Balanced Inventory of Desirable Responding.

Nella prima settimana (4-6 marzo), sia al gruppo sperimentale che di controllo, è stato richiesto di completare i questionari elencati nel paragrafo 3.3 e di riportare età, genere, corso di laurea e numero di matricola. Quest'ultimo è stato utilizzato al fine di appaiare le risposte date dai partecipanti nel corso delle cinque settimane. Solo il gruppo sperimentale, invece, ha svolto la prima parte del training di autocompassione che consisteva nell'induzione dello stato di autocompassione attraverso la visione di un video e attraverso la stesura di sei frasi auto-compassionevoli da commentare. A partire dalla seconda settimana (11-13 marzo) i link sono stati inviati solo al gruppo sperimentale. Nello specifico, in questa settimana è stato proposto un esercizio chiamato "The

compassionate image” che consiste nel visualizzare il “perfetto nutrito” (Gilbert e Irons, 2004), esporgli i propri auto-giudizi e immaginare di ricevere da lui risposte auto-compassionevoli. Nella terza settimana (18-20 marzo) è stato richiesto di immaginare due sedie che rappresentano le due parti del sé, quella auto-compassionevole e quella autocritica, e sviluppare un dialogo tra le due. Questo esercizio prende il nome di “Gestalt two-chair”. Inoltre, in questa sezione veniva richiesta anche la stesura di una lettera di autocompassione. Nella quarta settimana (25 – 27 marzo) è stato nuovamente indotto lo stato di autocompassione chiedendo di ricordare un fallimento e scrivere in merito ad esso almeno tre riflessioni auto-compassionevoli. Infine, nell’ultima settimana è stato proposto il Compassionate Mind Training, il quale consisteva nel dare risposte assertive ripensando ad una situazione di ostilità o prevaricazione in cui ci si è trovati in passato. In tutte e cinque le settimane, inoltre, veniva chiesto di riportare sia sentimenti e riflessioni circa l’attività appena svolta sia delle attività che avrebbero piacere di fare nei giorni successivi. Nel link inviato nella quinta settimana di training, venivano nuovamente inseriti gli strumenti (paragrafo 3.3) riportati nel link della prima settimana al fine di verificare se ci fossero stati dei cambiamenti nelle risposte date in seguito al training (post – test). Inoltre, nella quinta settimana il link contenente solo gli strumenti è stato inviato anche al gruppo di controllo per evidenziare i cambiamenti tra coloro che avevano partecipato al training di autocompassione online e coloro che non avevano partecipato. Un ultimo link, contenente solo gli strumenti (paragrafo 3.3) è stato poi inviato a distanza di un mese (1-5 maggio) sia al gruppo sperimentale che di controllo per verificare se gli effetti del training si fossero mantenuti nel tempo (follow-up). Al termine dello studio è stato fornito un breve debriefing e i/le partecipanti sono stati/e ringraziati/e per aver preso parte allo studio.

Tabella 3.3*Attività del gruppo sperimentale*

	Attività del gruppo sperimentale
4-6 marzo	<ul style="list-style-type: none">• Strumenti• Video “self - compassion”• SELF COMPASSION INDUCTION: commentare con almeno 30 parole le sei frasi auto-compassionevoli (Adams e Leary, 2007).
11-13 marzo	<ul style="list-style-type: none">• THE COMPASSIONATE IMAGE: visualizzare il “perfect nurturer” (Gilbert e Irons, 2004) ed esporgli/le i propri auto-giudizi e immaginare di ricevere risposte di auto-compassione (almeno 3).
18-20 marzo	<ul style="list-style-type: none">• GESTALT TWO-CHAIR: immaginare che ci siano due sedie che rappresentano due diversi sé: uno auto-giudicante ed uno auto-compassionevole e sviluppare tra queste un dialogo.
25-27 marzo	<ul style="list-style-type: none">• SELF COMPASSION INDUCTION: ricordare un episodio recente di insuccesso e riportare: Cosa è successo? Come è iniziata/andata a finire? Chi c'era con te? Come ti sei sentito/a? Cosa hai pensato? (rispondi con un minimo di 100 parole). Dopo di che, iniziare delle riflessioni auto-compassionevoli (Leary et al.,2007)
1-3 aprile	<ul style="list-style-type: none">• COMPASSIONATE MIND TRAINING: riportare un episodio di prevaricazione o ostilità e provare a rispondere in modo assertivo (Gilbert e Procter, 2006).

CAPITOLO 4. ANALISI E RISULTATI

4.1 Analisi

Per l'analisi sono stati inclusi nel campione finale 212 studenti. Di cui 100, appartenenti al gruppo sperimentale e 112 appartenenti al gruppo di controllo. Al fine di ricavare il campione finale sono stati usati i seguenti criteri: dal gruppo sperimentale sono stati selezionati solo coloro che avevano partecipato ad almeno quattro, delle cinque attività proposte nel training di autocompassione online e sia dal gruppo sperimentale che di controllo sono stati esclusi coloro che non hanno completato le misure di pre-test, post-test e follow-up. Al fine di verificare gli effetti dell'intervento sono state condotte una serie di ANCOVA (analisi della covarianza) 3 x 2 che intersecano i tre tempi di somministrazione (pre-test, post-test e follow-up) con i due gruppi (sperimentale e di controllo) ed è stata inserita come covariata la desiderabilità sociale.

4.2 Risultati

La desiderabilità sociale (covariata) è risultata significativa per tutte le variabili (eccetto che per la soppressione delle emozioni e per la disposizione alla gratitudine).

4.2.1 Effetti di interazione tempo x gruppo

L'effetto di interazione tempo (pre – test; post – test; follow – up) x gruppo (sperimentale e di controllo) è risultato significativo per le variabili: emozioni piacevoli e ansia. Si veda Tabella 4.1 per i valori medi e gli indici statistici.

Tabella 4.1*Valori medi e indici statistici di confronto*

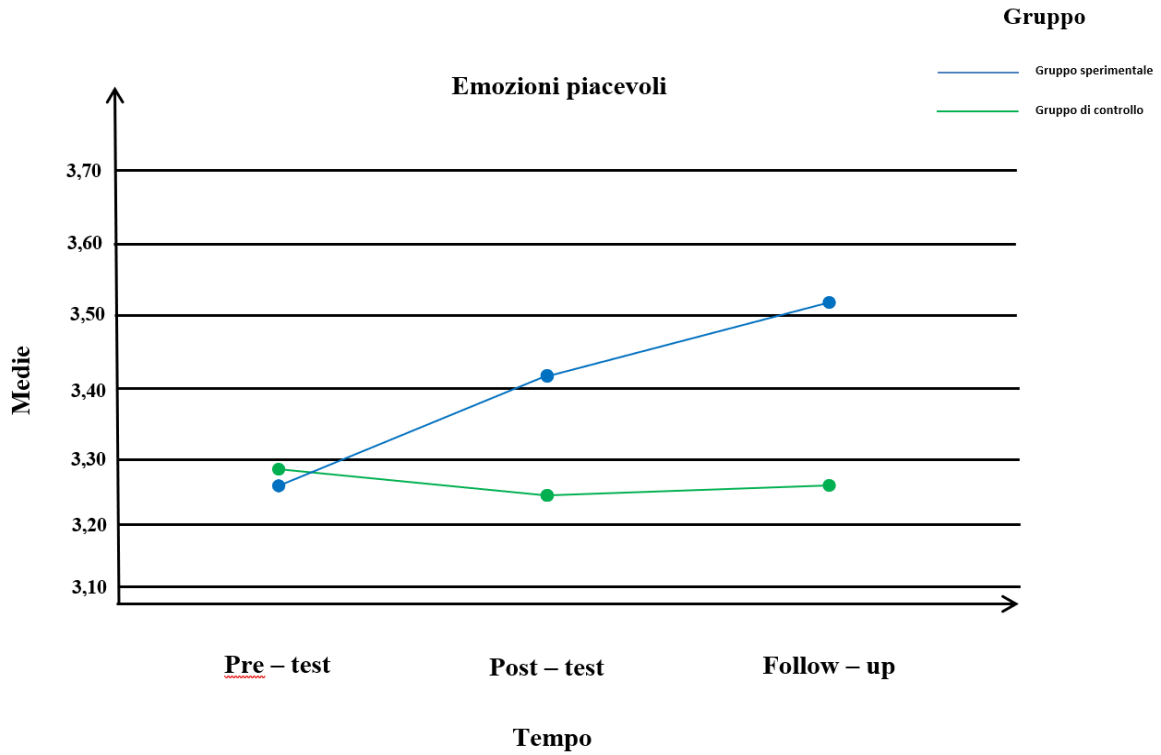
Variabile	Condizione	Pre – test	Post– test	Follow-up	F	p <.05	Differenze tra i tempi
		M(DS)	M(DS)	M(DS)			
Emozioni piacevoli	Gruppo sperimentale	3.30 (0.83)	3.44 (0.71)	3.56 (0.75)	5.125	0.006*	<u>T1 < T6</u>
	Gruppo di controllo	3.26 (0.79)	3.22 (0.82)	3.22 (0.82)			
Ansia	Gruppo sperimentale	1.23 (0.87)	1.10 (0.73)	1.00 (0.77)	4.441	0.012*	<u>T1 > T6</u>
	Gruppo di controllo	1.21 (0.75)	1.11 (0.77)	1.25 (0.82)			

L'interazione è risultata significativa per le variabili *emozioni piacevoli e ansia*.

Nello specifico, all'interno del gruppo sperimentale è presente un *aumento significativo* delle emozioni piacevoli tra il pre – test e il follow – up (Grafico 4.1).

Grafico 4.1

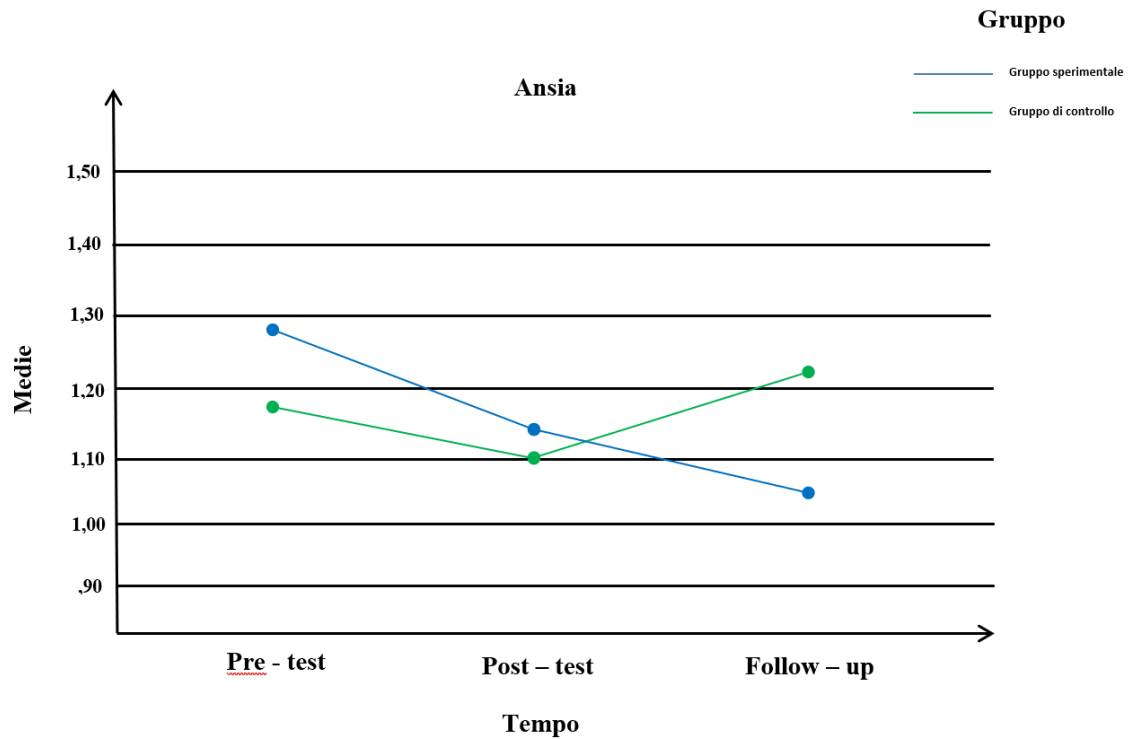
Andamento della variabile “emozioni piacevoli” per i due gruppi nei tre tempi



Invece, per la variabile *ansia*, nel gruppo sperimentale si è verificata una *riduzione significativa* dell'ansia tra il pre - test e il follow - up (Grafico 4.2).

Grafico 4.2

Andamento della variabile “ansia” per i due gruppi nei tre tempi



Entrambi questi risultati supportano in parte le ipotesi formulate, in quanto, la differenza tra gruppo sperimentale e di controllo nel corso del tempo è stata osservata solo per due delle tante variabili considerate. Inoltre, per nessuna di queste due variabili (emozioni piacevoli e ansia) è stato osservato un miglioramento tra pre – test e post – test e un mantenimento al follow up come ci si aspettava. L’autocompassione non è migliorata.

4.2.2 Effetto tempo

L'effetto tempo è risultato significativo per le variabili: soddisfazione del bisogno di relazione, frustrazione del bisogno di competenza, auto – giudizio, iper – identificazione, rivalutazione cognitiva e autostima. Si veda Tabella 4.2 per i valori medi e gli indici statistici.

Tabella 4.2

Valori medi e indici statistici di confronto

Variabile	Pre – test	Post – test	Follow-up	F	p<.05	Differenze tra i tre tempi
	M(DS)	M (DS)	M(DS)			
Soddisfazione e bisogno di relazione	3.66 (0.76)	3.74 (0.76)	3.63 (0.80)	5.384	0.005 *	<u>T1<T5>T6</u>
Frustrazione e bisogno di competenza	2.52 (1.08)	2.35 (1.01)	2.31 (1.01)	5.837	0.003 *	<u>T1>T5=T6</u>
Auto-giudizio	3.23 (1.03)	3.11 (1.004)	2.99 (1.02)	3.426	0.033 *	<u>T1>T5> T6</u>
Iper – identificazione	3.45 (0.98)	3.37 (0.84)	3.20 (0.95)	5.412	0.005 *	<u>T1=T5>T6</u>
Rivalutazione cognitiva	4.73 (1.03)	2.97 (0.52)	4.86 (1.10)	7.331	0.001 *	<u>T1>T5<T6</u>
Autostima	2.86 (0.58)	2.85 (0.57)	2.92 (0.58)	3.468	0.032 *	<u>T1=T5<T6</u>

Nel tempo si osservano per quanto riguarda i bisogni psicologici di base sia una *riduzione significativa* tra il post -test e il follow-up nella variabile “soddisfazione del bisogno di relazione” sia una *riduzione significativa* nella variabile “frustrazione del bisogno di competenza” tra il pre – test e il post – test. All’interno della variabile autocompassione, si è verificata una *riduzione significativa* dell’auto – giudizio sia tra pre – test e post – test che tra post – test e follow – up, invece, per quanto riguarda l’iper – identificazione si nota che essa si *riduce in modo significativo* solo tra post – test e follow - up. Per la strategia di rivalutazione cognitiva si osserva un *calo significativo* tra il pre – test e il post – test e un *aumento significativo* di essa tra il post – test e il follow – up. Infine, l’autostima subisce un *incremento significativo* tra il post – test e il follow – up.

CAPITOLO 5. DISCUSSIONE

Il presente lavoro di tesi era finalizzato ad indagare l'efficacia di un intervento di autocompassione online rivolto a studenti/esse universitari/e.

5.1 Principali risultati

Dalla prima delle ipotesi formulate, ci si aspettava che nel gruppo sperimentale migliorassero nel tempo la soddisfazione dei bisogni psicologici di base (autonomia, competenza, relazione), l'autocompassione, la capacità di regolazione emotiva, la disposizione alla gratitudine, l'ottimismo, le emozioni piacevoli, l'autostima e la resilienza. Tuttavia, tale effetto è emerso solo per la variabile *emozioni piacevoli* per la quale è stato rilevato, nel gruppo che ha partecipato al training, un incremento significativo delle emozioni piacevoli provate tra le misurazioni effettuate al pre – test e quelle effettuate al follow – up.

Invece, dalla seconda delle ipotesi formulate, ci si aspettava che nel gruppo sperimentale si riducessero nel tempo la frustrazione dei bisogni psicologici di base (autonomia, competenza, relazione), l'autocritica, l'isolamento, l'iper-identificazione, le emozioni spiacevoli, l'ansia e la depressione. Tale effetto, in questo caso, è emerso solo per l'*ansia* per la quale è stata individuata una riduzione significativa di essa tra le rilevazioni fatte al pre – test e quelle fatte al follow – up solo nel gruppo sperimentale.

I risultati ottenuti per queste due variabili, emozioni piacevoli e ansia, dimostrano che il training di autocompassione proposto nel presente lavoro di tesi si è rivelato efficace al fine di aumentare le emozioni piacevoli e ridurre l'ansia degli/delle studenti/esse universitari/e. Tuttavia, i cambiamenti significativi che interessano queste due variabili sono stati rilevati solo a distanza di un mese dalla conclusione del training (follow – up). Per tutte le altre variabili considerate nello studio, invece, non sono state osservate differenze significative tra coloro che hanno svolto il training (gruppo sperimentale) e coloro che non lo hanno svolto (gruppo di controllo). Di conseguenza, è possibile affermare che l'intervento non ha determinato un aumento dei livelli di autocompassione, pertanto, l'efficacia del training online proposto è limitata.

I risultati riportati sono comparabili con quelli di altri studi presenti in letteratura. Tra questi è possibile far riferimento allo studio di Hasselberg e Ronnlund (2020), il quale

aveva lo scopo di valutare l'efficacia di un intervento online di autocompassione della durata di due settimane rivolto a 56 giovani adulti di età compresa tra i 18 e i 25 anni (non studenti universitari). In linea con i risultati del presente lavoro di tesi, dallo studio appena riportato è emerso un aumento delle emozioni piacevoli in coloro che avevano partecipato al training online. Invece, a differenza di quanto è emerso nel presente studio sono stati riportati punteggi più alti nella scala dell'autocompassione e della rivalutazione cognitiva in seguito all'intervento. Un altro studio che può essere preso in considerazione è quello di Finlay – Jones et al. (2017), in cui veniva proposto a 37 tirocinanti di psicologia di svolgere un training online mirato ad aumentare i livelli di autocompassione. I risultati ottenuti da Finlay – Jones et al. (2017) confermano i risultati del nostro studio in quanto era stata osservata una riduzione dei livelli di ansia solo tra post – test e follow – up e non tra pre – test e post – test. A supporto dei risultati emersi in questo studio vi è anche la ricerca di Northover e colleghi (2021), i quali avevano lo scopo di valutare fattibilità ed efficacia di un programma di autocompassione online basato sul Compassionate Mind Training (CMT: Gilbert, 2010) in una popolazione composta da gruppi comunitari e studenti universitari. Proprio come nel presente lavoro di tesi, dai risultati dello studio di Northover e colleghi (2021) è emerso che nel gruppo sperimentale è stata riportata una riduzione significativa dei livelli di ansia e tale miglioramento si è mantenuto dopo un mese al follow – up. Un'ulteriore conferma dei risultati emersi dal presente lavoro di tesi è data dallo studio di Dundas et al. (2017) in cui sono stati indagati gli effetti di un corso di autocompassione (non online) su studentesse universitarie di 25 anni. In seguito al training si è verificata una riduzione dei livelli di ansia che si è mantenuta al follow – up di sei mesi. In base ai risultati degli studi appena citati, è possibile notare che in letteratura sono presenti pochi studi che indagano i benefici di un training online di autocompassione per la variabile “emozioni piacevoli” negli/nelle studenti/esse universitari/e, invece, si trovano molti studi a supporto dei risultati ottenuti nel presente lavoro di tesi per quanto riguarda la variabile “ansia”.

Contrariamente a quanto previsto dalle ipotesi formulate, non sono stati osservati dei cambiamenti per quanto riguarda tutte le altre variabili considerate. Pertanto, si potrebbe ipotizzare che questo possa dipendere dal fatto che il training online proposto non prevedeva degli esercizi informali da svolgere nel quotidiano come accade per altri training (es. Mindful Self – Compassion – MSC e Mindfulness based stress reduction and

meditation – MBSR). Infatti, nello studio di Neff e Germer (2013), in cui è stato proposto il training MSC, sono stati riscontrati aumenti significativi per le variabili autocompassione, consapevolezza e soddisfazione della vita e una riduzione dei livelli di depressione contrariamente a quanto si evince nella presente ricerca. Questi autori sostengono che tali miglioramenti siano dovuti proprio alla frequenza con cui i partecipanti praticavano esercizi informali nella vita quotidiana. Un aumento di autocompassione e consapevolezza è stato evidenziato anche in un altro studio in cui dei tirocinanti di psicologia hanno svolto training MBRS e MSC (Jiménez-Gómez, L. et al., 2022). In quest'ultimo studio, tuttavia, sono stati riscontrati risultati simili ai nostri per quanto riguarda la depressione, infatti, in seguito al training non sono stati registrati cambiamenti. Infine, contrariamente a quanto è emerso nel presente studio, altri studi che hanno proposto interventi MSC hanno dimostrato che questi si rivelano efficaci per aumentare l'ottimismo e ridurre le emozioni negative negli studenti universitari (Smeets et al., 2014; Arimitsu, 2016 in PE et al., 2019). I risultati ottenuti nel presente studio relativamente all'autocritica potrebbero dipendere dal fatto che nel training online proposto non fossero inseriti esercizi di respirazione lenta e profonda, di assunzione di una postura corporea sicura e amichevole ed esercizi di modulazione del tono di voce e delle espressioni facciali. Questi ultimi vengono, invece, proposti nel Compassionate Mind Training (CMT; Gilbert, 2010) il quale ha lo scopo di contrastare proprio la tendenza all'autocritica. Inoltre, un altro degli esercizi inserito nel training online proposto in questo studio, come quello del Gestalt Two-Chair (Greenberg, 1981), che è utile a ridurre i livelli di autocritica, non sempre si rivela efficace (Shahar, 2012). In più, il motivo per cui non sono stati riscontrati miglioramenti per le variabili autocritica e depressione può essere dovuto al fatto che gli studenti universitari non sono una popolazione clinica, di conseguenza è presente un minore margine di miglioramento. Inoltre, va considerato che alcuni dei partecipanti inclusi nelle analisi hanno svolto solo quattro delle cinque attività proposte nel training online e anche questo potrebbe spiegare l'assenza di cambiamenti nelle altre variabili esaminate nella presente ricerca. Infine, considerando che gli effetti del training, per le variabili di emozioni positive e ansia, sono visibili solo a distanza di un mese dal training porta ad ipotizzare che prevedere un periodo di follow – up più lungo avrebbe potuto portare a rilevare gli effetti del training anche sulle altre variabili considerate.

Anche se non sono stati inclusi nelle ipotesi iniziali, è utile considerare che dai risultati del presente lavoro di tesi sono stati anche rilevati dei cambiamenti significativi che si sono verificati nel corso del tempo. Tali cambiamenti riguardano le seguenti variabili: soddisfazione del bisogno di relazione, frustrazione del bisogno di competenza, auto – giudizio, iper – identificazione, rivalutazione cognitiva ed autostima. Questi risultati, i quali descrivono gli effetti significativi del tempo, non possono fornire prove circa l'efficacia dell'intervento online proposto agli/alle studenti/esse in quanto l'effetto significativo del tempo riguarda sia coloro che hanno partecipato al training (gruppo sperimentale) sia coloro che non vi hanno partecipato (gruppo di controllo). Tuttavia, considerando che tutti/e gli/le studenti/esse che hanno preso parte a questo studio sono stati reclutati/e tra i frequentanti dei corsi della professoressa Moé, in cui venivano trattati temi attinenti a quelli presenti nel training online proposto nella ricerca, si può ipotizzare che gli studenti che rientravano nel gruppo di controllo siano stati influenzati dai temi trattati a lezione.

In merito ad alcune di queste variabili risultate significative in letteratura sono presenti alcune evidenze. Ad esempio, rispetto all'auto – giudizio, in letteratura troviamo prove del fatto che esso è associato a minori livelli di autocompassione come accade nello studio di Halamová, et al. (2021), in cui in un gruppo sperimentale composto da 26 donne e 5 uomini con un'età media di 33, 73 anni ha seguito il programma EFT – SCP (Emotion Focused Training for Self-Compassion and Self-Protection) online al fine di valutare gli effetti su autocompassione e auto – giudizio. È stata evidenziata nei risultati una riduzione dell'auto – giudizio sia al post – test che al follow – up. Invece, rispetto alla strategia della rivalutazione cognitiva, in letteratura è stata individuata un'associazione tra regolazione delle emozioni in modo adattivo ed autocompassione (Finlay – Jones et al. 2015; Finlay – Jones et al., 2017). Gli studi relativi al costrutto di autostima individuano una correlazione moderata tra autocompassione e autostima e ciò potrebbe dipendere dal fatto che esse sono associate al benessere psicologico in due modi differenti (Neff, 2003 a).

Infine, è opportuno prendere in considerazione anche la desiderabilità sociale che è stata inserita nelle analisi come covariata. Quest'ultima è degna di nota in quanto, eccetto che per la soppressione delle emozioni e la disposizione alla gratitudine, è risultata significativa per tutte le altre variabili prese in considerazione in questo studio. Quindi considerare questo parametro è stato utile in quanto ha permesso di rilevare che alcune

delle risposte assegnate dai/dalle partecipanti nel presente studio potrebbero essere dettate da questa tendenza che porta a scegliere delle risposte che si crede siano più accettate socialmente. In ogni caso, altre ricerche dimostrano che questo bias potrebbe non essere così importante come si è creduto in precedenza (Grimm, 2010).

5.1 Limiti della ricerca

I risultati ottenuti da questa ricerca evidenziano che essa presenta una serie di limiti che vanno presi in considerazione. Tra questi vi sono la scarsa rappresentatività del campione e un elevato tasso di abbandono. Molti dei partecipanti, infatti, hanno abbandonato lo studio prima di compilare le misure di post – test e follow – up e quindi sono stati esclusi dal campione. Un’ altra limitazione di questa ricerca potrebbe essere rappresentata dal fatto che gli esercizi inclusi nel training fossero molto lunghi e ripetitivi e probabilmente questo aspetto ha ulteriormente contribuito a determinare l’elevato tasso di abbandono. Inoltre, andrebbe considerato come limite anche il fatto che i miglioramenti riportati dagli studenti in seguito al training online siano visibili solo su due delle variabili (emozioni piacevoli e ansia) prese in considerazione nello studio. Infine, essendo uno studio rivolto esclusivamente a studenti universitari la generalizzabilità dei risultati potrebbe essere limitata.

5.2 Implicazioni per la pratica futura

Per superare i limiti riportati nel paragrafo precedente, in ricerche future si potrebbero reclutare un maggior numero di partecipanti in modo che il tasso di abbandono non incida in modo eccessivo sulla rappresentatività del campione. Al fine di ridurre il tasso di abbandono, invece, si potrebbero inviare dei questionari per indagare le ragioni che conducono ad abbandonare lo studio e rendere più piacevoli e coinvolgenti gli esercizi proposti nel training, ad esempio, dando ai partecipanti la possibilità di valutare le varie attività: i video proposti, i questionari e gli spazi riflessivi. Così facendo, si potrebbero individuare anche eventuali limiti delle attività proposte e apportare dei miglioramenti al training in sé. Inoltre, sempre al fine di ridurre i tassi di abbandono si potrebbero dare opportunità di apprendimento durante il training e aggiungere alcune curiosità sulle attività che potrebbero stimolare la motivazione e l’interesse degli/le studenti/esse nel continuare a partecipare allo studio. La ricerca futura potrebbe includere anche marcatori fisiologici (ad esempio, variabilità della frequenza cardiaca o stress) in quanto potrebbe

essere utile per evitare che alcuni dei risultati ottenuti possano essere stati influenzati dalla desiderabilità sociale e dall'effetto placebo, considerando che gli studenti avevano letto nel consenso informato che lo scopo dell'intervento online era quello di migliorare il benessere. Inoltre, sarebbe utile indagare l'età o la fase della vita universitaria in cui gli/le studenti/esse avrebbero maggiormente bisogno di sviluppare l'autocompassione e proporre degli interventi in periodi specifici. Invece, al fine di verificare il mantenimento a lungo termine degli effetti dell'intervento si potrebbe prevedere un periodo di follow – up più lungo. Per il futuro si potrebbero pensare a degli interventi di gruppo per migliorare l'autocompassione negli/nelle studenti/esse. Infine, si potrebbe pensare ad uno studio in cui il gruppo di controllo svolga un'attività alternativa a quella del gruppo sperimentale, ad esempio, il gruppo sperimentale svolge un training online e il gruppo di controllo un training faccia a faccia o che i due gruppi svolgano training online diversi (Hasselberg e Ronnlund, 2020).

CONCLUSIONI

Alla luce del presente lavoro di tesi è possibile concludere che il training di autocompassione online proposto agli/alle studenti/esse è risultato efficace solo al fine di aumentare le emozioni piacevoli e ridurre i livelli di ansia nel gruppo sperimentale a distanza di un mese dalla fine dell'intervento (follow – up). Questo porta a concludere che non ci sono stati dei miglioramenti nei livelli di autocompassione in seguito all'intervento. Quindi l'efficacia del training proposto per migliorare il benessere psicologico degli/delle studenti/esse universitari/e è limitata e di conseguenza andrebbero apportati miglioramenti a tale intervento.

BIBLIOGRAFIA

(*) Abiola T, Udofia O. (2011). Psychometric assessment of the Wagnild and Young's resilience scale.

Adams, C. E., & Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 26, 1120–1144. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.10.1120>

(*) All, (n.d). Scala NDA per disturbo d'ansia generalizzato a 7 elementi (GAD-7).

Arimitsu (2016): The effects of a program to enhance selfcompassion in Japanese individuals: A randomized controlled pilot study, *The Journal of Positive Psychology*, DOI: 10.1080/17439760.2016.1152593

Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, and interventions. *Review of General Psychology*, 15, 289–303. <https://doi.org/10.1037/a0025754>

Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15, 289–303. <https://doi.org/10.1037/a0025754>

Barnett, M. D., & Flores, J. (2016). Narcissus, exhausted: Self-compassion mediates the relationship between narcissism and school burnout. *Personality and Individual Differences*, 97, 102–108. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.03.026>

(*) Barnett, M. D., & Sharp, K. J. (2016). Maladaptive perfectionism, body image satisfaction, and disordered eating behaviors among U.S. college women: The mediating role of self-compassion. *Personality and Individual Differences*, 99, 225–234. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.004>

Barrett-Lennard, G. (1997). The recovery of empathy: Toward others and self. In A. Bohart & L. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 103–121). Washington, DC: American Psychological Association Press. doi:10.1037/10226-004

Beaumont, E., Durkin, M., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, *34*, 239-244.

Bell, T., Dixon, A. e Kolts, R. (2017). Sviluppare un supervisore interno compassionevole: terapia incentrata sulla compassione per i terapeuti in formazione. *Psicologia clinica e psicoterapia*, *24* (3), 632-648.

Bertrams, A., Dyllick, T. H., Englert, C., & Krispenz, A. (2020). German adaptation of the subjective vitality scales (SVS-G). *Open psychology*, *2*(1), 57-75.

Blatt S.J., Quinlan D.M., Chevron E.S., McDonald C. e Zuroff D. (1982), "Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*: 113-124. DOI: 10.1037/0022-006X.50.1.113

(*) Bobbio, A. e Manganelli, A. M. (2011). Measuring social desirability responding. A short version of Paulhus' BIDR 6. *Testing, Psychometrics Methodology in Applied Psychology*, *18*, 117-135.

Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). La versione italiana della Depression Anxiety Stress Scales-21: struttura fattoriale e proprietà psicometriche su campioni di comunità e clinici. *Psichiatria completa*, *60* , 170-181.

Breines, JG e Chen, S. (2012). L'auto-compassione aumenta la motivazione all'auto-miglioramento. *Bollettino di personalità e psicologia sociale*, *38* (9), 1133–1143. <https://doi.org/10.1177/0146167212445599>

(*) Bryant, F. B. (2003). Savoring beliefs inventory (SBI): A scale for measuring beliefs about savouring. *Journal of Mental Health*, *12*(2), 175–196. <https://doi.org/10.1080/0963823031000103489>

Butz, S., & Stahlberg, D. (2020). The relationship between self-compassion and sleep quality: An overview of a seven-year German research program. *Behavioral Sciences*, *10*(3), 64. <https://doi.org/10.3390/bs10030064>

(*) Callegari, C., Bertù, L., Lucano, M., Ielmini, M., Braggio, E., & Vender, S. (2016). Affidabilità e validità della versione italiana della Resilience Scale a 14 item. *Ricerca psicologica e gestione del comportamento*, 9, 277.

Campbell, W. K., & Foster, J. D. (2007). The narcissistic self: Background, an extended agency model, and ongoing controversies. In C. Sedikides & S. J. Spencer (Eds.), *The Self* (pp. 115–138). Psychology Press.

Chevrier, B., & Lannegrand, L. (2021). Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale (BPNSFS): Validation de l'adaptation française auprès d'étudiants de première année. *Psychologie Française*, 66(3), 289-301.

(*) Deci, EL e Ryan, RM (1995). Autonomia umana. In *Efficacia, azione e autostima* (pp. 31-49). Springer, Boston, MA.

(*) Deci, EL e Ryan, RM (2012). Teoria dell'autodeterminazione.

Diener, E. D., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97, 143-156

Dundas, I., Binder, P. E., Hansen, T. G., & Stige, S. H. (2017). Does a short self-compassion intervention for students increase healthy self-regulation? A randomized control trial. *Scandinavian journal of psychology*, 58(5), 443-450.

Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning. Emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10725-000>

(*) Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton

Essadek, A., & Rabeyron, T. (2020). Mental health of French students during the Covid-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277, 392–393. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2020.08.042>

(*) Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-Compassion, Emotion Regulation and Stress among Australian Psychologists: Testing an Emotion Regulation

Model of Self-Compassion Using Structural Equation Modeling. *PloS one*, 10(7), e0133481. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133481>

Finlay-Jones, A., Kane, R. e Rees, C. (2017). Autocompassione online: uno studio pilota di un programma di coltivazione dell'autocompassione basato su Internet per tirocinanti in psicologia. *Giornale di psicologia clinica*, 73 (7), 797-816.

(*) Finn, CE (1990). Narciso va a scuola.

Gilbert P. e Irons C. (2005), Therapies for shame and self-attacking, using cognitive, behavioural, emotional imagery and compassionate mind training, in Gilbert P. (Ed), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*, 263- 325, London: Routledge.

Gilbert, P. (1989). *Human Nature and Suffering*. Hillsdale, NJ (Erlbaum) 1989.

Gilbert, P. (2010). *Terapia focalizzata sulla compassione: caratteristiche distintive*. Routledge.

Gilbert, P. (2020). Compassione: dalla sua evoluzione a una psicoterapia. *Frontiere in psicologia*, 11 , 3123. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586161>

Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12, 507–516. <https://doi.org/10.1080/09658210444000115>

Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame. And self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263–325). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203003459>

Gilbert, P. e Procter, S. (2006). Allenamento della mente compassionevole per persone con elevata vergogna e autocritica: panoramica e studio pilota di un approccio di terapia

di gruppo. *Psicologia clinica e psicoterapia: un giornale internazionale di teoria e pratica* , 13 (6), 353-379.

(*) Giuntoli, L., Ceccarini, F., Sica, C., & Caudek, C. (2017). Validation of the Italian Versions of the Flourishing Scale and of the Scale of Positive and Negative Experience. *Sage Open*, 7(1), 2158244016682293.

Glaesmer, H., Rief, W., Martin, A., Mewes, R., Brähler, E., Zenger, M. e Hinz, A. (2012). Proprietà psicometriche e norme basate sulla popolazione del Life Orientation Test Revised (LOT-R). *Rivista britannica di psicologia della salute* , 17 (2), 432-445.

Greenberg, LS (2011). *Terapia incentrata sulle emozioni* . Associazione Americana di Psicologia.

Greenberg, L. S., & Dompierre, L. M. (1981). Specific effects of Gestalt two-chair dialogue on intrapsychic conflict in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 28(4), 288.

Grimm, P. (2010). Bias di desiderabilità sociale. *Wiley enciclopedia internazionale del marketing*.

Halamová, J., Kanovský, M., Jakubcová, K. e Kupeli, N. (2018a). *Studio controllato randomizzato di una versione online a breve termine del programma di auto-compassione consapevole* . Prossimo.

Halamová, J., Kanovský, M., Pačutová, A. e Kupeli, N. (2018b). *Studio randomizzato controllato di una versione online dell'addestramento alla mente compassionevole in un campione non clinico* . Prossimo.

Halamová, J., Kanovský, M., Varšová, K. e Kupeli, N. (2021). Studio randomizzato controllato della nuova formazione incentrata sulle emozioni online a breve termine per l'autocompassione e l'autoprotezione in un campione non clinico. *Psicologia attuale* , 40 (1), 333-343.

(*) Harter, S. (1999). *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*. New York: Guilford Press.

Hasselberg, A., e Rönnlund, M. (2020). Coltivare l'auto-gentilezza e l'attenzione al momento presente nei giovani: uno studio pilota di un programma di consapevolezza e auto-compassione di due settimane fornito da Internet. *Psicologia convincente* , 7 (1), 1769807.

Hofmann, SG , Sawyer, AT , Witt, AA e Oh, S. (2010). L'effetto della terapia basata sulla consapevolezza su ansia e depressione: una revisione meta-analitica . *Giornale di consulenza e psicologia clinica* , 78 , 169 – 183 . doi: 10.1037/a0018555

Horney, K. (1950). Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization.

Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in University students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391–400. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2012.11.015>

Ioannidis, C. A., & Siegling, A. B. (2015). Criterion and incremental validity of the emotion regulation questionnaire. *Frontiers in psychology*, 6, 247.

(*) James, W. (1890). *Principles of Psychology*. Chicago: Encyclopedia Britannica.

Jiménez-Gómez, L., Yela, JR, Crego, A., Melero-Ventola, AR e Gómez-Martínez, M. Á. (2022). Efficacia dei programmi di riduzione dello stress basati sulla consapevolezza (MBSR) rispetto ai programmi di auto-compassione consapevole (MSC) nei tirocinanti di psicologi clinici e sanitari. *Consapevolezza* , 13 (3), 584-599.

Kabat-Zinn, J. (2003). Riduzione dello stress basata sulla consapevolezza (MBSR). *Il costruttivismo nelle scienze umane* , 8 (2), 73.

Kotera, Y., Cockerill, V., Chircop, J. G., & Forman, D. (2021). Mental health shame, self-compassion and sleep in UK nursing students: Complete mediation of self-compassion in sleep and mental health. *Nursing open*, 8(3), 1325-1335.

Kotera, Y., Green, P. e Sheffield, D. (2022). Psicologia positiva per il benessere mentale degli studenti terapeutici del Regno Unito: relazioni con coinvolgimento, motivazione, resilienza e autocompassione. *Giornale internazionale di salute mentale e dipendenza* , 20 (3), 1611-1626.

Kotera, Y., Lieu, J., Kirkman, A., Barnes, K., Liu, G. H., Jackson, J., ... & Riswani, R. (2022, August). Mental Wellbeing of Indonesian Students: Mean Comparison with UK

Students and Relationships with Self-Compassion and Academic Engagement. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 8, p. 1439). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.

Krieger, T., Martig, DS, van den Brink, E. e Berger, T. (2016). Lavorare sull'auto-compassione online: una prova di concetto e uno studio di fattibilità. *Interventi su Internet* , 6 , 64-70.

Lambiase, E., Lagioia, B. E., Marino, A., & Grappone, N. (2016). Autostima e auto-compassione. Due modi diversi di relazionarsi con se stessi. *Modelli della Mente-Open Access*.

(*) Langer, A. I., Ulloa, VG, Aguilar-Parra, JM, Araya-Véliz, C. e Brito, G. (2016). Convalida di una traduzione spagnola del Gratitude Questionnaire (GQ-6) con un campione cileno di adulti e liceali. *Risultati sulla salute e sulla qualità della vita* , 14 (1), 1-9.

(*) Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., & Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35, 1268–1282.

Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & 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, 887–904

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, 887–904. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>

Liss, M., & Erchull, M. J. (2015). Not hating what you see: Self-compassion may protect against negative mental health variables connected to self-objectification in college women. *Body Image*, 14, 5–12. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.02.006>

Liu, Q., Shono, M., & Kitamura, T. (2009). Psychological well-being, depression, and Anxiety in Japanese university students. *Depression and Anxiety*, 26(8), 99–105. <https://doi.org/10.1002/da.20455>

Lovibond, PF e Lovibond, SH (1995). La struttura degli stati emotivi negativi: confronto della Depression Anxiety Stress Scales (DASS) con le Beck Depression and Anxiety Inventories. *Ricerca e terapia comportamentale* , 33 (3), 335-343.

(*) MacDonald, HZ, e Neville, T. (2022). Promuovere la consapevolezza, la salute mentale e l'auto-compassione degli studenti universitari ai tempi del COVID-19: fattibilità ed efficacia di uno studio randomizzato online e interattivo per la riduzione dello stress basato sulla consapevolezza. *Journal of College Student Psychotherapy* , 1-19.

(*) Mannarini, S. (2010). Valutare la dimensionalità della scala di autostima di Rosenberg e il funzionamento degli oggetti in relazione all'autoefficacia e agli stili di attaccamento. *Metodo TPM Test Psychom Appl Psychol* , 4 , 229-42.

Marshall S.L., Parker P.D., Ciarrochi J., Sahdra B. e Heaven P.C.L. (2015), “Selfcompassion protects against the negative effects of low self-esteem: A longitudinal study in a large adolescent sample”, *Personality and Individual Differences*, 74: 116-121. DOI: 10.1016/j.paid.2014.09.013

Matos, M., Duarte, C., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., Petrocchi, N. e Gilbert, P. (2022). Coltivare il sé compassionevole: un'esplorazione dei meccanismi di cambiamento nell'allenamento della mente compassionevole. *Consapevolezza* , 13 (1), 66-79.

Matos, M., Duarte, J., Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Petrocchi, N., Bassoran, J., & Gilbert, P. (2017). Effetti psicologici e fisiologici di addestramento della mente compassionevole. Uno studio pilota randomizzato controllato. *Consapevolezza*, 8(6), 1699–1712

McCullough, ME, Emmons, RA e Tsang, JA (2002). La disposizione riconoscente: una topografia concettuale ed empirica. *Giornale di personalità e psicologia sociale*, 82 (1), 112.

McMillan J.H., Singh J. e Simonetta L.G. (1994), “The tyranny of self-oriented selfesteem”, *Educational Horizons*, Sp: 141-145

Moè, A. (2020). *La motivazione: Teorie e processi*. Bologna: Il Mulino.

Nadeau, MM, Caporale-Berkowitz, NA, & Rochlen, AB (2021). Migliorare l'autocompassione delle donne attraverso un programma online: uno studio randomizzato controllato. *Giornale di consulenza e sviluppo* , 99 (1), 47-59.

Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y.-J. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33, 88–97. doi:10.1007/s11031-008-9119-8

Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225–240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>

Neff K.D. (2003a), “The development and validation of a scale to measure selfcompassion”, *Self and Identity*, 2: 223-250. DOI: 10.1080/15298860309027

Neff K.D. (2006), The role of self-compassion in healthy relationship interactions. Paper presented at the 114th annual meeting of the American Psychological Association, New Orleans, LA

Neff K.D. e Vonk R. (2009), “Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself”, *Journal of Personality*, 77, 1: 23-50. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x

Neff K.D., Kirkpatrick K. e Rude S.S. (2007), “Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning”, *Journal of Research in Personality*, 41: 139-154. DOI: 10.1016/j.jrp.2006.03.004

Neff KD (2003a). Auto-compassione: una concettualizzazione alternativa di un atteggiamento sano verso se stessi. *Sé e identità* , 2, 85-101 (*)

Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality psychology compass*, 5(1), 1-12.

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

Neff, K. D., Hseih, Y., & Dejitthirat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263–287

Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive. Psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139–154. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>

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

Neff, KD (2016). La scala dell'auto-compassione è una misura valida e teoricamente coerente dell'auto-compassione. *Consapevolezza* , 7 (1), 264-274.

Neff, KD, Tóth-Király, I., Knox, MC, Kuchar, A. e Davidson, O. (2021). Lo sviluppo e la convalida della scala dell'autocompassione statale (forma lunga e breve). *Consapevolezza* , 12 (1), 121-140.

(*) Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061–1072.

Northover, C., Deacon, J., King, J. e Irons, C. (2021). Sviluppare l'autocompassione online: valutare l'efficacia e la fattibilità di un breve intervento online. *OBM Medicina integrativa e complementare* , 6 (4), 1-1.

Paucsik, M., Leys, C., Marais, G., Baeyens, C., & Shankland, R. (2022). Self-compassion and savouring buffer the impact of the first year of the COVID-19 on PhD students' mental health. *Stress and Health*.

(*) Paulhus DL (1984). Modelli a due componenti di risposta socialmente desiderabile. *Giornale di personalità e psicologia sociale* , 46, 598-609.

(*) Paulhus DL (1998). *Manuale per le scale dell'inganno di Paulhus: BIDR versione 7*. Toronto, Ontario, Canada: sistemi multi-sanitari.

(*) Prezza, M., Trombaccia, F. R., & Armento, R. (1997). La scala dell'autostima di Rosenberg: traduzione e validazione italiana [Rosenberg's self-esteem scale: Italian translation and validation]. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 35-44.

Quang, A. M. T., Van Pham, M., Mai, T. T., Le, G. N. H., & Song, G. A. N. (2022). Self-compassion and Students' Well-Being Among Vietnamese Students: Chain Mediation Effect of Narcissism and Anxiety. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 40(3), 618-633.

(*) Raskin, RN e Hall, CS (1979). Un inventario narcisistico della personalità. *Rapporti psicologici* .

Reidar Stiegler, J., Uleberg Vildalen, V., Heggem, T., Båfjord Ismaili, S., & Schanche, E. (2022). The effect of the two-chair dialogue intervention on self-compassion-adding an emotional evocative component to a basic Rogerian condition. *Counselling and Psychotherapy Research*.

Rinpoche, DT (2002). *La pratica della meditazione tibetana: esercizi, visualizzazioni e mantra per la salute e il benessere* . Tradizioni interiori/Bear & Co.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

(*) Ryan, R. M., & Frederick, C. M. (1997). On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529–565. doi:10.1111/j.1467-6494.1997.tb00326.x

Sajjadi, M., Noferesti, A. e Abbasi, M. (2022). Intervento di auto-compassione consapevole tra i giovani adulti con una storia di maltrattamento infantile: riduzione dei sintomi psicopatologici, vergogna e autocritica. *Psicologia attuale* , 1-11.

Savari, Y., Mohagheghi, H. e Petrocchi, N. (2021). Un'indagine preliminare sull'efficacia dell'allenamento della mente compassionevole per gli studenti con disturbo depressivo maggiore: uno studio randomizzato controllato. *Consapevolezza* , 12 (5), 1159-1172.

(*) Scheier, MF e Carver, CS (1985). Ottimismo, coping e salute: valutazione e implicazioni delle aspettative di esito generalizzate. *Psicologia della salute*, 4, 219–247.

Scheier, MF, Carver, CS e Bridges, MW (1994). Distinguere l'ottimismo dal nevroticismo (e ansia di tratto, padronanza di sé e autostima) – Una rivalutazione del test di orientamento alla vita. *Giornale di personalità e psicologia sociale*, 67, 1063–1078. (*)

Sedighimornani, N., Rimes, K. A., & Verplanken, B. (2019). Exploring the relationships between mindfulness, self-compassion and shame. *SAGE Open*, 9(3), 215824401986629. <https://doi.org/10.1177/2158244019866294>

Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepeswol, O., & Arkowitz, H. (2012). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 496–507. doi: 10.1002/cpp.762

Slavich, G. M., Stewart, J. G., Esposito, E. C., Shields, G. S., & Auerbach, R. P. (2019). The stress and adversity inventory for adolescents (adolescent STRAIN): Associations with mental and physical health, risky behaviors, and psychiatric diagnoses in youth seeking treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60, 998–1009. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13038>

Smeets, E., Neff, K., Alberts, H. e Peter, M. (2014). Incontrare la sofferenza con la gentilezza: effetti di un breve intervento di auto-compassione per le studentesse universitarie. *Journal of Clinical Psychology*. 70, 794–807. doi: 10.1002/jclp.22076

(*) Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B., Lowe, B., (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch. Intern. Med.* 166, 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.

Stallman, HM (2010). Distress psicologico negli studenti universitari: un confronto con i dati sulla popolazione generale. *Psicologo australiano*, 45, 249 – 257.

Tan, GHC, Hong, DZ, Lim, ICZY, Toh, YP, Loh, VWK e Lien, V. (2022). Mindful Caring: uno studio pilota di un seminario di consapevolezza online per studenti di medicina per migliorare l'autocompassione. *MedEdPublish* , 12 (33), 33.

Taris, T. W. (2000). Dispositional need for cognitive closure and self-enhancing beliefs. *Journal of Social Psychology*, 140, 35–50.

(*) Toole, A. M., & Craighead, L. W. (2016). Brief self-compassion meditation training for body image distress in young adult women. *Body Image*, 19, 104–112. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.09.001>

(*) Tran, T. D., Tran, T., & Fisher, J. (2013). Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-24>

Vescovo, SR (2002). Cosa sappiamo veramente sulla riduzione dello stress basata sulla consapevolezza? *Medicina psicosomatica*, 64 (1), 71-83.

Wagnild GM, Heather M. (1993). Sviluppo e valutazione psicométrica della scala di resilienza. *Jurnal of Nursing measurement*, Vol,1, No.2

Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress and Coping*, 25(5), 543–558. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.608842>

Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and individual differences*, 38(7), 1583–1595. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.09.024>

Williams, J. G., Stark, S. K., & Foster, E. E. (2008). Start today or the very last day? The relationships among self-compassion, motivation, and procrastination. *American Journal of Psychological Research*, 4, 37–44.

(*) Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C., & Mullarkey, M. (2015). Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and Identity*, 14, 499–520. <https://doi.org/10.1080/15298868.2015.1029966>

(*) = opera non direttamente consultata

