

FrancoAngeli

Associazione di Psicologia Cognitiva
Scuola di Psicoterapia Cognitiva

PSICOTERAPIE

Paul Gilbert

La terapia focalizzata sulla compassione

Caratteristiche distintive

*Edizione italiana a cura di
Nicola Petrocchi*



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Paul Gilbert

La terapia focalizzata sulla compassione

Caratteristiche distintive

*Edizione italiana a cura di
Nicola Petrocchi*

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

Or. Ed. *Compassion Focused Therapy. The CBT Distinctive Features Series*

Copyright © 2010 by Paul Gilbert

All rights reserved

Authorised translation from the English language edition
published by Psychology Press, a member of the Taylor & Francis Group

In copertina: Leonardo, *Studi di teste di Apostoli per il Cenacolo: Giuda*

Traduzione di Nicola Petrocchi

Copyright © 2012 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione e ringraziamenti pag. 7

Prima parte - La teoria: comprendere il modello

1. Alcuni principi di base	»	11
2. Un viaggio personale	»	20
3. La mente evoluta e la terapia focalizzata sulla compassione	»	25
4. Multi-mente	»	33
5. L'attaccamento e l'importanza dell'affetto	»	42
6. I tre sistemi di regolazione affettiva, l'accudimento e la terapia focalizzata sulla compassione	»	46
7. Affiliazione, calore e affetto	»	55
8. Definire le caratteristiche della terapia focalizzata sulla compassione	»	60
9. La formulazione del caso	»	68
10. La vergogna	»	81
11. L'autocritica	»	90
12. Distinguere vergogna, colpa e umiliazione: responsabilità versus colpevolizzazione autocritica	»	97

13. Distinguere l'auto-correzione compassionevole dall'attacco di sé basato sulla vergogna	pag. 100
14. La minaccia e l'attitudine volitiva di tipo compensatorio	» 103

Seconda parte - La pratica della compassione

15. Comprendere il sistema calmante: il bilanciamento dei sistemi di regolazione emotiva visto da una prospettiva più ampia	» 111
16. La natura della compassione	» 118
17. Preparare e coltivare la propria mente: la mindfulness e il ritmo respiratorio calmante	» 130
18. Introdurre le pratiche immaginative	» 136
19. Creare un posto sicuro	» 142
20. I vari tipi di immaginazione compassionevole	» 145
21. Sviluppare il sé compassionevole	» 148
22. L'esercizio della sedia compassionevole	» 154
23. Focalizzarsi sul sé compassionevole	» 158
24. La compassione verso gli altri	» 163
25. La compassione degli altri verso noi: attingere ai ricordi	» 167
26. La compassione degli altri verso noi: le immagini compassionevoli	» 170
27. Scrivere lettere compassionevoli	» 178
28. Accrescere la compassione e il benessere	» 180
29. Paura della compassione	» 182
30. Ultimi pensieri	» 191
Bibliografia	» 195

Prefazione e ringraziamenti

Vorrei ringraziare Windy Dryden per aver realizzato questa eccellente collana, per avermi invitato a dare un contributo e per la pazienza che ha mostrato nei miei confronti nella fase di stesura del testo. Ho trovato questo compito particolarmente impegnativo perché, ad oggi, non esiste nessun volume di riferimento sulla terapia focalizzata sulla compassione (TFC) e quindi si sentiva la necessità di un background teorico e di evidenze scientifiche che avvalorassero un approccio basato sulla compassione. Di conseguenza, questo volume è un po' più lungo e con più riferimenti bibliografici degli altri di questa stessa serie – quindi, molte grazie a Windy, Joanne Forshaw e Jane Harris della Routledge per tutto il loro supporto.

Ho provato a definire le caratteristiche distintive di questa terapia riconoscendo, allo stesso tempo, l'enorme debito e i numerosi elementi presi in prestito da altri approcci. Molte grazie a tutti coloro che hanno supportato la terapia focalizzata sulla compassione e, in particolar modo, il mio attuale team di ricerca: Corinne Gale, Kirsten McEwan e Jean Gilbert; i membri onorari della *Compassionate Mind Foundation*: Chris Gillespie, Chris Irons, Ken Goss, Mary Welford, Ian Lowens, Deborah Lee, Thomas Schroder e Jean Gilbert; i miei colleghi nell'ambito della clinica, che hanno contribuito allo sviluppo di questo approccio, Michelle Cree, Sharon Pallant e Andrew Rayner, condividendo la loro conoscenza, le intuizioni e la loro cultura e arricchendo enormemente la nostra concettualizzazione della TFC. La mia gratitudine va a Giovanni Liotti che mi ha aiutato a comprendere l'importanza della mentalizzazione e la sua relazione con le *mentalità sociali*; a Andrew Gumley per il suo supporto, l'interessamento e la guida che ci ha fornito nel campo delle psicosi e a Sophie Mayhew e Christine Brehler per il loro illuminante lavoro che ha utilizzato la TFC con i pazienti psicotici. La terapia basata sulla compassione è supportata dalla *Compassionate Mind Foundation* che offre collegamenti ad altri siti web e aggiornamenti sul tema della compassione, oltre che aggiornamenti e

training di formazione sulla terapia focalizzata sulla compassione (vedi il sito www.compassionatemind.co.uk). Grazie anche a tutti coloro che hanno dato il loro contributo allo spazio di discussioni sulla mente compassionevole (vedi, anche in questo caso, il sito www.compassionatemind.co.uk). La mia gratitudine va a Diane Woollands per il suo straordinario aiuto nel mandare avanti la *Compassionate Mind Foundation* e a Kelly Sims per il suo entusiasmo, il lavoro di segreteria e il controllo della bibliografia – un'impresa non da poco.

Questo libro è dedicato, con gratitudine, a tutti i clienti che nel corso degli anni hanno condiviso con me le loro tragedie e i loro trionfi e mi hanno guidato nello sviluppo della TFC, indicandomi sinceramente ciò che è d'aiuto e ciò che non lo è. Ho un grande debito nei confronti di tutti.

Prima parte

*La teoria:
comprendere il modello*

1. Alcuni principi di base

Tutti gli approcci terapeutici assumono che la psicoterapia dovrebbe essere condotta in un modo compassionevole che sia rispettoso, di sostegno e, in generale, gentile con i clienti (Gilbert, 2007a; Glasser, 2005). Rogers (1957) ha identificato gli aspetti nucleari della relazione terapeutica che comprendono la considerazione positiva, l'autenticità e l'empatia – tutte qualità che possono essere considerate “compassionevoli”. Più recentemente, la compassione *di sé* e le tecniche per svilupparla hanno ricevuto attenzione nel campo della ricerca (Gilbert e Procter, 2006; Leary *et al.*, 2007; Neff, 2003a, 2003b) e sono diventate elementi centrali di alcuni programmi di auto-aiuto (Germer, 2009; Gilbert, 2009a, 2009b; Rubin, 1975, 1998; Salzberg, 1995). Sviluppare la compassione per se stessi e per gli altri, come modo per incrementare il benessere, è inoltre un elemento centrale della pratica buddista finalizzata all'aumento del benessere personale da migliaia di anni (Dalai Lama, 1995; Leighton, 2003; Vessantara, 1993).

Dopo aver esaminato i principi di base che costituiscono la terapia focalizzata sulla compassione (TFC), il capitolo 16 descrive dettagliatamente gli aspetti della compassione caratteristici dell'approccio della TFC. Come premessa faccio notare che stanno emergendo diversi modelli della compassione sulla base di differenti teorie, tradizioni e linee di ricerca (Fehr, Sprecher e Underwood, 2009). Il termine “compassione” deriva dalla parola latina *compati* che significa “soffrire con”. Probabilmente, la definizione più conosciuta è quella del Dalai Lama che ha definito la compassione come «una *sensibilità* verso la sofferenza di noi stessi e degli altri, unita ad un profondo *impegno* nel tentare di alleviarla»: un'attenzione (consapevolezza) sensibile *più* una motivazione. Nel modello buddista, la vera compassione nasce dalla consapevolezza della natura illusoria di un sé separato che cerca disperatamente di mantenere intatti i suoi confini – una mente che ha raggiunto tale consapevolezza è chiamata *mente illuminata* o *mente sveglia*. Kristin Neff (2003a, 2003b; vedi il sito www.self-compassion.org), una

pioniera nella ricerca sulla compassione di sé, ha derivato il suo modello e gli strumenti di misurazione self-report dal buddismo Theravada. Il suo approccio alla compassione di sé identifica tre componenti principali:

1. essere presenti (*mindful*) e aperti alla propria stessa sofferenza;
2. essere gentili con noi stessi piuttosto che pronti all'auto-condanna;
3. essere consapevoli del fatto che condividiamo con altri l'esperienza della sofferenza piuttosto vergognarsi e sentirsi soli nel nostro dolore – un'apertura alla nostra *umanità condivisa*.

La TFC, invece, è stata sviluppata con e per soggetti con problematiche mentali croniche e complesse, caratterizzate da alti livelli di vergogna e di autocritica e che spesso derivano da contesti familiari difficili (dove, ad esempio, sono stati trascurati o hanno subito abusi). L'approccio della TFC alla compassione prende in prestito molti spunti dagli insegnamenti buddisti (in particolare il ruolo della sensibilità e della motivazione ad alleviare la sofferenza), ma si basa su un approccio evolucionistico alle neuroscienze e alla psicologia sociale, connesso alla psicologia e alla neurofisiologia del comportamento di accudimento – sia del *dare* che del *ricevere* (Gilbert, 1989, 2000a, 2005a, 2009a). Sentirsi accuditi, accettati e avere un senso di appartenenza e di affiliazione agli altri è fondamentale per la nostra maturazione fisiologica e per il nostro benessere (Cozolino, 2007; Siegel, 2001, 2007). Questi ultimi sono connessi a particolari tipi di emozioni positive associate al benessere (Depue e Morrone-Strupinsky, 2005; Mikulincer e Shaver, 2007; Panksepp, 1998) e ad un profilo neuro-ormonale caratterizzato da maggiori livelli di endorfine ed ossitocina (Carter, 1998; Panksepp, 1998). Queste emozioni positive, caratterizzate da una sensazione di calma e di pace, possono essere distinte da quelle proprie dell'attivazione psicomotoria, connesse alla realizzazione di obiettivi, all'eccitamento e alla ricerca di risorse (Depue e Morrone-Strupinsky, 2005). Attualmente è possibile distinguere le sensazioni positive di benessere, contentezza e sicurezza, da quelle di eccitamento o relative al raggiungimento di scopi, anche con strumenti self-report (Gilbert *et al.*, 2008). Nello studio appena citato abbiamo riscontrato che l'appagamento e la sensazione di essere al sicuro sono correlati a minori livelli di depressione, ansia e stress più di quanto lo siano le sensazioni positive di eccitamento e di euforia.

Quindi, se esistono differenti tipi di emozioni positive – e differenti sistemi cerebrali che le sottendono – allora ha senso che gli psicoterapeuti cerchino di sviluppare nei clienti la capacità di provare le emozioni positive connesse alla sensazione di calma e di benessere. Come vedremo, questo significa aiutarli a (diventare motivati a) sviluppare compassione per se stessi, per gli altri e l'abilità di essere sensibili alla compassione degli altri. Esistono modi compassionevoli (e non compassionevoli) di affrontare le

esperienze dolorose, le sensazioni che ci spaventano o le memorie di traumi passati. La TFC non suggerisce di evitare le emozioni dolorose o provare a sopprimerle, ma è piuttosto un modo di affrontare ciò che ci fa soffrire. Nel capitolo 29 faremo notare che molti clienti hanno il timore della compassione degli altri o di provare compassione verso se stessi ed è proprio l'intervento su questo timore che costituisce il fulcro del nostro approccio terapeutico. Un secondo aspetto dell'approccio evolucionistico della TFC suggerisce che i sistemi di auto-valutazione operano per mezzo degli stessi sistemi di elaborazione che utilizziamo quando ci troviamo a valutare i processi sociali ed interpersonali (Gilbert, 1989, 2000a). Quindi, ad esempio, come i comportamentisti hanno da tempo fatto notare, se vediamo qualcosa che ci eccita o se semplicemente ce lo immaginiamo, il sistema di attivazione sessuale che si accende è lo stesso – non esistono sistemi differenti per stimoli provenienti dall'esterno o dall'interno. Allo stesso modo, l'autocritica e la compassione di sé possono operare per mezzo di processi cerebrali simili a quelli che vengono stimolati quando sono altre persone ad essere critiche o compassionevoli verso di noi. Sempre più evidenze a sostegno di questa ipotesi derivano dagli studi sull'empatia e i neuroni specchio (Decety e Jackson, 2004) e da un nostro recente studio sull'autocritica e la compassione di sé che ha impiegato la tecnica della risonanza magnetica funzionale (fMRI; Longe *et al.*, 2010).

1. Gli interventi

La TFC è una terapia multimodale che si struttura su una serie di interventi derivati dalla terapia cognitivo-comportamentale (TCC) e da altri approcci terapeutici. Ha quindi come focus l'attenzione, il ragionamento e la ruminazione, il comportamento, le emozioni, le motivazioni e l'immaginazione. Si avvale di diversi strumenti: la relazione terapeutica (vedi oltre); il dialogo socratico, la scoperta guidata e la psico-educazione (sul modello della TFC); le formulazioni strutturate; le tecniche di monitoraggio dei pensieri, dei comportamenti e delle sensazioni corporee; la catena di inferenze; l'analisi funzionale; gli esperimenti comportamentali; l'esposizione e i compiti gradualizzati; l'immaginazione basata sulla compassione; il lavoro "con le sedie"; la rappresentazione di differenti sé; la mindfulness; le tecniche finalizzate ad aumentare la tolleranza emozionale, a comprendere e fronteggiare i conflitti e gli stati emotivi complessi, ad aumentare la motivazione e la pratica e mettere in luce i meccanismi protettivi; la mentalizzazione; la scrittura espressiva (di lettere), il perdono e la distinzione fra la critica di sé basata su sentimenti di vergogna e la correzione di sé basata sulla com-

passione; gli homework fra una sessione l'altra e la pratica guidata – solo per nominarne alcuni!

2. *Sentire il cambiamento*

La TFC, con il suo focus sulla compassione e l'utilizzo di tecniche di immaginazione basate sulla compassione, arricchisce gli approcci tradizionali della TCC con elementi peculiari. In linea con molti dei recenti sviluppi in terapia, viene data un'attenzione particolare alla mindfulness, sia nel cliente che nel terapeuta (Siegel, 2010). La TFC propone una formulazione del caso che si incentra sul modello di regolazione emotiva descritto nel capitolo 6 e i vari interventi hanno lo scopo di sviluppare specifici pattern di regolazione affettiva, configurazioni cerebrali ed esperienze del sé che sono alla base dei processi di cambiamento. Questo è particolarmente importante quando lavoriamo con l'autocritica e la vergogna in soggetti che provengono da contesti familiari rigidi. Questi individui possono non aver sperimentato sufficienti cure o comportamenti affiliativi da parte degli altri e, per questo motivo, un particolare sistema (che chiameremo *calmante*) di regolazione affettiva è per loro meno accessibile. È comune che questi clienti ci dicano: «comprendo la logica della terapia cognitivo-comportamentale (ad esempio), ma non sento alcuna differenza, non mi fa sentire meglio». Per *sentirsi* in modo diverso è necessario avere l'abilità di accedere ai sistemi affettivi (caratterizzati da uno specifico assetto neurofisiologico) che danno origine a sensazioni di calma e sicurezza. Questa è una problematica ben nota nella TCC (Leahy, 2001; Stott, 2007; Wills, 2009, p. 57).

Più di venti anni fa cercai di scoprire perché i “pensieri alternativi” non venivano “sentiti” come utili da questo tipo di clienti. La mia ricerca rivelò che il tono emotivo, il modo in cui essi “sentivano” i pensieri alternativi nella loro testa, era spesso analitico, freddo, distaccato o persino aggressivo. Pensieri alternativi per fronteggiare una sensazione di fallimento, come: «andiamo, non hai evidenze a supporto di questa visione negativa; ricordati quante cose hai fatto la scorsa settimana!», avranno un impatto molto differente se vengono detti a se stessi (e quindi sperimentati) con aggressività e irritazione piuttosto che lentamente, con gentilezza e calore. Era lo stesso per le esposizioni o gli homework – il modo in cui vengono fatti (maltrattandosi o costringendosi invece che incoraggiandosi ed essendo gentili con se stessi) è importante tanto quanto ciò che viene fatto. Ci fu chiaro come fosse necessario concentrarsi molto più sul *sentire* i pensieri alternativi che sul loro contenuto – effettivamente un'eccessiva attenzione sul contenuto spesso non produceva effetti. Di conseguenza, nei miei primi tentativi di

utilizzare la TFC, ho semplicemente cercato di incoraggiare i clienti ad immaginare una voce calda e gentile che suggeriva loro i pensieri alternativi o che li assisteva nei compiti comportamentali. Nella seconda edizione di *Counselling for Depression* (Gilbert, 2000b) un'intera aria di approfondimento era dedicata a come “sviluppare calore verso se stessi” (vedi anche Gilbert, 2000a). L'approccio terapeutico che qui proponiamo si è quindi evoluto dalla TCC e dagli interventi sulle emozioni fatti *con focus sulla compassione (gentilezza)* per poi diventare la terapia focalizzata sulla compassione quando le evidenze scientifiche a conferma del modello sono aumentate ed esercizi più specifici si sono dimostrati efficaci.

3. La relazione terapeutica

La relazione terapeutica gioca un ruolo fondamentale nella TFC (Gilbert, 2007c; Gilbert e Leahy, 2007) e si presta particolare attenzione alle micro-abilità che favoriscono l'ingaggio terapeutico (Ivey e Ivey, 2003), agli aspetti del transfert e del controtransfert (Miranda e Andersen, 2007), all'espressione, amplificazione, inibizione o timore delle emozioni (Elliott *et al.*, 2001), alla vergogna (Gilbert, 2007c), alla validazione (Leahy, 2005) e alle abilità di mindfulness del terapeuta (Siegel, 2010). Quando abbiamo formato a questo modello terapeuti provenienti da altri approcci, ci siamo spesso trovati a chiedere loro di rallentare; di lasciare spazi e silenzi per la riflessione nelle loro sessioni terapeutiche, piuttosto che riempirle di domande di tipo socratico o tentativi di identificare il “target dell'intervento”. Abbiamo insegnato loro a modulare il tono e la velocità dell'eloquio, il ritmo della terapia, la comunicazione non verbale, l'abilità di essere *mindful* nel setting terapeutico (Katzow e Safran, 2007; Siegel, 2010) e di orientare i propri processi riflessivi al fine di creare sufficiente “sicurezza” per esplorare, scoprire, sperimentare e crescere. L'elemento chiave è fornire un contesto emotivo dove i clienti possano sperimentare (ed internalizzare) il terapeuta come “compassionevole verso di loro” – un compito non sempre agevole, come vedremo in seguito (vedi capitolo 10). La vergogna spesso fa sì che i clienti abbiano il vissuto emotivo (transfert) di non essere compresi, di fare le cose in modo sbagliato, di dover cercare di far andare le cose come gli altri vogliono e di un *forte senso di solitudine*. Il tono emotivo in seduta è, in parte, creato dal ritmo e dalle modalità del terapeuta ed è importante al fine di sperimentare la sensazione di “*essere insieme*”. I terapeuti della TFC sono particolarmente sensibili alla difficoltà del cliente di provare la sensazione di “essere insieme” o di “qualcuno che si prende cura di lui” e alla tendenza a mettere in atto strategie difensive che impediscono al

sé di sperimentare “sentimenti di unione e condivisione” (vedi il capitolo 29; Gilbert, 1997, 2007a, specialmente il capitolo 5 e 6, 2007c).

La terapia cognitivo-comportamentale si basa sulla collaborazione, grazie alla quale il terapeuta e il cliente si concentrano sul problema insieme, come una squadra. Anche la terapia focalizzata sulla compassione si incentra sulla “condivisione” (mentale). L’evoluzione del comportamento di condivisione (e della motivazione a condividere), non solo di oggetti materiali ma anche di pensieri, idee e sentimenti, è uno dei più importanti fattori di adattamento degli esseri umani e noi primeggiamo, rispetto alle altre specie, quanto a desiderio di condividere. In qualità di specie particolarmente sociale, gli esseri umani hanno un innato desiderio di condividere – non solo le cose materiali ma anche la loro conoscenza, i valori e il contenuto delle loro menti – di essere conosciuti, compresi e validati. Per questa ragione, la motivazione a condividere, la paura della condivisione (vergogna), l’empatia e la teoria della mente rappresentano importanti motivazioni e competenze acquisite nel corso dell’evoluzione. È la percezione di un ostacolo a questo *flusso di menti* che può essere problematica per alcuni individui ed è il modo con cui un terapeuta “sblocca” questo flusso che può essere terapeutico.

La terapia dialettico-comportamentale (DBT; Linehan, 1993) ha sollevato il problema dei comportamenti che interferiscono con la terapia. La TFC, come ogni altra terapia, sottolinea l’importanza di saper stabilire confini chiari, di utilizzare l’autorevolezza come un mezzo di contenimento. Alcuni clienti possono essere “bulli emotivi”, nella misura in cui spaventano il terapeuta (ad esempio con litigi in seduta o minacce di suicidio) e sono eccessivamente esigenti. Un terapeuta spaventato può cedere a queste richieste o indietreggiare. I clienti, a qualche livello, sono spaventati della loro stessa capacità di far fuggire gli altri. In altri casi, con clienti che stanno attraversando momenti particolarmente dolorosi, il terapeuta può cercare di soccorrere l’altro piuttosto che rimanere silenzioso. Quindi, chiarire questi aspetti della relazione terapeutica è molto importante. È per questo che la terapia dialettico-comportamentale, saggiamente, raccomanda gruppi di supporto per terapeuti che lavorano con questa tipologia di clienti. La ricerca ha mostrato che la compassione può diventare una componente autentica della propria identità, ma che può anche essere connessa a scopi di auto-immagine, per cui alcune persone sono compassionevoli al fine di piacere agli altri (Crocker e Canevello, 2008). Gli scopi di auto-immagine che si incentrano su qualità compassionevoli sono problematici in molti modi. I ricercatori stanno anche iniziando ad esplorare lo stile di attaccamento e la relazione terapeutica e stanno evidenziando come i terapeuti con uno stile di attaccamento sicuro creano l’alleanza terapeutica con maggiore facilità e

con meno problemi rispetto ai terapeuti con un sistema di attaccamento insicuro (Black *et al.*, 2005; vedi anche Liotti, 2007). Leahy (2007) ha anche sottolineato come la personalità e l'organizzazione degli schemi del terapeuta hanno un ruolo preminente nella relazione terapeutica – ad esempio, terapeuti dispotici con pazienti dipendenti oppure terapeuti dipendenti con pazienti dispotici. Quindi la compassione non è semplicemente “essere carini” in modo sottomesso – può essere dura, definire confini, essere onesta e non disposta a dare ai clienti ciò che vogliono ma piuttosto ciò di cui hanno bisogno. Un alcolista vuole un altro drink ma non è ciò di cui ha bisogno; molte persone vogliono evitare la sofferenza e possono provare a farlo in molti modi, ma la chiarezza (gentile), l'esposizione e l'accettazione possono essere ciò che, di fatto, facilita il cambiamento e la crescita (Siegel, 2010).

4. Evidenze dei benefici della compassione

Sebbene la TFC si basi su un modello scientifico neuro-psicologico di stampo evolucionistico, è importante riconoscere il suo grande debito nei confronti della tradizione buddista. Per oltre 2500 anni il buddismo si è focalizzato sulla compassione e la mindfulness come elementi fondamentali per raggiungere l'illuminazione e “guarire la propria mente”. Mentre il buddismo Theravada si basa sulla mindfulness e sulla “gentilezza amorevole”, le pratiche del buddismo Mahayana si fondano specificamente sulla compassione (Leighton, 2003; Vessantara, 1993). Al termine della sua vita il Buddha disse che i suoi principali insegnamenti erano la mindfulness e la compassione – non fare del male a se stessi o agli altri. Il Buddha delineò un ottoplice percorso di pratica e addestramento della propria mente al fine di evitare il dolore e promuovere la compassione. Questo percorso include: meditazioni e immaginazione compassionevoli, il comportamento compassionevole, il pensiero compassionevole, l'attenzione compassionevole, l'emotività, il modo di parlare compassionevole e il sostentamento compassionevole¹. È questo insieme di componenti che conduce ad una mente compassionevole. Adesso sappiamo che la pratica dei vari aspetti della compassione aumenta il benessere e ha effetti sul funzionamento cerebrale, specialmente sulle aree responsabili della regolazione emotiva (Begley, 2007; Davidson *et al.*, 2003). Negli ultimi 10 anni abbiamo assistito ad un incredibile aumento delle ricerche sui benefici derivanti dal coltivare la

¹ Indica l'impegno a non vivere di una professione dannosa per gli esseri umani e per la natura.

compassione (Fehr *et al.*, 2009). In uno dei primi studi a riguardo, Rein, Atkinson e McCraty (1995) trovarono che gli esercizi di immaginazione compassionevole avevano effetti positivi su un indicatore del funzionamento immunitario (S-IgA), mentre esercizi immaginativi centrati sulla rabbia producevano effetti negativi sul medesimo indicatore. Le pratiche immaginative di compassione per gli altri producono cambiamenti nella corteccia frontale, nel sistema immunitario e nel benessere generale (Lutz *et al.*, 2008). Hutcherson *et al.* (2008) hanno trovato che una breve meditazione di *gentilezza amorevole* è capace di aumentare i sentimenti di connessione sociale e di affiliazione verso sconosciuti. Fredrickson *et al.* (2008) hanno assegnato 67 impiegati della *Compuware* (un'azienda specializzata in prestazioni e prodotti informatici, n.d.t.) ad un gruppo di meditazione di *gentilezza amorevole* ed altri 72 ad un gruppo di controllo (la lista di attesa). Questi ricercatori trovarono che sei sessioni di gruppo settimanali, della durata di 60 minuti, seguite dalla pratica quotidiana a casa condotta con l'ausilio di un CD contenente meditazioni di *gentilezza amorevole* (compassione diretta verso se stessi, poi verso gli altri ed infine verso sconosciuti) incrementava il livello di emozioni positive, la mindfulness, sentimenti di "senso della vita" e di supporto sociale e diminuiva i sintomi di malessere. Pace, Negi e Adame (2008) hanno riscontrato che la meditazione con focus sulla compassione (fatta per sei settimane) aumentava le funzioni immunitarie e neuroendocrine e migliorava le risposte comportamentali allo stress. Rockliff *et al.*, (2008) hanno riscontrato che esercizi di immaginazione con focus sulla compassione aumentavano la variabilità della frequenza cardiaca e riducevano il cortisolo in soggetti caratterizzati da bassa autocritica, ma non in coloro con alta autocritica. In un nostro recente studio che ha impiegato la tecnica della *risonanza magnetica funzionale* (fMRI), abbiamo riscontrato che l'autocritica e l'auto-rassicurazione in risposta ad eventi minacciosi immaginati (ad esempio, un rifiuto in ambito lavorativo), stimolavano differenti aree del cervello: la compassione di sé, ma non l'autocritica, attivava l'*insula* – un'area del cervello connessa all'empatia (Longe *et al.*, 2010). La visione di facce tristi, neutre o con un'attitudine compassionevole, influenza le risposte neurofisiologiche alle facce in generale (Ji-Woong *et al.*, 2009). In un piccolo studio, condotto senza gruppo di controllo, su persone con patologie mentali croniche, un training sulla compassione ha ridotto in maniera significativa la vergogna, l'autocritica, la depressione e l'ansia (Gilbert e Procter, 2006). Il training sulla compassione si è anche dimostrato utile in soggetti psicotici con allucinazioni auditive sotto forma di voci (Mayhew e Gilbert, 2008). In uno studio sulla TFC di gruppo applicata a 19 pazienti in un'istituzione psichiatrica ad alta sicurezza, Laithwaite *et al.*, (2009) hanno riscontrato «un grosso cambiamento nei livelli di de-

pressione e di autostima [...]. Un cambiamento più moderato si è riscontrato nelle misure di confronto sociale e psicopatologia generale, con un cambiamento di minore rilevanza per quanto riguarda i sentimenti di vergogna [...]. Questi cambiamenti si sono mantenuti stabili al follow-up di sei settimane dopo» (p. 521). Esistono attualmente buone evidenze che l'attitudine a prendersi cura degli altri, a mostrare apprezzamento e gratitudine, ad avere abilità empatiche e di mentalizzazione, riveste un ruolo fondamentale nella costruzione di relazioni positive che, a loro volta, hanno una significativa influenza sul benessere e sulla salute mentale e fisica degli individui (Cacioppo *et al.*, 2000; Cozolino, 2007, 2008). Considerati nel loro insieme, questi dati rappresentano un ottimo punto di partenza per futuri sviluppi nella ricerca e nell'applicazione della TFC.

Neff (2003a, 2003b) è stata una pioniera negli studi sulla *compassione di sé*. Ha dimostrato che la compassione di sé può essere distinta dall'autostima, che predice alcuni aspetti del benessere meglio dell'autostima (Neff e Vonk, 2009) e che aumenta la capacità di fronteggiare i fallimenti, ad esempio in ambito accademico (Neff *et al.*, 2005; Schallert *et al.*, 2009). Scrivere lettere compassionevoli a se stessi incrementa le abilità di coping di fronte ad eventi di vita avversi e riduce il livello di depressione (Leary *et al.*, 2007). Tuttavia, come già abbiamo notato, la Neff concettualizza la compassione in modo diverso dal modello basato sull'attaccamento e di stampo evoluzionistico qui delineato e, ad oggi, non esiste ancora una definizione condivisa di compassione – effettivamente, nelle diverse lingue si possono riscontrare discrepanze piccole (ma importanti) rispetto al significato stesso della parola compassione. Qui, la compassione sarà definita come un “atteggiamento mentale”, una mentalità di base, e verrà esplorata in dettaglio nel capitolo 16.