



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di Laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle
Relazioni interpersonali**

Elaborato finale

**Intolleranza all'incertezza, sintomi internalizzanti e la
loro associazione con l'aver intrapreso un percorso
psicologico: una fotografia nell'*emerging adulthood***

**Intolerance of uncertainty, internalizing symptoms and their association with
undertaking psychotherapy: an overview in emerging adulthood**

Relatrice:

Prof.ssa Daniela Di Riso

Laureanda: Arianna Cappellato

Matricola 2012915

Anno Accademico 2022-2023

INDICE

Abstract	1
Capitolo 1: Background teorico	3
1.1 L'intolleranza all'incertezza nell' <i>emerging adulthood</i>	3
1.2 I sintomi internalizzanti: depressione e ansia di separazione nell' <i>emerging adulthood</i>	4
1.3 L'intolleranza all'incertezza come fattore transdiagnostico	6
1.4 L'intolleranza all'incertezza in associazione ai sintomi internalizzanti nell' <i>emerging adulthood</i>	8
1.5 Implicazioni e servizi	11
Capitolo 2: La ricerca	13
2.1 Obiettivi	13
2.2 Ipotesi	13
2.3 Metodo	14
2.3.1 Il campione	14
2.3.2 La procedura	15
2.3.3 Gli strumenti	15
Capitolo 3: I risultati	19
3.1 Analisi preliminari	19
3.1.1 Differenze per genere	19
3.2 Differenze tra gruppi nei questionari IUBEL, SASI, ASA-27, PHQ-9	19
3.2.1 IUBEL	20
3.2.2 SASI	21
3.2.3 ASA-27	21
3.2.4 PHQ-9	21
3.3 Correlazioni	21
3.3.1 Campione 1: nessun percorso psicologico precedente	21
3.3.2 Campione 2: percorso psicologico precedente	23
Capitolo 4: Discussione	25
4.1 Limiti	27
4.2 Conclusioni	27
4.3 Studi futuri	28
4.4 Importanza clinica	28
Bibliografia	29

ABSTRACT

La presente ricerca si è posta l'obiettivo di indagare le differenze in merito ai tassi di intolleranza all'incertezza, sintomi di ansia di separazione e sintomi depressivi tra chi ha intrapreso un percorso psicologico in passato e chi non l'ha mai intrapreso; inoltre, esplora l'eventuale legame tra tali costrutti nei due gruppi. La letteratura riporta tassi di sintomatologia elevati nell'*emerging adulthood*, specie in chi ha effettuato un percorso terapeutico, e associazioni per lo più positive tra l'intolleranza all'incertezza e i sintomi di ansia di separazione e tra l'intolleranza all'incertezza e i sintomi depressivi. I risultati di questa ricerca rivelano differenze significative tra i due campioni in quanto a livello di sintomatologia depressiva e di ansia di separazione (più diffusi tra chi è ricorso alla psicoterapia), ma non di intolleranza all'incertezza; inoltre, sono emerse correlazioni significative tra quest'ultima e gli altri due costrutti in entrambi i campioni.

CAPITOLO 1: BACKGROUND TEORICO

1.1 L'intolleranza all'incertezza nell'*emerging adulthood*

L'intolleranza all'incertezza è stata definita come l'incapacità di tollerare la reazione avversiva esperita quando si percepisce l'assenza di informazioni salienti, centrali o sufficienti, da cui deriva la sensazione di incertezza (Carleton, 2016); si manifesta come la tendenza a considerare come inaccettabile e minacciosa la possibilità di eventi negativi, al di là dell'effettiva probabilità che l'evento si verifichi (Carleton, Norton & Asmundson, 2007). Il carattere avversivo della reazione deriva dalla natura dello stimolo, che viene percepito come tale quando non si è in grado di sopportarlo; uno stimolo simile, quando rilevato o anticipato, suscita risposte emotive negative (Carleton, 2016), quali ansia e paura. Esperienze ripetute di questo tipo consolidano, tramite apprendimento, l'associazione tra incertezza ed emozioni spiacevoli e motivano la ricerca di prevedibilità e controllo, che permettono di percepire la situazione come sicura e non potenzialmente minacciosa. La percezione di incertezza, dunque, contribuisce a determinare lo stato emotivo individuale (Carleton, 2016). L'intolleranza all'incertezza è generalmente considerata un tratto stabile nel tempo se non vi è un intervento (Carleton, 2012; Mahoney & McEvoy, 2012b) e si lega alla tolleranza del distress, nonché alla psicopatologia. La paura dell'ignoto, un'estensione dell'intolleranza all'incertezza, potrebbe infatti rappresentare un fattore di rischio transdiagnostico per ansia e depressione cliniche (Carleton, 2012) e, in generale, per un'ampia gamma di disturbi emotivi (Carleton, 2016; Hong & Cheung, 2015; Shihata et al., 2016).

Uno studio italiano di Bottesi, Carraro, Martignon, Cerea e Ghisi (2019) ha indagato l'associazione tra caratteristiche disposizionali, tra cui l'intolleranza all'incertezza, e le risposte comportamentali alle situazioni di incertezza esperite quotidianamente – classificate nelle cinque categorie proposte da Sankar, Robinson, Honey e Freeston (2017): ipo-coinvolgimento, iper-coinvolgimento, impulsività, esitazione e dietrofront. I risultati dell'esperimento indicano un legame tra l'intolleranza all'incertezza e il distress generale, suggerendo un impatto della stessa sul benessere individuale.

In uno studio italiano successivo (Bottesi, Marchetti, Sica & Ghisi, 2020), si è esplorata la struttura interna del costrutto dell'intolleranza all'incertezza distinguendo eventuali differenze tra giovani adulti e adulti. In entrambi i campioni risultano centrali la sensazione di disagio quando succede qualcosa di inaspettato e le credenze sul valore positivo della pianificazione, che potrebbero contribuire allo sviluppo di intolleranza all'incertezza: le difficoltà nel gestire l'incertezza quando si manifesta e le convinzioni sull'utilità del progettare le azioni in anticipo potrebbero incentivare comportamenti volti a ridurre, evitare o rimuovere l'incertezza e il distress associato. In questo modo,

comportamenti di per sé funzionali, adottati ripetutamente e rigidamente, acquisiscono valore maladattivo e rinforzano credenze ed emozioni negative relative all'incertezza, mantenendo l'incapacità di gestirla. Meccanismi di questo tipo favoriscono lo sviluppo e il consolidamento della psicopatologia. La struttura dell'intolleranza all'incertezza si è rivelata composta, in entrambi i campioni, da tre categorie, ossia credenze negative, reazioni comportamentali e reazioni emotive all'incertezza: ciò permette di supporre che tale costrutto sia molto simile in giovani adulti e adulti (Bottesini et al., 2020).

Valori di rilevanza clinica dell'intolleranza all'incertezza sono emersi durante il periodo pandemico, sia in una popolazione degli USA (Wheaton & Kaiser, 2021) sia della Grecia (Voitsidis et al., 2021), a indicare il peggioramento della salute mentale nei tempi più recenti.

1.2 I sintomi internalizzanti: depressione e ansia di separazione nell'*emerging adulthood*

La depressione si caratterizza per la perdita o il calo significativo di affettività positiva che si manifesta in una serie di sintomi, tra cui disturbi del sonno, scarsa cura di sé, scarsa concentrazione, ansia e mancanza di interesse nelle attività quotidiane (Ibrahim, Kelly, Adams & Glazebrook, 2013). La depressione rappresenta una problematica significativa per la salute con, in media, quasi un terzo di studenti universitari affetti da tale disturbo (Ibrahim et al., 2013). È uno dei disturbi mentali più diffusi nella popolazione generale (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; Martin, Rief, Klaiberg & Braehler, 2006).

Per molti giovani adulti i disturbi depressivi sono caratterizzati da fluttuazioni, discontinuità e incertezza nell'umore, nell'identità, nei processi evolutivi e nelle relazioni sociali (Kuwabara, Van Voorhees, Gollan & Alexander, 2007). In tale fascia evolutiva, la sensazione di non essere né adolescenti né adulti, la possibile disoccupazione (specie in assenza di supporto familiare) e la mancanza di fiducia in un futuro positivo potrebbero favorire sensazioni di ansia e depressione (Arnett, Žukauskienė & Sugimura, 2014).

L'*emerging adulthood* sembra proprio essere un periodo critico per la comparsa di tale sintomatologia. Studi recenti nel contesto europeo, condotti durante la pandemia da Covid-19, indicano un'alta prevalenza di sintomi depressivi di rilevanza clinica, addirittura del 63.3% nella fascia 18-24 anni (Pieh et al., 2021). Uno studio ha stimato che più di metà dei giovani adulti (18-29 anni) soddisfi i criteri per almeno un disturbo mentale e più del 20% presenti un disturbo dell'umore (Kessler & Wang, 2008). Nei giovani adulti il disturbo depressivo maggiore, nello specifico, ha

un'incidenza del 28% (Rohde, Lewinsohn, Klein, Seeley & Gau, 2013). Più di metà del campione di uno studio di Rohde e colleghi (2013) ha vissuto un episodio depressivo entro i 30 anni: il periodo dell'*emerging adulthood* è risultato marcatamente associato con gli eventi depressivi; infatti, presenta alti tassi di incidenza e ricorrenza, maggiori rispetto agli adulti, forse spiegati dalla presenza di particolari fattori stressogeni legati alla transizione all'età adulta (Rohde et al., 2013; Arnett et al., 2014). Inoltre, è stato evidenziato il rischio psicopatologico sotteso alle condizioni sottosoglia, spesso presenti nell'età di transizione degli *emerging adults*, associate con problemi significativi nel funzionamento (Rohde et al., 2013).

I giovani che manifestano un esordio depressivo prima dei 18 anni e ricorrenza degli episodi depressivi prima dei 20 anni sono un gruppo ad alto rischio, con episodi depressivi più gravi e cronici, peggior funzionamento psicosociale e più frequenti comportamenti suicidari e comorbidità coi disturbi ansiosi (Hammen, Brennan, Keenan-Miller & Herr, 2008; Rohde et al., 2013). Indagare la sintomatologia depressiva nell'*emerging adulthood* è perciò di assoluto rilievo per contenere le conseguenze negative sulla qualità di vita e l'impatto sul benessere mentale.

Relativamente all'ansia di separazione, invece, essa si presenta come paura o ansia eccessive e inappropriate per il livello di sviluppo dell'individuo, relative alla separazione dalle figure di attaccamento e alla loro incolumità (Baldwin, Gordon, Abelli & Pini, 2016; Boelen, Reijntjes & Carleton, 2014). Sintomi e comportamenti precoci di ansia di separazione potrebbero agire da fattore generale di vulnerabilità, aumentando il rischio di sviluppare disturbi ansiosi e dell'umore (Silove et al., 2015; Baldwin et al., 2016); infatti, una buona percentuale di pazienti adulti con disturbi d'ansia o dell'umore presentano sintomi del disturbo di ansia di separazione (Silove et al., 2010; Pini et al., 2010; Silove et al., 2015). È stata riscontrata una prevalenza media del disturbo d'ansia di separazione di 1,5% a livello globale (4,8% in Italia) (Silove et al., 2015); tali sintomi sono risultati essere più comuni tra i giovani adulti rispetto agli adulti di età più avanzata (Wheaton & Kaiser, 2021), motivo per cui occorre indagarli specificatamente in tale fascia d'età così da comprendere le dinamiche retrostanti e orientare la pratica clinica.

Secondo Silove e colleghi (2015), vi sono alte probabilità che, in seguito alla comparsa del disturbo di ansia di separazione, esordiscano disturbi sia internalizzanti sia esternalizzanti e, viceversa, alte probabilità che, in seguito a un esordio psicopatologico, compaiano successivamente sintomi di ansia di separazione. Non si può quindi affermare né escludere che l'ansia di separazione sia un fattore di rischio specifico per la comparsa di determinati disturbi in qualsiasi periodo della vita (Milrod et al., 2014; Silove et al., 2015), ma è chiaro il legame con condizioni che rischiano di pregiudicare il

benessere mentale.

Ancora in merito alla relazione con i sintomi internalizzanti, Mabilia, Di Riso, Lis & Bobbio (2019) hanno indagato i legami tra questi ultimi (compresi i sintomi ansiosi e depressivi), gli stili di attaccamento e i sintomi di ansia di separazione in un campione di studenti universitari; i punteggi medi dei sintomi di ansia di separazione sono risultati essere di poco inferiori al *cut off* della fascia clinica, a suggerire la presenza di condizioni sottosoglia, potenzialmente impattanti a livello subclinico. Inoltre, è stata evidenziata un'associazione tra sintomi internalizzanti e sintomi di ansia di separazione.

Tra le varie fasi evolutive, proprio l'*emerging adulthood* sembra essere un periodo critico per quanto riguarda le tematiche alla base dell'ansia di separazione (Bassi, Mancinelli, Di Riso, Lis & Salcuni, 2021). La maggior parte dei giovani adulti non si considera un adulto, poiché ritiene di non aver completamente consolidato aspetti tipici dell'età adulta come indipendenza finanziaria e psicologica, responsabilità crescenti, e autosufficienza (Arnett et al., 2014; Bassi et al., 2021). Ciò è particolarmente accentuato tra gli studenti universitari, che vivono in situazioni che possono creare difficoltà nella transizione verso l'età adulta, nello specifico nel processo di separazione-individuazione che è iniziato in adolescenza; a tali difficoltà potrebbe seguire la comparsa di sintomi di ansia di separazione, anche in individui che non li hanno mai esperiti in infanzia (Bassi et al., 2021). A conferma delle crescenti difficoltà riscontrate in questa fascia d'età in quanto a benessere psicologico, Biasi e colleghi (2017) hanno riscontrato un aumento nell'accesso ai servizi psicologici universitari da parte degli studenti: chi cerca sostegno psicologico mostra infatti tassi di psicopatologia superiori. Tra le giovani adulte (studentesse universitarie) che componevano il campione, coloro che avevano richiesto in precedenza un trattamento hanno riportato un funzionamento psicologico più scarso, sia nelle aree adattive sia in quelle problematiche, nello specifico difficoltà nella regolazione emotiva; hanno infatti ottenuto punteggi più alti nelle scale relative ai problemi ansiosi e depressivi, che sono risultati essere i principali problemi psicologici nella popolazione in esame (Biasi et al., 2017).

1.3 L'intolleranza all'incertezza come fattore transdiagnostico

La letteratura propone una concettualizzazione dell'intolleranza all'incertezza come fattore di rischio transdiagnostico (Carleton, 2016). È fenomenologicamente compresente con disturbi d'ansia, dell'umore e di personalità (Shihata et al., 2016) ed è maggiore nei gruppi clinici per diversi disturbi

(Gentes & Ruscio, 2011; Carleton et al., 2012; Lauriola et al., 2018); essendo ritenuta un elemento comune e condiviso tra i disturbi emotivi (Gentes & Ruscio, 2011), è evidente l'importanza di studiarla in relazione a diverse condizioni psicopatologiche, tra cui i sintomi internalizzanti, che possono pregiudicare il benessere e l'adattamento individuale. L'intolleranza all'incertezza potrebbe riflettere una vulnerabilità psicologica generalizzata derivante dall'ignoto e dalle percezioni di mancata agentività sulle emozioni e sull'ambiente (Carleton, 2016); in particolare, quella di stato potrebbe essere considerata come un'affettività negativa intensificata in risposta a uno stimolo incerto, che potrebbe o meno co-occorrere con un'alta intolleranza all'incertezza di tratto o all'interno di un quadro di disturbo emotivo (Shihata et al., 2016). Difficoltà a tollerare l'incertezza sono quindi presenti in vari disturbi emotivi caratterizzati da affettività negativa che comportano tentativi cognitivi e comportamentali di ridurre l'incertezza e aumentare il controllo; la natura o il focus specifico di tale incertezza e i metodi specifici sviluppati per gestirla potrebbero però differire tra aree problematiche specifiche (Boswell, Thompson-Hollands, Farchione & Barlow, 2013).

A sostegno del possibile legame con le sintomatologie della sfera emotiva, Carleton et al. (2007) hanno rilevato nei soggetti con disturbi ansiosi e/o depressivi un valore medio di intolleranza all'incertezza di tratto maggiore rispetto al gruppo di controllo. Nello studio di Mahoney e McEvoy (2012a), l'intolleranza all'incertezza è risultata associata con diversi disturbi ansiosi e con la depressione, senza particolari differenze tra le due condizioni. Si può supporre che le persone con disturbi ansiosi ritengano l'incertezza molto avversiva quando incontrata in situazioni particolarmente difficili per loro, in base alla loro psicopatologia (Mahoney & McEvoy, 2012b). La correlazione positiva riscontrata tra l'intolleranza specifica della situazione e una serie di sintomi internalizzanti (ansiosi e depressivi) (Mahoney & McEvoy, 2012a; Mahoney & McEvoy, 2012b) supporta la concettualizzazione dell'intolleranza all'incertezza come fattore transdiagnostico.

Boswell e colleghi (2013) hanno supposto che, se l'intolleranza all'incertezza rappresenta un meccanismo comune di psicopatologia nei disturbi emotivi, cambiamenti nell'intolleranza in seguito a un trattamento psicologico si associno ad *outcome* positivi trasversalmente a diversi disturbi. Nella loro ricerca, i livelli di intolleranza all'incertezza erano associati con punteggi maggiori di sintomatologia depressiva e ansiosa, a sostegno del potenziale ruolo dell'intolleranza all'incertezza in esse. Il cambiamento nell'intolleranza all'incertezza era un predittore significativo della severità sintomatica post trattamento: riduzioni nell'intolleranza all'incertezza correlavano con riduzioni nei sintomi ansiosi e depressivi, a dimostrazione di come l'intolleranza sia un potenziale fattore transdiagnostico di cambiamento (Boswell et al., 2013). La comorbidità tra ansia e depressione, pertanto, potrebbe essere spiegata parzialmente dall'intolleranza e i processi cognitivi ad essa legati

(soprattutto *worry* e ruminazione). Rilevare e considerare l'intolleranza all'incertezza nel pianificare un intervento terapeutico potrebbe permettere, dunque, di agire efficacemente sui disturbi internalizzanti concomitanti.

La natura transdiagnostica dell'intolleranza all'incertezza emerge anche dallo studio di Hong e Cheung (2015), i quali si sono focalizzati sulle vulnerabilità cognitive, tra cui l'intolleranza all'incertezza, identificate come predittori affidabili dei sintomi ansiosi e depressivi. Dai risultati sono emerse associazioni di rilievo tra le vulnerabilità cognitive ma non specificità sintomatica: ciò permette di ipotizzare l'esistenza di un nucleo comune latente. L'intolleranza all'incertezza è la vulnerabilità che mostra associazioni più forti, indicando che una paura dell'ignoto potrebbe essere rilevante in tale nucleo condiviso. I risultati di questo studio permettono di supporre che esistano processi eziologici simili che sottostanno ai disturbi emotivi, processi derivati da un meccanismo comune alle varie vulnerabilità cognitive (Hong & Cheung, 2015).

Infine, McEvoy ed Erceg-Hurn (2016) hanno testato la valenza di fattore transdiagnostico dell'intolleranza all'incertezza associato al cambiamento nella sintomatologia tra i disturbi ansiosi e la depressione e tra diversi protocolli di trattamento. Cambiamenti nell'intolleranza all'incertezza sono risultati associati con cambiamenti nel pensiero ripetitivo negativo e i sintomi ansiosi, a conferma del carattere transdiagnostico dell'intolleranza all'incertezza e del suo legame con una serie di disturbi emotivi.

La letteratura, pertanto, è piuttosto concorde nel considerare l'intolleranza all'incertezza come un costrutto trasversale, comune a diverse psicopatologie per le quali gli individui potrebbero intraprendere un percorso psicologico: studiarla in modo approfondito permetterebbe di comprendere meglio i processi alla base di vari disturbi emotivi e pianificare interventi terapeutici più efficaci che tengano conto del ruolo dell'intolleranza all'incertezza in varie forme di psicopatologia, specie nell'*emerging adulthood*, considerato l'alto livello di rischio per lo sviluppo di disturbi mentali in questa fascia d'età.

1.4 L'intolleranza all'incertezza in associazione ai sintomi internalizzanti nell'*emerging adulthood*

L'intolleranza all'incertezza potrebbe manifestarsi diversamente in base a fattori contestuali (Boswell et al., 2013; Carleton, 2016; Mahoney & McEvoy, 2012b) e la natura dell'incertezza potrebbe variare tra disturbi emotivi differenti. Individui con alta intolleranza all'incertezza hanno difficoltà ad

affrontare gli eventi stressanti della vita quotidiana che comprendono vari livelli di incertezza e probabilmente esperiscono alti livelli di distress (Dar, Iqbal & Mushtaq, 2017); in aggiunta, l'intolleranza all'incertezza si lega ai sintomi psicopatologici in seguito a eventi stressanti di vita e l'intolleranza all'incertezza sembra ostacolare il coinvolgimento in attività che promuovrebbero l'adattamento, disincentivando così l'accesso ad eventi piacevoli ed emozioni positive e mantenendo *hopelessness*, tipica della depressione (Boelen, Reijntjes & Smid, 2016). In linea con questo, Mahoney e McEvoy (2012a) suggeriscono che ansia e depressione siano legate all'evitamento e all'inattività in anticipazione dell'incertezza. Solo alcuni autori, però, hanno trovato effettive associazioni tra l'intolleranza all'incertezza e i sintomi depressivi, forse dovute alla comorbidità con la sintomatologia ansiosa o al legame tra l'intolleranza all'incertezza e il pensiero negativo ripetitivo (tra cui rientra la ruminazione, tipica della depressione) o, ancora, alla preferenza per la certezza pessimistica rispetto al tollerare l'incertezza (Carleton, 2012).

Uno studio degli stessi autori (Mahoney & McEvoy, 2012b) suggerisce che la depressione sia più legata alla limitazione in risposta all'incertezza, forse perché generalmente associata con il ritiro e la passività, la cui funzione potrebbe consistere nel dare un senso di controllo e certezza all'individuo, sebbene di natura pessimistica e depressogena.

A supporto del legame tra l'intolleranza all'incertezza e i sintomi depressivi e ansiosi, lo studio di Gentes e Ruscio (2011) ha rilevato una relazione significativa e ha ipotizzato che l'intolleranza all'incertezza rappresenti un correlato generale di disturbi caratterizzati da affettività negativa: il disturbo di ansia generalizzata e il disturbo depressivo maggiore, infatti, condividono l'esperienza di pensieri negativi intrusivi o ripetitivi. Più nello specifico, Yook, Kim, Suh e Lee (2010) hanno individuato la ruminazione, processo caratteristico della depressione, come mediatore dell'associazione tra intolleranza all'incertezza e i sintomi della depressione maggiore. La correlazione tra le due potrebbe anche derivare dalla frequente comorbidità di quest'ultima con i sintomi ansiosi: sembra che l'intolleranza all'incertezza possa portare allo sviluppo del disturbo di depressione maggiore tramite processi simili a quelli proposti per il disturbo d'ansia generalizzata (Gentes & Ruscio, 2011). In particolare, una sovra-identificazione dei problemi e un orientamento negativo ai problemi potrebbero risultare in sintomi ansiosi e depressivi, così come vivere con certezze pessimistiche sugli eventi futuri (Yook et al., 2010).

Anche Dar e colleghi (2017) hanno individuato dei legami tra l'intolleranza all'incertezza e i sintomi depressivi in un campione clinico, identificando il *worry* come mediatore negli effetti che l'intolleranza esercita sui sintomi internalizzanti: esso sembra essere una strategia di *coping*

maladattiva per affrontare il distress associato all'intolleranza all'incertezza, prolungandolo anziché gestendolo attivamente. In un altro campione clinico preso in esame da Saulnier e colleghi (2019), solo l'intolleranza all'incertezza inibitoria è risultata legata ai sintomi cognitivi della depressione. L'intolleranza all'incertezza potrebbe convergere in certezza depressiva predittiva, cioè la credenza che gli eventi temuti accadranno sicuramente (Jensen, Cohen, Mennin, Fresco & Heimberg, 2016; Carleton, 2012). Lo studio di Saulnier e colleghi (2019) sostiene un possibile ruolo dell'intolleranza inibitoria nell'eziologia della depressione.

Più recentemente, due ricerche condotte in periodo pandemico hanno esaminato la relazione tra intolleranza all'incertezza e sintomi depressivi in riferimento al Covid-19. Del Valle et al. (2020) hanno riscontrato una relazione tra l'intolleranza all'incertezza e i livelli sintomatologici di ansia e depressione maggiore rispetto a rilevazioni precedenti; inoltre, l'intolleranza all'incertezza riguardo il Covid-19 sembra aver esercitato un ruolo rilevante nei sintomi psicopatologici della popolazione durante il lockdown. Nello studio di Voitsidis e colleghi (2021), l'intolleranza all'incertezza ha mostrato di essere un predittore significativo della sintomatologia depressiva, con un'associazione tra alti livelli di intolleranza all'incertezza e sintomi depressivi severi.

In opposizione a quanto evidenziato dalle ricerche presentate, dalla ricerca di McEvoy ed Erceg-Hurn (2016) sono emerse associazioni, in seguito a un trattamento psicologico, tra i cambiamenti nell'intolleranza all'incertezza e i sintomi ansiosi ma non depressivi, forse a causa dell'impatto indiretto dell'intolleranza su questi ultimi. Anche Jensen e collaboratori (2016) hanno registrato un legame più forte dell'intolleranza all'incertezza con i sintomi ansiosi, rispetto che con quelli depressivi. Secondo gli studiosi, i risultati potrebbero essere dovuti alla comorbidità o compresenza tra sintomi ansiosi e depressivi, come hanno ipotizzato anche Carleton (2012) e Gentes e Ruscio (2011). L'ansia potrebbe essere implicata in varie diagnosi senza soddisfare i criteri per un disturbo d'ansia; è possibile che l'intolleranza all'incertezza contribuisca a qualsiasi disturbo con una componente ansiosa, inclusi i disturbi depressivi (Jensen et al., 2016). Come sostiene Carleton (2016), la paura dell'ignoto potrebbe essere una paura fondamentale che sottostà alla psicopatologia ansiosa.

In merito all'ansia di separazione invece, nella popolazione generale Wheaton e Kaiser (2021) hanno esaminato la sua relazione con l'intolleranza all'incertezza, alla luce della considerazione che difficoltà nel tollerare l'incertezza potrebbero contribuire a timori riguardo l'incolumità delle persone care quando si è lontani da loro e non sicuri del loro stato di benessere. La relazione è emersa come correlazione positiva: sembra che l'intolleranza sia rilevante anche per i sintomi dell'ansia di separazione, oltre ad altre condizioni legate all'ansia; in particolare, l'intolleranza all'incertezza

potrebbe avere un ruolo importante nei comportamenti sintomatici osservati nel disturbo di ansia di separazione (Wheaton & Kaiser, 2021). Infatti, Boelen e colleghi (2014) ritengono che maggiori difficoltà nel tollerare le incertezze a livello relazionale potrebbero alimentare paure e preoccupazioni riguardo le conseguenze dell'essere separati dalle figure di attaccamento e i comportamenti di ricerca di vicinanza per ridurre incertezze, paure e preoccupazioni. Nel loro campione, composto da giovani adulti (studenti universitari), l'intolleranza generica, come anche le sue due dimensioni prospettica e inibitoria, erano significativamente associate con livelli sintomatici di ansia di separazione, nonché di depressione.

1.5 Implicazioni e servizi

In tempi recenti, è stata sottolineata la prevalenza non trascurabile di sintomi ansiosi e depressivi relativi alla pandemia da Covid-19, una prevalenza che potrebbe essere spiegata dall'intolleranza all'incertezza; in particolare, nell'*emerging adulthood* sono stati rilevati livelli di sintomi ansiosi e depressivi e di intolleranza all'incertezza superiori alle fasce evolutive successive (Glowacz & Schmits, 2020), fatto che motiva ulteriormente l'interesse per tale fascia d'età. Inoltre, sono emerse associazioni tra i sintomi ansiosi e depressivi tra i giovani e problemi mentali cronici, con un impatto sulla qualità di vita (Gibb, Fergusson & Horwood, 2010; Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007). Ansia e depressione sono piuttosto comuni tra i giovani adulti (Gibb et al., 2010; Biasi et al., 2017) e spesso compaiono in adolescenza o all'inizio dell'età adulta, sebbene il più delle volte vengano rilevati solo successivamente (Patel et al., 2007).

I servizi di supporto psicologico presenti nelle università possono essere una grande risorsa per individuare e gestire i problemi di salute mentale dei giovani adulti. In Italia, propongono interventi tra loro molto eterogenei, derivati dall'approccio teorico, da aspetti socioculturali e dall'organizzazione dell'università stessa, considerato che non è presente alcuna regolamentazione nazionale in merito. Gli interventi offerti sembrano efficaci nel promuovere cambiamenti impattanti positivamente sulla qualità di vita dell'utenza, tuttavia sono poco sfruttati da chi ne potrebbe trarre beneficio (Ghilardi, Buizza, Carobbio & Lusenti, 2017).

Infatti, una bassa percentuale (28%) di individui tra i 19 e i 25 anni con psicopatologie di rilievo clinico usufruisce dei servizi di supporto psicologico e, tra i giovani adulti che non richiedono aiuto pur manifestando problemi di salute mentale, più di un terzo nega di averli (Vanheusden et al., 2008); ciò è particolarmente preoccupante se si considera che all'aumentare degli episodi di un disturbo

psichiatrico, più che in corrispondenza di specifici disturbi, peggiorano gli effetti sulla qualità di vita (Gibb et al., 2010). Oltre a ciò, il genere femminile ricorre alla psicoterapia in misura maggiore e, tra coloro che intraprendono un percorso psicologico, le donne mostrano livelli di sintomatologia maggiori rispetto agli uomini (Monti, Tonetti & Ricci Bitti, 2013).

La ricerca sulla mentale durante l'*emerging adulthood*, con un'attenzione ai sintomi internalizzanti, è dunque necessaria per implementare interventi efficaci volti a ridurre gli esiti negativi derivati da condizioni di sofferenza che rischiano di cronicizzarsi in un periodo evolutivo così a rischio (Gibb et al., 2010).

CAPITOLO 2: LA RICERCA

2.1 Obiettivi

La presente ricerca intende indagare la relazione tra l'intolleranza all'incertezza, i sintomi di ansia di separazione e i sintomi depressivi in individui di età compresa tra i 18 e i 25 anni. In particolare, si sono volute esplorare le eventuali differenze che occorrono nell'associazione tra i tre costrutti distinguendo tra giovani adulti che hanno intrapreso un percorso psicologico nel passato e giovani adulti mai sottoposti a un trattamento psicoterapeutico.

2.2 Ipotesi

Ipotesi 1. La letteratura concorda nel riconoscere l'intolleranza all'incertezza come un fattore di rischio transdiagnostico (e.g. Gentes & Ruscio, 2011; Mahoney & McEvoy, 2012a; Mahoney & McEvoy, 2012b; Boelen et al., 2014; Paulus, Talkovsky, Heggeness & Norton, 2015; Shihata et al., 2016), comune a diversi disturbi relativi alla sfera emotiva, tra cui quelli ansiosi e depressivi. La richiesta di supporto psicologico presuppone la presenza di difficoltà psicologiche o psicopatologie e, in effetti, la ricerca ha rilevato tassi di sintomatologia superiori tra chi ha intrapreso un percorso psicoterapeutico, rispetto a chi non l'ha mai intrapreso (Biasi et al., 2017); pertanto, ci si può aspettare che il campione che è stato seguito in un percorso riporti livelli di intolleranza all'incertezza e tassi di sintomi ansiosi e depressivi superiori a quelli dell'altro campione.

Ipotesi 2. L'indagine sulla relazione tra intolleranza all'incertezza e sintomatologia depressiva ha prodotto risultati contrastanti: eccettuate alcune ricerche (e.g. Allan et al., 2018), la maggior parte degli articoli sostiene l'esistenza di un legame tra i sintomi depressivi e l'intolleranza all'incertezza (Dugas, Schwartz & Francis, 2004; de Jong-Meyer, Beck & Riede, 2009; Yook et al., 2010; Boelen et al., 2016; Dar et al., 2017; Saulnier et al., 2019). Pertanto, in concordanza con grande parte della letteratura, ci si aspetta di rilevare una correlazione positiva tra intolleranza all'incertezza e sintomi depressivi, soprattutto nel campione composto da chi ha intrapreso un percorso psicologico, considerato che in tale gruppo i livelli di psicopatologia sono maggiori rispetto a chi non è mai ricorso alla psicoterapia (Biasi et al., 2017).

Per quanto riguarda l'associazione tra i sintomi di ansia di separazione e l'intolleranza all'incertezza, la letteratura riporta una correlazione positiva tra quest'ultima, sia a livello generale sia nelle singole dimensioni prospettica e inibitoria, e livelli sintomatici dei sintomi di ansia di separazione negli adulti (Boelen et al., 2014; Wheaton & Kaiser, 2021); dunque, da questa ricerca ci si attende di riscontrare una correlazione positiva tra i due costrutti, in particolare una correlazione più elevata tra coloro che

sono stati seguiti in un percorso psicologico, dato che in tale gruppo si sono riscontrati tassi psicopatologici superiori (Biasi et al., 2017).

2.3 Metodo

2.3.1 Il campione

Il primo campione è composto da 162 giovani adulti di età compresa tra i 18 e i 25 anni non seguiti in un percorso psicologico nel passato, con un'età media di 22.03 anni (DS = 1.886), di cui il 32.1% maschi, il 67.3% femmine e lo 0.6% non si sono identificati in nessuno dei due generi. Il secondo campione è composto da 115 giovani adulti di 18-25 anni che hanno intrapreso in passato un percorso psicologico, con età media di 22.12 anni (DS = 1.812), di cui il 18.3 % maschi, l'80.9% femmine e il restante 0.9% che non si è identificato in uno dei due generi.

Nella Tabella 1 è esposta la prevalenza di sintomi di ansia di separazione (misurati tramite ASA-27) e sintomi depressivi (misurati attraverso PHQ-9) nei due gruppi.

		Campione 1: nessun percorso psicologico precedente (n=162)	Campione 2: percorso psicologico precedente (n=115)
ASA-27	Fascia non clinica	81 (53.3%)	43 (37.7%)
	Fascia clinica	71 (46.7%)	71 (62.3%)
PHQ-9	Sintomi depressivi assenti	38 (23.6%)	14 (12.4%)
	Sintomi depressivi sottosoglia	53 (32.9%)	27 (23.9%)
	Sintomi depressivi lievi	33 (20.5%)	33 (29.2%)
	Sintomi depressivi moderati	28 (17.4%)	25 (22.1%)
	Sintomi depressivi severi	9 (5.6%)	14 (12.4%)

Tabella 1: Frequenze assolute e relative percentuali di soggetti nei range individuati dai questionari ASA-27 e PHQ-9.

I sintomi di ansia di separazione sono distinti tra una fascia di rilievo non clinico e una di rilievo clinico. Tra coloro che non hanno mai intrapreso un percorso psicologico, 81 soggetti riportano sintomi in fascia non clinica (53.3%) e 71 soggetti (46.7%) in fascia clinica. Tra coloro che hanno effettuato un percorso psicologico in passato, 43 soggetti manifestano sintomi di ansia di separazione in fascia non clinica (37.7%) e 71 soggetti (62.3%) in fascia clinica.

La sintomatologia depressiva è distinta in cinque fasce. Il campione di soggetti che sono stati seguiti in un percorso psicologico presenta 38 soggetti caratterizzati da assenza di sintomi depressivi (23.6%), 53 soggetti nella fascia di sintomi sottosoglia (32.9%), 33 soggetti nella fascia di sintomi lievi (20.5%), 28 soggetti nella fascia di sintomi moderati (17.4%) e 9 soggetti nella fascia di sintomi severi (5.6%). Nel secondo campione, 14 soggetti non manifestano sintomi depressivi (12.4%), 27 soggetti manifestano livelli che rientrano nel range di sintomi sottosoglia (23.9%), 33 soggetti di sintomi lievi (29.2%), 25 soggetti della sintomi moderati (22.1%) e 14 soggetti dei sintomi severi (12.4%).

2.3.2 La procedura

La ricerca è stata condotta su soggetti maggiorenni tra i 18 e i 25 anni della popolazione italiana, i quali hanno compilato dei questionari *self report* in formato digitale. I dati per questo studio sono stati raccolti attraverso un *Google Form* accessibile mediante un apposito link che conteneva una scheda sociodemografica, e alcuni questionari *self report* (uguali per i due gruppi) volti a rilevare l'intolleranza all'incertezza, i sintomi di ansia di separazione (sia quella esperita fino ai 18 anni sia quella esperita in età adulta) e i sintomi depressivi. Il modulo ha previsto una compilazione della durata complessiva di circa 30 minuti.

Il criterio di inclusione era un'età compresa tra i 18 e i 25 anni. I partecipanti sono venuti a conoscenza della ricerca grazie a social network (dove il link è stato diffuso) e mediante il metodo *snowball*, che prevede la diffusione del link da parte degli stessi partecipanti ai loro conoscenti. La compilazione del modulo ha avuto luogo tra il 14 luglio 2022 e il 4 novembre 2022 e non prevedeva l'erogazione di alcun compenso ai partecipanti.

La scheda sociodemografica e i questionari di autovalutazione erano preceduti dalle informazioni relative agli obiettivi dello studio; i partecipanti, dopo averne preso visione, hanno fornito il loro consenso informato, con la garanzia di riservatezza dei dati e la possibilità di interrompere la compilazione in qualsiasi momento e per qualunque motivo, ottenendo il non utilizzo dei propri dati.

2.3.3 Gli strumenti

Questa ricerca si è avvalsa di una *survey* creata ad hoc per misurare alcuni costrutti psicologici nei giovani adulti, costituita da una scheda sociodemografica e dei questionari di autovalutazione.

Attraverso la scheda sociodemografica si sono indagate alcune caratteristiche dei partecipanti quali: età, sesso, percorso lavorativo/percorso di studio, relazioni sentimentali ed eventuali percorsi psicologici o psicoterapeutici nel passato. Inoltre, essa ha esplorato la situazione familiare: per

esempio, constatando la presenza di entrambi i genitori nel presente e nel passato dell'individuo, il loro livello di istruzione e l'occupazione lavorativa, la presenza di altre figure significative nell'infanzia e nell'adolescenza, la presenza di fratelli e sorelle. Infine, ha valutato le reazioni emotive dei partecipanti alla pandemia di Covid-19.

I questionari *self report* utilizzati sono i seguenti.

- *Intolerance of Uncertainty Behaviours in Everyday Life* (IUBEL, Clifford et al., 2015), utilizzato per misurare l'intolleranza all'incertezza, valutando le strategie adottate di fronte a una situazione incerta (es. "Riproduco la situazione più e più volte nella mia mente"). I partecipanti rispondono a 24 affermazioni relativamente a quanto ricorrono ad ogni strategia su una scala Likert a 5 punti, da 0 ("mai") a 4 ("molto spesso"). I comportamenti più frequenti sono stati categorizzati in fattori specifici (iper-preparazione, coinvolgimento parziale, impulsività, monitoraggio, ipercoinvolgimento e disimpegno), che rappresentano le principali strategie utilizzate per gestire l'intolleranza all'incertezza. Punteggi più alti nei fattori individuati indicano una maggior frequenza nell'attuare tali comportamenti. Il test ha una consistenza interna sufficiente per la scala dell'impulsività e adeguata per le scale di sotto-impegno e sovra-impegno (Bottesini et al., 2019).
- *Separation Anxiety Symptom Inventory* (SASI, Silove et al., 1993), che valuta i sintomi di ansia da separazione in maniera retrospettiva, attraverso le esperienze che l'adulto potrebbe aver vissuto nei primi 18 anni di vita (es. "Non avevo voglia di andare a scuola"). Si compone di 15 item, a cui i partecipanti rispondono con punteggio compreso tra 0 ("mai") e 3 ("molto spesso"); la somma dei punteggi assegnati ai vari item restituisce un punteggio totale, di cui valori alti indicano un'elevata sintomatologia di ansia di separazione. Sono stati individuati 4 fattori: l'ansia di separazione generale (SA), la fobia scolastica (SP), disagio per l'allontanamento da una "base sicura" (SB) e la paura che i membri della famiglia subiscano danni (SH) (Silove et al., 1993). Il questionario mostra una struttura fattoriale coerente, un'elevata coerenza interna e affidabilità test-retest su 24 mesi (Silove et al., 1993).
- *Adult Separation Anxiety Questionnaire* (ASA-27, Manicavasagar, Silove, Wagner & Drobny, 2003), che valuta i sintomi di ansia da separazione in età adulta. È una versione ridotta dell'ASASI, di cui mantiene 27 item (es. "Si è sentito più sicuro a casa quando era con le persone più vicine a lei?"). Ogni item è stato valutato su una scala a 4 punti, dove 0 indica "non è mai successo" e 3 indica "succede molto spesso". I punteggi assegnati ai vari item vengono sommati per ottenere un punteggio totale (tra 0 e 81), di cui alti valori stanno a significare una maggior severità dei sintomi di ansia di separazione. Il test presenta un alto livello di consistenza interna e di attendibilità test-retest (Manicavasagar et al., 2003; Silove et al., 2007; Bassi et al., 2021). È

stato tradotto in italiano e validato su un campione di studenti universitari italiani, mostrando buone proprietà psicometriche (Mabilia et al., 2019).

- *Patient Health Questionnaire – 9* (PHQ-9, Kroenke et al., 2001), è un modulo del test PHQ che misura i sintomi depressivi attraverso 9 item. Valuta la gravità dei sintomi nelle ultime due settimane sulla base dei criteri proposti dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – IV (DSM-IV; APA, 1994). Il punteggio totale del PHQ-9 può variare da 0 a 27 e ognuno dei 9 item può essere valutato da 0 (“per niente”) a 3 (“quasi ogni giorno”). I punteggi equivalenti a 5, 10, 15 e 20 rappresentano i valori di soglia che demarcano rispettivamente i limiti inferiori di sintomi depressivi sottosoglia, lievi, moderati e severi. Il test presenta buoni indici psicometrici rispetto a coerenza interna e attendibilità test-retest, sia nella versione originale (Kroenke et al., 2001; Kroenke, & Spitzer, 2002; Martin et al., 2006) sia nella versione italiana (Rizzo, Piccinelli, Mazzi, Bellantuono & Tansella, 2000; Shevlin et al., 2022).

CAPITOLO 3: I RISULTATI

3.1 Analisi preliminari

Sono state condotte delle analisi preliminari per identificare eventuali differenze tra chi ha intrapreso un percorso psicologico in passato e chi non l'ha mai intrapreso nelle variabili demografiche. Nello specifico sono stati condotti dei confronti sull'età e sul genere dei gruppi.

3.1.1 Differenze per genere

È stato utilizzato il test Chi-Quadrato, da cui emerge una differenza significativa ($p=.036$) tra i due campioni relativamente al genere.

3.2 Differenze tra gruppi nei questionari IUBEL, SASI, ASA-27, PHQ-9

Per verificare la normalità dei dati è stato utilizzato il test Shapiro-Wilk, da cui si riscontra che la maggior parte dei dati non si distribuisce normalmente; si è ricorso, quindi, a un test non parametrico (test U Mann-Whitney) per indagare eventuali differenze tra i due campioni nelle risposte ai questionari IUBEL, SASI, ASA-27, PHQ. Dal test effettuato, emerge una differenza significativa tra i due gruppi solo in alcuni questionari o scale, come si può osservare nella Tabella 2.

		Campione 1: nessun percorso psicologico precedente	Campione 2: percorso psicologico precedente	
		Rango percentile	Rango percentile	Significatività statistica
IUBEL	Totale	129.82	143.52	.155
	Disimpegno	134.67	142.70	.408
	Iper-coinvolgimento	126.79	153.59	.006*
	Impulsività	137.37	140.08	.780
	Monitoraggio	140.47	133.27	.455
	Iper-preparazione	136.34	141.53	.592
	Coinvolgimento parziale	134.27	141.97	.424
SASI	Totale	123.33	154.76	.001*
	SA (ansia di separazione generale)	130.46	144.97	.135
	SP (fobia scolastica)	124.18	157.23	.001*
	SB (disagi per l'allontanamento dalla base sicura)	129.03	150.47	.025*
	SH (paura che i familiari subiscano danni)	128.86	150.71	.023*
ASA-27		127.07	148.75	.005*
PHQ-9		124.10	156.60	.001*

Tabella 2: Per ogni test o scala sono presenti il rispettivo rango percentile in ognuno dei due campioni e il p-value.

3.2.1 IUBEL

Dal questionario IUBEL, che valuta l'intolleranza all'incertezza e le relative strategie adottate dai soggetti, nel punteggio totale non si riscontra una differenza significativa tra i due gruppi ($p=.155$). Anche nelle scale "disimpegno" ($p=.408$), "impulsività" ($p=.780$), "monitoraggio" ($p=.455$), "iper-preparazione" ($p=.592$) e "coinvolgimento parziale" ($p=.424$), i due gruppi non differiscono tra loro. Differenze significative sono state rilevate, invece, per la scala "iper-coinvolgimento" ($p=.006$), in

cui il campione composto da chi ha effettuato in precedenza un percorso psicologico ha riportato valori maggiori.

3.2.2 SASI

Nel questionario SASI, che indaga i sintomi di ansia di separazione esperita entro i 18 anni, i due gruppi sono significativamente diversi a livello del punteggio totale del SASI ($p=.001$), con il gruppo di coloro che hanno effettuato un percorso psicologico nel passato che ha registrato valori superiori. Allo stesso modo, questo gruppo ha riportato valori significativamente più alti di coloro che non hanno ricevuto un supporto psicologico anche nelle scale di “fobia scolastica” ($p=.001$), “disagio per l’allontanamento dalla base sicura” ($p=.025$) e “paura che i familiari subiscano danni” ($p=.023$). La scala dell’ansia di separazione generale ($p=.135$), invece, è l’unica in cui tale differenza non è stata riscontrata.

3.2.3 ASA-27

Nel questionario ASA-27, che misura i sintomi di ansia di separazione in età adulta, i due campioni differiscono significativamente tra loro ($p=.005$) e sono stati trovati valori maggiori per il gruppo composto da coloro che hanno intrapreso un percorso psicologico.

3.2.4 PHQ-9

Nel questionario PHQ-9, che valuta la severità dei sintomi depressivi, vi è una differenza significativa tra i due gruppi ($p=.001$), con valori più alti riscontrati nel gruppo di chi ha effettuato un percorso psicologico.

3.3 Correlazioni

È stato calcolato il coefficiente di correlazione bivariata Rho di Spearman per riscontrare eventuali associazioni statisticamente significative, all’interno dei due campioni considerati separatamente, tra il punteggio totale dello IUBEL e i punteggi di SASI (totale), ASA-27 e PHQ-9. Le Tabelle 3 e 4 espongono i risultati ottenuti per ciascun campione.

3.3.1 Campione 1: nessun percorso psicologico precedente

Nel gruppo composto da chi non ha mai effettuato un percorso psicologico, emerge un’associazione tra diverse scale dello strumento IUBEL e i punteggi di SASI, ASA-27 e PHQ-9.

			SASI (totale)	ASA-27	PHQ-9
IUBEL	Totale	Rho	.263	.417	.389
		p-value	.001*	.000*	.000*
	Disimpegno	Rho	.201	.258	.343
		p-value	.011*	.001*	.000*
	Iper-coinvolgimento	Rho	.136	.381	.217
		p-value	.089	.000*	.006*
	Impulsività	Rho	.327	.421	.434
		p-value	.000*	.000*	.000*
	Monitoraggio	Rho	.022	.002	.045
		p-value	.787	.978	.575
	Iper-preparazione	Rho	-.079	-.008	-.167
		p-value	.322	.922	.034*
	Coinvolgimento parziale	Rho	.245	.220	.325
		p-value	.002*	.007*	.000*

Tabella 3: Correlazione tra le scale del test IUBEL e i test SASI, ASA-27, PHQ-9 nel campione che non ha mai intrapreso un percorso psicologico.

Si è riscontrata una correlazione positiva significativa tra il punteggio totale del questionario IUBEL e quelli dei questionari SASI (Rho=.263, p=.001), ASA-27 (Rho=.417, p=.000) e PHQ-9 (Rho=.389, p=.000), come anche tra la scala del disimpegno e i punteggi di SASI (Rho=.201, p=.011), ASA-27 (Rho=.258, p=.001) e PHQ-9 (Rho=.343, p=.000). Per quanto riguarda la scala “iper-coinvolgimento”, vi è un’associazione significativa positiva con il punteggio totale di ASA-27 (Rho=.381, p=.000) e PHQ-9 (Rho=.217, p=.006), ma non del SASI. I punteggi della scala “impulsività” correlano con tutti e tre gli strumenti: SASI (Rho=.327, p=.000), ASA-27 (Rho=.421, p=.000) e PHQ (Rho=.434, p=.000); in particolare, i punteggi crescono al crescere del punteggio di impulsività. Per la scala IUBEL dell’“iper-preparazione”, emerge una correlazione negativa significativa con il punteggio del PHQ-9 (Rho=-.167, p=.034), che decresce al crescere della scala “iper-preparazione”. La scala “coinvolgimento parziale”, infine, è significativamente e positivamente associata con i punteggi di SASI (Rho=.245, p=.002), ASA-27 (Rho=.220, p=.007) e PHQ-9 (Rho=.325, p=.000).

3.3.2 Campione 2: percorso psicologico precedente

Nel gruppo costituito da chi ha effettuato in passato un percorso psicologico, emergono diverse associazioni significative tra i questionari utilizzati.

			SASI (totale)	ASA-27	PHQ-9
IUBEL	Totale	Rho	.390	.348	.345
		p-value	.000*	.000*	.000*
	Disimpegno	Rho	.289	.175	.119
		p-value	.002*	.064	.212
	Iper-coinvolgimento	Rho	.199	.405	.337
		p-value	.034*	.000*	.000*
	Impulsività	Rho	.276	.181	.199
		p-value	.003*	.054	.035*
	Monitoraggio	Rho	.246	.218	.246
		p-value	.009*	.021*	.009*
	Iper-preparazione	Rho	-.026	.068	-.069
		p-value	.781	.473	.467
	Coinvolgimento parziale	Rho	.299	.195	.296
		p-value	.001*	.038*	.001*

Tabella 4: Correlazione tra le scale del test IUBEL e i test SASI, ASA-27, PHQ-9 nel campione che ha intrapreso un percorso psicologico.

Il punteggio totale dello IUBEL mostra una correlazione significativa positiva con i costrutti misurati dal SASI (Rho=.390, p=.000), dall'ASA-27 (Rho=.348, p=.000) e dal PHQ-9 (Rho=.345, p=.000). La scala "disimpegno" dello IUBEL mostra un'associazione statisticamente significativa con il punteggio del SASI (Rho=.289, p=.002), in aumento all'incremento del disimpegno. Con tutti e tre i questionari, invece, correla positivamente la scala "iper-coinvolgimento": SASI (Rho=.199, p=.034), ASA-27 (Rho=.405, p=.000), PHQ-9 (Rho=.337, p=.000). L'impulsività misurata dallo IUBEL risulta essere significativamente e positivamente associata con il SASI (Rho=.276, p=.003) e con il PHQ-9 (Rho=.199, p=.035). Correlazioni positive significative sono risultate tra la scala del monitoraggio e i tre questionari SASI (Rho=.246, p=.009), ASA-27 (Rho=.218, p=.021), PHQ-9 (Rho=.246, p=.009). Infine, la scala IUBEL del coinvolgimento parziale si associa ai punteggi di SASI (Rho=.299, p=.001), ASA-27 (Rho=.195, p=.038) e PHQ-9 (Rho=.296, p=.001), che aumentano al crescere del punteggio di coinvolgimento parziale.

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE

Il presente studio si è proposto di indagare il quadro sintomatologico dei giovani adulti relativamente ai livelli di intolleranza all'incertezza e dei sintomi internalizzanti, nello specifico sintomi di ansia di separazione e sintomi depressivi, e le loro associazioni, in relazione all'aver intrapreso o meno in passato un percorso psicologico.

L'alta prevalenza riscontrata dei sintomi di ansia di separazione di rilievo clinico potrebbe essere spiegata dalle difficoltà peculiari dell'*emerging adulthood* che rendono tale periodo particolarmente complesso (Arnett et al., 2014), con un maggior rischio di sviluppo psicopatologico rispetto fasce evolutive successive (Wheaton & Kaiser, 2021).

La prevalenza complessiva di sintomi depressivi da lievi a severi in entrambi i campioni è maggiore rispetto a quella individuata da alcuni studi (Martin et al., 2006; Rohde et al., 2013) ma rispecchia i risultati rilevati durante la pandemia da Covid-19 (Pieh et al., 2021). La discordanza tra i dati pre-Covid e post-Covid è probabilmente dovuta al peggioramento del benessere psicologico concomitante alla pandemia (e.g. Pieh et al., 2021; Del Valle et al., 2020); questo ci può portare a supporre che maggiori livelli di sintomi depressivi siano stati riscontrati in quanto i nostri dati sono stati raccolti dopo la pandemia da Covid.

Per quanto riguarda la prima ipotesi, i punteggi dell'intolleranza all'incertezza non differiscono tra i due gruppi, eccetto nella scala dell'iper-coinvolgimento, prevalente in chi ha effettuato un percorso psicologico. Tale scala misura i comportamenti volti ad acquisire certezze sugli esiti di eventi futuri, per esempio attraverso la ricerca eccessiva di rassicurazioni o informazioni utili per pianificare in anticipo e prepararsi alla situazione futura incerta (Sankar et al., 2017; Bottesi et al., 2019). L'elevato coinvolgimento è dunque legato alla pianificazione, una strategia di per sé adattiva e utile ma che, se adottata continuamente e rigidamente, potrebbe confluire in un *worry* patologico, il sintomo ansioso principale (Bottesi et al., 2020) e tra chi ha intrapreso un percorso psicologico i tassi di sintomatologia ansiosa sono superiori rispetto a chi non l'ha intrapreso (Biasi et al., 2017). Inoltre, durante l'*emerging adulthood* si verifica una transizione verso una nuova fase evolutiva che comporta nuovi compiti, nuove responsabilità, nuove situazioni da gestire: tutto ciò, unito alla crescente precarietà economica e alle caratteristiche socioculturali, potrebbe determinare una forte incertezza tra i giovani adulti (Arnett et al., 2014; Bassi et al., 2021). Tali considerazioni potrebbero spiegare il ricorso maggiore all'iper-coinvolgimento rilevato tra i giovani adulti che hanno intrapreso un percorso psicologico.

Generalmente, i livelli di intolleranza all'incertezza risultano simili tra i due gruppi. Questo risultato potrebbe essere spiegato dall'impatto positivo della psicoterapia sull'intolleranza all'incertezza: chi ha intrapreso un percorso in passato potrebbe aver sviluppato capacità e strategie per tollerare l'incertezza in modo funzionale e quindi potrebbe manifestare livelli minori di intolleranza all'incertezza, simili a quelli di chi non ha mai intrapreso un trattamento psicologico.

Invece, le ipotesi relative alle differenze tra i due gruppi nei livelli di sintomi di ansia di separazione (sia retrospettiva che attuale) e sintomi depressivi sono state soddisfatte: SASI, ASA-27 e PHQ-9 hanno rilevato punteggi maggiori nei giovani adulti che hanno intrapreso un percorso, rispetto all'altro campione; Biasi e collaboratori (2017), infatti, avevano individuato, tra chi è ricorso alla psicoterapia in passato, tassi superiori di sintomi ansiosi e depressivi e in generale difficoltà nella regolazione emotiva. Ciò probabilmente si spiega considerando che chi è stato seguito in un percorso manifesta un livello di disagio o compromissione di rilievo clinico, tale da motivare la richiesta stessa di supporto psicologico.

Per quanto riguarda la seconda ipotesi, sono state riscontrate molte associazioni simili nei due gruppi, tra cui quella tra il punteggio totale di IUBEL e il punteggio di tutti e tre gli altri strumenti, SASI (punteggio totale), ASA-27 e PHQ-9, indicando che complessivamente si riscontra un'associazione tra l'intolleranza all'incertezza e i sintomi depressivi e tra l'intolleranza all'incertezza e i sintomi di ansia di separazione, indipendentemente dall'aver intrapreso un percorso psicologico, in linea con la letteratura (e.g. per la relazione con la sintomatologia depressiva: de Jong-Meyer et al., 2009; Yook et al., 2010; Saulnier et al., 2019; Voitsidis et al., 2021; per la relazione con i sintomi di ansia di separazione: Boelen et al., 2014; Wheaton & Kaiser, 2021). La rilevazione di tali legami supporta l'ipotesi che alla base della sintomatologia ansiosa e depressiva vi sia un nucleo comune di cui fa parte l'intolleranza all'incertezza (Hong & Cheung, 2015), che probabilmente non viene trattato adeguatamente alla luce dello studio ancora insufficiente in merito, alimentando l'associazione tra i costrutti indagati anche tra coloro che sono ricorsi alla psicoterapia.

Ciò che differenzia maggiormente i due campioni sono le associazioni della scala "monitoraggio" dell'intolleranza all'incertezza, che racchiude i comportamenti inerenti al tenere sotto controllo la situazione senza agire finché non è strettamente necessario (Bottesini et al., 2019): solo tra chi ha intrapreso la psicoterapia in passato tale scala è correlata a maggiori sintomi dell'ansia di separazione e della sintomatologia depressiva, forse perché il monitoraggio si è consolidato come strategia a cui ricorrere in presenza di una sintomatologia ansiosa e depressiva persistente, considerando che il monitoraggio ha il vantaggio di aumentare la sensazione di controllo e prevedibilità della situazione.

Nello stesso gruppo risulta un'associazione tra la scala "iper-coinvolgimento" dell'intolleranza all'incertezza e i sintomi di ansia di separazione valutati retrospettivamente; tale risultato, presente solo in chi ha intrapreso un percorso psicologico, si potrebbe spiegare con l'adozione di condotte volte a conoscere in anticipo possibili situazioni future di allontanamento dalla figure di riferimento, situazioni che sono molto temute in persone con maggiore sintomatologia di ansia di separazione, che è risultata essere più presente nel suddetto campione.

4.1 Limiti

I risultati della presente ricerca vanno considerati alla luce di alcuni limiti. Innanzitutto, è stata rilevata una differenza significativa per il genere: i due campioni, dunque, non sono omogenei per questa variabile e i risultati potrebbero essere influenzati da fattori legati ad essa. La letteratura, in effetti, riporta una diversa manifestazione dei sintomi di ansia di separazione, con una prevalenza, maggior ereditabilità e maggior persistenza nel genere femminile (Silove et al., 2010; Silove et al., 2015), e dei sintomi internalizzanti, più diffusi tra le donne (Del Valle et al., 2020; Rohde et al., 2013). Oltre a ciò, tra coloro che intraprendono un percorso psicologico, le donne mostrano livelli di sintomatologia maggiori rispetto agli uomini (Monti et al., 2013). Essendo entrambi i campioni composti in maggioranza da donne, le associazioni registrate potrebbero essere state influenzate dall'effetto del genere e l'eterogeneità dei campioni in quanto al genere potrebbe aver messo in luce problematiche non propriamente generalizzabili al genere maschile.

Limitante è anche il non aver indagato le ragioni del percorso psicologico intrapreso in passato né l'eventualità che alcuni soggetti siano stati seguiti in un trattamento non nel passato ma al momento della rilevazione. Trattamenti intrapresi per motivi diversi potrebbero aver avuto effetti diversi in quanto ai costrutti indagati dalla presente ricerca e, tra chi non è ricorso alla psicoterapia in passato, potrebbero emergere associazioni differenti in base all'essere o meno seguiti nel presente.

Un'altra limitazione riguarda l'utilizzo dei questionari *self report*, che forniscono valutazioni soggettive della sintomatologia. Infine, la natura trasversale dello studio non permette di osservare relazioni causali tra le variabili in esame, limitando la comprensione dei fenomeni osservati.

4.2 Conclusioni

Il presente studio mostra l'esistenza di associazioni tra varie dimensioni comportamentali dell'intolleranza all'incertezza e i sintomi internalizzanti (di ansia di separazione e depressivi) nell'*emerging adulthood*, a sostegno della concettualizzazione dell'intolleranza all'incertezza come fattore transdiagnostico.

4.3 Studi futuri

Ricerche future potrebbero indagare ulteriormente le relazioni tra l'intolleranza all'incertezza e i sintomi internalizzanti, esplorando le differenze di genere e adottando disegni longitudinali che possano illustrare nessi causali e approfondire i processi eziologici che legano i sintomi di ansia di separazione, i sintomi depressivi e l'intolleranza all'incertezza.

4.4 Importanza clinica

Il presente studio ha rilevato elevati tassi di sintomi internalizzanti tra i giovani adulti, sottolineando la necessità di fornire più supporto psicologico e lavorare per prevenire lo sviluppo di psicopatologie blande. Anche tra chi non ha mai intrapreso un percorso terapeutico, si evidenzia una sintomatologia non irrilevante che rischia di strutturarsi in quadro di disturbo mentale. Preoccupante, infatti, è la prevalenza di sintomi depressivi di livello subclinico tra i giovani adulti mai sottoposti a psicoterapia, segno di un malessere psicologico in questa fascia d'età che mette a rischio il benessere futuro (Rohde et al., 2013). I risultati a favore della natura transdiagnostica dell'intolleranza all'incertezza, inoltre, accentuano la necessità di interventi che considerino e trattino la psicopatologia in modo dimensionale (Boswell et al., 2013; Hong & Cheung, 2015).

BIBLIOGRAFIA

Allan, N. P., Cooper, D., Oglesby, M. E., Short, N. A., Saulnier, K. G., & Schmidt, N. B. (2018). Lower-order anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty dimensions operate as specific vulnerabilities for social anxiety and depression within a hierarchical model. *Journal of anxiety disorders, 53*, 91-99.

*American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1994.

Arnett, J. J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: Implications for mental health. *The Lancet Psychiatry, 1*(7), 569-576.

Baldwin, D. S., Gordon, R., Abelli, M., & Pini, S. (2016). The separation of adult separation anxiety disorder. *CNS spectrums, 21*(4), 289-294.

Bassi, G., Mancinelli, E., Di Riso, D., Lis, A., & Salcuni, S. (2021). Separation anxiety in a community sample of Italian emerging adults and its relationship with dimensions of borderline personality. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome, 24*(1).

Biasi, V., Cerutti, R., Mallia, L., Menozzi, F., Patrizi, N., & Violani, C. (2017). (Mal) adaptive psychological functioning of students utilizing University Counseling Services. *Frontiers in Psychology, 8*, 403.

Boelen, P. A., Reijntjes, A., & Carleton, R. N. (2014). Intolerance of uncertainty and adult separation anxiety. *Cognitive behaviour therapy, 43*(2), 133-144.

Boelen, P. A., Reijntjes, A., & Smid, G. E. (2016). Concurrent and prospective associations of intolerance of uncertainty with symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression after bereavement. *Journal of anxiety disorders, 41*, 65-72.

Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of clinical psychology, 69*(6), 630-645.

Bottesi, G., Carraro, E., Martignon, A., Cerea, S., & Ghisi, M. (2019). "I'm Uncertain: What Should I Do?": an investigation of behavioral responses to everyday life uncertain situations. *International Journal of Cognitive Therapy, 12*, 55-72.

Bottesi, G., Marchetti, I., Sica, C., & Ghisi, M. (2020). What is the internal structure of intolerance of uncertainty? A network analysis approach. *Journal of Anxiety Disorders, 75*, 102293.

Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of anxiety disorders, 39*, 30-43.

- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, *26*(3), 468-479.
- Carleton, R. N., Norton, P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: a short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 105–117.
- Clifford, M., Hardcastle, R., Lambert, E., Beckwith, H., Bottesi, G., Wilkins, F., Mclean, F., & Freeston M. H. (2015). Development of a measure of Intolerance of Uncertainty Behaviours in Everyday Life (IUBEL). Technical report available from mark.freeston@ncl.uk, [Newcastle University](http://www.newcastle.ac.uk).
- Dar, K. A., Iqbal, N., & Mushtaq, A. (2017). Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: Examining the indirect and moderating effects of worry. *Asian journal of psychiatry*, *29*, 129-133.
- de Jong-Meyer, R., Beck, B., & Riede, K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*, *46*(4), 547-551.
- Del Valle, M. V., Andrés, M. L., Urquijo, S., Yerro-Avincetto, M., López-Morales, H., & Canet-Juric, L. (2020). Intolerance of uncertainty over COVID-19 pandemic and its effect on anxiety and depressive symptoms. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, *54*(2), e1335-e1335.
- Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K. (2004). Brief report: Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive therapy and research*, *28*, 835-842.
- Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive–compulsive disorder. *Clinical psychology review*, *31*(6), 923-933.
- Ghilardi, A., Buizza, C., Carobbio, E. M., & Lusenti, R. (2017). Detecting and managing mental health issues within young adults. a systematic review on college counselling in Italy. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, *13*, 61.
- Gibb, S. J., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2010). Burden of psychiatric disorder in young adulthood and life outcomes at age 30. *The British Journal of Psychiatry*, *197*(2), 122-127.
- Glowacz, F., & Schmits, E. (2020). Psychological distress during the COVID-19 lockdown: The young adults most at risk. *Psychiatry research*, *293*, 113486.
- Hammen, C., Brennan, P. A., Keenan-Miller, D., & Herr, N. R. (2008). Early onset recurrent subtype of adolescent depression: Clinical and psychosocial correlates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(4), 433-440.

- Hong, R. Y., & Cheung, M. W. L. (2015). The structure of cognitive vulnerabilities to depression and anxiety: Evidence for a common core etiologic process based on a meta-analytic review. *Clinical Psychological Science, 3*(6), 892-912.
- 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.
- Jensen, D., Cohen, J. N., Mennin, D. S., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2016). Clarifying the unique associations among intolerance of uncertainty, anxiety, and depression. *Cognitive Behaviour Therapy, 45*(6), 431-444.
- Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu. Rev. Public Health, 29*, 115-129.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric annals, 32*(9), 509-515.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine, 16*(9), 606-613.
- Kuwabara, S. A., Van Voorhees, B. W., Gollan, J. K., & Alexander, G. C. (2007). A qualitative exploration of depression in emerging adulthood: Disorder, development, and social context. *General hospital psychiatry, 29*(4), 317-324.
- Lauriola, M., Mosca, O., Trentini, C., Foschi, R., Tambelli, R., & Carleton, R. N. (2018). The intolerance of uncertainty inventory: Validity and comparison of scoring methods to assess individuals screening positive for anxiety and depression. *Frontiers in psychology, 9*, 388.
- Mabilia, D., Di Riso, D., Lis, A., & Bobbio, A. (2019). A prediction model for separation anxiety: the role of attachment styles and internalizing symptoms in Italian young adults. *Journal of Adult Development, 26*, 286-294.
- Mahoney, A. E., & McEvoy, P. M. (2012a). A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy, 41*(3), 212-222.
- Mahoney, A. E., & McEvoy, P. M. (2012b). Trait versus situation-specific intolerance of uncertainty in a clinical sample with anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy, 41*(1), 26-39.
- Manicavasagar, V., Silove, D., Wagner, R., & Drobny, J. (2003). A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood. *Comprehensive psychiatry, 44*(2), 146-153.
- Martin, A., Rief, W., Klaiberg, A., & Braehler, E. (2006). Validity of the brief patient health questionnaire

mood scale (PHQ-9) in the general population. *General hospital psychiatry*, 28(1), 71-77.

McEvoy, P. M., & Erceg-Hurn, D. M. (2016). The search for universal transdiagnostic and trans-therapy change processes: Evidence for intolerance of uncertainty. *Journal of anxiety disorders*, 41, 96-107.

Milrod, B., Markowitz, J. C., Gerber, A. J., Cyranowski, J., Altemus, M., Shapiro, T., ... & Glatt, C. (2014). Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 34-43.

*Monti, F., Tonetti, L., and Ricci Bitti, P. E. (2013). Il servizio di aiuto psicologico (SAP) dell'università di bologna. *Psicol. Clin. Svil.* 17, 147–159.

Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313.

Paulus, D. J., Talkovsky, A. M., Heggeness, L. F., & Norton, P. J. (2015). Beyond negative affectivity: A hierarchical model of global and transdiagnostic vulnerabilities for emotional disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(5), 389-405.

Pieh, C., Budimir, S., Delgadillo, J., Barkham, M., Fontaine, J. R., & Probst, T. (2021). Mental health during COVID-19 lockdown in the United Kingdom. *Psychosomatic medicine*, 83(4), 328-337.

Pini, S., Abelli, M., Shear, K. M., Cardini, A., Lari, L., Gesi, C., ... & Cassano, G. B. (2010). Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), 40-46.

Rizzo, R., Piccinelli, M., Mazzi, M. A., Bellantuono, C., & Tansella, M. (2000). The Personal Health Questionnaire: a new screening instrument for detection of ICD-10 depressive disorders in primary care. *Psychological Medicine*, 30(4), 831-840.

Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., Seeley, J. R., & Gau, J. M. (2013). Key characteristics of major depressive disorder occurring in childhood, adolescence, emerging adulthood, and adulthood. *Clinical Psychological Science*, 1(1), 41-53.

Sankar, R., Robinson, L., Honey, E., & Freeston, M. (2017). 'We know intolerance of uncertainty is a transdiagnostic factor but we don't know what it looks like in everyday life': A systematic review of intolerance of uncertainty behaviours. In *Clinical Psychology Forum*. Newcastle University.

Saulnier, K. G., Allan, N. P., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2019). Depression and intolerance of uncertainty: Relations between uncertainty subfactors and depression dimensions. *Psychiatry*, 82(1), 72-79.

Shevlin, M., Butter, S., McBride, O., Murphy, J., Gibson-Miller, J., Hartman, T. K., ... & Bentall, R. P. (2022).

Measurement invariance of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) across four European countries during the COVID-19 pandemic. *BMC psychiatry*, 22(1), 154.

Shihata, S., McEvoy, P. M., Mullan, B. A., & Carleton, R. N. (2016). Intolerance of uncertainty in emotional disorders: What uncertainties remain?. *Journal of anxiety disorders*, 41, 115-124.

Silove, D. M., Marnane, C. L., Wagner, R., Manicavasagar, V. L., & Rees, S. (2010). The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC psychiatry*, 10(1), 1-7.

Silove, D., Alonso, J., Bromet, E., Gruber, M., Sampson, N., Scott, K., ... & Kessler, R. C. (2015). Pediatric-onset and adult-onset separation anxiety disorder across countries in the World Mental Health Survey. *American Journal of Psychiatry*, 172(7), 647-656.

Silove, D., Manicavasagar, V., O'connell, D., Blaszczynski, A., Wagner, R., & Henry, J. (1993). The development of the separation anxiety symptom inventory (SASI). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(3), 477-488.

Silove, D., Slade, T., Marnane, C., Wagner, R., Brooks, R., & Manicavasagar, V. (2007). Separation anxiety in adulthood: dimensional or categorical?. *Comprehensive psychiatry*, 48(6), 546-553.

Vanheusden, K., Mulder, C. L., van der Ende, J., van Lenthe, F. J., Mackenbach, J. P., & Verhulst, F. C. (2008). Young adults face major barriers to seeking help from mental health services. *Patient education and counseling*, 73(1), 97-104.

Voitsidis, P., Nikopoulou, V. A., Holeva, V., Parlapani, E., Sereslis, K., Tsipropoulou, V., ... & Diakogiannis, I. (2021). The mediating role of fear of COVID-19 in the relationship between intolerance of uncertainty and depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 884-893.

Wheaton, M. G., & Kaiser, N. (2021). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as factors related to adult separation anxiety disorder symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14, 473-484.

Yook, K., Kim, K. H., Suh, S. Y., & Lee, K. S. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 24(6), 623-628.

*opere non direttamente consultate