



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia Generale**

**Corso di laurea Triennale in Scienze Psicologiche Cognitive e  
Psicobiologiche**

**Capacità di regolazione emozionale nei giovani: un possibile  
fattore di protezione dallo sviluppo di ansia e depressione**

Emotional regulation in young adults: a possible protective factor for the  
development of anxiety and depression

*Relatrice*

**Dott.ssa** Tania Moretta

**Laureanda:** Marta Finocchi

**Matricola:** 2012362

Anno accademico 2022/2023

## **INDICE**

### **Introduzione**

### **Capitolo 1: Disturbo d'ansia generalizzato e Disturbo depressivo maggiore in studenti giovani adulti**

1.1 Definizione e criteri diagnostici del disturbo d'ansia generalizzato

1.2 Eziologia del disturbo d'ansia generalizzato

1.3 Definizione e criteri diagnostici del disturbo depressivo maggiore

1.4 Teorie cognitive del disturbo depressivo maggiore

1.5 Ansia e depressione in studenti universitari

### **Capitolo 2: Regolazione emozionale: fattore trans-diagnostico**

2.1 Le capacità di regolazione emozionale

2.2 Le capacità di regolazione emozionale come fattore trans-diagnostico

2.3 Il ruolo della regolazione emozionale nei disturbi d'ansia e depressivi nei giovani

### **Capitolo 3: La ricerca**

3.1 Obiettivi ed ipotesi

3.2 Metodo

3.2.1 Partecipanti

3.2.2 Strumenti

3.2.3 Procedura

3.2.4 Analisi statistiche

3.3 Risultati

3.4 Discussione e conclusioni

### **Riferimenti bibliografici**

## INTRODUZIONE

La regolazione emozionale è un costrutto multidimensionale che descrive le capacità del soggetto di influenzare il proprio vissuto emotivo (Gross, 1998). Secondo il DSM-5, il disturbo d'ansia generalizzato è una condizione psicopatologica caratterizzata dalla presenza di sintomi ansiosi fisici e psichici, non legati ad una causa specifica. Sempre stando alla definizione del DSM-5, il disturbo di depressivo maggiore è un disturbo unipolare dell'umore caratterizzato da umore depresso e anedonia.

Numerose ricerche hanno evidenziato una forte correlazione esistente tra l'utilizzo di strategie di regolazione emozionale adattive e il ridotto rischio di assistere all'esordio delle psicopatologie sopracitate. Le stesse ricerche hanno definito, inoltre, fattori di rischio le strategie di regolazione emotiva maladattive, le quali sembrano mostrare una forte associazione con la manifestazione della sintomatologia ansiosa e depressiva.

L'adolescenza (13-18 anni) e i primi anni di età adulta (18-25 anni) sono una finestra temporale critica per l'esordio e lo sviluppo di diverse condizioni psicopatologiche (Lee et al., 2014) come i disturbi d'ansia e i disturbi depressivi (Polanczyk et al., 2015). Condizioni di malessere psicologico risultano essere sempre più diffuse tra gli studenti universitari come evidenziato sia dal Royal College of Psychiatrist (RCP 2011) sia dal National Survey of Counseling Center Directors (2002).

Nel primo capitolo del seguente elaborato sarà presentata la definizione del disturbo d'ansia generalizzato, i criteri per la diagnosi e la sua eziologia. In aggiunta verranno descritti la definizione e i criteri diagnostici del disturbo depressivo maggiore, con le teorie cognitive che ne spiegano l'origine. In conclusione, saranno presentate ricerche che indagano la relazione tra ansia e depressione in studenti universitari.

Nel secondo capitolo verranno descritte le capacità di regolazione emozionale, con la loro definizione e la distinzione tra strategie adattive e maladattive. Sarà poi spiegato perché la regolazione emozionale è considerata un fattore trans-diagnostico. In conclusione, verrà descritto quale ruolo ricopre la regolazione emozionale nello sviluppo dei disturbi d'ansia e di depressione nei giovani adulti.

Nel terzo capitolo verrà presentata la ricerca condotta con la descrizione di: obiettivi e ipotesi dello studio, strumenti utilizzati, procedure per la raccolta dati, analisi statistiche e risultati ottenuti. Infine, verranno discussi i dati emersi.

## CAPITOLO 1

### DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO E DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE IN STUDENTI UNIVERSITARI

#### 1.1 Definizione e criteri diagnostici del disturbo d'ansia generalizzato

La corrente definizione del disturbo d'ansia generalizzato (*general anxiety disorder*, GAD) deriva da una lunga storia di caratterizzazione del costrutto di ansia che inizia alla fine del 18° secolo, ossia agli albori della psichiatria moderna.

Albert Pitres e Emmanuel Régis, durante il 12° Congresso Internazionale di Medicina a Mosca (1897), descrissero con “*panophobia*” uno stato di malessere caratterizzato da ansia costante ed eccessiva. Una condizione, quindi, in cui il paziente prova terrore per ogni situazione e l'ansia non è canalizzata verso un oggetto specifico bensì fluttua, guidata da circostanze casuali. Il termine greco “*panophobia*”, infatti, indica letteralmente “ansia per tutto”. Il suo utilizzo perciò pone l'attenzione sulla preoccupazione eccessiva e generalizzata che caratterizza i disturbi d'ansia.

Successivamente, il neurologo americano George Beard ingloba la *panophobia* nella definizione di nevrosi, come una delle possibili manifestazioni del cosiddetto “esaurimento nervoso”. Proseguendo avanti nella linea temporale, Sigmund Freud usa il termine nevrosi d'ansia per indicare una condizione che parte dalla nevrosi ma si differenzia da questa essendo causata in particolare da due sintomi principali: eccessiva eccitazione sessuale non estinta nel coito e attesa apprensiva.

La pubblicazione del DSM-III nel 1980 sancisce la nascita ufficiale del disturbo d'ansia generalizzato come categoria diagnostica. Attualmente, il disturbo d'ansia generalizzato

o GAD, è compreso tra i disturbi d'ansia nel DSM-5 insieme a: fobia specifica, disturbo d'ansia sociale, disturbo di panico e agorafobia.

Il GAD è una condizione psicopatologica caratterizzata dalla presenza di sintomi ansiosi, fisici e psichici, non legati ad una causa specifica. Un aspetto centrale sembrerebbe essere il rimuginio, ovvero una forma di pensiero ripetitivo, verbale, astratto e privo di dettagli, seguito dall'immaginazione di possibili scenari negativi o minacciosi. Un altro aspetto caratterizzante il GAD è la minaccia percepita, ossia la consapevolezza, generalmente orientata al futuro, che qualcosa andrà male. In persone affette da GAD, la preoccupazione eccessiva, incontrollabile e prolungata nel tempo verso un pericolo imminente, reale o percepito, influenza negativamente ogni aspetto della vita quotidiana, diventando un meccanismo disfunzionale e pervasivo. Borkovec e collaboratori (1998) hanno mostrato che lo stato di preoccupazione talvolta agisce da rinforzo, riducendo i livelli di attivazione psicofisiologica associati all'affettività negativa (Freeston, Dugas e Ladoceur, 1996). Infatti, il costante rimuginio di potenziali eventi negativi potrebbe fungere da distrattore.

L'età d'insorgenza del GAD è 0-20 anni, con esordio tipico in adolescenza e prevalenza a un anno del 3%. Il GAD ha elevata comorbidità con il disturbo depressivo maggiore.

I criteri diagnostici del DSM-5 per il disturbo d'ansia generalizzato prevedono ansia e preoccupazione eccessive che si manifestano per almeno il 50% dei giorni relative a un gran numero di eventi o attività (famiglia, salute, finanze, lavoro, scuola). L'ansia e la preoccupazione persistente sono associate con almeno tre dei seguenti sintomi (uno per i bambini): irrequietezza, affaticamento, difficoltà a concentrarsi, irritabilità, tensione muscolare, alterazione del sonno.

Una prospettiva alternativa per la caratterizzazione e lo studio del GAD è data dal progetto Research Domain Criteria (RDoC), ovvero un'iniziativa promossa dal National Institute of Mental Health, che ha come fine quello di superare la classificazione categoriale delle diverse condizioni psicopatologiche, a favore di una descrizione dimensionale dei disturbi mentali. Il progetto RDoC si basa su dimensioni di comportamento osservabili e sulla descrizione dei meccanismi neurobiologici alla base del disturbo. Secondo questa prospettiva, l'ansia fa riferimento ai sistemi a valenza negativa e consisterebbe in un pattern persistente di pensieri negativi e ripetitivi sulle minacce percepite.

## **1.2 Etiologia del disturbo d'ansia generalizzata**

Il GAD presenta un'elevata comorbidità con gli altri disturbi d'ansia, tuttavia si differenzia da questi in quanto è caratterizzato principalmente dalla tendenza a vivere un disagio generale invece che una paura specifica. In persone con diagnosi di GAD, infatti, non si registra una risposta psicofisiologica intensa a stimoli minacciosi specifici, come invece accade nelle fobie in risposta all'oggetto della fobia e nell'ansia sociale in risposta a contesti sociali specifici (McTeague e Lang, 2012).

Secondo la teoria dell'evitamento (Borkovec et al., 2004), nel GAD il rimuginio funge da strategia di coping e costituirebbe quindi una forma di rinforzo. Tale strategia di coping infatti consentirebbe di ridurre la risposta somatica e i sintomi di attivazione psicofisiologica associati alle emozioni negative che caratterizzano il GAD. L'uso del rimuginio come strategia di coping agisce quindi come un meccanismo di rinforzo negativo compromettendo significativamente la possibilità di estinguere tale

apprendimento e quindi adottare strategie di coping alternative. A questo meccanismo si aggiungono anche caratteristiche disposizionali dell'individuo. A questo proposito, alcune ricerche mostrano come individui con GAD spesso riferiscono di aver vissuto eventi traumatici. L'aver subito esperienze precoci traumatiche e negative può portare l'individuo a sviluppare l'idea che il contesto circostante sia pericoloso e quindi ad adottare il rimuginio come strategia di coping per far fronte all'angoscia associata al trauma esperito ((Borkovec e Newman, 1998).

Alcuni studi hanno anche mostrato che individui che percepiscono l'incertezza come stressante hanno maggiori probabilità di sviluppare il GAD (Dugas, Marchand e Laddouceur, 2005). In persone affette da GAD, l'intolleranza all'incertezza è un fattore predittivo dell'aumento della preoccupazione (Laugesen, Dugas e Bukowski, 2003). I pensieri, generati da un evento scatenante, prendono la forma ipotetica del "e se succedesse che ..." e il rimuginio persistente genera i sintomi del GAD. L'individuo vive la minaccia come non affrontabile e mette in atto meccanismi di evitamento cognitivo, il quale è caratterizzato da comportamenti di distrazione e meccanismi di soppressione del pensiero e quindi di sostituzione dei pensieri relativi alla problematica da affrontare.

Secondo la prospettiva psicobiologica, una delle strutture coinvolte nei disturbi d'ansia sembra essere il circuito della paura, ovvero un insieme di strutture cerebrali che si attiva in risposta a situazioni di ansia o di paura (Malizia, 3003). Una delle componenti più importanti di questo circuito sembra essere l'amigdala: una piccola struttura a forma di mandorla localizzata nel lobo temporale e implicata nella definizione del significato emozionale degli stimoli. In persone affette da GAD si osserva iperattivazione di questa struttura rispetto a soggetti che non soffrono di disturbi d'ansia, come dimostrano studi basati sulla presentazione di segnali di minaccia, per esempio dei volti arrabbiati (Blair,

Shaywitz, Smith et al., 2001; Monk, Nelson, McClun et al., 2006). L'attività dell'amigdala è regolata dalla corteccia prefrontale mediale, regione che si occupa delle strategie di regolazione emozionale e dell'estinzione di paure apprese (Indovina, Robbins, Nunez-Elizalde et al., 2011; Kim, Loucks, Palmer et al., 2011). La corteccia prefrontale mediale, in persone che soddisfano i criteri diagnostici del GAD, mostra una minore attività alla presentazione di stimoli minacciosi (Britton, Grillon, Lissek et al., 2013) e nella regolazione delle risposte a questi (Goldin, Mnber-Ball, Werner et al., 2009). Nel GAD, le connessioni neurali tra amigdala e corteccia prefrontale mediale presentano dei deficit (Kim et al., 2011), i quali causano malfunzionamenti nei processi di regolazione e estinzione dei sintomi ansiosi (Yehuda e LeDoux, 2007).

### **1.3 Definizione e criteri diagnostici del disturbo depressivo maggiore**

Dal 1780 al 1880, con “*melancholia*” si intendeva un disturbo dell'intelletto accompagnato da tristezza per poi essere successivamente inteso come un disturbo della sfera umorale. Già la prima stesura del DSM segna il passaggio concettuale dalla “*melancholia*” alla depressione.

Attualmente, nel DSM-5, il disturbo depressivo maggiore (*major depressive disorder*; DDM) è compreso nei disturbi dell'umore, più precisamente fa parte della categoria dei disturbi depressivi o unipolari. I criteri diagnostici del DSM-5 per il DDM prevedono la manifestazione per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, per almeno due settimane di almeno cinque dei seguenti sintomi (compresi l'umore depresso e l'anedonia): insonnia o ipersonnia, agitazione o rallentamento psicomotorio, significativa perdita di peso o modificazione dell'appetito, faticabilità o mancanza di energia,

sentimenti di autosvalutazione o eccessivo senso di colpa, ridotta capacità di concentrarsi o prendere decisioni, pensieri ricorrenti di morte o ideazione suicidaria. Data la numerosità dei criteri è chiaro che sono presenti quadri clinici molto diversi tra loro e molto complessi.

Il DDM è definibile come un disturbo episodico, per cui i sintomi sono presenti in specifiche finestre temporali. Vivere un episodio depressivo nell'arco di vita comporta un aumento significativo della probabilità che questo si presenti nuovamente. Infatti, circa i due terzi degli individui che hanno vissuto un episodio depressivo maggiore, ne affronteranno almeno un altro, anche a distanza di molto tempo (Solomon, Keller, Leon et al., 2000).

Attualmente, l'approccio usato nella diagnosi di DDM è di tipo categoriale, dimostratosi però limitante in ambito clinico a causa dell'elevata eterogeneità dei criteri diagnostici e dei quadri clinici. Una nuova prospettiva nei riguardi dei criteri diagnostici del disturbo depressivo maggiore è Research Domain criteria (RCoD). Secondo questo approccio, i criteri operativi del disturbo depressivo maggiore sono associati sia a sistemi a valenza negativa sia a sistemi a valenza positiva.

#### **1.4 Teorie cognitive del disturbo depressivo maggiore**

Diverse teorie cognitive cercano di comprendere l'eziologia del disturbo depressivo maggiore: la teoria cognitiva di Beck, la *hopelessness theory* e la teoria della ruminazione.

- Al centro della teoria cognitiva di Aaron Beck (1967) c'è il concetto di triade negativa, ossia la formazione di credenze depressogene riguardo all'immagine di

sé (considerarsi inadeguato/incapace), del mondo (visione negativa che noi abbiamo degli altri, e viceversa) e del futuro (sofferenza e difficoltà attuali rappresentano condizioni imm modificabili). In persone che soffrono di depressione, questa visione negativa è causata dall'acquisizione di schemi cognitivi disfunzionali in risposta a situazioni stressanti o episodi traumatici vissuti durante l'infanzia. Tali schemi comportano distorsioni cognitive (*cognitive biases*), ossia modalità di elaborazione dell'informazione tendenti ad una visione negativa della situazione. Persone affette da depressione tendono infatti a mantenere un ricordo persistente dei feedback negativi a discapito di quelli positivi (Kendall e Ingram, 1989).

- Secondo la *hopelessness theory* (Abramson, Metalsky e Alloy, 1989) il fattore scatenante del DDM è la disperazione, ossia la convinzione che accadrà qualcosa di negativo o non si verificheranno esiti desiderabili, riguardo ai quali l'individuo non ha alcuna possibilità di controllo. L'aspetto nuovo della teoria è lo stile attributivo. Un'attribuzione è come l'individuo spiega a sé stesso il verificarsi di un determinato evento. In questa prospettiva, ciò che porta alla disperazione sono gli stili di attribuzione, i quali si sviluppano su due dimensioni: cause stabili o instabili e cause globali o specifiche. Persone che soffrono di depressione spiegano l'evento negativo secondo cause stabili e globali, ovvero permanenti e che coinvolgono numerosi domini dell'esistenza.
- Secondo la teoria della ruminazione proposta da Susan Nolen-Hoeksema (1991) il DDM sarebbe il risultato di alti livelli di ruminazione. Nello specifico, la ruminazione, ossia la tendenza a ricordare continuamente esperienze e pensieri negativi, costituirebbe un fattore predittivo dell'esordio di episodi depressivi (Just

e Alloy, 1997; Morrow e Nolen-Hoeksema, 1990; Nolen-Hoeksema, 2000). A corroborare questa ipotesi, diversi studi hanno mostrato che alti livelli di ruminazione si associano all'aumento di affettività negativa negli individui (Ottaviani, Shahabi e Shapiro, 2015).

### **1.5 Ansia e depressione in studenti universitari**

Condizioni di malessere psicologico risultano essere sempre più diffuse tra gli studenti universitari come evidenziato sia dal Royal College of Psychiatrist (RCP 2011) sia dal National Survey of Counseling Center Directors (2002). In particolare quest'ultimo, per mezzo della valutazione dei questionari provenienti dai centri di consulenza negli Stati Uniti, attesta che il 93,7% dei direttori scolastici riferisce che un elevato numero di studenti nei loro campus vive disagi psicologici (Gallegher, 2014).

La letteratura riporta che ansia e depressione rappresentano le condizioni psicopatologiche con più alta incidenza tra gli studenti universitari (Liu, Stevens, Wong, Yasui & Chen, 2019). Una recente meta-analisi (Wenzhen Li, Zhiya Zhao, Dajie Chen, Ying Peng, and Zuxun Lu, 2022) condotta su campioni di studenti universitari ha mostrato una prevalenza di sintomi d'ansia pari al 39,0% e di sintomi depressivi pari al 33,6%. Nello stesso studio sono stati identificati otto fattori principali associati ai sintomi depressivi in studenti universitari, quali il sesso femminile, lo stress accademico, il fumo, la presenza di esperienze traumatiche, l'uso frequente di alcol, la scarsa qualità del sonno, le difficoltà economiche e la mancanza di autostima. Inoltre, sono stati individuati sette fattori principali associati alla presenza di sintomi d'ansia, quali il sesso femminile, la scarsa qualità del sonno, l'alimentazione irregolare, la dipendenza da Internet, il consumo

di alcol, la bassa autoefficacia e le difficoltà accademiche. Per quanto riguarda le differenze di genere, il fatto che le studentesse sembrerebbero maggiormente vulnerabili a sviluppare sintomi di ansia e depressione potrebbe essere dato da fattori psicosociali come stereotipi di genere e ruoli sociali, insieme ad una maggiore esposizione a situazioni stressanti, causa di sentimenti negativi (Bangasser et al., 2010; Kvirgic et al., 2013).

Per quanto riguarda la relazione tra scarsa qualità del sonno ed distress psicologico in studenti universitari, è stato visto che una ridotta qualità del sonno spesso si associa a difficoltà nell'alternanza lavoro-riposo, scarsa attività fisica e abitudini alimentari disadattive che possono contribuire negativamente al distress degli studenti (Ghrouz et al., 2019). Da notare che alta fiducia in sé stessi e alta percezione di autoefficacia, congiuntamente a buone relazioni interpersonali e familiari sembrerebbero rappresentare fattori protettivi per lo sviluppo di sintomi d'ansia e depressione negli studenti universitari, contribuendo quindi a preservare il loro benessere psicologico (Chen et al., 2013; Farrer, Gulliver, Bennet, Fassnacht & Griffiths, 2016).



## CAPITOLO 2

### REGOLAZIONE EMOZIONALE: FATTORE TRANS-DIAGNOSTICO

#### 2.1 Le capacità di regolazione emozionale

La regolazione emozionale (*emotion regulation*, ER) è un costrutto multidimensionale che si riferisce alla capacità dell'individuo di influenzare le proprie emozioni, ossia il "quando" ed il "come" esprimerle (Gross, 1998). Le emozioni sono definite come modificazioni psicofisiologiche in risposta ad uno stimolo interno o esterno con valenza positiva o negativa.

Uno dei modelli di ER più influenti è il *Process Model of ER* di Gross (1998) il quale considera la ER come una serie di strategie a disposizione dell'individuo che incrementano, mantengono o inibiscono la percezione affettiva dell'esperienza emozionale, influenzando anche emozioni e comportamenti (Gross, 1999). Secondo questo modello, diversi sistemi di valutazione emozionale interagiscono tra loro nella generazione e regolazione dell'emozione stessa, quali: il Mondo, la Percezione, la Valutazione e l'Azione (Gross, 2015). Il Mondo (World, W) sia interno che esterno, dà origine alla percezione (Perception, P). In base alla Valutazione (Valuation, V) del percepito si mettono in atto determinate Azioni (Action, A) con il fine di modificare lo stato del Mondo. Elemento centrale quindi risulta essere il significato semantico dato dall'individuo alla situazione emotiva affrontata. Il modello proposto da Gross prevede che la generazione dell'esperienza emotiva sia il risultato dell'interazione tra la situazione, l'attenzione posta agli aspetti chiave di tale situazione, la valutazione del contesto e le risposte esperienziali, fisiologiche e comportamentali. Ad esempio, un

individuo si trova a dover affrontare un colloquio di lavoro (situazione), notare l'atteggiamento freddo del datore di lavoro (attenzione), interpretare la freddezza dell'interazione (valutazione) e provare sentimenti di paura e agitazione durante lo svolgimento del colloquio stesso (risposta). La regolazione emozionale, inoltre, segue tre fasi specifiche (Gross, 2015):

- La prima fase è l'**identificazione**, che implica l'attivazione (o meno) del sistema di regolazione emozionale in base alla situazione percepita. Questa fase rappresenta il momento in cui l'individuo sceglie se regolare o meno l'emozione identificata. Un profilo di identificazione adattivo sembra essere caratterizzato dalle seguenti abilità prototipiche, le quali forniscono un'adeguata rappresentazione dello stato emotivo e di regolazione: la consapevolezza emotiva (Coffey et al., 2003; Gohm & Clore, 2000; Salovey & Meyer, 1990), la consapevolezza dei cambiamenti fisiologici legati all'emozione (Füstös et al., 2013) e la capacità di discriminare le diverse emozioni (Barrett et al., 2001; Kashdan et al., 2014; Lindquist & Barrett, 2008).
- La seconda fase è la **selezione**. Tale fase prevede la scelta della strategia di regolazione emozionale da utilizzare. Da notare che la capacità di accedere a diverse strategie di regolazione è correlata alla manifestazione di output comportamentali adattivi in circostanze avverse (Orcutt et al., 2014).
- L'ultima e terza fase è l'**implementazione**, ovvero la messa in pratica della strategia selezionata. L'output in questa fase prevede l'esecuzione della strategia di regolazione emozionale selezionata, il cui scopo è apportare un cambiamento nel sistema di regolazione emozionale stesso. L'individuo dispone di un numero

sufficiente di strategie di regolazione emozionale per il controllo adattivo delle sue emozioni (McRae et al., 2012).

Le strategie di regolazione emozionale si dividono in adattive e disadattive (Aldao et al., 2010). Le prime (ristrutturazione cognitiva, *problem solving* e accettazione) sono associate a *pattern* di risposte a lungo termine ottimali, mentre le seconde (soppressione, evitamento e ruminazione) implicano esiti negativi a lungo termine. Le capacità di regolazione emozionale possono implicare dei fallimenti durante l'implementazione di una o più delle tre fasi descritte (i.e., identificazione, selezione e implementazione) e delle difficoltà di elaborazione-dinamica (vedi Tabella 1). Tali fallimenti sono stati associati allo sviluppo e al rischio di sviluppare diverse condizioni psicopatologiche (Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015), Emotion regulation and psychopathology, *Annual Review of Clinical Psychology*)

Strategie di regolazione emozionale	Sistemi di regolazione	Condizioni cliniche e descrizione
<b>Identificazione</b>	Percezione	<p><b>Attacchi di panico:</b> sovra-rappresentazione di segnali sottostanti allo stato emotivo corrente</p> <p><b>Bias del disimpegno nei disturbi d'ansia:</b> sovra-rappresentazione delle informazioni minacciose per un tempo prolungato</p> <p><b>Alessitimia:</b> sotto-rappresentazione degli stati emotivi</p>
	Valutazione	<p><b>Evitamento dell'esperienza:</b> valutazione eccessiva dei costi associati all'esperienza emozionale</p> <p><b>Comportamento di attaccamento nel disturbo di personalità dipendente:</b> sottostima dei benefici della regolazione intrinseca</p>
	Azione	<p><b>Impotenza appresa nei disturbi depressivi:</b> fallimento nella traduzione di un obiettivo generale di regolazione in azione</p>
<b>Selezione</b>	Percezione	<p><b>Fuga da sé stessi nel disturbo da binge-eating e nei comportamenti suicidari:</b> sovra-rappresentazione delle strategie di regolazione maladattive</p>
	Valutazione	<p><b>Autolesionismo e abuso di sostanze:</b> valutazione generalmente positiva delle strategie di regolazione maladattive</p>
	Azione	<p><b>Ristrutturazione cognitiva:</b> compromissione delle abilità nell'attivazione delle strategie di regolazione adattive</p>
<b>Implementazione</b>	Percezione	<p><b>Strategie a lungo-termine nell'ADHD:</b> sotto-rappresentazione delle strategie di regolazione adattive</p>
	Valutazione	<p><b>Rimuginio nel GAD:</b> valutazione positiva delle strategie di regolazione maladattive</p>
	Azione	<p><b>Attenzione selettiva nella depressione maggiore:</b> compromissione delle abilità di attivazione delle strategie adattive di regolazione</p>
<b>Monitoraggio</b>	Interruzione	<p><b>Ruminazione nella depressione:</b> interruzione ritardata di una strategia di regolazione maladattiva</p> <p><b>Bassa autoefficacia regolativa in SAD:</b> interruzione precoce di una strategia di regolazione adattiva</p>
	Cambiamento	<p><b>Depressione, ansia e OCPD:</b> passaggio ritardato da una strategia di implementazione inefficiente</p> <p><b>Stati maniacali nel disturbo bipolare:</b> alternanza precoce tra strategie di regolazione</p>

*Tabella 1: sintesi delle condizioni cliniche che rappresentano potenziali compromissioni delle fasi di regolazione del Process Model of ER.*

## **2.2 Le capacità di regolazione emozionale come fattore trans-diagnostico**

Le capacità di regolazione emozionale sembrano essere un elemento centrale per lo sviluppo e il mantenimento di condizioni psicopatologiche (Aldao, 2012; Aldao & Dixon-Gordon, 2014; Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Berking & Wupperman, 2012; Carpenter & Trull, 2013; Gratz, Weiss, & Tull, 2015; Kring & Sloan, 2010; Lavender et al., 2015; Mennin, Holaway, Fresco, Moore, & Heimberg, 2007). L'utilizzo di strategie di regolazione emozionale disadattive, come la ruminazione, la soppressione e l'evitamento, è stato associato a numerose condizioni cliniche come disturbi d'ansia, depressione, disturbo da uso di sostanze, disturbi alimentari (Aldao et al., 2010) e disturbo borderline di personalità (Carpenter & Trull, 2013). Tali associazioni hanno portato buona parte della letteratura a considerare le strategie di regolazione emozionale un possibile fattore trans-diagnostico in psicopatologia. Tale visione è supportata dal fatto che trattamenti psicologici diversi, specifici per le diverse psicopatologie, possono produrre cambiamenti significativi in ER (Aldao, 2012; Fernandez, Jazaieri, & Gross, 2016; Kring & Sloan, 2009; Norton & Paulus, 2015). Questa osservazione, inoltre, sembrerebbe dipendere dal fatto che meccanismi non funzionali di ER sono ricorrenti in diversi quadri clinici (Kring & Sloan, 2009).

### 2.3 Il ruolo della regolazione emozionale nei disturbi d'ansia e depressivi nei giovani

L'adolescenza (13-18 anni) e i primi anni di età adulta (18-25 anni) sono una finestra temporale critica per l'esordio e lo sviluppo di diverse condizioni psicopatologiche (Lee et al., 2014) come i disturbi d'ansia e i disturbi depressivi (Polanczyk et al., 2015). Le capacità di regolazione emozionale sembrano essere un fattore centrale implicato nello sviluppo di queste condizioni psicopatologiche (Ahmed et al., 2015). Infatti, durante il passaggio dall'infanzia all'adolescenza ed infine all'età adulta si fa esperienza di nuovi stati emotivi, più intensi di quelli esperiti durante l'infanzia. Questo determina una maggiore richiesta di regolazione delle emozioni (Gilbert, 2012), la quale dipende in parte dalla crescente indipendenza dal supporto delle figure genitoriali (Casey et al., 2010). In particolare, le strategie cognitive sottostanti alle capacità di regolazione emozionale sono strettamente associate a sintomi depressivi e ansiosi (McLaughlin et al. 2011). Considerate dei fattori di protezione, le strategie adattive (ristrutturazione cognitiva, problem solving, accettazione) sono correlate a successo accademico, benessere psicofisico in età adulta e migliore funzionamento nell'area sociale (McLaughlin et al. 2011). Nello specifico:

- La strategia **ristrutturazione cognitiva** prevede la capacità di cambiare prospettiva, nel senso di modificare pensieri e credenze, rispetto a stimoli percepiti e situazioni vissute (Aldao et al., 2010). Nei giovani, una maggiore sintomatologia ansiosa e depressiva è stata associata a uno scarso uso di ristrutturazione cognitiva come strategia di regolazione emozionale (Betts et al. 2009; Eastabrook et al. 2014; Lantaigne et al. 2014).
- La strategia **problem solving** implica l'utilizzo di risposte cognitive e comportamentali volte a modificare una situazione sfavorevole che elicit

emozioni di disagio (Frye and Goodman 2000). Deficit nel ricorrere all'uso di questa strategia sono associati a sintomi depressivi e ansiosi nei giovani (Becker-Weidman et al. 2010; Siu and Shek 2010).

- La strategia **accettazione** implica la capacità di “accettare” l'esperienza emozionale vissuta ed è associata a risposte più funzionali in situazioni emotivamente salienti. Nei giovani, un frequente uso di questa strategia è associato a minori sintomi depressivi e ansiosi.

Al contrario, definite come fattori di rischio, le strategie di regolazione emozionale disadattive (evitamento, soppressione, ruminazione) sembrano prolungare ed intensificare l'esperienza associata a emozioni negative (Ehring and Watkins 2008; Gross and John 2003; Werner and Gross 2010). Nello specifico:

- La strategia **evitamento** implica, da un parte, evitare stati emotivi associati ad una risposta psicologica dannosa (Hayes et al. 1996), dall'altra, evitare stimoli o situazioni esterne. Secondo la teoria a due fattori di Mowrer's (1947), i meccanismi associati all'uso di questa strategia sono il condizionamento classico per l'acquisizione e il condizionamento operante per il mantenimento. Nei giovani, un uso frequente della strategia evitamento sembra essere associato a sintomatologia ansiosa e depressiva (e.g., Siu and Shek 2010).
- La strategia **soppressione** può essere intesa sia come soppressione delle espressioni emozionali sia come soppressione dell'esperienza e dei pensieri associati all'emozione esperita (Gross and Thompson 2007). Nei giovani, usare spesso questa strategia risulta essere correlato a risposte d'ansia e depressione (Eastabrook et al. 2014; Penza-Clyve and Zeman 2002).

- La strategia **ruminazione** rappresenta una forma di pensiero ripetitivo sull'esperienza emozionale, sulle sue cause e possibili conseguenze (Nolen-Hoeksema et al. 2008). Nei giovani, il pensiero ruminativo sembra essere un elemento centrale per lo sviluppo di un disturbo depressivo (Rood et al., 2009). Inoltre, è stato associato all'esordio di sintomatologia ansiosa (McLaughlin et al. 2011; Nolen-Hoeksema et al. 2007).

## **CAPITOLO 3**

### **LA RICERCA**

#### **3.1 Obiettivi ed ipotesi**

La ricerca descritta nel presente elaborato fa riferimento ad un progetto più ampio previsto all'interno delle attività del gruppo Early CAreer REsearchers' network (E-CARE) della sezione di Psicologia Clinica e Dinamica. Il progetto ha lo scopo di indagare il potenziale transdiagnostico di una serie di variabili notoriamente studiate nel contesto dei fattori di rischio di diverse condizioni psicopatologiche. Il fine ultimo della ricerca è formulare nuove modalità di risposta sanitaria che contemplino l'adozione di strumenti innovativi di valutazione e identificazione precoce del rischio, in grado di massimizzare il rapporto costi/benefici. Nella prospettiva del progetto Research Domain Criteria, i disturbi mentali non sono definibili in categorie diagnostiche a sé stanti ma, piuttosto, la conseguenza di alterazioni a carico di sistemi/fattori granulari sottostanti che assumono valore transdiagnostico e possono portare all'insorgenza di uno o più sintomi psicopatologici lungo un continuum che va dal comportamento adattivo a quello disadattivo. L'individuazione di tali fattori transdiagnostici permetterebbe la formulazione di valutazioni psicologiche precoci che possono caratterizzare il rischio dell'individuo di sviluppare una condizione psicopatologica lungo un continuum che va dalle risposte adattive ai sintomi psicopatologici.

La ricerca descritta nel presente elaborato si pone l'obiettivo di indagare la relazione esistente tra le capacità di regolazione emozionale, variabile intesa come fattore transdiagnostico, e due condizioni psicopatologiche quali disturbo d'ansia generalizzato e disturbo depressivo maggiore. Nello specifico, lo studio si focalizza su un campione di

studenti di età compresa tra i 18 e i 30 anni. L'esigenza di porre al centro dell'attenzione la popolazione giovane deriva dal preoccupante dato per cui l'incidenza dei disturbi mentali nei giovani risulta essere circa del 15-20%, e tale incidenza si associa al rischio di comportamenti suicidari. Inoltre, condizioni di malessere psicologico risultano essere sempre più diffuse tra gli studenti universitari come evidenziato sia dal Royal College of Psychiatrist (RCP 2011) sia dal National Survey of Counseling Center Directors (2002).

Le strategie di regolazione emozionale prese in esame fanno riferimento alle due scale che compongono l'*Emotion Regulation Questionnaire*, quali *cognitive reappraisal* e *expressive suppression*. La prima consiste nella capacità di modificare il significato e l'impatto emotivo della situazione che si sta vivendo (Gross, 1998). La seconda consiste nell'inibizione o nella riduzione del comportamento emotivo-espressivo in corso (Gross, 1998).

Le ipotesi alla base della presente ricerca prevedono l'esistenza di una significativa correlazione tra le due strategie di regolazione emozionale sopra descritte con rispettivamente i sintomi d'ansia, da una parte, ed i sintomi depressivi dall'altra.

## **3.2 Metodo**

### **3.2.1 Partecipanti**

Alla presente ricerca hanno preso parte 3142 persone appartenenti alla popolazione generale italiana, di età compresa tra i 18 e i 100 anni. Il campione su cui si concentra il presente elaborato è composto da 863 persone, tutti studenti, di età compresa tra i 18 e 30 anni, con una media pari a 22,77 anni (*vedi Tabella 3*). Di questi, 691 sono biologicamente donne (80%), 172 biologicamente uomini (20%) e nessun intersex. Per ciò che riguarda

il genere, il 79,25% riporta di identificarsi come “femmina”, il 19,46% “maschio”, l’1,04% “non-binary” e il restante 0,23% come “altro”. In riferimento al livello di scolarizzazione osservato sulla base del più alto titolo di studio conseguito, il 54,46% dei partecipanti ha riportato di aver ottenuto il diploma di scuola superiore, il 33,25% laurea triennale, il 9,15% laurea magistrale, il 2,43% ha concluso la scuola media, lo 0,46% ha un dottorato di ricerca, lo 0,11% ha terminato la scuola elementare e il restante 0,11% non ha alcun titolo scolastico (*vedi Tabella 1*).

<b>Livello di scolarizzazione</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Percentuale</b>
Diploma superiore	470	54,46%
Laurea Triennale	287	33,25%
Laurea Magistrale	79	9,15%
Scuola Media	21	2,43%
Dottorato di ricerca	4	0,46%
Scuola Elementare	1	0,11%
Nessun titolo	1	0,11%

*Tabella 1: frequenze relative al livello di scolarizzazione dei partecipanti*

Alla domanda “qual è il suo stato civile?”, 413 partecipanti hanno riferito di essere in una relazione, 416 “single”, 33 “sposat\*” e 1 “vedov\*” (*vedi Tabella 2*).

<b>Stato civile</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Percentuale</b>
Single	416	48,20%
Relazione	413	47,85%
Sposat*	33	3,82%
Vedov*	1	0,11%

*Tabella 2: frequenze relative allo stato civile dei partecipanti*

Tra i partecipanti, il livello medio di ore di sonno al giorno risulta essere di 7,19 ore (*vedi Tabella 3*). Il 7,06% dei partecipanti ha riferito di assumere psicofarmaci, mentre il 4,63%

ha riportato di fare uso abituale di sostanze stupefacenti. Infine, 77 (8,92%) persone del campione dichiarano di aver ricevuto una diagnosi di una o più condizioni psichiatriche.

<b>Variabile</b>	<b>Media</b>	<b>SD</b>
Età	22.77	2.62
Ore di sonno (per notte)	7.19	0.95

*Tabella 3: Statistiche descrittive delle variabili “Età” e “Ore di sonno”*

### **3.2.2 Strumenti**

La ricerca prevedeva, dopo la lettura del consenso informato e il completamento di una serie di domande su variabili sociodemografiche, la compilazione online di 6 questionari *self-report* validati in lingua italiana quali: Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28, 28 item); Relationship Questionnaire (5 item); Reflective Functioning Questionnaire (RFQ; 8 item); Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; 10 item); Brief Self-Control Scale (BSCS; 13 item); Multidimensional Flexibility Inventory (MPFI), Short Form solo nella sottoscala della flessibilità psicologica (12 item) per indagare rispettivamente trauma, attaccamento, mentalizzazione, regolazione emozionale, auto-controllo e flessibilità psicologica. In aggiunta, la ricerca prevedeva anche la somministrazione di 4 questionari *self-report* validati in italiano, quali: Generalized Anxiety Disorder (GAD-7, 7 item); Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9, 9 item); Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, 10 item) e Bergen social media addiction scale (BSMAS, 6 item) per indagare rispettivamente i sintomi di ansia, depressione, abuso di alcol e di social media.

Di seguito saranno descritti esclusivamente i questionari utilizzati ai fini delle analisi statistiche necessarie a testare le ipotesi di ricerca del seguente elaborato.

**-Emotion Regulation Questionnaire (ERQ, Gross & John, 2003 ; versione italiana a cura di Balzarotti, John e Gross, 2010).** L'ERQ è un questionario *self-report* costituito da 10 domande volte ad indagare le capacità di regolazione emozionale dell'individuo. Esempi di item sono: *“Cerco di controllare i miei sentimenti provando a cambiare il modo di considerare la situazione in cui mi trovo”* o *“Per sentirmi meglio (ad esempio, felice/contento/sollevato/di buon umore), cerco di guardare le cose da una prospettiva diversa”*. Il questionario consiste nella misurazione in due scale delle strategie di regolazione emozionale quali *cognitive reappraisal* e *expressive suppression*. Lo strumento richiede la valutazione di ogni item su una scala Likert da 1 = “Per niente d'accordo” a 7 = “Totalmente d'accordo”. Il questionario, nella sua versione italiana, presenta una buona coerenza interna per entrambe le scale, con  $\alpha$  di Cronbach pari a .84 per la scala *“reappraisal”* e .72 per la scala *“suppression”*.

**-Generalized Anxiety Disorder (GAD-7, Spitzer et al., 2006).** Il GAD-7 è uno strumento *self report* strutturato in 7 domande sulla presenza di sintomi di ansia nelle ultime due settimane. Esempi di item sono: *“Non riuscire a smettere di preoccuparsi o a tenere sotto controllo le preoccupazioni”* o *“Avere paura che possa succedere qualcosa di terribile”*. Il questionario richiede la valutazione di ogni item su una scala Likert in 4 punti, da 0 = “Mai” a 3 = “Quasi ogni giorno”. Questo strumento offre una buona coerenza interna, con  $\alpha$  di Cronbach tra i valori .80 e .97.

**-Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9, Spitzer et al., 1999).** Il PHQ-9 è un questionario *self report* costituito da 9 domande per indagare la presenza di sintomi depressivi nelle ultime due settimane. Esempi di item sono: *“Problemi ad addormentarsi o a dormire tutta la notte senza svegliarsi, o a dormire troppo”* o *“Avere una scarsa opinione di sé, o sentirsi un/una fallito/a o aver deluso se stesso/a o i propri familiari”*.

Lo strumento richiede la valutazione di ogni item su una scala Likert in 4 punti, da 0 = “Mai” a 3 = “Quasi ogni giorno”. Si conclude con una domanda finale volta ad indagare la pervasività dei sintomi nei diversi contesti di vita quotidiana. Il questionario presenta un’adeguata coerenza interna, con valori di  $\alpha$  di Cronbach nel range da .70 a .90.

### **3.2.3 Procedura**

La presente ricerca è stata svolta interamente online. Il reclutamento dei partecipanti è avvenuto tramite la diffusione sul web, per mezzo dei social network, del link d’accesso alla survey.

L’indagine, nel suo complesso, era costituita da un modulo per il consenso informato, una serie di domande su variabili sociodemografiche e la batteria dei questionari.

I dati sono stati raccolti in modo anonimo. Tutte le informazioni raccolte nella ricerca sono state trattate nel rispetto delle vigenti leggi D.Lgs.196/2003 sulla privacy e UE GDPR 679/2016 sulla protezione dei dati personali e dell’art. 9 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Le variabili sociodemografiche sono state raccolte attraverso la compilazione, da parte del partecipante, di una scheda informativa volta ad indagare il sesso, il genere, l’età, il livello di scolarizzazione, lo stato civile, la condizione lavorativa, le ore di sonno medie a notte, l’assunzione di psicofarmaci, il consumo di sostanze stupefacenti e la presenza di una o più diagnosi psichiatriche.

La ricerca prevedeva infine la somministrazione di 10 questionari online *self report*.

Il tempo previsto per la compilazione della survey era di circa 30 minuti.

### 3.2.4 Analisi statistiche

Per la stesura del seguente elaborato, le analisi statistiche sono state condotte attraverso il software *R-Studio* (versione 2023.06.1+524).

Riguardo alle statistiche descrittive delle variabili sociodemografiche sono state calcolate le frequenze percentuali relative a sesso, genere, livello di scolarizzazione, stato civile, assunzione di psicofarmaci, consumo di sostanze stupefacenti e diagnosi psichiatrica. Per le variabili “età” e “ore di sonno per notte”, sono state calcolate medie e deviazioni standard (DS).

Le analisi correlazionali per testare le ipotesi di ricerca sono state effettuate calcolando il coefficiente di correlazione di Pearson. Sono state considerate di grado debole le correlazioni tra  $|0,10|$  e  $|0,30|$ , di grado moderato i valori compresi tra  $|0,30|$  e  $|0,60|$  e di grado forte le correlazioni  $\geq |0,70|$ . Nello specifico, si è calcolata la correlazione tra i punteggi ottenuti nelle due scale dell’*Emotion Regulation Questionnaire*, quali “*cognitive reappraisal*” e “*expressive suppression*”, e i punteggi totali riportati alla compilazione del GAD-7 e del PHQ-9.

### 3.3 Risultati

Le analisi correlazionali mostrano la presenza di associazioni negative di grado debole tra la strategia di regolazione emozionale di *cognitive reappraisal* ed i sintomi d’ansia ( $r = -0.16, p < .001$ ). Inoltre, si osserva una debole correlazione di tipo negativo tra la strategia di regolazione emozionale di *expressive suppression* ed i sintomi d’ansia ( $r = -0.15, p < .001$ ).

Le analisi correlazionali hanno anche evidenziato la presenza di associazioni positive di grado debole tra la scala *cognitive reappraisal* ed i sintomi depressivi ( $r = 0.14, p < .001$ ). In aggiunta, si osserva una correlazione positiva di tipo debole tra la scala *expressive suppression* ed i sintomi depressivi ( $r = 0.23, p < .001$ ).

I coefficienti di correlazione calcolati sono riportati nella Tabella 5.

	<i>Cognitive Reappraisal</i>	<i>Expressive Suppression</i>
<b>Punteggio totale GAD-7</b>	-0.16	-0.15
<b>Punteggio totale PHQ-9</b>	0.14	0.23

*Tabella 5: correlazioni tra le due scale dell'ERQ e i punteggi totali del GAD-7 e del PHQ-9*

### **3.4 Discussione e conclusioni**

Alla luce dei dati emersi dalla letteratura, la presente ricerca descritta nel seguente elaborato si poneva l'obiettivo di indagare la relazione esistente tra le strategie di regolazione emozionale, quali *cognitive reappraisal* e *expressive suppression*, e i sintomi relativi al disturbo d'ansia generalizzato ed al disturbo di depressione maggiore.

Le precedenti ricerche che hanno analizzato questa relazione, in particolare nei giovani adulti, hanno definito come fattori di protezione le strategie adattive di regolazione emozionale, come la ristrutturazione cognitiva. L'utilizzo di queste strategie risulta essere correlato a successo accademico, benessere psicofisico e migliore funzionamento nell'area sociale (McLaughlin et al. 2011). In aggiunta, sono state definite come fattori di rischio le strategie maladattive di regolazione emozionale, come la soppressione, il cui utilizzo sembra prolungare ed intensificare l'esperienza associata a emozioni negative

(Ehring and Watkins 2008; Gross and John 2003; Werner and Gross 2010). La letteratura riporta, inoltre, che ansia e depressione rappresentano le condizioni psicopatologiche con più alta incidenza tra gli studenti universitari (Liu, Stevens, Wong, Yasui & Chen, 2019).

Considerando queste evidenze, nella presente ricerca si ipotizzava una forte correlazione positiva tra la strategia maladattiva di soppressione e la presenza di sintomi ansiosi e depressivi. Correlazione che, stando ai dati e ai coefficienti calcolati, non sembra essere stata pienamente confermata. Nei risultati si osserva una correlazione positiva di grado debole unicamente tra la soppressione e il punteggio totale al PHQ-9.

Sempre alla luce dei dati emersi dalla letteratura, il seguente studio ipotizzava una forte correlazione negativa, non pienamente confermata dai dati della ricerca, tra la strategia adattiva di ristrutturazione cognitiva e la presenza di sintomi d'ansia e di depressione. Infatti, nei risultati si osserva una correlazione negativa di grado debole tra il meccanismo di ristrutturazione cognitiva e il punteggio totale al GAD-7.

Sommariamente, il presente studio sembrerebbe suggerire che le strategie di regolazione emotionale indagate attraverso l'ERQ non rappresentino fattori granulari con potenziale transdiagnostico che possano informare nuove modalità di assessment psicologico e potenziali interventi di prevenzione. Probabilmente, tali strategie, riflettono il funzionamento di processi cognitivi di alto livello che potrebbero, a loro volta, riflettere il funzionamento di meccanismi relativi ai processi di elaborazione emotionale meno complessi e chiave nelle fasi iniziali dell'insorgenza di sintomi affettivi. Ulteriori studi che adottino altre tipologie di misurazione delle capacità di regolazione emotionale (test comportamentali, misure psicofisiologiche) dovrebbero replicare i risultati della presente ricerca e ampliare l'indagine di possibili meccanismi sottostanti all'insorgenza di una o

più condizioni psicopatologiche al fine di migliorare diagnosi e programmi di prevenzione ad ampio raggio.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Marc-Antoine Crocq (2017) The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19:2, 107-116, DOI: 10.31887/ DCNS.2017.19.2/macrocq
- Kring, A. M., Conti, D., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. (2017). *Psicologia Clinica*. Zanichelli.
- Kim, Y.-K., & Park, S.-C. (2021). An alternative approach to future diagnostic standards for major depressive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 105, 110133. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110133>
- Li, W., Zhao, Z., Chen, D., Peng, Y., & Lu, Z. (2022). Prevalence and associated factors of depression and anxiety symptoms among college students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(11), 1222–1230. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13606>
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Introduction*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1), 379–405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 141–163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>

- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2016). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, *46*(2), 261–276. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, *26*(1), 61–67. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000009>
- Bolgeo, T., Di Matteo, R., Simonelli, N., Dal Molin, A., Lusignani, M., Bassola, B., Vellone, E., Maconi, A., & Iovino, P. (2023). Psychometric properties and measurement invariance of the 7-item general anxiety disorder scale (GAD-7) in an Italian coronary heart disease population. *Journal of Affective Disorders*, *334*, 213–219. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.140>