



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

**La relazione tra stile di attaccamento, sintomi di ansia
generalizzata e intolleranza all'incertezza negli emerging adults in
relazione al conseguimento di un percorso
psicologico/psicoterapeutico**

**The relationship between attachment style, generalized anxiety symptoms and
intolerance of uncertainty in emerging adults in relation to the achievement of a
psychological/psychotherapeutic intervention**

Relatrice:

Prof.ssa Daniela Di Riso

Laureanda: Silvia Laura Reggio

Matricola: 2014087

Anno accademico: 2022/2023

INDICE

ABSTRACT	1
CAPITOLO 1: BACKGROUND TEORICO	3
1.1 Chi sono gli emerging adults	3
1.2 L'intolleranza all'incertezza	4
1.3 L'ansia generalizzata	5
1.3.1 L'ansia generalizzata negli emerging adults	6
1.4 Lo stile di attaccamento	7
1.4.1 Focus sull'attaccamento negli emerging adults	8
1.5 Relazione tra intolleranza all'incertezza e stile di attaccamento e ansia generalizzata	9
1.6 La psicoterapia con gli emerging adults	10
CAPITOLO 2: LA RICERCA	12
2.1 Obiettivi	12
2.2 Ipotesi	12
2.3 Metodo	13
2.3.1 Il campione	13
2.3.2 La procedura	14
2.4 Gli strumenti	15
CAPITOLO 3: RISULTATI	17
3.1 Differenze tra chi ha affrontato un percorso di psicoterapia e chi no in intolleranza all'incertezza, attaccamento e ansia	17
3.2 Correlazioni tra intolleranza all'incertezza e attaccamento e ansia	18
3.2.1 Gruppo di partecipanti che non ha conseguito un percorso psicologico/psicoterapeutico	18
3.2.2 Gruppo di partecipanti che ha conseguito un percorso psicologico/psicoterapeutico	20
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE	22
4.1 Discussione dei risultati	22
4.2 Limiti e punti di forza	25
4.3 Sviluppi futuri	26
4.4 Conclusione	26
BIBLIOGRAFIA	28

ABSTRACT

L'obiettivo principale della presente ricerca è quello di analizzare la relazione tra diversi costrutti psicologici, in particolare stile di attaccamento, ansia generalizzata e intolleranza all'incertezza negli emerging adults.

Nella raccolta dei dati sono stati coinvolti 277 soggetti con un'età compresa tra i 18 e i 25 anni.

Il campione preso in considerazione è stato diviso sulla base del coinvolgimento o meno in un percorso psicologico/psicoterapeutico, cercando di comprendere se questo elemento nello specifico comportasse delle differenze significative nei partecipanti.

È stata utilizzata una scheda sociodemografica per analizzare se caratteristiche come l'età e il genere influenzassero i costrutti considerati, successivamente questi ultimi sono stati valutati attraverso questionari validati quali IUBEL, ASQ e GAD7.

CAPITOLO 1: BACKGROUND TEORICO

1.1 Chi sono gli emerging adults

Gli emerging adults rappresentano un'importante fetta di popolazione coinvolta in una particolare fase dello sviluppo che sta guadagnando sempre più interesse nel campo della ricerca psicologica e sociale.

Ci si riferisce alla popolazione compresa generalmente tra i 18 e i 25 anni, caratterizzata da sviluppo ed esplorazione dell'identità personale e intesa come periodo di transizione dall'adolescenza all'età adulta. Questo periodo è infatti caratterizzato da un abbandono della dipendenza tipica dell'infanzia e dell'adolescenza, senza avere tuttavia le piene responsabilità del mondo degli adulti. (Arnett, 2000).

Arnett individua gli aspetti caratterizzanti dell'emerging adulthood, definita in primo luogo come “età di esplorazione dell'identità” nella sfera lavorativa, scolastica e amorosa e in secondo luogo come “età dell'instabilità”. Inoltre, la considera come “l'età della concentrazione su sé stessi” poiché le sperimentazioni sono meno influenzate dai genitori e sono concentrate sulle proprie volontà e interessi. È descritta anche come “l'età del sentirsi-in-mezzo” tra il non essere più degli adolescenti ma neanche aver raggiunto l'essere adulti, e infine la definisce come “età dell'ottimismo e delle possibilità” in termini di aspettative rispetto alla qualità di vita. (Munsey, APA, 2006).

Un primo tentativo di classificazione della giovane età adulta, seppur non totalmente assimilabile a quella di “emerging adults” è stata data da Erikson dove la fase dell'esplorazione dei ruoli inizia con l'adolescenza e si intensifica nella fase successiva, senza sperimentare le responsabilità e la totale indipendenza dell'età adulta (Erikson, 1950, 1968).

Come riporta Arnett (2000) l'età anagrafica è tuttavia relativa, bensì conta maggiormente la percezione individuale dell'entrata nell'età adulta. Trovandosi in una fase di forte ambivalenza, è di grande importanza considerare cosa i soggetti stessi intendono con “età adulta”. Una ricerca di Arnett e colleghi, coerentemente con quanto trovato in studi simili, individua che la fine degli studi, l'avvio di una carriera, il matrimonio e la genitorialità ricoprirebbero un'importanza secondaria nella definizione di età adulta (Arnett, 1997, 1998; Greene, Wheatley, & Aldava, 1992; Scheer, Unger, & Brown, 1994). Ciò che viene considerato rilevante sono piuttosto delle caratteristiche individuali, che portano essenzialmente all'autosufficienza (Arnett, 1998), quali l'accettazione della responsabilità per sé stessi e la capacità di prendere decisioni in modo

indipendente (Arnett, 1997, 1998; Greene et al., 1992; Scheer et al., 1994). Una componente che si colloca ai primi posti per importanza è inoltre il raggiungimento dell'indipendenza economica.

La ricerca dell'identità, sebbene sia principalmente considerato un compito dell'adolescenza, è stato dimostrato che raramente viene raggiunto con la fine delle scuole superiori (Montemayor, Brown, & Adams, 1985; Waterman, 1982), ma si estende anche negli anni successivi ai venti (Valde, 1996; Whitbourne & Tesch, 1985). La formazione dell'identità implica infatti la possibilità di sperimentare diversi ruoli ed esperienze di vita attraverso un progressivo orientamento verso scelte più stabili.

È importante sottolineare che la categorizzazione di questa fascia di sviluppo è culturalmente determinata: questa concettualizzazione va intesa nella cultura occidentale e dei paesi industrializzati. In queste realtà viene infatti richiesto un elevato livello di istruzione e, per tale motivo, molti giovani studiano fino ai 20-25 anni o più, prolungando la necessità di dipendenza dai genitori. Inoltre, il matrimonio e la genitorialità non sono prioritari, ma vengono posticipati per esplorare diverse relazioni sentimentali e sperimentare diverse carriere prima di assumersi il carico di una famiglia. (Arnett, 1998; 2000).

1.2 L'intolleranza all'incertezza

L'intolleranza all'incertezza (IU) può essere definita come “una caratteristica disposizionale che deriva da un insieme di credenze negative sull'incertezza e le sue implicazioni, comporta la tendenza a reagire in modo negativo a livello emotivo, cognitivo e comportamentale alle situazioni e agli eventi incerti” (Buhr & Dugas, 2009).

È ampiamente riportato in letteratura che l'IU è implicata in diversi disturbi psicologici, tra cui il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo ossessivo compulsivo, il disturbo di panico, l'ansia sociale, la depressione, il disturbo post traumatico da stress e disturbi alimentari (e.g., McEvoy, Hyett, Shihata, Price, & Strachan, 2019; Shihata, McEvoy, Mullan, & Carleton, 2016). Inoltre, studi recenti hanno sottolineato la sua natura transdiagnostica (Hebert et al., 2019), identificandola come fattore di rischio per diversi disturbi d'ansia, nonché in relazione al disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo di panico (Maher et al., 2006; Erwin et al., 2002; Dear et al., 2011). È stato dimostrato il ruolo di questo costrutto anche nei processi di cambiamento trans terapeutico (Bottesini et al., 2020).

L'IU in particolare ha una forte influenza nello sviluppo e nel mantenimento del worry e del

disturbo d'ansia generalizzata tant'è che è stato proposto da Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston (1998) un modello cognitivo per definire il GAD individuando quattro variabili: intolleranza all'incertezza, orientamento negativo al problema, evitamento cognitivo e convinzioni positive sul worry, dove l'IU è considerata il costrutto principale implicato nel worry patologico.

La componente cognitiva dell'IU porta pertanto i soggetti a percepire negativamente situazioni ambigue, valutandole come minacciose e pericolose (Ladouceur, Gosselin e Dugas, 2000). Inoltre, persone con alti punteggi sul worry, oltre che interpretare situazioni ambigue come minacciose (Butler and Matthews, 1987), impiegano anche più tempo per prendere decisioni in condizioni di incertezza (Metzger, Miller, Cohen, Sofka, and Borkovec, 1990).

Infine, Birrell e collaboratori (2011) hanno ipotizzato che il costrutto dell'IU sia caratterizzato da due dimensioni: la prima, denominata "desire for predictability" (o prospective intolerance of uncertainty, «intolleranza prospettica dell'incertezza»; Carleton et al., 2012), si riferisce alla tendenza a ricercare attivamente informazioni rispetto a situazioni ambigue con lo scopo di ristabilire una condizione di certezza; la seconda definita "uncertainty paralysis" (o inhibitory intolerance of uncertainty, «intolleranza inibitoria dell'incertezza»; Carleton et al., 2012) al contrario, si manifesta come una strategia di evitamento conseguente alla percezione di non essere in grado di agire a causa della condizione di incertezza., principalmente associata alla procrastinazione dell'azione e della presa di decisioni (Birrell et al., 2011).

1.3 L'ansia generalizzata

L'ansia generalizzata viene definita secondo i criteri del DSM-5 dalla presenza di eccessiva ansia e preoccupazione che perdurano per più giorni per almeno sei mesi, rispetto a più ambiti della vita, dove i sintomi causano disagio clinicamente significativo e compromettono il funzionamento dell'individuo. I sintomi associati al disturbo sono inquietudine o sensazione di costante tensione o agitazione, affaticamento, irritabilità, tensione muscolare e disturbi del sonno (difficoltà ad addormentarsi o rimanere addormentato, o sonno agitato e insoddisfacente) (APA, 2013).

In particolare, il worry (preoccupazione) viene enfatizzato come elemento cruciale per la diagnosi, tuttavia bisogna considerare che ansia e preoccupazione interessano un gran numero di persone anche a livello subclinico (APA, 2013).

Nell'eziopatogenesi del disturbo, da studi su gemelli, è stata identificata una componente ereditaria pari al 30% (Kendler et al., 1992) ed è stato documentato anche, come fattore di rischio, il ruolo dell'esperienza precoce di incontrollabilità nel proprio ambiente (Barlow, 2002), traumi e stile di attaccamento insicuro (Borkovec, 1994).

Rispetto alla diffusione del disturbo d'ansia generalizzata in Italia, l'European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD, 2004) riporta un tasso di prevalenza pari allo 0,5% (0,1% nei maschi; 0,5% nelle femmine) e un tasso di prevalenza lifetime pari all'1,9% (0,8% nei maschi, 3% nelle femmine). È stato inoltre rilevato un tasso di comorbilità del GAD pari al 90%, principalmente con depressione, disturbo di panico e agorafobia (Campbell & Brown, 2002). Inoltre, i pazienti riferiscono di avere difficoltà a identificare l'esordio del disturbo poiché i sintomi principali sono già presenti durante l'infanzia (Noyes et al., 1992; Sanderson & Barlow, 1990).

I sintomi relativi all'ansia rimangono tra quelli più difficili da trattare in quanto i fattori implicati nell'evoluzione e mantenimento del disturbo sono ampi da indagare.

A tale proposito nei trattamenti volti alla riduzione dei sintomi del disturbo d'ansia generalizzata è stata dimostrata l'efficacia di interventi finalizzati a sviluppare e promuovere una maggiore tolleranza alle situazioni di incertezza (Dugas & Ladouceur, 2000; Dugas et al., 2003).

1.3.1 L'ansia generalizzata negli emerging adults

La letteratura accademica riporta che in diversi studi longitudinali è stato documentato come i tassi di disturbi d'ansia aumentino notevolmente nel periodo di transizione alla giovane età adulta (Copeland, Angold, Shanahan, & Costello, 2014). Nello specifico, il disturbo d'ansia generalizzato, il disturbo di panico e l'agorafobia risultano manifestarsi più frequentemente in questa fase dello sviluppo e a persistere nel tempo.

Bisogna pertanto considerare l'impatto che i sintomi d'ansia hanno sul benessere individuale di chi ne fa esperienza e sulle conseguenze che possono avere sull'adattamento nella vita quotidiana. Diversi studi confermano che un precoce disturbo d'ansia ha ripercussioni significative sul funzionamento degli emerging adults in diversi ambiti, come quello sanitario, economico e interpersonale (e.g. Comer et al., 2011; Copeland et al., 2014; Pine, Cohen, Gurley, Brook, & Ma, 1998; Roza, Hofstra, van der Ende, & Verhulst, 2003).

Essendo il raggiungimento dell'indipendenza uno dei traguardi chiave caratterizzanti questo

periodo di vita (Arnett, 2000), è fondamentale considerare che i sintomi d'ansia possono compromettere lo sviluppo di questo compito evolutivo. Diversi studi infatti documentano il “blocco” derivato da questa condizione, dove i soggetti riferiscono di sentirsi inadeguati o incapaci di lavorare per raggiungere degli obiettivi (Schnaiberg & Goldenberg, 1989; Lebowitz, Dolberger, Nortov, & Omer, 2012).

In effetti, i principali compiti che ci si aspetta vengano conseguiti durante l'emerging Adulthood, come iscriversi all'università, trovare un lavoro o intraprendere nuove relazioni amicali e sentimentali, può attivare dei sentimenti d'ansia poiché intrinsecamente richiedono la competenza di tollerare situazioni di incertezza e far fronte al possibile fallimento. (Kranzler et. al, 2019). Essendo di per sé un periodo “incerto”, tali difficoltà potrebbero amplificarsi in coloro che soffrono di un disturbo d'ansia, portando dunque all'evitamento delle situazioni per non dover vivere i sentimenti ad essa associati.

È pertanto possibile che si crei un circolo vizioso per cui l'evitamento e l'ansia portano questi ragazzi a sentirsi inadeguati e meno capaci rispetto ai propri coetanei, intaccando dunque l'autostima e l'autoefficacia, rinforzando l'attuazione di ulteriori comportamenti di evitamento. (Kranzler et. al, 2019).

1.4 Lo stile di attaccamento

Il ruolo dell'attaccamento può essere in primo luogo definito in termini di funzione necessaria alla sopravvivenza. (Sroufe, 1986). Infatti, la tendenza a ricercare il contatto e costruire legami con le figure adulte di riferimento è fondamentale per il bambino per ricevere le cure primarie di cui ha bisogno, quali regolazione dell'alimentazione e del sonno, ma anche protezione e sicurezza. È infatti un processo in continua evoluzione che Bowlby (1977) definisce “dalla culla alla tomba”, attraverso cui gli individui si adattano e reagiscono all'ambiente, modificando i loro comportamenti. Il bambino nei primi anni di vita, sulla base delle esperienze di cura ricevute, si crea dei “modelli operativi interni”, ovvero delle rappresentazioni dei caregiver come disponibili e responsivi (o al contrario non disponibili e non responsivi) e come conseguenza un'immagine di sé come meritevole (o meno) di cure e attenzioni (Sroufe, 1986). La teoria dell'attaccamento individua quattro stili di attaccamento nei bambini: sicuro, insicuro ansioso-ambivalente, insicuro evitante e disorganizzato (Main & Solomon, 1990).

Bambini con attaccamento sicuro hanno un buon equilibrio tra comportamento esplorativo e comportamento di attaccamento, grazie allo sviluppo di una rappresentazione del caregiver

positiva, il quale viene vissuto come base sicura su cui fare riferimento. Questi bambini sviluppano una buona capacità di relazionarsi con gli altri e di regolare i propri stati affettivi in modo efficace, il senso di sicurezza viene ripristinato attraverso la vicinanza con il proprio caregiver. Bambini con attaccamento evitante, invece, non utilizzano il genitore come punto di riferimento e di regolazione, sono maggiormente rivolti verso l'esplorazione e sembrano non essere interessati al legame di attaccamento, si suppone per una paura del rifiuto. Al contrario bambini con attaccamento insicuro risultano essere eccessivamente concentrati sul mantenimento della vicinanza al genitore a discapito dell'esplorazione dell'ambiente, dove tuttavia il contatto e le attenzioni da parte del caregiver non hanno effetti consolatori e di regolazione affettiva nel bambino. Infine, bambini con attaccamento disorganizzato mostrano dei pattern comportamentali contraddittori e privi di una strategia coerente, solitamente associato a maltrattamento e/o comportamenti spaventanti da parte del caregiver (Cassidy et al., 2016).

Bowlby sostiene che lo stile di attaccamento formato durante l'infanzia funge da prototipo per le relazioni future (Sroufe, 1986); a conferma di ciò la letteratura evidenzia come uno stile di attaccamento sicuro sia un fattore protettivo rispetto al manifestarsi in età adulta di psicopatologie ed è inoltre associato a maggiori capacità relazionali e regolazione emotiva e affettiva.

1.4.1 Focus sull'attaccamento negli emerging adults

L'emerging Adulthood è per definizione caratterizzata da instabilità e tendenza all'esplorazione per quanto riguarda l'identità personale e le relazioni con gli altri (Riva Crugnola, 2017). Negli ultimi decenni lo studio dell'attaccamento è stato associato sempre più ad aspetti cruciali caratterizzanti questa popolazione, quali salute mentale, regolazione emotiva e relazioni interpersonali (Cassidy, 1994; Mikulincer and Shaver, 2015).

Diverse ricerche hanno dimostrato che l'insorgenza di disturbi mentali si intensifica nella popolazione degli emerging adults rispetto all'infanzia e l'età adulta vera e propria, con un'incidenza del 74% (Kessler et al., 2005), e a questo proposito è stata evidenziata una forte relazione tra stile di attaccamento e psicopatologia (Mikulincer and Shaver, 2015).

Studi sulla correlazione tra gli stili di attaccamento valutati durante l'infanzia e l'insorgenza di disturbi psicopatologici in fasi successive, come l'adolescenza e l'età adulta (Dozier et al., 2008), hanno evidenziato che, in particolare l'attaccamento disorganizzato, risulta essere un

forte predittore di rischio per i disturbi psicopatologici, come ad esempio i disturbi dissociativi (Sroufe, 2005) e il disturbo borderline di personalità (Lyons-Ruth et al., 2013), mentre organizzazioni di attaccamento insicuro rappresentano un fattore generale di vulnerabilità.

Per valutare gli stili di attaccamento in giovani adulti e adulti, sono stati validati dei questionari autovalutativi tra cui la “Attachment Style Questionnaire” (ASQ; Feeney et al., 1994). È stato rilevato che individui con punteggi bassi su ansia ed evitamento presentano un attaccamento sicuro; punteggi elevati di ansia e bassi di evitamento sono valutati come soggetti con attaccamento insicuro/ansioso, viceversa punteggi bassi di ansia ed elevati di evitamento vengono classificati come evitanti; in questo contesto, in accordo con quanto sopra, è stato sottolineato che gli stili di attaccamento insicuri possono essere considerati un fattore di vulnerabilità (Ein-Dor e Doron, 2015; Mikulincer e Shaver, 2015), fortemente associati per esempio a depressione e ansia (Mikulincer e Shaver, 2012).

1.5 Relazione tra intolleranza all’incertezza e stile di attaccamento e ansia generalizzata

Uno studio recente di Clark, Rock, Clark & Murray-lyon (2020) dimostra le associazioni tra ansia da attaccamento e worry, evidenziando il ruolo svolto dall’IU nel mediare la relazione tra queste.

Inoltre, diversi ricercatori hanno associato il worry a vari esiti negativi, quali difficoltà interpersonali, disfunzioni familiari, difficoltà di problem solving, tendenza a codificare eventi ambigui come minacciosi e disagio psicologico (Butler & Mathews, 1983; Freeston, Rheaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994). In una ricerca di Wittchen e colleghi (1994) emerge l’impatto estremamente negativo del worry patologico sulla qualità di vita dei soggetti. In quest’ultimo studio è stato riscontrato che oltre il 60% dei soggetti con GAD ha fatto ricorso a un aiuto professionale e tra questi il 40% ha richiesto un trattamento farmacologico per risolvere la sintomatologia.

Altre indagini hanno associato l’aumento delle preoccupazioni a pattern insicuri di attaccamento. (Bartholomew & Horowitz, 1991). A tale proposito, è stato trovato da una ricerca di Yuksel (2014) che persone che hanno sperimentato un attaccamento insicuro nei primi anni di vita, hanno alti livelli di intolleranza all’incertezza, al contrario chi ha avuto esperienze di legame sicuro ha buone capacità di tolleranza all’incertezza. Queste differenze sarebbero dovute alle modalità interne di regolazione emotiva.

Carleton (2012) sostiene che l’ansia attiverebbe dei comportamenti proattivi di evitamento e di

procrastinazione. La teoria psicoanalitica (Ferrari et. al, 1995) e la teoria del self-handicapping (Aitken 1982) rivelano che la procrastinazione è impiegata dai soggetti per proteggere la propria autostima. Ferrari e colleghi (1995) hanno riscontrato correlazioni positive tra gli stili di attaccamento preoccupato, timoroso ed evitante e la tendenza alla procrastinazione. Considerando inoltre che le esperienze infantili condizionano i processi cognitivi nelle età successive, è stata dimostrata un'associazione tra la procrastinazione ed esperienze di trauma precoci.

Infine, dalla letteratura si può evincere che modelli di percezione interna positivi o negativi, formatisi in interazione con i caregiver primari durante le prime fasi dello sviluppo, si protraggono durante il periodo adolescenziale e dell'età adulta. Questi influenzano dunque la capacità di affrontare situazioni incerte e stressanti e di interagire con altre persone in modo efficace (Yildiz & Iskender, 2021).

1.6 La psicoterapia con gli emerging adults

La concettualizzazione dell'emerging Adulthood come fase distinta dall'adolescenza e dall'età adulta vera e propria è un costrutto relativamente nuovo, per cui gli studi che hanno indagato il coinvolgimento in un trattamento psicologico specifico per questa fascia d'età sono ancora pochi.

A tale proposito, è stata enfatizzata da Acaro e colleghi (2019) la necessità di dover comprendere in modo più dettagliato come il disagio psicologico e le malattie mentali sono viste dagli emerging adults in modo da progettare degli interventi mirati ed efficaci. È infatti noto che in assenza di approcci adeguati, la compromissione derivata dalla psicopatologia, inficia sul benessere generale di chi ne è colpito (Goldstein, Olfson, Martens, & Wolk, 2006; Nagar, Sherer, Chen, & Asparasu, 2010). Questo inoltre può peggiorare il decorso della malattia e sfociare in una cronicizzazione del disturbo con conseguenze gravi, fino ad arrivare a casi di suicidio (Statistics Canada, 2017; VanOrman & Jarosz, 2016).

Sono assodate le evidenze che suggeriscono di intervenire precocemente sui sintomi psicopatologici per prevenire l'insorgenza di disturbi conclamati o conseguenze a lungo termine (de Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi, & McGorry, 2012). Tuttavia, essendo l'Adulthood emergente un'"età di mezzo" come descritta da Arnett (2000), è di cruciale importanza non trattare questi ragazzi come bambini o adolescenti poiché questo potrebbe avere delle ripercussioni sul loro senso di indipendenza e autoefficacia. D'altra parte, non sarebbe

costruttivo interfacciarsi con loro come se fossero già adulti in quanto si rischierebbe di non riconoscere i cambiamenti e le sfide che stanno affrontando, minimizzando il senso di instabilità internamente percepito. (Acaro et al., 2019).

Esistono delle prove per cui sviluppare modalità interattive e collaborative nel trattamento con gli emerging adults siano particolarmente efficaci dal momento che agirebbero sull'empowerment e sull'autonomia (James, 2007, Epstein & Street, 2011).

Per quanto concerne la percezione dei trattamenti psicologici da parte dei giovani adulti, delle indagini condotte hanno riscontrato che spesso la decisione di cercare aiuto e contattare i servizi avvengono a distanza di mesi dopo il riconoscimento del problema. (Saunders, 1993; Acaro et al., 2019). Ciò che spesso accade è che molti ragazzi riconoscono la reale necessità di aiuto solo dopo la manifestazione di una crisi importante o a seguito di un ricovero (Acaro et al., 2019). Diversi studi inoltre suggeriscono che la percezione di bisogno di un supporto sia ridotta a causa dello stigma che aleggia sui disturbi mentali, con il conseguente ricorso a “strategie di autogestione” (Andrade et al., 2014).

CAPITOLO 2: LA RICERCA

2.1 Obiettivi

La presente ricerca si propone di indagare l'intolleranza all'incertezza, lo stile di attaccamento e l'ansia generalizzata in una popolazione di emerging adults in una fascia d'età compresa tra i 18 e 25 anni, considerando il loro coinvolgimento o meno in un percorso psicologico o psicoterapeutico.

2.2 Ipotesi

IPOTESI 1: Si ipotizza che rispetto al costrutto dell'intolleranza all'incertezza, lo stile di attaccamento e la presenza di sintomi di ansia generalizzata, vi siano differenze statisticamente significative tra i partecipanti che hanno conseguito un percorso psicologico/psicoterapeutico e chi non lo ha fatto. La letteratura che indaga le differenze tra chi ha affrontato o meno un percorso di psicoterapia è molto vasta e controversa: una metanalisi di Smith e Glass (APA, 1977), che ha esaminato vari studi, confrontando campioni di individui seguiti in un percorso con gruppi di controllo non trattati, ha rilevato evidenze sull'efficacia del counseling e della psicoterapia nella riduzione dei sintomi psicopatologici. Tuttavia, dall'analisi di uno studio condotto da Crugnola e colleghi (2021) è stato messo in evidenza che la prevalenza di soggetti richiedenti un supporto psicologico, rientra in una fascia clinica e subclinica per quanto riguarda la presenza di problemi psicopatologici, risultati che concordano con quanto riportato anche da altre ricerche (e.g., Ladouceur et. al, 2000; Dugas et. al, 2004; McEvoy & Mahoney, 201; Kreß et. al, 2015; Biasi et. al, 2017).

Considerando dunque che buona parte della letteratura suggerisce una tendenza delle persone che hanno seguito un percorso psicoterapeutico a manifestare livelli più alti di sintomi psicopatologici, rispetto a coloro che non lo hanno mai intrapreso, è plausibile supporre che il campione della presente ricerca coinvolto in questo tipo di percorso, riscontri tassi maggiori di IU, sintomi di ansia e pattern di attaccamento insicuro rispetto all'altro gruppo.

IPOTESI 2: La letteratura sostiene che le strategie di coping messe in atto dalle persone per gestire l'incertezza e il disagio provocato da essa non sono necessariamente maladattive, purché non vengano impiegate in modo rigido e persistente (Newman e Llera, 2011; Pawluk e Koerner,

2013; Bottesi, Marchetti, Sica & Ghisi, 2020). Tali comportamenti sono stati classificati nelle scale dell'Intolerance of Uncertainty Behaviours in Everyday Life (IUBEL) al fine di valutare la tendenza e la frequenza di questi nei partecipanti (Clifford et al., 2015). È anche stato ampiamente evidenziato che adulti con uno stile di attaccamento sicuro hanno a disposizione strumenti per far fronte a situazioni stressanti in modo efficace, al contrario, persone con attaccamento insicuro sperimentano difficoltà maggiori (Collins & Ognibene, 1998). Inoltre, uno studio evidenzia che in giovani adulti (in particolare studenti universitari) con alto rischio psicopatologico, sia più frequente uno stile di attaccamento insicuro ansioso ed evitante (Wadman et al., 2019).

Da queste considerazioni si può ipotizzare che esista una correlazione tra livelli più alti di IU e punteggi relativi a uno stile di attaccamento insicuro. In particolare, ci si aspetta che i fattori dell'ASQ che codificano pattern di attaccamento insicuro (Fattori 2 e 5 per l'attaccamento evitante e Fattori 3 e 4 per l'attaccamento preoccupato) siano correlati positivamente all'IU misurata attraverso lo IUBEL, viceversa la dimensione "*fiducia in sé stessi*" (Fattore 1) dell'ASQ, che riflette lo stile di attaccamento sicuro, sia correlata a livelli minori di IU.

Per quanto riguarda la relazione tra il costrutto dell'intolleranza all'incertezza e i sintomi di ansia generalizzata, si presume che ad alti punteggi di IU corrispondano maggiori tassi di ansia, in accordo con diversi studi che dimostrano l'associazione dell'IU e sintomatologia del GAD (Dugas & Robichaud, 2007).

Inoltre, dall'analisi dei risultati si vuole esplorare se tra i due campioni in esame emergono delle variazioni rispetto agli andamenti sopra ipotizzati.

2.3 Metodo

2.3.1 Il campione

La ricerca ha coinvolto 277 individui con età compresa tra i 18 e i 25 anni. Prendendo in considerazione la variabile genere, il campione è costituito da 202 femmine, 73 maschi e 2 soggetti che non si sono identificati in nessun genere. Il campione totale è stato diviso in base all'item "È mai stata seguita in un percorso psicologico/psicoterapeutico?" e sono stati raccolti 162 "No" e 115 "Sì".

Il campione costituito dalla parte della popolazione che non ha conseguito un percorso psicologico/psicoterapeutico ha un'età media di 22.03 (DS=1.89). Di questi il 67.3% è femmina

e il 32.1% è maschio, con un restante 0.6% definitosi “altro”.

Il campione costituito da chi ha conseguito un percorso psicologico/psicoterapeutico ha un'età media di 22.12 (DS=1.81). Di questi l'80.9% è femmina e il 18.3% è maschio, con un restante 0.9%.

Non emergono differenze significative per età nei due gruppi ($p=.642$), mentre vi sono differenze per il genere ($p=.036$), con una presenza maggiore di femmine nel gruppo di chi ha affrontato un percorso di psicoterapia, rispetto a chi non l'ha fatto.

Prendendo in considerazione il grado di severità dei sintomi d'ansia misurati tramite il GAD-7, in riferimento al gruppo di chi non ha seguito un percorso di psicoterapia, è emerso che il 18.9% ha un livello di ansia minima, il 28.3% ansia media, il 32.7% ansia moderata e il 20.1% ansia severa. Per quanto riguarda il gruppo in cui rientrano i partecipanti che hanno conseguito un percorso psicologico/psicoterapeutico l'8.8% mostra dei sintomi di ansia minima, il 24.6% ansia media, il 32.5% ansia moderata e il 34.2% ansia severa.

2.3.2 La procedura

A seguito dell'approvazione del progetto da parte del comitato etico, per lo svolgimento della ricerca hanno preso parte alla compilazione dei questionari di autovalutazione un gruppo di soggetti il cui unico requisito è stato quello di appartenere alla fascia d'età compresa tra i 18 e i 25 anni.

I partecipanti hanno avuto accesso ai questionari attraverso un apposito link creato mediante la piattaforma Google Moduli e sono stati reclutati tramite la divulgazione del link sui social media, quali Facebook, Instagram e Whatsapp, affinché questo potesse essere condiviso con una rete di persone più ampia possibile.

La compilazione del modulo da parte di ogni partecipante è avvenuta quindi in modalità computerizzata, presso la propria abitazione o nel luogo ritenuto da loro più opportuno, per una durata complessiva di circa 30 minuti.

I partecipanti sono stati informati degli scopi dello studio ed è stato fornito loro il consenso informato, in cui è stata garantita la riservatezza delle informazioni fornite, con la possibilità di interrompere la compilazione in qualsiasi momento, ottenendo il non utilizzo dei propri dati. Tutti i partecipanti hanno compilato e firmato il consenso informato.

Il *google form* comprende una scheda socio-demografica per indagare la composizione del campione (età e sesso), un item per indagare il coinvolgimento in percorsi psicologici o

psicoterapeutici, e alcuni questionari *self-report* per analizzare diversi costrutti psicologici, ovvero intolleranza all'incertezza, stile di attaccamento e ansia generalizzata, rispettivamente attraverso i test standardizzati Intolerance of Uncertainty Behaviours in Everyday Life (IUBEL), Attachment Style Questionnaire (ASQ) e Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7).

2.4 Gli strumenti

La survey comprende una scheda sociodemografica e dei questionari autovalutativi.

- La scheda sociodemografica

La scheda sociodemografica creata ad hoc per questo studio indaga alcune caratteristiche dei soggetti quali: età, sesso, percorso lavorativo/percorso di studio, relazioni sentimentali e il conseguimento di eventuali percorsi psicologici o psicoterapeutici nel passato. Inoltre, viene esplorato il contesto familiare, quindi la presenza di entrambi i genitori durante l'infanzia e adolescenza, il loro livello di istruzione e condizione lavorativa, la presenza di eventuali altre figure significative, la presenza di fratelli e sorelle.

I questionari self-report:

- *Intolerance of Uncertainty Behaviours in Everyday Life (IUBEL, Clifford et al., 2015)*

Il questionario è progettato per valutare le strategie che una persona adotta per affrontare situazioni incerte (es: "Riproduco la situazione più e più volte nella mia mente"). Il test è costituito da 24 items e i partecipanti devono valutare su una scala Likert a 5 punti, che va da 0 (mai) a 4 (molto spesso), quanto spesso mettono in atto ciascuna strategia descritta. Le strategie più comuni utilizzate per gestire l'incertezza sono state divise in categorie: "Iper-preparazione", "Coinvolgimento parziale", "Impulsività", "Monitoraggio", "Iper-coinvolgimento" e "Disimpegno". Punteggi elevati in questi fattori indicano che il comportamento è messo in atto frequentemente. Il test ha buone proprietà psicometriche, tuttavia sulla base della ricerca attuale è da considerarsi a scopo esplorativo. La versione italiana mostra una consistenza interna adeguata per quanto riguarda le scale di sotto-impegno e sovra-impegno e una consistenza interna sufficiente per la scala dell'impulsività (Bottesini et al., 2019).

- *Attachment Style Questionnaire (ASQ)*, Feeney et al., 1994)

Valuta le differenze individuali nell'attaccamento adulto attraverso 40 item. Ogni item viene valutato su una scala Likert che va da 1 (totalmente in disaccordo) a 6 (totalmente d'accordo). Il questionario è suddiviso in 5 sottoscale: *confidence, fiducia in sé stessi e negli altri*, composta da 8 items, valuta l'attaccamento sicuro (es: "Mi accorgo che gli altri mi rispettano e che piaccio a loro"); *disagio nell'intimità*, composta da 10 items, rappresenta l'attaccamento evitante (es: "I miei rapporti con gli altri in genere sono superficiali"); *bisogno di approvazione*, composta da 7 items, rappresenta l'attaccamento pauroso e preoccupato (es: "A volte penso di non avere nulla"); *preoccupazione per le relazioni*, composta da 8 items per l'attaccamento ansioso ambivalente, riguarda la tendenza a ricercare gli altri per colmare i propri bisogni di dipendenza (es: "Mi preoccupo abbastanza delle mie relazioni"); *relazioni come secondarie*, composta da 7 items, rappresenta come la persona si protegge dalla vulnerabilità enfatizzando l'indipendenza, considerato come fattore "distaccato/svalutante" (es: "Fare le cose al meglio è più importante che avere coinvolgimenti affettivi").

I punteggi ottenuti in queste dimensioni permettono di individuare 4 tipologie di attaccamento: sicuro (alti punteggi nella scala della fiducia in sé stessi e negli altri e punteggi bassi nelle altre dimensioni); evitante (alti punteggi nelle scale disagio nell'intimità e relazioni come secondarie); preoccupato (alti punteggi nelle scale delle preoccupazioni per le relazioni e bisogno di approvazione); timoroso (bassi punteggi nella scala della fiducia in se stessi e alti in quelle del disagio nell'intimità e relazioni come secondarie) (Feeney et al., 1994).

Il questionario è stato validato anche nella versione italiana e ha dimostrato un'adeguata affidabilità e validità di costrutto (Feeney et al., 1994)

- *Generalized Anxiety Disorder Scale - 7 (GAD-7)*, Kroenke et al., 2006)

Il questionario è basato sui criteri diagnostici del DSM-5 e consente una misura dei sintomi legati a preoccupazioni e ansia esperiti nelle ultime due settimane (es: "Mi sono sentito nervoso/a, ansioso/a o teso/a"). È composto da sette domande relative ai sintomi comuni del disturbo da ansia generalizzata e le risposte vengono valutate su una scala Likert a 4 punti che va da 0 (mai) a 3 (quasi tutti i giorni). Il punteggio totale fornisce un'indicazione dell'intensità dell'ansia nei sette giorni precedenti. Il GAD-7 nella versione italiana ha buone proprietà psicometriche e pertanto può essere utilizzato in contesti clinici e di ricerca.

CAPITOLO 3: RISULTATI

3.1 Differenze tra chi ha affrontato un percorso di psicoterapia e chi no in intolleranza all'incertezza, attaccamento e ansia

Attraverso l'utilizzo del test Shapiro-Wilk emerge che i dati non sono distribuiti normalmente ($p < .001$) nelle variabili in oggetto; perciò, è stato utilizzato il test non parametrico U di Mann-Whitney per indagare le differenze tra i due campioni nelle risposte ai questionari IUBEL, ASQ e GAD-7.

		Iubel totale	Iubel disimpegno	Iubel ipercoinvolgimento	Iubel impulsività	Iubel monitoraggio	Iubel iper-preparazione	Iubel coinvolgimento parziale	ASQ – fat 1	ASQ – fat 2	ASQ – fat 3	ASQ – fat 4	ASQ – fat 5	Gad 7
NO	Rango perc.	129,82	134,67	126,79	137,37	140,47	136,34	134,27	146,11	131,06	125,46	123,81	145,17	124,92
SI		143,52	142,7	153,59	140,08	133,27	141,53	141,97	125,42	146,68	158,07	156,43	129,02	153,85
	p.	.155	.408	.006*	.780	.455	.592	.424	.033*	.108	.001*	.001*	.097	.003*

Tabella 1: Test U di Mann Whitney per valutare le differenze tra chi ha affrontato un percorso di psicoterapia (SI) e chi no (NO) nei questionari standardizzati (IUBEL, ASQ e GAD-7)

Per quanto riguarda lo IUBEL, non si riscontrano differenze significative nel punteggio totale. In merito alle sottoscale, emerge una differenza significativa tra i due campioni in esame solo nella componente “iper-coinvolgimento”, con punteggi più alti per chi ha affrontato un percorso psicologico/psicoterapeutico rispetto a chi non lo ha fatto. Rispetto alle altre dimensioni, ovvero: “disimpegno”, “impulsività”, “monitoraggio”, “iper-preparazione” e “coinvolgimento parziale” non si riscontrano differenze significative tra i due gruppi.

Per quanto riguarda la valutazione dell'attaccamento adulto attraverso l'ASQ, i dati mostrano la presenza di differenze significative tra i due gruppi nella dimensione “fiducia in sé stessi e negli altri” – Fattore 1, con punteggi più alti per chi ha conseguito un percorso psicologico/psicoterapeutico, e nelle dimensioni “bisogno di approvazione” – Fattore 3 e

“preoccupazione per le relazioni” – Fattore 4 con punteggi maggiori nel gruppo di chi non ha affrontato un percorso. Non sono state evidenziate differenze tra i due campioni nelle categorie “disagio nell’intimità” – Fattore 2 e “relazioni come secondarie” – Fattore 5.

Rispetto ai sintomi di ansia generalizzata misurati con il GAD-7, la differenza tra il gruppo che ha conseguito un percorso psicologico/psicoterapeutico rispetto a chi non lo ha fatto, è significativa con punteggi più alti per il primo gruppo.

3.2 Correlazioni tra intolleranza all’incertezza e attaccamento e ansia

Al fine di verificare la correlazione tra i punteggi nei test IUBEL e quelli in ASQ e GAD-7 è stato utilizzato il coefficiente non parametrico Rho di Spearman. I due campioni, di chi ha e non ha frequentato un percorso di psicoterapia, sono stati presi in considerazione separatamente.

3.2.1 Gruppo di partecipanti che non ha conseguito un percorso psicologico/psicoterapeutico

PSICOTERAPIA NO							
IUBEL		ASQ FAT1	ASQ FAT2	ASQ FAT3	ASQ FAT4	ASQ FAT5	GAD-7
TOTALE	r.	-.222	.441	.458	.454	.322	.338
	p.	.005*	<.001*	<.001*	<.001*	<.001*	<.001*
DISIMPEGNO	r.	-.222	.270	.306	.217	.182	.221
	p.	.005*	.001*	<.001*	.006*	.021*	<.001*
IPER COINVOLGIMENTO	r.	-.169	.314	.402	.417	.249	.317
	p.	.033*	<.001*	<.001*	<.001*	.001*	<.001*
IMPULSIVITÀ	r.	-.198	.185	.233	.301	.221	.235
	p.	.012*	.019*	.003*	<.001*	.005*	<.001*
MONITORAGGIO	r.	.087	.147	.154	.089	.073	.098
	p.	.273	.064	.051	.266	.357	.025*
IPER PREPARAZIONE	r.	.060	.217	-.018	.103	.128	.020
	p.	.456	.006*	.817	.200	.106	.642
COINVOLGIMENTO PARZIALE	r.	-.249	.218	.304	.224	.203	.181
	p.	.002*	<.001*	<.001*	.005*	.010	<.001*

Tabella 2: Correlazioni di Spearman tra IUBEL e ASQ e GAD-7 nel gruppo di chi non ha conseguito un percorso psicologico/psicoterapeutico

Per quanto riguarda il gruppo di partecipanti che non ha mai affrontato un percorso psicologico/psicoterapeutico, considerando il punteggio totale dello IUBEL è emersa una correlazione significativa con tutte le scale dell'ASQ: in particolare vi è una correlazione negativa con il fattore 1 dell'ASQ e correlazioni positive con tutte le altre dimensioni. Tra IUBEL totale e GAD-7 vi è una correlazione positiva significativa.

Per quanto riguarda la dimensione "Disimpegno" dello IUBEL vi è correlazione negativa significativa con il Fattore 1 dell'ASQ e correlazioni positive significative con tutti gli altri fattori del test. Anche tra la dimensione "Disimpegno" dello IUBEL e il GAD-7 vi è una forte correlazione positiva.

La dimensione "Iper-coinvolgimento" dello IUBEL è associata significativamente con il Fattore 1 dell'ASQ in modo negativo, mentre con tutte le altre scale del test ASQ ha una correlazione positiva significativa e anche con il GAD-7.

Similmente ai fattori dello IUBEL sopra riportati, nella dimensione "Impulsività" dello IUBEL è emersa una correlazione negativa con il Fattore 1 dell'ASQ. Vi sono inoltre correlazioni positive significative con tutte le altre dimensioni dell'ASQ e una forte associazione tra questa dimensione dello IUBEL con il GAD-7.

Per quanto riguarda la dimensione "Monitoraggio" dello IUBEL, invece, non sono state riscontrate delle correlazioni significative con nessuna scala dell'ASQ, mentre esiste una correlazione positiva tra questo fattore dello IUBEL e il GAD-7.

Rispetto alla scala "Iper-preparazione" dello IUBEL è emersa una correlazione significativa positiva solo con il Fattore 2 dell'ASQ. Non sono state riscontrate differenze tra "Iper-preparazione" con le altre scale dell'ASQ né con il GAD-7.

Per quanto riguarda la dimensione "Coinvolgimento parziale" dello IUBEL vi è una correlazione negativa con il Fattore 1 dell'ASQ e una correlazione positiva con i Fattori 2, 3 e 4 dell'ASQ. Non risulta invece associazione con il Fattore 5 dell'ASQ. Tra quest'ultima dimensione dello IUBEL e il GAD-7 vi è invece una forte correlazione positiva.

3.2.2 Gruppo di partecipanti che ha conseguito un percorso psicologico/psicoterapeutico

PSICOTERAPIA SI							
IUBEL		ASQ FAT1	ASQ FAT2	ASQ FAT3	ASQ FAT4	ASQ FAT5	GAD-7
TOTALE	r.	-.204	.209	.492	.389	.214	.296
	p.	.032*	.002*	<.001*	<.001*	.024*	<.001*
DISIMPEGNO	r.	-.166	.147	.277	.108	.040	.118
	p.	.079	.122	.003*	.254	.674	.030*
IPER COINVOLGIMENTO	r.	-.217	.217	.346	.418	.128	.384
	p.	.021*	.004*	<.001*	<.001*	.175	<.001*
IMPULSIVITÀ	r.	-.051	.135	.169	.291	.308	.149
	p.	.591	.154	.072	.002*	.001*	.006*
MONITORAGGIO	r.	-.147	.183	.328	.263	.030	-.006
	p.	.121	.054	<.001*	.005*	.757	.913
IPER PREPARAZIONE	r.	.209	-.054	-.083	.099	-.065	.002
	p.	.026*	.570	.375	.290	.491	.964
COINVOLGIMENTO PARZIALE	r.	-.119	.245	.390	.102	.142	.218
	p.	.208	.009*	<.001*	.278	.131	<.001*

Tabella 3: Correlazioni di Spearman tra IUBEL e ASQ e GAD-7 nel gruppo di chi ha conseguito un percorso psicologico/psicoterapeutico

Prendendo in esame il gruppo di partecipanti che ha conseguito un percorso psicologico/psicoterapeutico, per quanto riguarda il punteggio di IUBEL totale è emersa una correlazione significativa con tutte le scale dell'ASQ: in particolare vi è una correlazione negativa con il Fattore 1 e correlazioni positive con tutti gli altri fattori del test ASQ. Tra lo IUBEL totale e il GAD-7 vi è una correlazione positiva significativa.

Rispetto alla dimensione "Disimpegno" dello IUBEL è emersa una correlazione positiva con il Fattore 3 dell'ASQ, mentre non vi è correlazione significativa con gli altri fattori dell'ASQ. Vi è invece una forte correlazione positiva tra il "Disimpegno" dello IUBEL e il GAD-7.

Per quanto riguarda la dimensione "Iper-coinvolgimento" dello IUBEL vi è una correlazione negativa con il Fattore 1 dell'ASQ e una correlazione positiva con i Fattori 2, 3 e 4 del Test ASQ, mentre non vi è correlazione con il Fattore 5. Anche l'"Iper-coinvolgimento" con il GAD-7 ha una correlazione positiva significativa.

La dimensione "Impulsività" dello IUBEL è correlata positivamente in modo significativo con i Fattori 4 e 5 dell'ASQ, mentre non emerge un'associazione tra questa scala dello IUBEL e i restanti fattori. Rispetto all' "Impulsività" con il GAD-7 vi è una correlazione positiva.

Nella dimensione “Monitoraggio” dello IUBEL esiste una correlazione significativa positiva con i Fattori 3 e 4 dell’ASQ. Non vi è invece correlazione con le altre scale dell’ASQ, tantomeno con il GAD-7.

Per la dimensione “Iper-preparazione” dello IUBEL è emersa una correlazione significativa positiva solo con il Fattore 1 dell’ASQ. Non vi è quindi associazione con le altre scale di quest’ultimo test e neanche con il GAD-7.

La scala del “Coinvolgimento parziale” dello IUBEL ha un’associazione positiva significativa solo con i Fattori 2 e 3 dell’ASQ, mentre non risulta correlato con gli altri fattori del Test. Il “Coinvolgimento parziale” è invece associato positivamente in modo significativo con il GAD-7.

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE

4.1 Discussione dei risultati

Il presente studio si è posto l'obiettivo di esplorare le caratteristiche degli emerging adults, focalizzandosi nello specifico sui costrutti psicologici di Intolleranza all'incertezza, stile di attaccamento e ansia generalizzata, in relazione al coinvolgimento o meno dei partecipanti in un percorso psicologico/ psicoterapeutico.

Per quanto concerne la prima ipotesi, dall'analisi dei risultati ottenuti attraverso la somministrazione dello IUBEL, non sono state riscontrate differenze significative tra i due campioni nei livelli di intolleranza all'incertezza, eccezione fatta per il fattore "Ipercoinvolgimento". Quest'ultimo è utilizzato come strategia prevalente dal gruppo di soggetti che ha conseguito un percorso di psicoterapia. Sulla base di ciò possiamo riflettere sulla differenza tra l'IU inibitoria e IU prospettica. La prima raggruppa i comportamenti di "sotto impegno", contraddistinti da evitamento e/o procrastinazione delle azioni e decisioni, mentre la seconda per definizione è orientata al futuro ed è caratterizzata da un insieme di comportamenti di "sovra impegno" (e.g., Birrell, Meares, Wilkinson, & Freeston, 2011; Carleton, Norton, & Asmundson, 2007; Hong & Lee, 2015; McEvoy & Mahoney, 2011). L'Ipercoinvolgimento rientra in questa componente dell'IU ed è caratterizzato da preoccupazione, ricerca attiva di informazioni e pianificazione delle azioni per affrontare situazioni ambigue. In effetti la letteratura mette in luce l'associazione tra l'IU prospettica e il worry (McEvoy & Mahoney, 2011; Bottesi et. al, 2019), il quale è stato riconosciuto come sintomo principale dell'ansia (APA, 2013). Tuttavia, strategie di coping basate su comportamenti che implicano l'ipercoinvolgimento, se impiegate in modo adeguato, come per esempio organizzarsi in anticipo per "non essere colti di sorpresa" (Bottesi et. al, 2020), aiuterebbero i soggetti a tollerare l'incertezza in modo efficace e a ridurre di conseguenza i sintomi dell'ansia (Dugas e Ladoceur, 2000; Dugas et al., 2003). Dall'analisi dei risultati, i sintomi di ansia generalizzata misurati tramite il questionario GAD-7, evidenziano un'incidenza minore per i soggetti non coinvolti in un percorso psicologico, in accordo con lo studio di Crugnola e colleghi (2021). I partecipanti appartenenti a questo gruppo potrebbero pertanto essere in grado di applicare tali comportamenti in modo funzionale per regolare gli stati d'ansia, alla pari di chi ha appreso l'utilizzo di queste strategie andando in terapia. Quanto

ipotizzato, risulta quindi in linea rispetto ai punteggi attesi relativi ai sintomi d'ansia, il che potrebbe spiegare il motivo per cui questi soggetti non abbiano mai sentito la necessità di rivolgersi a un professionista per richiedere un supporto.

La mancanza nei nostri risultati di differenze tra i due gruppi in esame in merito alle restanti componenti dello IUBEL, può essere chiarita da una ricerca di Bottesi, Carraro, Martignon, Cerea, & Ghisi (2019). È stato trovato che la tendenza predominante della popolazione italiana sarebbe quella di impiegare comportamenti di evitamento. La letteratura riportata a supporto di questa conclusione parte dalla premessa secondo cui le strategie adottate per far fronte all'incertezza sono anche culturalmente determinate (Lauriola et al., 2018), e la ricerca di Bottesi e colleghi (2019) replica i risultati di altri studi simili (Stremersch & Tellis, 2004; Wennekers, Thurik, van Stel, & Noorderhaven, 2007). In accordo con questi risultati possiamo supporre per la presente indagine che, trattandosi di un campione raccolto nel contesto italiano, la tendenza al sotto impegno potrebbe prescindere dalla variabile "Psicoterapia". Inoltre, in merito al fattore "Impulsività" dello IUBEL è stato dimostrato che situazioni incerte scatenano frequentemente nei soggetti comportamenti di questo tipo. Il fine sarebbe quello di ridurre il disagio associato al tempo richiesto dal processo decisionale (Whideside & Lynam, 2001; Luhmann, Ishida, & Hajcak, 2011; Pawluk & Koerner, 2013) il che spiegherebbe perché non siano state riscontrate differenze significative nei punteggi di questa dimensione tra i due campioni in oggetto.

Relativamente al modello di attaccamento, l'aspettativa di trovare un pattern sicuro in misura statisticamente superiore in chi non ha frequentato un percorso psicologico è stata soddisfatta: i risultati hanno mostrato delle differenze significative tra i due campioni in alcuni fattori dell'ASQ. Nello specifico sono emersi dei punteggi maggiori nella componente "fiducia in sé stessi e negli altri", la quale identifica un pattern sicuro (Feeney et al., 1994), mentre le dimensioni di "bisogno di approvazione" e "preoccupazione per le relazioni" risultano più alte nel gruppo coinvolto in terapia, fattori che codificano l'attaccamento insicuro, in particolare quello "preoccupato" (Feeney et al., 1994). Non risulta invece significativa la differenza tra i due gruppi relativamente ai fattori 2 e 5, dove punteggi alti in queste dimensioni sono riferiti all'attaccamento insicuro evitante e all'attaccamento timoroso. (Feeney et al., 1994).

I risultati ottenuti dalle correlazioni di Spearman tra lo IUBEL, l'ASQ e il GAD-7 confermano quanto supposto nella seconda ipotesi. Infatti, il punteggio Totale dello IUBEL è correlato a tutte le scale dell'ASQ e con il GAD-7 per entrambi i campioni, in linea con la letteratura che conferma l'associazione tra questi fattori (Clark, Rock, Clark & Murray-Lyon, 2020). Osservando i dati nello specifico, possiamo analizzare l'ipotesi tenendo in considerazione le diverse dimensioni dei questionari utilizzati.

Tutte le associazioni che risultano significative tra le varie scale dello IUBEL e la dimensione *“fiducia in sé stessi e negli altri”* dell'ASQ sono negative. Questo sostiene l'ipotesi formulata per la similarità nella definizione di questi costrutti, in quanto sia chi ha uno stile di attaccamento sicuro che chi ha maggiore tolleranza all'incertezza ha sviluppato delle competenze efficaci per far fronte a eventi stressanti (Collins & Ognibene, 1998).

La scala *“Disimpegno”* dello IUBEL correla con tutte le altre scale dell'ASQ solo per coloro che non sono mai stati seguiti in un percorso psicologico. Tale strategia non è funzionale e rappresenta un tentativo di evitamento della situazione incerta (Birrell et. al, 2011; Carleton et. al, 2007). Rispetto a coloro che hanno affrontato un percorso di psicoterapia, invece, il *“Disimpegno”* correla solo con il *“bisogno di approvazione”* del test per l'attaccamento e similmente accade con il *“Coinvolgimento parziale”* dello IUBEL. Anche per la scala dell'impulsività possiamo riscontrare delle correlazioni significative con tutte le dimensioni dell'ASQ nel gruppo di chi non ha mai conseguito un percorso di psicoterapia, mentre per l'altro gruppo è associato solo alle scale *“preoccupazione per le relazioni”* e *“relazioni come secondarie”*. Le differenze appena riportate rispetto all'impiego di strategie di *“sotto impegno”* tra i due gruppi in esame, suggeriscono che soggetti con un orientamento all'attaccamento insicuro nel gruppo di coloro che non sono mai stati in terapia, impieghino delle modalità di gestione dell'incertezza inefficaci in misura maggiore rispetto all'altro gruppo (Bottesini et. al, 2020).

L' *“Ipercoinvolgimento”* è invece correlato con tutte le dimensioni che valutano lo stile di attaccamento in entrambi i gruppi (eccezione fatta per il Fattore 5 del gruppo *“psicoterapia SI”*). Come ampiamente discusso all'inizio del paragrafo, essendo questo comportamento caratterizzato da forte preoccupazione, si può osservare che in particolare nei fattori 3 e 4, i quali indicano un pattern di attaccamento preoccupato, vi è una fortissima correlazione (e.g., Bhur & Dugas, 2006). Risultano inoltre delle associazioni significative anche con le altre scale dell'ASQ. Questi risultati confermano l'ipotesi per cui l'intolleranza all'incertezza è correlata

a stili di attaccamento insicuro.

Considerando invece la correlazione tra le dimensioni dello IUBEL con il GAD-7, le correlazioni significative sono in linea con la letteratura che documenta il ruolo dell'intolleranza all'incertezza nella sintomatologia che caratterizza l'ansia generalizzata (Dugas & Robichaud, 2007). Si riscontrano delle eccezioni solo per la scala "Monitoraggio" e "Iperpreparazione". In merito alla prima dimensione appena citata, in cui vi è una correlazione solo con il gruppo che non ha mai seguito un percorso psicologico, possiamo supporre che questi soggetti non utilizzino tale strategia in modo funzionale. Infatti, considerando che questa scala fa riferimento a comportamenti volti a mantenere il controllo della situazione, agendo solo se strettamente necessario, un impiego eccessivo di tali modalità agirebbe in modo negativo sull'incertezza e la preoccupazione, aumentando di conseguenza la sensazione di ansia (Bhur & Dugas, 2006). Infine, l'Iperpreparazione non risulta correlata ai punteggi del GAD-7 per entrambi i campioni oggetto di analisi. Possiamo spiegare questo risultato in termini di efficacia di comportamenti di questo tipo nell' "anestetizzare" l'incertezza e di conseguenza evitare la sperimentazione di ansia.

4.2 Limiti e punti di forza

Il presente studio presenta dei limiti rispetto alla composizione del campione poiché risulta esserci una prevalenza significativa di femmine nel gruppo di chi ha affrontato un percorso di psicoterapia. Questo potrebbe influenzare la generalizzabilità dei risultati.

In aggiunta un importante limite riscontrato nel presente studio risiede nell'item utilizzato come criterio di suddivisione dei partecipanti: "È mai stata seguita in un percorso psicologico/psicoterapeutico?". Infatti, non si dovrebbe escludere la possibilità che molti soggetti abbiano interpretato il presente item, non in quanto percorso psicologico concluso, piuttosto come un percorso ancora in atto nel momento della compilazione dei questionari. Probabilmente i risultati sarebbero stati più in linea con la letteratura che supporta l'efficacia della psicoterapia nella riduzione dei sintomi psicopatologici, riscontrando dunque delle differenze significative con chi non ha mai frequentato questo tipo di percorso. Inoltre, l'item non permette di specificare l'orientamento e la durata della terapia.

Un ulteriore limite potrebbe essere costituito dalla modalità di somministrazione dei test: la divulgazione online è maggiormente soggetta a influenze contestuali, in aggiunta i questionari self-report in sé costituiscono un limite nella raccolta e attendibilità dei dati a causa di una

valutazione soggettiva della sintomatologia. I partecipanti inoltre potrebbero essere mossi dal desiderio, anche inconsapevole, di rispondere in modo socialmente desiderabile o potrebbero essere soggetti ad altri bias, influenzando l'accuratezza dei risultati.

Possiamo comunque osservare dei punti di forza della presente ricerca, in quanto ha permesso una buona esplorazione del costrutto dell'IU, il quale risulta essere di recente interesse nella ricerca accademica nella popolazione degli emerging adults.

4.3 Sviluppi futuri

Sarebbe interessante estendere gli obiettivi di questo studio a un campione più ampio di emerging adults, appartenenti a zone geografiche e culturali più ampie, in modo da poter garantire una maggiore generalizzabilità dei risultati. L'interesse della comunità scientifica in generale dovrebbe perseguire la sfida di rendere gli studi futuri più attendibili, cercando di raccogliere i dati anche attraverso interviste strutturate o semi strutturate vis a vis. Queste modalità potrebbero permettere una migliore comprensione e un maggiore approfondimento delle risposte che i questionari self-report non consentono. Infine, ricerche future potrebbero ideare uno studio longitudinale raccogliendo i dati prima e dopo di un intervento psicologico sugli stessi soggetti, così da indagare gli effettivi esiti della terapia sui costrutti indagati.

4.4 Conclusione

È stato ampiamente discusso come l'Emerging Adulthood sia un periodo di vita delicato e caratterizzato da cambiamenti, incertezza e scelte di vita non sempre facili (Arnett, 2000). I ragazzi che attraversano questa fase mostrano frequentemente tassi di ansia e preoccupazione a livello subclinico, oltre a essere inclini a maggiore vulnerabilità clinica (APA, 2013). Il presente studio mette in luce la necessità di ideare e mettere in atto interventi efficaci e mirati per questa fascia di sviluppo, al fine di individuare i fattori di rischio, ridurre lo sviluppo di sintomi psicopatologici e prevenire l'insorgenza di sintomatologia di rilevanza clinica.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5th edn). American Psychiatric Publishing, Inc. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
- Aktar, E., Nikolić, M., & Bögels, S. M. (2017). Environmental transmission of generalized anxiety disorder from parents to children: Worries, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 137–147. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/eaktar>
- Arcaro, J. A., Tremblay, P. F., Summerhurst, C., Wammes, M., Dash, P., & Osuch, E. (2019). Emerging Adults' Evaluation of Their Treatment in an Outpatient Mood and Anxiety Disorders Program. *Emerging Adulthood*, 7(6), 432–443. <https://doi.org/10.1177/2167696818777339>
- Arnett, J. J. (1997). Young people's conceptions of the transition to adulthood. *Youth & Society*, 29, 1-23.
- Arnett, J. J. (1998). Learning to stand alone: The contemporary American transition to adulthood in cultural and historical context. *Human Development*, 41, 295-315.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7)
- 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. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00403>
- Birrell, J., Mearns, K., Wilkinson, A., & Freeston, M. (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1198–1208. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.009>

- Borkovec, T. D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 153–158. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90027-G](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90027-G)
- 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(1), 55–72. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00040-y>
- Bottesi, G., Ghisi, M., Novara, C., Bertocchi, J., Dominicis, D., & Freeston, M. H. (2015). *Intolerance of Uncertainty Scale*. 21(3).
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102293>
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *The British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (s.d.). Comorbidity Among Anxiety Disorders: Implications for Treatment and DSM-IV. *ANXIETY DISORDERS*.
- Buhr K, Dugas MJ. The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: an experimental manipulation. *Behav Res Ther*. 2009 Mar;47(3):215-23. doi: 10.1016/j.brat.2008.12.004. Epub 2008 Dec 16. PMID: 19159867.
- Carleton RN. The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: theoretical and practical perspectives. *Expert Rev Neurother*. 2012 Aug;12(8):937-47. doi: 10.1586/ern.12.82. PMID: 23002938.
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 468–479.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.011>

- Chigwedere, C., & Moran, J. (2022). Further development of the intolerance of uncertainty model of GAD: A case series. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15, e2. <https://doi.org/10.1017/S1754470X21000374>
- Clark, G. I., Rock, A. J., Clark, L. H., & Murray-lyon, K. (2020). Adult attachment, worry and reassurance seeking: Investigating the role of intolerance of uncertainty. *Clinical Psychologist*, 24(3), 294–305. <https://doi.org/10.1111/cp.12218>
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215–226. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00070-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00070-3)
- Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (2000). Targeting Intolerance of Uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, 24, 635-657.
- Imran, S., & Jackson, S. (2022). Attachment relationships and psychological distress in young adults: The mediating role of self-esteem. *Journal of Affective Disorders Reports*, 8, 100328. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100328>
- Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments? *Arch Gen Psychiatry*. 1992 Sep;49(9):716-22. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820090044008. PMID: 1514877.
- Kranzler, A., Elkins, R. M., & Albano, A. M. (2019a). Anxiety in Emerging Adulthood: A Developmentally Informed Treatment Model. In *Pediatric Anxiety Disorders* (pp. 499–519). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813004-9.00022-0>
- Kranzler, A., Elkins, R. M., & Albano, A. M. (2019b). Anxiety in Emerging Adulthood: A Developmentally Informed Treatment Model. In *Pediatric Anxiety Disorders* (pp. 499–519). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813004-9.00022-0>
- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M.J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 933-941.

- Lebowitz, E., Dolberger, D., Nortov, E., & Omer, H. (2012). Parent training in nonviolent resistance for adult entitled dependence. *Family Process*, 51(1), 90106.
- Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 193–203. <https://doi.org/10.1002/jclp.20756>
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds), *Attachment in the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press (pp. 121–160).
- Matud, M., Díaz, A., Bethencourt, J., & Ibáñez, I. (2020). Stress and Psychological Distress in Emerging Adulthood: A Gender Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2859. <https://doi.org/10.3390/jcm9092859>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.002>
- Mikulincer, M., Shaver, P.R, et al., 2015. Attachment-related contributions to the study of psychopathology. In: Luyten, P, Mayes, LC, Fonagy, P, et al. (Eds.), *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology*. The Guilford Press, New York, NY, pp. 27–46.
- Montemayor, R., Brown, B., & Adams, G. (1985). Changes in identity status and psychological adjustment after leaving home and entering college. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research on Child Development, Toronto, Ontario, Canada.
- Munsey, C. (2006, June 1). Emerging adults: The in-between age. *Monitor on Psychology*, 37(7). <https://www.apa.org/monitor/jun06/emerging>
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults. *Self and Identity*, 9(3), 225–240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Ognibene, T. C., & Collins, N. L. (1998). Adult Attachment Styles, Perceived Social Support and Coping Strategies. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(3), 323–345.

<https://doi.org/10.1177/0265407598153002>

- Riva Crugnola, C., Bottini, M., Madeddu, F., Preti, E., & Ierardi, E. (2021). Psychological distress and attachment styles in emerging adult students attending and not attending a university counselling service. *Health Psychology Open*, 8(1), 205510292110161. <https://doi.org/10.1177/20551029211016120>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.05.001>.
- Smith, M. L. (s.d.). *Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies*.
- Sroufe, L.A., 2005. Attachment and development—A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attach. Hum. Dev.* 7, 349–367.
- Sroufe, L. A. (1986). APPRAISAL: BOWLBY'S CONTRIBUTION TO PSYCHOANALYTIC THEORY AND DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY; ATTACHMENT: SEPARATION: LOSS. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(6), 841–849. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1986.tb00203.x>
- Wittchen, H. (s.d.). Generalized Anxiety Disorder: Nature and Course. *J Clin Psychiatry*.
- Wright, C. J., Clark, G. I., Rock, A. J., & Coventry, W. L. (2017). Intolerance of uncertainty mediates the relationship between adult attachment and worry. *Personality and Individual Differences*, 112, 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.02.039>
- Yildiz, B., & Iskender, M. (2021). The secure attachment style oriented psycho-educational program for reducing intolerance of uncertainty and academic procrastination: Yıldız & Iskender: Secure attachment, academic procrastination & intolerance of uncertainty. *Current Psychology*, 40(4), 1850–1863. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0112-4>