

Difficoltà nella regolazione delle emozioni e disagio personale nei giovani adulti con ansia sociale

Difficulties in emotion regulation and personal distress in young adults with social anxiety

ANNA CONTARDI^{1,2}, BENEDETTO FARINA¹, MARIANTONIETTA FABBRICATORE^{1,2}, STELLA TAMBURELLO^{1,2}, PAOLO SCAPELLATO^{1,2}, ILARIA PENZO¹, ANTONINO TAMBURELLO^{1,2}, MARCO INNAMORATI^{1,2}
E-mail: innamorati.marco@libero.it

¹Università Europea di Roma
²Istituto Skinner, Roma/Napoli

RIASSUNTO. Introduzione. Scopo dello studio è stato valutare l'associazione tra ansia sociale e difficoltà nella regolazione emotiva in un campione di giovani adulti italiani. **Metodi.** Il campione, reclutato in modo accidentale, è composto da 298 giovani adulti (184 donne e 114 uomini) di età compresa tra i 18 e i 34 anni. Tutti i soggetti hanno completato la Interaction Anxiousness Scale (IAS), la Audience Anxiousness Scale (AAS), la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) e l'Interpersonal Reactivity Index (IRI). Una cluster analysis con il metodo TwoStep è stata utilizzata per raggruppare i soggetti in base al loro livello di ansia sociale. **Risultati.** La cluster analysis ha indicato una soluzione con due raggruppamenti, dove il primo (n=163) è composto da coloro che hanno punteggi più elevati nelle scale AAS e IAS rispetto ai soggetti inclusi nel secondo raggruppamento (n=135). Un modello lineare generalizzato ha indicato che i soggetti con elevata ansia sociale (rispetto a quelli con più bassi livelli) riportano punteggi superiori sia nella dimensione disagio personale della scala IRI ($p < 0,01$) sia nelle dimensioni relative alla mancanza di accettazione delle emozioni negative ($p < 0,001$) e di chiarezza delle emozioni ($p < 0,05$), entrambe della scala DERS. **Conclusioni.** I risultati ottenuti appaiono in linea con i modelli psicopatologici individuati nella letteratura, secondo cui la gestione non efficace delle proprie emozioni costituisce un fattore di rischio per l'insorgenza di quadri depressivi o ansiosi.

PAROLE CHIAVE: ansia sociale, empatia, difficoltà nella regolazione delle emozioni, giovani adulti, studenti universitari.

SUMMARY. Background. The aim of this study was to assess the association between social anxiety and difficulties in emotion regulation in a sample of Italian young adults. **Methods.** Our convenience sample was composed of 298 Italian young adults (184 women and 114 men) aged 18-34 years. Participants were administered the Interaction Anxiousness Scale (IAS), the Audience Anxiousness Scale (AAS), the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). A TwoStep cluster analysis was used to group subjects according to their level of social anxiety. **Results.** The cluster analysis indicated a two-cluster solution. The first cluster included 163 young adults with higher scores on the AAS and the IAS than those included in cluster 2 (n=135). A generalized linear model with groups as dependent variable indicated that people with higher social anxiety (compared to those with lower social anxiety) have higher scores on the dimension personal distress of the IRI ($p < 0.01$), and on the DERS non acceptance of negative emotions ($p < 0.001$) and lack of emotional clarity ($p < 0.05$). **Conclusions.** The results are consistent with models of psychopathology, which hypothesize that people who cannot deal effectively with their emotions may develop depressive and anxious disorders.

KEY WORDS: social anxiety, empathy, difficulties in emotion regulation, young adults, university students.

INTRODUZIONE

L'ansia sociale rappresenta un disturbo psichiatrico caratterizzato da una paura costante e intensa legata a

prestazioni o situazioni sociali che possono generare imbarazzo. La persona che ne soffre ha il timore di agire in modo imbarazzante o umiliante e il marcato disagio conduce frequentemente a evitare tutte quelle si-

tuazioni che possono generare ansia, con conseguenze negative sul benessere psicosociale (1).

L'ansia sociale è un disturbo prevalente nei giovani adulti che può causare marcato disagio. Grant et al. (2), in un campione rappresentativo della popolazione statunitense, hanno riportato una prevalenza lifetime del 5% (IC 95% 4,6-5,4) e una prevalenza a 12 mesi del 2,8% (IC 95% 2,5-3,1). In Italia, Faravelli et al. (3) hanno condotto un'indagine su oltre 2000 persone residenti nell'area fiorentina di Sesto Fiorentino. Gli autori hanno osservato che su 623 persone risultate positive allo screening per una patologia psichiatrica, il 6,6% aveva manifestato in passato ansia sociale non attribuibile ad altre patologie psichiatriche o a condizioni mediche. La prevalenza scendeva invece al 3,3% (4% la prevalenza corretta per età) quando si includevano nella diagnosi anche i criteri del DSM-IV-TR di interferenza con il funzionamento lavorativo o scolastico e di marcato disagio personale. Inoltre, il 92% delle persone con fobia sociale mostrava almeno un altro disturbo psichiatrico in comorbilità.

Negli ultimi anni, la disregolazione delle emozioni viene sempre più considerata all'interno dei modelli teorici dei principali quadri psicopatologici, ipotizzando che coloro che non riescono a gestire efficacemente le loro emozioni possano sviluppare con più facilità disturbi ansiosi o depressivi clinicamente significativi (4,5). In particolare, nei modelli cognitivi la disregolazione e l'ipereattività emotiva sono considerate caratteristiche centrali del disturbo (6,7).

Le persone con ansia sociale sembrano mostrare un'elevata paura delle emozioni positive e una scarsa espressione delle stesse rispetto a persone senza tale patologia (8-10). Mennin et al. (4,11,12) hanno sviluppato un modello dei disturbi d'ansia e di quelli dell'umore in cui l'elemento centrale è la disregolazione affettiva. Gli autori indicano quattro caratteristiche fondamentali dell'ansia sociale: 1) elevata intensità delle emozioni; 2) scarsa comprensione delle proprie emozioni; 3) reazioni negative al proprio stato emotivo; 4) gestione disadattiva delle emozioni. Più recentemente Mennin et al. (4) hanno osservato che, accanto a caratteristiche che accomunano la depressione maggiore, l'ansia generalizzata e l'ansia sociale, sono da tenere in considerazione anche le distinzioni nelle diverse componenti disregolatorie associate ai disturbi (13). Per esempio, l'intensità delle emozioni è inversamente associata all'ansia sociale e direttamente correlata al disturbo d'ansia generalizzata. Al contempo, le reazioni negative al proprio stato emotivo non sono correlate all'ansia sociale o alla depressione mentre lo sono all'ansia generalizzata. La scarsa comprensione delle proprie emozioni è invece correlata significativamente

sia all'ansia sociale sia alla depressione. Infine, le reazioni negative al proprio stato emotivo sembrano essere particolarmente rilevanti nel caso della depressione e dell'ansia sociale ma non nel caso dell'ansia generalizzata.

L'esame della letteratura evidenzia che l'ansia sociale è un disturbo ampiamente diffuso che insorge prevalentemente in età adolescenziale, è associato a disregolazione emotiva e si manifesta in forme subcliniche o clinicamente significative per numerosi anni (2). Inoltre, l'ansia sociale sembra essere associata a difficoltà nella regolazione delle emozioni (14,15). Pertanto, l'indagine delle relazioni tra le difficoltà nella regolazione delle emozioni e l'ansia sociale può essere utile per approfondire maggiormente la natura del disturbo e individuare quali componenti disregolatorie siano maggiormente associate alla paura legata a prestazioni o condizioni sociali.

L'obiettivo della ricerca è stato valutare l'associazione tra l'ansia sociale e le difficoltà nella regolazione delle emozioni in un campione di giovani adulti italiani. Nello specifico, in linea con quanto emerso dalla letteratura, si ipotizza che l'ansia sociale sia correlata a specifici deficit nella regolazione delle emozioni, come per esempio un accesso limitato a strategie di regolazione delle emozioni che siano ritenute dall'individuo efficaci e anche una parziale o totale assenza di chiarezza e consapevolezza delle proprie risposte emotive. Lo studio si propone, inoltre, di valutare la presenza di deficit a carico delle capacità empatiche, possibile indice di difficoltà nel regolare il proprio stato emotivo in seguito a stimolazioni provenienti dal proprio ambiente sociale.

MATERIALI E METODI

Partecipanti

I partecipanti sono 298 giovani adulti italiani (184 donne e 114 uomini), di età compresa tra i 18 e i 34 anni (età media $22,98 \pm 3,43$). I criteri di inclusione sono un'età compresa tra i 18 e i 34 anni e l'assenza di qualunque condizione che impedisca di completare la valutazione (per esempio, disturbi maggiori del sistema nervoso centrale e sintomi psicotici), incluso il rifiuto del consenso informato. I partecipanti, selezionati in modo accidentale, sono costituiti per la maggior parte da studenti (78%), frequentanti due università romane. Soltanto il 2% si è reso indisponibile a prendere parte all'indagine. Nessuna differenza significativa è stata rilevata tra i partecipanti e gli astenuti in relazione all'età o al sesso.

Per quanto riguarda il titolo di studio conseguito, la maggior parte ha un diploma di scuola secondaria di primo

Difficoltà nella regolazione delle emozioni e disagio personale nei giovani adulti con ansia sociale

e secondo grado (75,2%) mentre il 24,8% è composto da laureati. Inoltre, il 95,6% dei partecipanti è single, il 3,4% è sposato e l'1% è separato/vedovo.

La partecipazione è stata subordinata all'acquisizione in forma scritta del consenso informato. La compilazione del protocollo di ricerca è avvenuta in forma anonima e l'adesione è stata volontaria e gratuita.

Strumenti

Tutti i soggetti hanno completato la Interaction Anxiousness Scale (IAS) (16,17), la Audience Anxiousness Scale (AAS) (16), la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (18) e l'Interpersonal Reactivity Index (IRI) (19,20), nei loro rispettivi adattamenti italiani.

La IAS e la AAS sono scale che valutano rispettivamente l'ansia legata all'interazione sociale e l'ansia legata all'esibirsi o parlare in pubblico. La IAS è composta da 15 item mentre la AAS è composta da 12 item. Entrambe prevedono una modalità di risposta su scala Likert a 5 punti (da 1 = falso o non caratteristico per me a 5 = vero o caratteristico per me). Sia la IAS sia la AAS hanno dimostrato una buona consistenza interna e stabilità al test-retest (16) e sono risultate correlare significativamente ad altre scale che misurano diversi aspetti dell'ansia sociale (16,17).

La DERS è una scala di 36 item, con modalità di risposta su scala Likert a 5 punti (da 1 = quasi mai a 5 = quasi sempre) che valuta le difficoltà nella regolazione delle emozioni. Le analisi fattoriali hanno individuato 6 fattori: I) non accettazione delle emozioni negative (*Nonacceptance*); II) incapacità a intraprendere comportamenti finalizzati quando si sperimentano emozioni negative (*Goals*); III) difficoltà a controllare i comportamenti impulsivi quando si sperimentano emozioni negative (*Impulse*); IV) accesso limitato a strategie di regolazione delle emozioni che siano ritenute efficaci (*Strategies*); V) mancanza di consapevolezza delle proprie emozioni (*Awareness*); VI) mancanza di comprensione della natura delle proprie risposte emotive (*Clarity*). Sia la scala totale che le singole dimensioni della DERS hanno dimostrato una buona consistenza interna, con valori dell'indice alfa di Cronbach superiori a 0,80 per le singole dimensioni e pari a 0,93 per la scala totale. La DERS è risultata, inoltre, correlare significativamente con la Generalized Expectancy for Negative Mood Regulation Scale, una scala convergente che misura la disregolazione emotiva, e alla presenza di comportamenti autolesionistici agiti dall'individuo (18).

L'IRI è uno strumento multidimensionale composto da 28 item con modalità di risposta su scala Likert a 5 punti (da 1 = mai vera a 5 = sempre vera) che valuta le componenti cognitive ed emotive dell'empatia. La scala è suddivisa nelle seguenti 4 dimensioni: *perspective taking* (PT), riferita all'abilità di adottare il punto di vista di un'altra persona; *considerazione empatica* (EC), relativa alla reazione emotiva orientata verso la condivisione dell'esperienza altrui; *disagio personale* (PD), concernente il disagio sperimentato dalla persona in risposta al disagio manifestato da

altri o in situazioni emozionalmente stressanti; *fantasia* (FS), riguardante la tendenza a immaginarsi in situazioni fittizie. Le dimensioni PT e FS si riferiscono alle dimensioni cognitive dell'empatia e rappresentano diversi tipi di antecedenti allo sperimentare emozioni empatiche in risposta alle emozioni degli altri. EC e PD, invece, riguardano le componenti emotive dell'empatia e rappresentano due modi di partecipare in modo vicario alle emozioni degli altri. Nello studio di Davis (19), tutte le dimensioni hanno dimostrato una sufficiente omogeneità interna e una buona stabilità. In ambito italiano, le caratteristiche psicometriche della scala sono state studiate da Albiero et al. (21) su un campione di oltre 800 adolescenti.

Analisi statistica

Per individuare i raggruppamenti (*cluster*) naturalmente omogenei delle risposte date dai soggetti alle scale IAS e AAS, i rispettivi punteggi sono stati inseriti in una Two-Step cluster analysis, preferendo la procedura che sceglie automaticamente il numero più adeguato di cluster (limitando le possibili soluzioni a quelle con un massimo di 4 cluster). La TwoStep cluster analysis opera la classificazione utilizzando la verosimiglianza come criterio di raggruppamento e assume che le variabili inserite nel modello siano indipendenti, che le variabili continue siano distribuite in modo normale e che le variabili categoriali siano distribuite secondo una distribuzione multinomiale. Tale procedura si è dimostrata abbastanza robusta alla presenza di violazioni delle principali assunzioni riguardanti la distribuzione delle variabili.

Le differenze tra i gruppi sono state valutate tramite test *t* di Student per le variabili dimensionali e attraverso test esatto di Fisher a una coda o test del chi quadro (χ^2) per le tabelle di contingenza NxN. I livelli di significatività sono stati corretti secondo il metodo di Bonferroni. Tutte le variabili significative alle analisi bivariate, dopo aver effettuato la correzione per il multitest, sono state inserite come variabili indipendenti in un modello lineare generalizzato (con stima dei parametri di massima verosimiglianza secondo il metodo di Newton-Raphson). Le associazioni multivariate tra le variabili sono riportate come odds ratio (OR).

Tutte le analisi sono state condotte con il pacchetto statistico per le scienze sociali SPSS 17.0 per Windows (SPSS Inc. Chicago, Illinois, USA).

RISULTATI

La procedura TwoStep cluster analysis ha indicato una soluzione con due soli raggruppamenti. Il primo raggruppamento è composto da 163 soggetti con punteggi alle scale AAS (3,44±0,66 vs 2,15±0,59) e IAS (3,20±0,49 vs 2,12±0,39) più elevati rispetto a quelli ap-

partenenti al secondo raggruppamento (n=135). Il primo raggruppamento pertanto può essere considerato composto da soggetti con elevato rischio di ansia sociale.

I due raggruppamenti si differenziano in diverse dimensioni della DERS e dell'IRI (**Tabella 1**). Nello specifico, il primo gruppo (con più elevati livelli di ansia sociale) ha ottenuto punteggi medi superiori nella dimensione PD della scala IRI (1,81 ± 0,62 vs 1,42 ± 0,63; $t_{296}=5,37$; $p<0,001$) e nelle dimensioni Nonacceptance (2,50 ± 0,79 vs 1,88 ± 0,67; $t_{296}=7,21$; $p<0,001$), Goals (3,12 ± 0,82 vs 2,56 ± 0,86; $t_{296}=5,67$; $p<0,001$), Impulse (2,58 ± 0,67 vs 2,30 ± 0,65; $t_{296}=3,66$; $p<0,001$) e Strategies (2,54 ± 0,79 vs 1,98 ± 0,72; $t_{296}=6,34$; $p<0,001$) della DERS rispetto ai soggetti appartenenti al secondo gruppo (con più bassi livelli di ansia sociale).

Coloro che riportano maggiori livelli di ansia sociale sono anche tendenzialmente più giovani ($p=0,02$),

più spesso studenti ($p=0,02$), e hanno punteggi medi tendenzialmente superiori nella dimensione Awareness della DERS ($p=0,008$) rispetto a chi ha livelli inferiori di ansia sociale. La correzione per il multitesting non conferma tuttavia tali distinzioni. I due gruppi non si differenziano per i valori medi ottenuti nelle dimensioni FS, EC e PT della scala IRI.

Le variabili risultate significative dopo la correzione per il multitesting sono state inserite come variabili indipendenti in un modello lineare generalizzato dove i due raggruppamenti sono stati inseriti come variabile dipendente. Il modello si è dimostrato adeguato ai dati (Likelihood Ratio $\chi^2_6=73,82$; $p<0,001$). Sono risultati significativi gli effetti delle seguenti variabili: 1) DERS Nonacceptance (Likelihood Ratio $\chi^2_1=13,46$; $p<0,001$); 2) DERS Clarity (Likelihood Ratio $\chi^2_1=5,43$; $p<0,05$); e 3) IRI PD (Likelihood Ratio $\chi^2_1=7,77$; $p<0,01$) (**Tabella 2**). Coloro che hanno riportato livel-

Tabella 1. Differenze tra gruppi

	Elevata ansia sociale (n=163)	Bassa ansia sociale (n=135)	Test	p
Uomini (%)	36,2	40,7		0,25
Età (anni)	22,53 ± 3,04	23,52 ± 3,79	$t_{255,16}=-2,46$	0,02
Stato civile (%)			$\chi^2_2=3,15$	0,21
Stato libero	97,5	93,3		
Coniugato	1,8	5,2		
Separato/vedovo	0,6	1,5		
Laureato (%)	22,1	28,1		0,14
Studenti (%)	82,8	71,9		0,02
IAS	3,20 ± 0,49	2,12 ± 0,39	-	-
AAS	3,44 ± 0,66	2,15 ± 0,59	-	-
Dimensioni DERS				
Nonacceptance	2,50 ± 0,79	1,88 ± 0,67	$t_{296}=7,21$	<0,001
Goals	3,12 ± 0,82	2,56 ± 0,86	$t_{296}=5,67$	<0,001
Impulse	2,58 ± 0,67	2,30 ± 0,65	$t_{296}=3,66$	<0,001
Awareness	2,86 ± 0,52	2,70 ± 0,52	$t_{296}=2,68$	0,008
Strategies	2,54 ± 0,79	1,98 ± 0,72	$t_{296}=6,34$	<0,001
Clarity	2,65 ± 0,82	2,09 ± 0,75	$t_{296}=6,12$	<0,001
Dimensioni IRI				
FS	2,26 ± 0,65	2,13 ± 0,69	$t_{296}=1,60$	0,11
EC	2,73 ± 0,48	2,67 ± 0,62	$t_{250,62}=0,94$	0,35
PT	2,33 ± 0,64	2,34 ± 0,65	$t_{296}=-0,18$	0,85
PD	1,81 ± 0,62	1,42 ± 0,63	$t_{296}=5,37$	<0,001

IAS: Interaction Anxiousness Scale; AAS: Audience Anxiousness Scale; DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale; IRI: Interpersonal Reactivity Index (FS, fantasia; EC, considerazione empatica; PT, perspective taking; PD, disagio personale).

Test esatto di Fisher a una coda dove non altrimenti specificato.
Correzione secondo Bonferroni: 0,05/15=0,003.

Difficoltà nella regolazione delle emozioni e disagio personale nei giovani adulti con ansia sociale

Tabella 2. Modello lineare generalizzato (soggetti con elevata ansia sociale vs soggetti con bassa ansia sociale)

	Effetti	Parametri			
	Likelihood Ratio χ^2	GdL	p	OR	p
DERS Nonacceptance	13,46	1	<0,001	2,37	<0,001
DERS Goals	3,53	1	<0,06	1,49	<0,09
DERS Impulse	2,72	1	<0,10	0,64	<0,14
DERS Strategies	0,002	1	<0,96	0,99	<0,96
DERS Clarity	5,43	1	<0,05	1,61	<0,05
IRI PD	7,77	1	<0,01	1,90	<0,01

DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale; IRI: Interpersonal Reactivity Index (PD, disagio personale); OR: odds ratio.

Indici di adeguatezza del modello: Likelihood Ratio $\chi^2_6=73,82$; $p<0,001$; Bayesian Information Criterion (BIC)= 376,55.

li di ansia sociale più elevati (rispetto a quelli con livelli di ansia sociale inferiore) hanno: 1) un rischio 2,4 volte superiore di avere punteggi più elevati nella dimensione Nonacceptance della scala DERS ($p<0,001$); 2) un rischio 1,6 volte superiore di avere punteggi più elevati nella dimensione Clarity della scala DERS ($p<0,05$); 3) un rischio 1,9 volte superiore di avere punteggi più elevati nella dimensione PD della scala IRI ($p<0,01$). A sua volta, la dimensione PD della scala IRI è associata in modo significativo a tutte le dimensioni della DERS ($r=0,29-0,42$; $p<0,01$), a esclusione della dimensione Awareness. In particolare, la correlazione più elevata è quella tra la dimensione PD e la dimensione Strategies, relativa alle difficoltà nell'accesso a strategie di regolazione delle emozioni ritenute efficaci.

DISCUSSIONE

L'ansia sociale è un disturbo prevalente nei giovani adulti e può causare marcato disagio psicologico e sociale, oltre a rischio di comorbidità psichiatrica (2,3,22). Mentre i primi sintomi subclinici possono manifestarsi in adolescenza, la forma clinica tende a manifestarsi generalmente nella giovane età adulta (3). Pertanto, l'obiettivo della nostra ricerca era di valutare l'associazione tra l'ansia sociale e la difficoltà nella regolazione emotiva, in un campione di giovani adulti.

I risultati ottenuti appaiono in linea con quelli della letteratura secondo cui le persone che riportano una maggiore ansia sociale hanno anche più difficoltà nel regolare le proprie emozioni. Tali risultati trovano riscontro nei modelli psicopatologici che ipotizzano che

gli individui che non riescono a gestire efficacemente le loro emozioni possono sviluppare quadri depressivi o ansiosi (4,5).

I soggetti che hanno riportato una più elevata ansia sociale sono risultati avere anche maggiori difficoltà nell'accettare le proprie emozioni negative, sperimentando più spesso delle risposte emozionali secondarie negative nel momento in cui vivono un'emozione negativa, nel concentrarsi su obiettivi specifici quando sperimentano emozioni negative, nel controllare il proprio comportamento quando in preda a emozioni negative, nonché più difficoltà ad avere una chiara comprensione della natura delle proprie risposte emotive e un accesso limitato a strategie adattive di regolazione delle emozioni, oltre a credenze che portano l'individuo a credere che ci sia poco che si possa fare per gestire efficacemente le proprie emozioni.

Per quanto riguarda l'empatia, i giovani adulti con maggiore ansia sociale non sembrano distinguersi per la loro capacità di adottare il punto di vista di un'altra persona, ma differiscono unicamente per il disagio personale che esprimono in risposta al disagio sperimentato da altri. L'elevazione dei punteggi della dimensione disagio personale sembra comune a diversi altri disturbi psichiatrici, quali la schizofrenia (23), la sindrome di Asperger (24), la demenza frontotemporale (25) e il disturbo ossessivo-compulsivo (26). La dimensione disagio personale è anche associata con una maggiore motivazione orientata ad alleviare il proprio disagio (27,28). Secondo Eisenberg e Fabes (28), le persone che sperimentano le loro emozioni come troppo intense sono più predisposte a esprimere disagio personale a causa della loro tendenza a sentirsi eccessivamente stimolate quando viene loro richiesto di empatizzare con le emozioni di altre persone, e questo può essere specialmente vero per le persone che hanno difficoltà a regolare i propri stati emotivi, come è il caso dei partecipanti alla presente indagine che riferiscono elevata ansia sociale. Attese, pertanto, erano le associazioni tra il disagio personale e la consapevolezza di avere un limitato accesso a strategie di regolazione delle emozioni ritenute efficaci.

Accanto agli interessanti risultati ottenuti, non sono da trascurare le limitazioni insite nello studio condotto. Tra queste, quella di non aver controllato l'eventuale presenza di variabili psicopatologiche, quali per esempio la sintomatologia depressiva, che potrebbe mediare la relazione tra ansia sociale e deficit nella regolazione delle emozioni. In particolare, il fatto di non aver valutato la presenza di disturbi di asse I e II non ci aiuta a chiarire quanto i deficit nella regolazione delle emozioni siano secondari a un disturbo di personalità o a tratti di personalità disfunzionali, quali un ele-

vato nevroticismo o una bassa autodirezionalità. Un altro limite si riferisce agli strumenti di misura self-report che non tengono conto delle eventuali distorsioni riconducibili alla desiderabilità sociale. Inoltre, le scale utilizzate per valutare la presenza d'ansia sociale, al pari di tutte le altre scale di valutazione in psichiatria, non tengono conto né della gerarchia dei sintomi (sintomi nucleari e sintomi accessori) né delle relazioni reciproche tra i sintomi (un sintomo può avere valore in presenza di un altro ma non da solo) e pertanto possono essere considerate una via di mezzo tra la gravità e la pervasività della sintomatologia ansiosa (29), mentre la diagnosi di fobia sociale o disturbo da ansia sociale è appropriata solo se l'evitamento o l'ansia anticipatoria interferiscono significativamente con la routine quotidiana, con il funzionamento lavorativo o con la vita sociale dell'individuo, o se la persona presenta un disagio significativo derivante dalla presenza della fobia (30). Infine, è necessario tenere conto dei destinatari dello studio. I partecipanti rappresentano, infatti, un campione estratto dalla popolazione generale e, proprio per tale motivo, le associazioni riscontrate tra ansia sociale e difficoltà nella regolazione delle emozioni potrebbero assumere un andamento e una specificità diversa rispetto a una popolazione clinica.

Nonostante questi limiti, i risultati conseguiti possono fornire un contributo interessante nell'indagine volta a individuare i correlati e i potenziali fattori di rischio per l'insorgenza di un disturbo così prevalente nei giovani adulti e che può causare marcato disagio. Pur rappresentando uno studio di tipo correlazionale, che per sua natura non consente di individuare nessi di causa-effetto tra le variabili oggetto di studio, è tuttavia plausibile ipotizzare che la sintomatologia ansiosa legata alle situazioni sociali, le difficoltà nell'accettare le proprie emozioni negative, e la scarsa comprensione della natura delle proprie risposte emotive si rinforzino reciprocamente, aumentando il senso di disagio personale che la persona sperimenta. In tale situazione le interazioni interpersonali possono essere temute non solo perché si teme di essere giudicato negativamente ma anche perché la richiesta di risposte empatiche da parte dagli altri può causare una sovra-stimolazione accompagnata da un'elevata motivazione ad alleviare il proprio disagio in persone che però hanno la consapevolezza di avere un accesso limitato a strategie efficaci di regolazione delle emozioni. Una specifica area di indagine indirizza l'attenzione alle relazioni tra la fobia sociale e il successo scolastico. A tale riguardo, alcuni studiosi hanno osservato che la fobia sociale negli studenti universitari si associa spesso a un eccessivo rischio di abbandonare gli studi (31). Da tali considerazioni, all'interno dei centri di counselling e orienta-

mento universitario potrebbero essere effettuate anche valutazioni tese a rilevare la presenza di eventuali sintomi di fobia sociale, considerando al tempo stesso le personali capacità di regolare efficacemente le proprie emozioni. Ciò può essere eseguito in entrata, *in itinere* e al termine del percorso universitario, e con obiettivi non soltanto preventivi ma anche di promozione della salute e del benessere nei suoi diversi aspetti. Studi successivi dovrebbero essere indirizzati all'approfondimento delle relazioni tra l'empatia e i diversi livelli di ansia sociale, anche a partire da studi esistenti in merito che ipotizzano l'impiego da parte di persone con ansia sociale di risposte aggressive per regolare le proprie emozioni negative (32), anziché di quelle regolate consuete quali l'evitamento o la fuga.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
2. Grant BF, Hasin DS, Blanco C, et al. The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1351-61.
3. Faravelli C, Zucchi T, Viviani B, et al. Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 17-24.
4. Mennin DS, Holaway RM, Fresco DM, Moore MT, Heimberg RG. Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behav Ther* 2007; 38: 284-302.
5. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science* 2008; 3: 400-24.
6. Hermann C, Ofer J, Flor H. Covariation bias for ambiguous social stimuli in generalized social phobia. *J Abnorm Psychol* 2004; 113: 646-53.
7. Hofmann SG. Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 393-9.
8. Roemer L, Salters K, Raffa SD, Orsillo SM. Fear and avoidance of internal experiences in GAD: preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research* 2005; 29: 71-88.
9. Turk CL, Heimberg RG, Luterek JA, Mennin DS, Fresco DM. Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: a comparison with social anxiety disorder. *Cognit Ther Res* 2005; 29: 89-106.
10. Eisner LR, Johnson SL, Carver CS. Positive affect regulation in anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 645-9.
11. Mennin DS. An emotion regulation treatment for generalized anxiety disorder. *Clin Psychol Psychother* 2004; 11: 17-29.
12. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2005; 43: 1281-310.
13. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 217-37.
14. Werner K, Goldin P, Ball T, Heimberg R, Gross J. Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: the Emotion Regulation Interview. *J Psychopathol Behav Assess* 2011; 33: 346-54.
15. Rusch S, Westermann S, Lincoln TM. Specificity of emotion reg-

Difficoltà nella regolazione delle emozioni e disagio personale nei giovani adulti con ansia sociale

- ulation deficits in social anxiety: an internet study. *Psychol Psychother* 2012; 85: 268-77.
16. Leary MR. Social anxiousness: the construct and its measurement. *J Pers Assess* 1983; 47: 66-75.
 17. Leary MR, Kowalski RM. The Interaction Anxiousness Scale: construct and criterion-related validity. *J Pers Assess* 1993; 61: 136-46.
 18. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2004; 26: 41-54.
 19. Davis MH. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology* 1980; 10: 85
 20. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol* 1983; 44: 113-26.
 21. Albiero P, Ingoglia S, Lo Coco A. Contributo all'adattamento italiano dell'Interpersonal Reactivity Index. *Testing Psicometria Metodologia* 2006; 13: 107-25.
 22. Davidson JR, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med* 1993; 23: 709-18.
 23. Montag C, Heinz A, Kunz D, Gallinat J. Self-reported empathic abilities in schizophrenia. *Schizophr Res* 2007; 92: 85-9.
 24. Rogers K, Dziobek I, Hassenstab J, Wolf OT, Convit A. Who cares? Revisiting empathy in Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord* 2007; 37: 709-15.
 25. Rankin KP, Kramer JH, Miller BL. Patterns of cognitive and emotional empathy in frontotemporal lobar degeneration. *Cogn Behav Neurol* 2005; 18: 28-36.
 26. Fontenelle LF, Soares ID, Miele F, et al. Empathy and symptoms dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res* 2009; 43: 455-63.
 27. Batson CD. *The altruism question: toward a social-psychological answer*. Hillsdale: Erlbaum, 1991.
 28. Eisenberg N, Fabes RA. *Empathy: conceptualization, assessment, and relation to prosocial behavior*. *Motiv Emot* 1990; 14: 131-49.
 29. Conti L. *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*. Firenze: SEE, 1999.
 30. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
 31. Van Ameringen M, Mancini C, Farvolden P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. *J Anxiety Disord* 2003; 17: 561-71.
 32. Kashdan TB, McKnight PE. The darker side of social anxiety: when aggressive impulsivity prevails over shy inhibition. *Curr Dir Psychol Sci* 2010; 19: 47-50.