

RASSEGNE

B O Z Z A   N O N  
P U B B L I C A T A



# IL RUOLO DELLE CREDENZE SULLE EMOZIONI NEI PROCESSI DI REGOLAZIONE EMOTIVA. UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA SU TEORIE, RICERCHE E TRATTAMENTO

ROBERTA TRINCAS<sup>1</sup>, LAURA BERNABEI<sup>1</sup>, PINA CRISTINA  
BELLIZZI<sup>1</sup>, CECILIA LAGLIA<sup>1</sup>, ALESSANDRA NACHIRA<sup>1</sup>,  
GIUSEPPE VITALI<sup>1</sup> E FRANCESCO MANCINI<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Scuola di Psicoterapia Cognitiva – SPC, Roma, <sup>2</sup> Università G. Marconi, Roma

*Riassunto.* Nonostante la ricerca abbia dimostrato l'impatto che le strategie di regolazione emotiva (SRE) hanno nel mantenimento della psicopatologia, risultano poco chiari i meccanismi implicati nell'uso di SRE disadattive, come le credenze che le persone hanno rispetto alle loro emozioni. L'obiettivo di questa rassegna è comprendere le caratteristiche della relazione tra credenze sulle emozioni e processi di regolazione emotiva (RE). A tal fine verranno approfonditi gli studi che hanno indagato nello specifico le credenze sulle emozioni che influiscono sulla RE, i metodi di misura utilizzati, e le psicoterapie che prevedono protocolli specifici focalizzati sulla modifica delle credenze sulle emozioni. La rassegna mette in luce che le credenze che le persone hanno sulle emozioni possono influire sulle capacità di gestione delle proprie reazioni emotive. In particolare, sembra esserci un'associazione tra credenze specifiche e differenti strategie di RE. Infine, le credenze hanno un ruolo importante nell'incremento dei sintomi e nel mantenimento di specifici disturbi mentali. Considerando che gran parte degli studi ha approfondito tali meccanismi in campioni non clinici emerge la necessità di ampliare il campo d'indagine nell'ambito della psicopatologia.

## 1. INTRODUZIONE

Per regolazione emotiva (RE) si intende un insieme di processi che mirano a modificare consapevolmente e/o inconsapevolmente, le emozioni provate intervenendo sulla loro intensità, durata e tipologia (Gross, 1998; Gross e Thompson, 2007). Tale meccanismo richiede che una risposta emotiva abbia inizio oppure che una risposta emotiva generata in precedenza subisca un'alterazione.

La RE ha luogo grazie a processi impliciti, attivati in modo automatico al di fuori della consapevolezza, o processi esplicativi che richiedono uno sforzo consapevole per l'attivazione e un certo livello di controllo durante la realizzazione (Gyurak, Gross e Etkin, 2011). La RE, attraverso l'azione di differenti processi, consente quindi di modificare una risposta emotiva o di generarne una nuova. In letteratura si distingue tra i processi di *up-regulation* che si riferiscono all'ampliamento dell'intensità di un'emozione, e quelli di *down-regulation* che implicano la riduzione del livello di attivazione emotiva. Entrambi

questi meccanismi si ritiene siano indispensabili per un efficace funzionamento emotivo e sociale (Gyurak, Goodkind, Kramer, Miller e Levenson, 2012). Numerosi studi sono stati condotti su questi due processi. Per esempio, si osserva che non sempre le emozioni negative subiscono *down-regulation*. A tal proposito, Tamir (2005) ha evidenziato che le persone con alto nevroticismo sono disposte a incrementare uno stato negativo, come il rimuginio, se questo porterebbe ad un miglioramento della prestazione.

Per spiegare l'organizzazione delle strategie di RE sono stati proposti differenti modelli teorici, tra i quali ritroviamo il modello del processo di Gross (2013) secondo cui tali strategie sarebbero diverse e si attiverebbero in varie fasi del processo di generazione di una risposta emotiva (Aldao, Nolen-Hoeksema e Schweizer, 2010; Oliver e Gross, 2004). In particolare, secondo questo modello il processo emotivo sarebbe caratterizzato dalla sequenza situazione-attenzione-valutazione-risposta, e le strategie di RE possono attivarsi o prima che si generi una risposta emotiva (*antecedent-focused*), durante o dopo che l'emozione è stata attivata (*responce-focused*).

Secondo il modello del processo di RE di Gross e Thompson (2007), uno degli aspetti che caratterizzano la psicopatologia riguarda proprio le difficoltà nella RE; ad esempio, le difficoltà di controllo degli impulsi nell'abuso di sostanze, le alterazioni dell'umore e l'irritabilità nel disturbo Borderline. Tuttavia, nonostante in letteratura vi sia la tendenza a distinguere tra strategie adattive (es. rivalutazione cognitiva, accettazione, *problem solving*), e non adattive (es. ruminazione, soppressione, evitamento), si osserva che anche gli individui con disturbi mentali spesso utilizzano strategie adattive, anche se in maniera rigida (es. l'uso eccessivo del *reappraisal* nel disturbo Borderline; Chapman Dixon-Gordon e Walters, 2013), e ciò può mantenere i sintomi e peggiorare il funzionamento generale dell'individuo. Secondo questa prospettiva funzionale, quindi, le difficoltà di RE dipenderebbero da fattori come il contesto, gli scopi per cui si attivano, e le credenze dell'individuo (Philippott, 2013). In linea con ciò è stato osservato che le credenze che le persone hanno rispetto alla possibilità di modificare gli stati emotivi possono influire sull'efficacia delle strategie di RE utilizzate (Tamir, John, Scrivastava e Gross, 2007). Dal punto di vista clinico, Linehan (1993a) ha osservato che i pazienti affetti da Disturbo Borderline di Personalità (DBP) tendono a valutare negativamente le proprie reazioni emotive, ritenendole incontrollabili e stabili nel tempo (Leahy, Tirch e Napolitano, 2013). Proprio queste credenze sembrano contribuire a suscitare il timore nei confronti delle emozioni e la conseguente tendenza a evitarle. Per quanto riguarda la psicoterapia, alcuni approcci hanno sviluppato tecniche specifiche per la modifica di credenze sulle emozioni disfunzionali. Per

esempio, il trattamento del DBP (Linehan, 1993a) prevede un protocollo di intervento specifico per la regolazione emotiva che si focalizza sui «miti» sulle emozioni. Inoltre, recentemente è stato sviluppato un trattamento psicoterapico focalizzato specificatamente sulle credenze sulle emozioni riportate dai pazienti (Leahy *et al.*, 2013). Nonostante l'importanza clinica di questo aspetto, le ricerche sull'argomento sono scarse. Lo scopo di questo lavoro è delineare e analizzare criticamente le teorie e gli studi che prendono in considerazione il ruolo delle credenze sulle emozioni e il loro legame con la regolazione emotiva.

Una parte della rassegna sarà dedicata alla descrizione della prospettiva funzionale che vede i processi di regolazione emotiva all'interno di un *continuum* che va dalla adattività alla disadattività. Vedremo che secondo tale prospettiva la disregolazione emotiva non riguarda strategie di RE specifiche, ma dipende dalla sua incongruenza rispetto al contesto in cui si manifesta, dalle credenze che l'individuo ha rispetto alle proprie emozioni e alle proprie capacità di *coping*, e dagli scopi in gioco. Verrà poi brevemente descritto il ruolo delle credenze in generale all'interno della RE coerentemente con una prospettiva cognitiva, e i metodi di misura sviluppati per indagare nello specifico le credenze sulle emozioni. In particolare, verranno approfonditi gli studi sul legame tra credenze sulle emozioni e RE, sottolineandone i risultati rilevanti e gli aspetti critici. A tal proposito, vedremo che gli studi hanno indagato prevalentemente i meccanismi di funzionamento psichico e psicopatologico su campioni non clinici, individuando specifiche caratteristiche del legame tra credenze e RE. Infine, verrà delineato il ruolo delle credenze sulle emozioni in psicoterapia e verranno considerati i principali approcci terapeutici che hanno come oggetto di intervento tali credenze.

## 2. LA PROSPETTIVA FUNZIONALE: SCOPI, CONTESTO E CREDENZE NELLA RE

Originariamente, lo studio delle strategie di regolazione delle emozioni ha portato a una differenziazione funzionale di tali strategie sulla base della loro capacità di favorire risposte adattive o disadattive. Secondo questa prospettiva, infatti, nonostante le emozioni possano svolgere funzioni adattive, la loro presenza non è sempre adeguata (Aldao *et al.*, 2010; Gratz e Roemer, 2004). Per esempio, le emozioni spesso si verificano perché si attribuisce un significato errato ad una situazione o le risposte emotive possono risultare inadeguate in un determinato contesto (Gross, 2002).

In linea con ciò, diversi autori hanno identificato specifiche strategie di RE sulla base della loro efficacia: l'accettazione, il *problem*

*solving*, e la rivalutazione cognitiva sono considerate adattive dato che sembrano essere associate ad esiti positivi come maggiore benessere psicologico, miglior adattamento sociale, stati emotivi positivi; mentre il controllo emotivo (*suppression*), la ruminazione, e l'evitamento esperienziale e comportamentale sembrano portare a conseguenze negative, come l'attivazione di stati emotivi negativi, lo sviluppo di sintomi associati a diversi disturbi mentali come depressione e ansia (Aldao *et al.*, 2010; Aldao e Nole-Hoeksema, 2012; Gross e John, 2003).

Contrariamente a tale distinzione, recentemente diversi autori hanno proposto una prospettiva funzionale, secondo la quale non vi sarebbero strategie di RE di per sé disadattive, piuttosto andrebbe considerata la loro funzione e lo specifico contesto in cui si attivano (Philippot, 2013). In altre parole, la scelta da parte di un individuo di utilizzare determinate strategie di RE dipenderebbe dai significati personali, dallo scopo che guida l'individuo, dalla loro adeguatezza rispetto al contesto in cui vengono utilizzate, e dalle credenze che l'individuo ha sia rispetto alla manifestazione delle emozioni, sia rispetto alla propria capacità di gestirle (Gross e John, 2003; Philippot, 2013). La combinazione di scopi, contesto e credenze quindi influirebbe sull'efficacia della RE.-

Innanzitutto, il successo nella RE richiede che lo scopo di regolare una determinata emozione in un dato modo sia indipendente da altri scopi in competizione tra loro, e che venga mantenuto nel tempo e modificato in maniera flessibile a seconda dei cambiamenti richiesti dalle circostanze (Bonanno, Papa, Lalande, Westphal e Coifman, 2004; Carver e Sheier, 1990).

Il contesto, invece, può riguardare l'intensità dell'emozione e l'adeguatezza della strategia di RE messa in atto. Per esempio, le persone preferiscono la rivalutazione alla distrazione quando l'intensità dell'emozione è bassa, mentre prediligono la distrazione quando l'intensità è alta perché in quest'ultimo caso la rivalutazione non risulterebbe efficace a breve termine (Sheppes, Scheibe, Suri e Gross, 2011). Inoltre, è importante considerare l'adeguatezza delle strategie di RE utilizzata rispetto alla situazione in cui si trova l'individuo. Per esempio, vi sono casi in cui la rivalutazione cognitiva può non essere adattiva se comporta l'esclusione di valutazioni realistiche della situazione. Tali valutazioni realistiche potrebbero, da una parte, implicare emozioni negative e risultare sgradevoli, tuttavia risulterebbero utili da considerare al fine di modificare una situazione negativa. Per esempio, nei pazienti con un disturbo borderline di personalità la continua rivalutazione positiva di una situazione di abuso potrebbe contribuire al mantenimento dell'abuso (Chapman *et al.*, 2013). Diversamente, il controllo emotivo, una strategia di RE presumibilmente disadattiva, potrebbe essere adattiva in situazioni di urgenza in cui l'azione deve

essere eseguita senza l’interferenza di emozioni che potrebbero innescare tendenze all’azione non adatte in quel contesto e inadeguate per il raggiungimento di uno scopo a breve termine (Philippot, 2013). Per esempio, l’inibizione della paura o del disgusto potrebbero essere necessarie per fornire una prima assistenza alle vittime gravemente ferite in un incidente d’auto, mentre la spontanea tendenza all’azione innescata da queste emozioni potrebbe essere quella di fuga dalla situazione.

In sintesi, secondo la prospettiva funzionale, le credenze rispetto alle proprie emozioni e alle capacità di gestirle risultano essere un aspetto fondamentale implicato nella scelta sia di quali emozioni regolare sia del tipo di strategia da utilizzare (Tamir *et al.*, 2007). Per esempio, se una persona crede che le emozioni siano incontrollabili e dannose probabilmente questa convinzione influenzerà la sua percezione di auto-efficacia nel gestire le proprie reazioni emotive; di conseguenza potrebbe non fare alcun tentativo per gestirle e sviluppare quindi delle difficoltà di RE. Nei paragrafi successivi prenderemo in considerazione come le credenze sulle emozioni vengono rappresentate all’interno dei diversi modelli teorici, dei protocolli di trattamento e in particolare presenteremo alcuni studi che hanno portato risultati a favore del legame tra credenze e regolazione emotiva.

### 3. IL RUOLO DELLE CREDENZE SULLE EMOZIONI NELLA REGOLAZIONE EMOTIVA

#### 3.1. *Le credenze sulle emozioni*

I processi di valutazione (*appraisal*) sono un aspetto cognitivo importante implicato sia nella generazione di una risposta emotiva che nella regolazione emotiva (Gross, 2013). È necessario infatti che una situazione venga valutata importante ai fini del raggiungimento di un obiettivo personale affinché possa attivare un’emozione (Gross e Thompson, 2007). Nel modello del processo, Gross e Thompson distinguono tra valutazioni primarie, riguardanti la situazione e valutazioni secondarie, inerenti la propria risposta emotiva a quella situazione. In particolare, le valutazioni secondarie riguarderebbero le credenze sulle emozioni – negative e positive – e sulle proprie capacità di fronteggiarle. In questo modello così come nei modelli cognitivi, il concetto di *appraisal* è strettamente connesso a quello di credenza. I processi di *appraisal* sarebbero associati ad un insieme di credenze di base che l’individuo ha rispetto alla situazione, alle proprie emozioni e alle proprie capacità di *coping*. A tal proposito, il modello di Gross e Thompson (2007) prevede una strategia di regolazione emotiva, la rivalutazione cognitiva, che agisce proprio modificando la prima valu-

tazione che la persona ha dato di una determinata situazione e che ha generato un'emozione spiacevole.

In accordo con altri teorici e clinici, i processi di *appraisal* primari possono attivare una reazione emotiva primaria che di per sé può non essere problematica. Tuttavia, alcuni autori sottolineano l'esistenza di processi di valutazione secondari (*secondary appraisal*), che riguardano la propria esperienza emotiva (Greenberg, 2002; Greenberg e Safran, 1990). La valutazione negativa della propria esperienza emotiva può a sua volta generare una reazione emotiva secondaria (*secondary responses*), definita anche con il termine meta-emozione (*meta-emotions*; Gottman, Katz e Hooven, 1997), che può risultare problematica. Il concetto di *appraisal* secondario comprende tutte le forme di valutazione delle proprie emozioni o reazioni emotive, per esempio «Mi odio quando sono triste», «Non dovrebbero sentirmi in questo modo». Le reazioni emotive secondarie non sono una risposta immediata dell'organismo, piuttosto sono secondarie a processi emotivi primari, o si innescano in reazione ai tentativi di controllare o modificare le risposte emotive primarie. Per esempio, il pianto innescato dalla frustrazione quando siamo arrabbiati o l'espressione della rabbia in reazione alla propria tristezza, sono risposte difensive in reazione a processi emotivi primari. La qualità delle meta-emozioni fornisce informazioni sui processi di regolazione delle emozioni. Per esempio, essere arrabbiati per il fatto di provare ansia influenzerebbe negativamente l'esperienza dell'ansia, diversamente applicare l'accettazione del proprio stato ansioso potrebbe portare a una regolazione più funzionale dell'ansia (Mitmansgruber, Beck, Hofer e Shubler, 2009). Diversi autori ritengono che queste reazioni secondarie incrementano le emozioni negative, e contribuiscono al mantenimento della sofferenza psichica e della psicopatologia (Greenberg, 2002; Greenberg e Safran, 1990; Hayes, Luoma, Bond, Masuda e Lillis, 2006; Mennin e Farach, 2007).

Diverse teorie hanno sviluppato ipotesi specifiche circa le credenze che le persone hanno riguardo alle loro emozioni, considerando la loro rilevanza teorica e clinica.

Alcuni autori hanno definito la tendenza a valutare negativamente la propria esperienza emotiva come «paura delle emozioni» (Shapiro, 1995; Taylor, 1995; Taylor e Rachman, 1991; Williams, Chambless e Ahrens, 1997). Questo costrutto implica la paura di perdere il controllo sulle proprie emozioni – sia negative che positive – e sulle proprie reazioni comportamentali. In generale, è stato osservato che la paura delle emozioni può incrementare i sintomi di diverse psicopatie, come l'ansia o i disturbi dell'umore, e interferire sulla capacità di gestire emozioni intense (Chambless e Goldstein, 1981; Heide e Borkovec, 1984; Taylor e Rachman, 1991; Williams *et al.*, 1997).

Ancora, nonostante le teorie metacognitive generalmente focalizzino l'interesse sugli stati cognitivi e sulle credenze riguardanti gli stati mentali, i principi di tali teorie potrebbero essere estesi a tutti gli stati interni, incluse le emozioni (Manser, Cooper e Trefusis, 2012). In accordo con la teoria sulla mentalizzazione, per esempio, le emozioni possono essere percepite come incontrollabili, pericolose o inspiegabili, e di conseguenza le persone possono non essere in grado di rappresentarle o comprenderle (Fonagy e Target, 2003).

Infine, altri autori si sono focalizzati sulla rilevanza delle credenze nell'ambito dei rapporti interpersonali. In particolare, è stato osservato che le credenze sull'espressione e sulla controllabilità delle emozioni influiscono sullo sviluppo di inferenze sulle emozioni, sulla personalità e sul comportamento degli altri (Shields, 2002). Per esempio, alcuni studi hanno dimostrato che le persone si creano un giudizio rispetto all'onestà, alla genuinità e alla capacità di controllo/regolazione emotiva degli altri sulla base di come questi ultimi esprimono le proprie emozioni (Hess e Kleck, 1990).

Nonostante venga riconosciuta l'importanza clinica e teorica delle credenze sulle emozioni, vedremo nei paragrafi successivi che solo recentemente la ricerca ha concentrato l'interesse su questo tema, sia attraverso lo sviluppo di questionari specifici, sia mediante lo studio degli effetti di tali convinzioni sullo sviluppo e sul mantenimento della psicopatologia.

### *3.2. I metodi di misura delle credenze sulle emozioni*

La scarsità di studi sull'argomento può essere spiegata in parte dal fatto che solo recentemente sono stati sviluppati questionari volti ad indagare specifiche credenze sulle emozioni. A quanto ci è dato sapere, in letteratura sono presenti tre questionari. Williams *et al.* (1997) hanno elaborato un questionario, l'*Affective Control Scale* (ACS), per misurare la paura delle emozioni. In particolare, la scala valuta la paura di specifiche emozioni: rabbia, ansia, umore depresso e emozioni positive (Shapiro 1995; Williams *et al.*, 1997). Prevalentemente la scala misura alcune convinzioni specifiche riguardanti l'incontrollabilità delle emozioni (es. «*Quando sono nervoso non riesco a pensare con chiarezza*»), le proprie capacità di controllarle (es. «*Quando sono molto arrabbiato ho paura che potrei fare del male a qualcuno*»; «*Quando sono agitato ho paura di impazzire*»), o l'accettazione delle proprie esperienze emotive («*Quando mi sento giù, penso che la tristezza prima o poi andrà via*»; «*Non ho problemi ad esprimere i miei sentimenti di rabbia*»). Ancora, Tamir e collaboratori (2007) hanno utilizzato un breve questionario per misurare le credenze sulla

natura delle emozioni (modificabile *vs.* invariabile) che si basa sulla Teoria Implicita sulle emozioni (Tamir *et al.*, 2007). In altre parole indaga la propensione a credere che le emozioni siano entità fisse/stabili nel tempo piuttosto che modificabili e controllabili, e la convinzione rispetto alla capacità generale degli individui di controllarle e/o modificarle. La scala comprende quattro item che misurano le convinzioni rispetto alla controllabilità o meno delle emozioni: «*Tutti possono imparare a controllare le proprie emozioni*»; «*Le persone possono modificare le proprie emozioni se vogliono*»; «*Per quanto possano provare, le persone non possono cambiare le proprie emozioni*»; «*La verità è che le persone hanno scarso controllo sulle proprie emozioni*». Coerentemente con le teorie implicite sulle emozioni, De Castella, Goldin, Jazayeri, Ziv, Heimberg e Gross (2014) hanno sviluppato l'*Implicit Beliefs About Social Anxiety Scale*, che riguarda le credenze sulla malleabilità dell'ansia. La scala contiene due item che valutano le credenze sulla malleabilità dell'ansia – «*Se voglio, posso cambiare l'ansia che provo nelle situazioni sociali*», «*Posso imparare a controllare la mia ansia sociale*» – e due item che misurano le credenze sulla natura fissa dell'ansia – «*Ho scarso controllo sulla mia ansia sociale*», «*Indipendentemente da quanto mi sforzo, non riesco davvero a cambiare la mia ansia sociale*».

Infine, altri autori (Manser, Cooper e Trefusis, 2012), coerentemente con le teorie metacognitive, hanno sviluppato il *Belief About Emotions Questionnaire* (BAEQ) per valutare sette tipi di credenze sulle emozioni: *Le emozioni sono travolgenti e incontrollabili, vergognose, inutile, irrazionali, pericolose, invalide e prive di significato, e contagiose*.

Nel paragrafo successivo vedremo alcuni studi sul legame tra credenze e RE che hanno utilizzato i questionari precedentemente descritti.

### 3.3. *Gli studi sul legame tra credenze sulle emozioni e regolazione emotiva*

Attualmente sono pochi gli studi che hanno indagato la relazione tra le credenze sulle emozioni e i processi di RE (tab. 1). Al fine di chiarirne meglio i meccanismi abbiamo selezionato gli articoli che nello specifico hanno indagato l'influenza che le credenze sulle emozioni hanno sulla RE. Inizialmente sono stati selezionati 36 articoli dalla letteratura riguardante la regolazione emotiva che contenevano cenni al concetto di credenze. Di questi, 22 trattano i meccanismi di funzionamento della regolazione emotiva in generale, 7 riguardano le caratteristiche della RE in psicopatologia, e altri 7 indagano nello specifico la relazione tra credenze sulle emozioni e regolazione emotiva. In questa

sede ci focalizzeremo su questi ultimi 7 studi, dei quali 1 è longitudinale (Tamir *et al.*, 2007), 2 sono sperimentali (De Castella *et al.*, 2014; Williams *et al.*, 1997) e 4 correlazionali (De Castella *et al.*, 2013; Manser *et al.*, 2012; Tamir *et al.*, 2007; Trincas, Bilotta e Mancini, 2016). Inoltre, 6 di questi studi hanno utilizzato un campione non clinico, anche se 2 studi, partendo dall'osservazione dei meccanismi psichici di base, hanno portato dei risultati coerenti con il funzionamento psicopatologico di specifici disturbi mentali (Manser *et al.*, 2012; Williams *et al.*, 1997). Infine, solo uno di questi ha indagato su un campione clinico l'effetto delle credenze sulle emozioni sul mantenimento di sintomi ansiosi e sugli esiti della psicoterapia cognitivo-comportamentale (De Castella *et al.*, 2014). Questo paragrafo intende approfondire i sette studi sulla relazione tra credenze sulle emozioni e RE, al fine di chiarirne i meccanismi, le caratteristiche, gli effetti sul funzionamento cognitivo e comportamentale e discuterne gli aspetti critici.

Coerentemente con la prospettiva funzionale abbiamo visto che le credenze negative sulle emozioni possono avere un ruolo importante nell'orientare la RE e renderla disadattiva. In linea con ciò, diversi autori hanno ipotizzato che le credenze sulla propria esperienza emotiva e i conseguenti tentativi di controllare o evitare le emozioni spiacevoli, possono influire sui processi di regolazione emotiva rendendoli meno efficaci o inadeguati al contesto (Hayes *et al.*, 2006; Werner e Gross, 2010). Le teorie metacognitive, per esempio, assumono che le credenze che le persone hanno rispetto alle emozioni possono influire sui processi di RE (Bateman e Fonagy, 2004; Manser *et al.*, 2012). Allo stesso modo, la teoria biosociale suggerisce che le credenze sulle emozioni e la tendenza a evitarle può determinare difficoltà di regolazione e aumentare il disagio psichico (Linehan, 1993a). In particolare, secondo questa teoria, un ambiente familiare invalidante potrebbe portare allo sviluppo dell'idea che le emozioni siano fenomeni fuori controllo e, quindi, debbano necessariamente essere controllate (Linehan, 1993a). Coerentemente con questa prospettiva, alcuni autori hanno identificato alcune credenze comuni: le emozioni sono dolorose, inutili, vergognose, dirompenti, inaccettabili (Swenson, Sanderson, Dulit e Linehan, 2001). Inoltre, osservazioni cliniche dimostrano l'associazione tra queste credenze e difficoltà nella RE, in particolare nei pazienti con il Disturbo Borderline di Personalità (Linehan, 1993a).

Tra gli studi che hanno indagato nello specifico la relazione tra credenze sulle emozioni e processi di regolazione emotiva ne ritroviamo alcuni che hanno studiato tali meccanismi su campioni non clinici, individuandone gli effetti sul benessere psichico, sulle abilità di *coping* e sull'utilizzo di specifiche strategie di regolazione emotiva e comportamentale. Tamir e collaboratori (2007) hanno dimostrato che le credenze sulla natura delle emozioni sono un aspetto importante che

ha implicazioni sull'andamento della regolazione emotiva. Questi autori hanno sviluppato il loro lavoro applicando le «teorie implicite» ai fenomeni di natura emotiva. Secondo le «teorie implicite» (Dweck, 1999) le persone hanno credenze inerenti la natura fissa (*«le cose non si possono cambiare»*) o malleabile (*«le cose possono essere modificate»*) di una vasta gamma di abilità e caratteristiche, tra cui l'intelligenza, la personalità, le capacità atletiche, le abilità sociali, le relazioni, la memoria e anche la moralità o la natura del mondo in generale. Queste credenze hanno importanti implicazioni per l'auto-regolazione del comportamento, ma anche per il funzionamento sociale ed emotivo. Per esempio, la ricerca mostra che le persone che credono che determinate qualità umane siano immodificabili, tendono a compiere giudizi globali sulle persone basandosi sulle proprie convinzioni, e sono più inclini a incolpare o condannare le persone quando queste qualità non vengono rispettate (Chiu, Dweck, Tong e Fu, 1997). Riguardo alle teorie implicite sulle emozioni, queste si riferiscono alle credenze che le persone hanno rispetto alla natura fissa o modificabile delle emozioni. Per esempio, vi sono persone che credono che le emozioni non si possano cambiare (*le emozioni sono entità fisse*), mentre altre credono che tutti possano imparare a controllare o regolare le proprie emozioni (*le emozioni sono entità modificabili*). Tamir e collaboratori (2007) hanno osservato che queste credenze hanno importanti conseguenze dal punto di vista affettivo e sociale. In uno studio longitudinale su 437 studenti (56% femmine, 44% maschi; età:  $M = 18.22$ ,  $DS = 0.66$ ) durante il loro primo anno di Università, hanno indagato le teorie implicite e le strategie di regolazione emotiva tendenzialmente utilizzate all'inizio dell'anno. Sono state poi monitorate le esperienze emotive e sociali vissute durante tutto l'anno, le capacità di regolazione emotiva e le loro modalità di adattamento. Infine, a conclusione dell'anno accademico hanno richiesto un self-report agli studenti e ai loro pari nel quale valutavano il loro funzionamento emotivo e sociale dell'anno passato. L'obiettivo dello studio era di indagare: primo, se le teorie implicite delle emozioni erano associate all'autoefficacia nella regolazione emotiva; secondo, se le teorie implicite erano legate a specifici esiti emotivi e sociali; terzo, se l'autoefficacia nella regolazione emotiva si associava anch'essa ad esiti emotivi e sociali specifici. In altre parole gli autori ipotizzavano che le teorie implicite sulle emozioni potessero influire sulle capacità di fronteggiamento delle esperienze e di regolazione emotiva, e che potessero predire gli esiti, positivi o negativi, di tali esperienze. I risultati hanno dimostrato che coloro che ritenevano che le emozioni fossero immodificabili ricordavano più esperienze negative, tendevano a percepirsi scarsamente efficaci nel regolare le proprie emozioni, avevano maggiori sintomi depressivi, maggiore solitudine, scarso adattamento

e minore sostegno sociale rispetto a chi riteneva che le emozioni potessero essere modificabili e gestibili. Dai risultati emerge come le credenze sulle emozioni sembrano essere un fattore che influisce sulle reazioni dell'individuo alle esperienze di vita, sulle abilità di gestione e adattamento, ma anche sull'utilizzo di strategie di regolazione emotiva utili per affrontare situazioni difficili. Questo studio, oltre ad osservare gli effetti a lungo termine delle credenze sulle emozioni, consente di sottolineare come le credenze positive sulle emozioni possano avere un impatto importante sullo sviluppo di strategie di regolazione emotiva funzionali al benessere dell'individuo.

De Castella e collaboratori (2013), in accordo con le Teorie Implícite sulle emozioni (Tamir *et al.*, 2007), hanno indagato il legame tra credenze implicite e regolazione emotiva, benessere e sofferenza psichica. Oltre a replicare lo studio sulla relazione tra teorie implicite e benessere psicologico di Tamir e collaboratori (2007), hanno ipotizzato che le credenze sulla controllabilità delle proprie emozioni, piuttosto che delle emozioni in generale, potessero portare a un minore utilizzo di strategie cognitive di regolazione, come la rivalutazione, e quindi ridotto benessere e maggiore sofferenza psichica. A tal fine hanno reclutato 216 studenti (67% femmine; età:  $M = 19.1$ ,  $DS = 1.6$ ). I risultati dimostrano che le persone che credono che le emozioni siano entità fisse e incontrollabili, sono meno propense ad utilizzare strategie come la rivalutazione cognitiva. Inoltre, mostrano maggiore sofferenza psichica, minore autostima e ridotto benessere psicologico. L'importanza di questo studio è data dal tentativo di indagare il perché le credenze siano correlate al benessere psicologico, introducendo l'idea per cui tali credenze possano orientare l'utilizzo di determinate strategie di gestione emotiva. Tra i limiti dello studio ritroviamo il campione non clinico, e l'indagine di una sola strategia di regolazione emotiva, la rivalutazione cognitiva. In linea con questa osservazione, quindi, uno degli aspetti che sarebbe da indagare ulteriormente in futuro è la relazione tra credenze e altri meccanismi di regolazione emotiva, come la selezione della situazione o la modulazione della risposta.

In linea con quest'ultima osservazione, alcuni autori (Trincas *et al.*, 2016) hanno indagato il legame tra credenze su emozioni specifiche (paura, rabbia, depressione e emozioni positive) e diverse strategie di regolazione emotiva (ruminazione, controllo emotivo, rivalutazione cognitiva, evitamento esperienziale/accettazione, *coping* evitante) su un campione statunitense di 309 soggetti (57.2% femmine; età:  $M = 37.1$ ,  $DS = 13.3$ ). In particolare, hanno dimostrato l'esistenza di una associazione specifica tra credenze sulle emozioni e diverse strategie di regolazione emotiva. Per esempio, la paura dell'umore depresso e dell'ansia si associa prevalentemente con la tendenza alla ruminazione e l'evitamento emotivo, mentre il controllo emotivo era

strettamente correlata con la paura di provare rabbia ed emozioni positive. Gli autori portano questi risultati a sostegno di una prospettiva funzionale per cui l'esistenza di un'associazione specifica tra credenze e strategie di RE conferma l'idea che la gestione emotiva dipenda da specifici scopi e motivazioni personali.

Gli studi appena descritti si sono focalizzati principalmente sull'indagine dei meccanismi psicologici alla base del legame tra credenze sulle emozioni e regolazione emotiva in campioni non clinici. Tuttavia, vedremo qui di seguito come alcuni autori abbiano messo in luce gli effetti che le credenze sulle emozioni possono avere sullo sviluppo di meccanismi patologici, sul mantenimento della psicopatologia e sugli esiti della psicoterapia (De Castella *et al.*, 2014; Williams *et al.*, 1997).

In particolare, due studi, pur avendo un campione di riferimento composto da soggetti non clinici, si sono focalizzati su meccanismi di funzionamento che si osservano specificatamente nello sviluppo di alcuni disturbi mentali (Williams *et al.*, 1997) o si associano a forme di disregolazione emotiva tipiche di alcune patologie (Manser *et al.*, 2012). Williams e collaboratori (1997) sviluppano il concetto della «paura della paura», precedentemente introdotto da altri autori (Goldstein e Chambless, 1978; Reiss, 1991), suggerendo che la paura di provare l'ansia e tutte le sensazioni somatiche che ne derivano si associa a credenze rispetto alla perdita di controllo delle proprie emozioni, reazioni e comportamenti (per esempio, la convinzione di poter svenire, impazzire o morire nel Disturbo di Panico; Arrindell, 1993). In particolare, tali credenze hanno un impatto negativo sulla sintomatologia, dato che ne incrementano l'intensità e rinforzano comportamenti che mantengono il disturbo, come gli evitamenti. In una prima fase dello studio gli autori hanno sviluppato e validato l'*Affective Control Scale* (ACS; si veda par. 3.2) su un campione di 105 studenti (79 femmine e 26 maschi) al fine di misurare la «paura» di emozioni specifiche (ansia, rabbia, tristezza, emozioni positive). Successivamente, hanno indagato l'ipotesi secondo cui le persone che tendono ad attribuire la causa di eventi negativi a proprie caratteristiche stabili, come l'incapacità di controllare le proprie reazioni, avrebbero reazioni d'ansia più intense in una condizione di laboratorio in cui sono state indotte diverse sensazioni fisiche (modificare il ritmo del respiro attraverso l'iperventilazione, o girare sulla sedia qualche secondo). I risultati dimostrano che i soggetti che avevano alta «paura delle emozioni» e la convinzione di non avere controllo sulle proprie reazioni risultavano più sensibili alle sensazioni somatiche indotte in laboratorio rispetto ai soggetti che avevano meno credenze negative sul proprio controllo emotivo. Inoltre, tendevano ad attribuire gli esiti negativi ottenuti in un compito al computer alla propria incapacità di controllare le reazioni emotive. I risultati sono in linea con il funzio-

namento psichico che caratterizza lo sviluppo del Disturbo di Panico (Reiss, 1991), in cui si osserva sia la paura dell'ansia e l'interpretazione negativa dei sintomi somatici associati allo stato di *arousal*, sia la convinzione di non avere il controllo sulle proprie esperienze emotive. Questi dati portano prove a favore dell'impatto che le credenze negative sulle proprie reazioni emotive e sulla propria impossibilità di averne il controllo possono avere nello sviluppo di Disturbi d'Ansia.

In un altro studio, Manser e collaboratori (2012), oltre a sviluppare uno strumento di misura volto a indagare le credenze sulle emozioni (si veda il par. 3.2) hanno esaminato la relazione tra credenze sulle emozioni e problemi di regolazione emotiva. Gli autori hanno indagato la relazione tra credenze sulle emozioni e disregolazione emotiva in un campione di 288 studenti universitari (74 maschi e 214 femmine; età:  $M = 28.05$ ,  $DS = 10.99$ ). Per indagare le credenze hanno utilizzato, ai fini di validazione, il *Beliefs about Emotions Questionnaire* (BAEQ; si veda par. 3.2). Per analizzare i comportamenti generalmente utilizzati per gestire le emozioni, hanno estrapolato una lista di strategie derivanti dai criteri diagnostici per il Disturbo Borderline di Personalità (APA, 1994). Nello specifico, veniva chiesto ai partecipanti di indicare quante volte negli ultimi 28 giorni avessero fatto ricorso ad ognuna delle strategie indicate per affrontare emozioni intense. Inoltre, è stata aggiunta un'ulteriore domanda aperta («Cosa fai di solito per gestire le tue emozioni?») per indagare altre strategie di regolazione diverse da quelle indicate. Le categorie di regolazione individuate erano le seguenti: evitamento, pianto/espressione dei sentimenti, mangiare, attività divertenti/rilassanti, esercizio, meditazione/respiro, niente/accettazione, pregare, dormire, contatto sociale, parlare, pensare «positivo» e comprendere/risolvere il problema.

Dai risultati sulla validazione del questionario gli autori hanno individuato sei fattori che rappresentavano le credenze sulle emozioni: travolgenti e incontrollabili, vergognose e irrazionali, prive di valore e di senso, inutili, dannose e contagiose.

Dai risultati sulla relazione tra credenze e regolazione emotiva, emerge che specifiche credenze – come «le emozioni sono incontrollabili, pericolose, e vergognose» – erano più frequenti nelle persone che mostavano disregolazione emotiva, ansia, depressione e *coping* disfunzionale rispetto a coloro che non erano disregolati. Inoltre, si associano a caratteristiche Borderline di personalità, a disregolazione comportamentale e a specifici stili di *coping* (Manser *et al.*, 2012). Questi risultati in parte dimostrano che credenze specifiche sulle emozioni possono essere associate a una disregolazione emotiva. Tuttavia, sono da sottolineare alcuni limiti. Innanzitutto, lo studio si focalizza su strategie di regolazione tipiche del Disturbo Borderline di Personalità, mentre sarebbe interessante indagare il legame tra credenze e strategie

di RE che caratterizzano altri tipi di disturbi mentali. Inoltre, i risultati andrebbero replicati in una popolazione clinica.

Infine, per quanto riguarda i meccanismi di funzionamento psicopatologici, solo uno studio mette in luce gli effetti delle credenze sulle emozioni sul mantenimento della patologia. Nello specifico, alcuni autori hanno esaminato le credenze implicite sulle emozioni in 53 pazienti con diagnosi di ansia sociale (24 maschi, 29 femmine; età: M = 34, DS = 1.3) (De Castella *et al.*, 2014), osservando che questi pazienti erano più propensi, rispetto ai soggetti sani, a ritenere che le proprie emozioni, in particolare l'ansia, non potessero essere modificate o controllate. Di questi pazienti, 24 sono stati inseriti in un protocollo di intervento cognitivo-comportamentale di 16 sedute per il trattamento dell'ansia sociale, mentre i restanti 29 pazienti vennero inseriti in una lista d'attesa per 16 settimane. Le credenze sull'incontrollabilità delle emozioni predicevano maggiori livelli di stress e ansia, bassa autostima, e scarsa soddisfazione per la vita. Riguardo a quest'ultimo risultato, nei pazienti con ansia sociale le credenze sull'ansia erano forti predittori rispetto alle credenze generiche sulle emozioni (De Castella *et al.*, 2014). In linea con questi risultati, successivamente gli autori hanno indagato il ruolo delle credenze sulle emozioni come meccanismo di cambiamento dell'ansia sociale nella Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) (De Castella *et al.*, 2014). In particolare, si sono focalizzati sulle credenze sull'ansia osservando che i pazienti trattati con la TCC mostravano una riduzione delle credenze sull'incontrollabilità dell'ansia dopo 16 sedute di TCC. Questo cambiamento di pensiero spiegava la riduzione significativa dell'ansia sociale post-trattamento. Hanno inoltre indagato la specificità del cambiamento delle credenze implicite e la loro stabilità nel tempo. In particolare, hanno osservato che le credenze implicite sull'ansia predicevano gli esiti positivi del trattamento, diversamente dalle credenze su altre categorie di emozioni. Infine, le credenze implicite continuavano a predire i sintomi d'ansia a 12 mesi di *follow-up*. Questo studio dimostra come le credenze implicite sulle emozioni possono avere un ruolo importante sull'esito di trattamento con la TCC. Attraverso questo tipo di trattamento, infatti, i pazienti comprendono le proprie distorsioni cognitive, internalizzano nuove credenze sulla propria capacità di controllare e cambiare le proprie emozioni, infine apprendono nuove abilità di gestione emotiva attraverso programmi di esposizione graduale. Per concludere, questo studio oltre a indagare le credenze sull'ansia, emozione caratteristica del Disturbo d'Ansia Sociale, ed il loro effetto specifico sugli esiti del trattamento, conferma l'idea che la capacità di gestire le proprie emozioni possa dipendere dal tipo di credenze che l'individuo ha rispetto ad esse, e che tale legame possa avere delle specificità a seconda del disturbo.

TAB. 1. *Principali studi sulla relazione tra credenze sulle emozioni, psicopatologia e regolazione emotiva (RE)*

Autori	Campione	Credenze sulle emozioni	Processi associati
Tamir <i>et al.</i> , 2007	437 studenti (56% femmine, 44% maschi; età: M = 18,22, DS = 0,66) <b>Campione non clinico:</b> indagine su meccanismi di funzionamento psichico	- Teoria implicita sulle emozioni: riguarda la convinzione che le emozioni siano immodificabili	Minore benessere psichico, maggiori sintomi d'ansia e depressivi, scarso adattamento sociale
De Castella <i>et al.</i> , 2013	216 studenti (67% femmine; età: M = 19,1, DS = 1,6) <b>Campione non clinico:</b> indagine su meccanismi di funzionamento psichico	- Teoria implicita sulle emozioni: credenze che le emozioni siano stabili e incontrollabili	Minore probabilità di utilizzare la strategia della rivalutazione ( <i>reappraisal</i> ), maggiore disagio psichico e minore benessere
Trincas <i>et al.</i> , 2016	309 soggetti non clinici (57,2% femmine; età: M = 37,1, DS = 13,3) <b>Campione non clinico:</b> indagine su meccanismi di funzionamento psichico	Credenze negative sulle emozioni e paura delle proprie emozioni - <i>Belief About Emotions Questionnaire</i> (BAEQ) - <i>Affective Control Scale</i> (ACS)	Si associano all'uso di specifiche strategie di regolazione emotiva, come la ruminazione, l'evitamento emotivo, il controllo e il <i>coping</i> evitante.
Williams <i>et al.</i> , 1997	105 studenti (79 femmine e 26 maschi) <b>Campione non clinico:</b> indagine sui meccanismi psichici che spiegano il funzionamento psicopatologico	- Paura delle emozioni: la tendenza a valutare negativamente l'esperienza emotiva, caratterizzata dalla paura di perdere il controllo sulle proprie emozioni e sulle reazioni comportamentali conseguenti. - <i>Affective Control Scale</i> (ACS); strumento di misura	Interferisce sulla capacità di gestione delle proprie emozioni. Si associa a sintomi più severi nei disturbi d'ansia e dell'umore (Taylor e Rachman, 1991)
Manser <i>et al.</i> , 2012	288 studenti (74 maschi e 214 femmine; età: M = 28,05, DS = 10,99) <b>Campione non clinico:</b> indagine sui meccanismi psichici che spiegano il funzionamento psicopatologico	- Credenze che le emozioni sono incontrollabili, pericolose e vergognose - <i>Belief About Emotions Questionnaire</i> (BAEQ); strumento di misura	Associate a disregolazione emotiva e comportamentale tipica del Disturbo Borderline di Personalità, e specifici stili di <i>coping</i> disfunzionali
De Castella <i>et al.</i> , 2014	53 pazienti con diagnosi di ansia sociale (24 maschi, 29 femmine; età: M = 34, DS = 1,3) <b>Campione clinico:</b> indagine sui meccanismi psichici del Disturbo d'Ansia Sociale	Credenza di non avere il controllo sulle proprie emozioni, in particolare sull'ansia	Presente in misura maggiore in pazienti con Ansia Sociale, rispetto a un gruppo di controllo. Predice maggiori livelli di stress e ansia, bassa autostima, e scarsa soddisfazione per la vita
		Credenze implicite sull'ansia	Ridotte significativamente a seguito di un protocollo di trattamento per l'ansia sociale con la <b>TCC</b> . Predicevano gli esiti positivi del trattamento (riduzione dell'ansia sociale)

In sintesi, dagli studi considerati emerge l'importante ruolo che le credenze sulle emozioni hanno nello sviluppo dei processi di regolazione emotiva. Tale osservazione riguarda sia i meccanismi di regolazione non patologici, sia quelli patologici. In quest'ultimo caso, in particolare, le credenze avrebbero un ruolo nello sviluppo della sintomatologia, come per esempio delle difficoltà di regolazione emotiva tipiche del Disturbo Borderline, nello sviluppo di ansia e depressione (Manser *et al.*, 2012), e nel mantenimento della sintomatologia nei disturbi d'ansia (Williams *et al.*, 1997). Tuttavia, considerata la scarsità di studi sulla patologia emerge la necessità di indagare nello specifico le credenze e le strategie di RE che caratterizzano diversi disturbi mentali.

Dall'analisi dei risultati sull'argomento si possono sottolineare alcune questioni importanti. Innanzitutto, sarebbe interessante ampliare il concetto di «credenze sulle emozioni», al fine di indagare sia gli effetti di credenze riguardanti diverse emozioni (ansia, rabbia, tristezza, angoscia, ecc.), sia l'impatto su differenti strategie di regolazione emotiva. Inoltre, la maggiorparte degli studi considerati ha indagato tali processi in campioni non clinici, per questo motivo in una prospettiva di ricerca futura perebbe essere interessante approfondire come la specificità del legame tra credenze su emozioni e RE caratterizzi i diversi disturbi mentali.

#### 4. IL RUOLO DELLE CREDENZE SULLE EMOZIONI IN PSICOTERAPIA

Vi sono diverse ipotesi sull'importanza del ruolo delle credenze sulle emozioni all'interno del trattamento psicoterapeutico. In primo luogo, tali credenze sembrano essere centrali nel mantenimento della psicopatologia, per cui può risultare utile focalizzare l'intervento terapeutico sullo sviluppo delle capacità di regolazione emotiva. Per esempio, Hofman e Barlow (2002) hanno suggerito che nei pazienti con ansia sociale la percezione di non avere controllo sulle proprie emozioni potrebbe innescare la paura e l'evitamento di situazioni sociali, indipendentemente dai bias di giudizio o dalle valutazioni negative. Questa idea spiegherebbe in parte la prevalenza di attacchi di panico tra pazienti con Disturbo d'Ansia Sociale (DAS) (Kessler, Chiu, Jin, Ruscio, Shear e Walters, 2006) e la tendenza ad attribuire le proprie paure agli attacchi di panico piuttosto che a eventi traumatici o situazioni di condizionamento indiretto (Hofmann, Ehlers e Roth, 1995). Allo stesso modo, osservazioni cliniche ci indicano che quando i pazienti cominciano a credere di avere un maggior controllo sulle proprie emozioni, segue una riduzione della paura e dei comportamenti di evitamento (De Castella *et al.*, 2014).

In secondo luogo, le credenze sulle emozioni possono essere un pre-requisito necessario per molte forme adattive di regolazione emotiva. Tamir e Mauss (2011), per esempio, ritengono che prima di tentare di regolare le emozioni, le persone devono prima credere che le emozioni possano essere controllate, e devono anche essere convinti di avere le capacità o competenze per poterle controllare. La ricerca dimostra che i pazienti con DAS generalmente utilizzano quotidianamente strategie di regolazione emotiva disadattive, come l'evitamento situazionale o il controllo emotivo (Werner, Goldin, Ball, Heimberg e Gross, 2011). Queste strategie avrebbero la funzione di prevenire o ridurre le risposte emotive e sarebbero percepite dal paziente come l'unica opzione se la persona è convinta che le emozioni siano caratteristiche stabili e immodificabili (*entity beliefs*). In linea con ciò, precedentemente abbiamo visto che questo tipo di credenze si associa ad un minore utilizzo di strategie di RE adattive come la rivalutazione cognitiva (De Castella *et al.*, 2013; Tamir *et al.*, 2007).

Considerando che attraverso la terapia cognitivo-comportamentale è possibile modificare le credenze che il paziente ha sulle proprie emozioni, potremmo immaginare che ciò favorirebbe l'utilizzo di strategie di regolazione emotiva adattive. Dato che molte psicopatologie sono caratterizzate da strategie rigide, scarsamente sviluppate o inadeguate rispetto al contesto (Werner e Gross, 2010), indagare come le credenze implicite influenzano la regolazione emotiva è un importante argomento di ricerca di rilevanza anche in ambito clinico.

Terzo, le credenze che i pazienti hanno rispetto alla possibilità di poter imparare a controllare le emozioni possono influire sul coinvolgimento e l'impegno posto in psicoterapia. Le aspettative positive riguardo al cambiamento sono uno dei fattori aspecifici più importanti nel predire la risposta al trattamento, il grado di cambiamento, e l'esito della psicoterapia (Arnkoff, Glass e Shapiro, 2002; Chambless, Tran e Glass, 1997; Price e Anderson, 2011). In linea con ciò, sono stati sviluppati strumenti al fine di indagare la motivazione al cambiamento, come la *Motivational Interviewing* (Miller e Rollnick, 2002), per migliorare l'efficacia terapeutica. Tuttavia, questi strumenti non si riferiscono esplicitamente alle credenze sulle emozioni o all'efficacia della terapia nel migliorare le capacità di gestione emotiva. Se è vero che le credenze implicite sulle emozioni possono influire sulla *compliance* al trattamento e sulla motivazione allo sviluppo di abilità di regolazione emotiva, risulta importante considerare tali credenze in psicoterapia al fine di migliorarne l'efficacia.

Infine, le credenze sulle emozioni possono influire sui comportamenti di ricerca di sicurezza e sull'apertura dei pazienti a diverse forme di trattamento. Per esempio, se un paziente con Disturbo

d'Ansia Sociale avesse la convinzione che la propria ansia è qualcosa di immutabile e incontrollabile probabilmente non si rivolgerebbe ad un centro per trattare il proprio problema con una psicoterapia. Questa osservazione è avvalorata da studi che dimostrano che i pazienti aspettano in media circa 9 anni prima di rivolgersi ad uno specialista (Wagner, Silove, Marnane e Rouen, 2006). Quando un paziente chiede aiuto, le credenze sulle emozioni possono anche influire sulla scelta del tipo di trattamento, alcuni pazienti possono preferire per esempio l'uso di psicofarmaci alla psicoterapia se ritengono che le emozioni come l'ansia non siano gestibili diversamente. Attualmente, la ricerca in questo ambito è limitata, risulta quindi necessario approfondire il legame tra credenze sulle emozioni, ricerca di aiuto, e preferenze rispetto al trattamento.

#### *4.1. Gli approcci terapeutici focalizzati sulle credenze sulle emozioni*

Tra i diversi modelli di trattamento che hanno come focus lo sviluppo di abilità di regolazione emotiva, alcuni si concentrano più o meno esplicitamente sulle credenze sulle emozioni. Tra questi abbiamo la *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT) della Linehan (1993b), l'*Emotion-Focused Therapy* (EFT) di Greenberg (2002) e l'*Emotional Schema Therapy* (EST) di Leahy (2015).

– La *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT) sviluppata dalla Linhean (1993b) prevede un protocollo di trattamento sulla regolazione emotiva che comprende un insieme di principi di psicoeducazione sulla funzione delle emozioni. In particolare, questo protocollo è stato sviluppato per il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità, che di per sé viene descritto come un disturbo della regolazione emotiva.

Riguardo alle credenze sulle emozioni, nella DBT si delinea l'idea che esistano dei «miti» comuni sulle emozioni (per esempio: «Alcune emozioni sono davvero stupide», «Le emozioni dolorose sono frutto di un atteggiamento negativo», «Se gli altri non approvano le mie emozioni, non dovrei proprio sentirmi come invece mi sento»; Linehan, 1993b), e questi si assocerebbero a comportamenti problematici e difficoltà di regolazione emotiva.

All'interno di questa prospettiva, quindi, la capacità di regolazione emotiva prevede un insieme di abilità adattive: l'identificazione e la comprensione delle emozioni, il controllo e la gestione dei comportamenti impulsivi, l'utilizzo delle strategie più adatte alla situazione per modulare le emozioni stesse.

Uno dei metodi di trattamento utilizzati all'interno della DBT per sviluppare le capacità di regolazione emotiva dei pazienti è l'*Emotion*

*Regulation Skills Training*, che mira a diminuire la reattività emotiva e la risposta emotiva, e a sviluppare le abilità di *mindfulness*.

In altre parole, si allena il paziente a «soportare» il dolore emotivo, in altre parole a sviluppare maggiore tolleranza dei propri stati emotivi, migliorando le capacità di sperimentare e osservare le emozioni senza giudicarle e senza tentare di cambiarle o controllarle. Infine, si individuano i comportamenti problematici che possono costituire dei modi per esprimere o per regolare le emozioni e, successivamente si considerano strategie alternative di gestione emotiva più efficaci.

– Nell'*Emotion-Focused Therapy* (EFT), Greenberg (2002) distingue tre diversi tipi di reazione emotiva: le *emozioni primarie* sono iniziali reazioni e tendenze all'azione e i significati ad esse associati (es: paura di fallire in un progetto lavorativo), che non sono di per sé problematiche; le *emozioni secondarie* sono le reazioni emotive che si manifestano in seguito alle emozioni primarie (es: ancora più paura, disperazione, imbarazzo, ansia) che possono scaturire dalle rivalutazioni e dalle reazioni all'iniziale stato emotivo; queste emozioni possono incrementare lo stato di sofferenza psicologica e mantenere le manifestazioni sintomatiche nella psicopatologia; le *emozioni strumentali* sono invece espressioni emotive evocate strategicamente al fine di ottenere un esito desiderato.

All'interno di questo approccio terapeutico, innanzitutto si aiutano le persone a monitorare le proprie reazioni emotive e a svolgere degli esercizi per distinguere tra reazioni primarie, secondarie o strumentali. Per esempio, la tristezza può essere primaria quando risulta da un chiaro senso di perdita. Al contrario, la tristezza secondaria può essere espressa come la disperazione che risulta da un senso di rabbia o frustrazione per una situazione come l'incapacità di trovare un partner romantico (Greenberg, 2002). Il terapeuta identifica quali sono le reazioni primarie e, quindi, adattive in modo da esplorarle e agevolare il processo di accettazione. L'obiettivo della EFT è di aiutare le persone a divenire consapevoli dei propri schemi emozionali impliciti, ad entrare in contatto con le proprie emozioni, a esprimere imparando ad accettarle e regolarle, e attribuire loro un significato per poterle modificare.

In questo protocollo convogliano diverse tecniche estrapolate dalle terapie cognitivo-comportamentali di «terza generazione» (Hayes *et al.*, 2006), come l'accettazione, il contatto con il momento presente, la consapevolezza non giudicante, l'empatia e l'attivazione di processi di attaccamento e di auto-regolazione.

Entrambi gli approcci terapeutici, la *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT) della Linehan e l'*Emotion-Focused Therapy* (EFT) di Green-

berg, sembrano agire indirettamente sulle credenze sulle emozioni attraverso la psicoeducazione, lo sviluppo di una maggiore consapevolezza dei propri stati emotivi, l'accettazione e l'attenzione non giudicante all'esperienza emotiva.

– L'*Emotional Schema Therapy* (EST). Un approccio di recente generazione che invece ha come oggetto di intervento le credenze sulle emozioni è l'*Emotional Schema Therapy* (EST) di Leahy (2015).

L'EST è un modello meta-cognitivo delle emozioni nel quale si sottolinea come le persone che soffrono di problemi psichici si caratterizzano per delle specifiche credenze in merito alla natura e alla legittimità delle emozioni, ossia che esse siano incontrollabili, pericolose, imbarazzanti e per la necessità di ricorrere a strategie di controllo delle stesse. Nello specifico, Leahy ha sviluppato una scala di misura, la *Leahy Emotional Schemas Scale* (LESS; Leahy, 2015), che individua quattordici schemi emotivi. Sulla base degli schemi emotivi individuati viene sviluppato il trattamento che comprende un insieme di tecniche (es. la ristrutturazione cognitiva, esercizi di mindfulness, psicoeducazione sulle emozioni, esperimenti comportamentali, ecc.) che mirano ad aiutare il paziente ad individuare le proprie emozioni, comprendere le proprie convinzioni su tali emozioni, e regolarle in modo più funzionale. Concludendo, la EST è una forma di terapia cognitivo-comportamentale (TCC) che cerca di dare un senso alle emozioni, normalizzandole e inserendole nel contesto di vita dell'individuo. Il terapeuta che utilizza il modello EST aiuta quindi il soggetto a identificare e a scegliere i valori e le emozioni da perseguitare e a esplorare le possibili risposte emozionali.

## 5. CONCLUSIONI

Da quanto emerge sulla relazione tra credenze sulle emozioni e regolazione emotiva, il ruolo delle credenze è stato scarsamente indagato e sono ancora poco chiari i meccanismi psicologici alla base di tali processi, nonostante le osservazioni cliniche e le evidenze empiriche ne sottolineino l'importanza. Innanzitutto, nelle diverse teorie e studi sulla RE vi sono diversi riferimenti a processi di *appraisal*, di valutazione secondaria dell'esperienza emotiva (Werner e Gross, 2009), e a strategie come il *reappraisal*, l'evitamento, o la ruminazione, che implicitamente rimandano all'esistenza di credenze che orientano tali processi. Per esempio, nonostante sia stato dimostrato come la ruminazione aumenti l'intensità delle emozioni negative, invece di ridurla, molte persone continuano ad utilizzarla perché credono, erroneamente, che ripensare agli eventi aumenti la loro comprensione

della situazione e la possibilità di risolvere i problemi (Papageorgiou e Wells, 2001); sembra quindi che tale convinzione mantenga l'utilizzo della ruminazione come strategia. Ancora, gli studi sulle teorie implicite dimostrano che non tutte le persone considerano le emozioni come controllabili (Tamir *et al.*, 2007), e tale convinzione può influire sulle capacità di gestire le risposte emotive. In altre parole, le credenze sulle emozioni possono essere un fattore che spiega le differenze individuali nell'uso di strategie di regolazione emotiva. Per esempio, quando le persone credono che le emozioni non siano facilmente controllabili, possono essere meno propense a utilizzare strategie cognitive intenzionali, come la rivalutazione, per regolare le proprie emozioni nella vita quotidiana.

In sintesi, si può sostenere che le credenze che le persone hanno rispetto alle proprie emozioni possono influire sulla scelta delle strategie di regolazione emotiva e sulla flessibilità/rigidità di queste ultime e, di conseguenza, possono essere considerate un fattore importante nell'orientare i processi di RE.

Dall'analisi degli studi sull'argomento abbiamo potuto evidenziare diversi aspetti che caratterizzano il legame tra credenze sulle emozioni e regolazione emotiva. Innanzitutto, tra gli studi che si sono occupati delle teorie implicite sulle emozioni, risulta che le credenze sull'incontrollabilità delle emozioni influiscono negativamente sulle abilità di *coping*, sul benessere psicologico, sull'autostima, ma in particolare sulla tendenza a utilizzare strategie di regolazione emotiva come la rivalutazione cognitiva (De Castella *et al.*, 2013; Tamir *et al.*, 2007). Questi studi, oltre ad osservare come le credenze sulle emozioni abbiano effetti a lungo termine e, quindi siano fenomeni che caratterizzano e orientano la regolazione del comportamento, hanno anche dimostrato l'impatto positivo delle credenze sulle emozioni. A tal proposito, Tamir e collaboratori (2007) osservano che coloro che credono che le emozioni possano essere controllabili e modificabili mostrano maggiore benessere, tendono a utilizzare la rivalutazione cognitiva come strategia di regolazione e hanno un migliore adattamento alle esperienze di vita. Tuttavia, per quanto riguarda l'effetto delle credenze sulla RE, un limite di questi studi riguarda il fatto di essersi focalizzati esclusivamente su una strategia di regolazione emotiva, la rivalutazione cognitiva. Al fine di avere più chiari i meccanismi alla base dell'effetto, positivo e negativo, delle credenze sulla scelta di come regolare le proprie emozioni, sarebbe quindi importante ampliare l'indagine ad altri meccanismi di RE. Riguardo a quest'ultimo punto, uno studio (Trincas *et al.*, 2016) ha messo in luce la relazione tra credenze su specifiche emozioni (rabbia, tristezza, ansia e emozioni positive) e diverse strategie di regolazione emotiva, includendo tra queste, il controllo emotivo, l'accettazione, ma anche diversi meccanismi.

canismi di regolazione, come la ruminazione o il *coping* evitante. In questo studio sono stati utilizzati due strumenti di misura, l'ACS e il BAEQ (si veda il par. 3.2), i quali presentano alcune lacune. Il primo ha il vantaggio di misurare credenze su quattro specifiche emozioni, mentre il secondo comprende una maggiore varietà di credenze sulle **emozioni** (incontrollabili, vergognose, dannose, ecc.) ma si riferisce a uno stato emotivo di *arousal* generico. In considerazione di ciò, sarebbe interessante ampliare il concetto di «credenze sulle emozioni», per esempio creando strumenti di misura che integrino le due scale, e che comprendano quindi diverse tipologie di credenze che siano specifiche per diverse emozioni.

Un altro aspetto interessante emerge da due studi che, nonostante abbiano indagato soggetti non clinici, mettono in rilievo i meccanismi di funzionamento caratteristici della psicopatologia. Da una parte Williams e collaboratori (1997) portano prove a favore dell'impatto che le credenze sull'incontrollabilità delle proprie reazioni emotive hanno sull'incremento di sintomi d'ansia e sull'interpretazione negativa di sintomi somatici tipici dell'*arousal*. Dall'altra parte Manser e collaboratori (2012), oltre ad aver validato il BAEQ, evidenziano l'impatto di credenze specifiche sulla disregolazione emotiva e comportamentale. Tuttavia, gli item che compongono il questionario sono stati costruiti prendendo spunto dalle credenze di persone con disregolazione emotiva, per cui i temi identificati potrebbero comprendere solo una parte delle credenze sulle emozioni che una popolazione più ampia potrebbe avere. Per esempio, potrebbe essere interessante includere anche le credenze sulle emozioni di persone che utilizzano strategie di regolazione emotiva funzionali. Dal punto di vista metodologico, inoltre, le istruzioni del BAEQ si riferiscono a uno stato di agitazione (*upset*), ed essendo un termine troppo generico non è chiaro come le persone possano interpretare tale stato; per questo motivo potrebbe essere interessante replicare lo studio indicando diverse emozioni specifiche.

Infine, tra gli studi considerati De Castella e collaboratori (2014) hanno indagato la differenza tra credenze generiche sulle emozioni e credenze specifiche sull'ansia in soggetti affetti da Disturbo d'Ansia Sociale. Il risultato interessante è che le credenze negative sull'ansia hanno un impatto significativo sulla sintomatologia, sullo sviluppo di capacità di gestione dell'ansia, e sugli esiti del trattamento. In linea con ciò, potremmo assumere che i diversi disturbi mentali possano essere caratterizzati da credenze su emozioni specifiche. Considerando che le credenze sulle emozioni possono avere importanti implicazioni cliniche, riteniamo che, in futuro, estendere l'indagine su altri campioni clinici potrebbe migliorare la comprensione del ruolo che queste credenze possono avere nei diversi disturbi mentali.

Coerentemente con ciò, osservazioni cliniche evidenziano che le credenze sulle emozioni possono essere considerate un fattore di mantenimento della disregolazione emotiva e dei meccanismi psicopatologici (Clark e Beck, 2010; Greenberg e Safran, 1990). Tali credenze, infatti, possono essere un fattore determinante nello sviluppo di risposte emotive secondarie che incrementano e mantengono la reazione primaria e i conseguenti tentativi di regolazione (Clark e Beck, 2010; Ellis, 2003; Greenberg e Safran, 1990; Greenberg, 2002; Hayes *et al.*, 2006; Mennin e Farach, 2007). Considerare un'emozione come inaccettabile o pericolosa, può influire sul modo in cui la persona regola il proprio stato emotivo. Per esempio, le persone che soffrono di ansia sociale tendono a preoccuparsi delle conseguenze negative dell'ansia in contesti sociali, per esempio temono di poter essere giudicati stupidi. Da un punto di vista clinico, questa valutazione è considerata responsabile della persistenza dell'ansia (problema primario; Clark e Beck, 2010).

In generale possiamo osservare che le credenze sulle emozioni hanno un ruolo importante nella comprensione della disregolazione emotiva, come delineato dai diversi studi presi in considerazione (Gross e Thompson, 2007; Werner e Gross, 2010). Considerando le ricerche sull'argomento si può assumere che le credenze su specifiche emozioni possono influire sulla scelta e il mantenimento di diverse strategie di RE. La regolazione del comportamento è determinata da scopi e valori personali (Carver e Sheier, 1998), per cui si potrebbe ipotizzare una relazione simile anche per la regolazione emotiva. In linea con ciò, riteniamo che anche il processo di regolazione emotiva possa essere motivato da scopi personali connessi con specifiche credenze. Per esempio, una persona potrebbe voler controllare l'ansia allo scopo di dimostrare di essere forte, o razionale, o capace di gestire le proprie reazioni emotive. Diverse persone potrebbero avere scopi differenti, per cui la stessa strategia di RE potrebbe essere adattativa in alcuni casi ma disadattiva in altri (Chapman *et al.*, 2013).

Concludendo, una maggiore comprensione della relazione tra credenze e regolazione emotiva potrebbe avere importanti implicazioni cliniche per la comprensione e il trattamento dei disturbi mentali, e nello specifico per le difficoltà di gestione emotiva. Non a caso, la modifica delle credenze sulle emozioni è un aspetto importante delle psicoterapie cognitivo comportamentali (Clark e Beck, 2009; Leahy, 2015; Linehan, 1993b; Wells, 2008).

Infine, approfondire le credenze e gli scopi specifici che sottendono i diversi stili di regolazione emotiva potrebbe aiutare nella comprensione dei meccanismi specifici che orientano la RE. Per esempio, potrebbe essere utile distinguere tra stili di regolazione emotiva adattivi e disadattivi, sulla base del tipo di scopo in gioco che l'individuo

intende perseguire (raggiungibile *vs* irraggiungibile) (Philippot, 2013). Risulta necessario lo sviluppo di ricerche future che possano indagare questi legami funzionali attraverso manipolazioni sperimentali.

## BIBLIOGRAFIA

- ALDAO A., NOLEN-HOEKSEMA S., SCHWEIZER S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- INSERIRE**  
Aldao A. e  
Nole-Hoeksema S.  
(2012). When Are Adaptive Strategies Most Predictive of Psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 276-281.  
The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15, 482-487.
- CARVER C.S., SCHEIER M.F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- CHAMBLESS D.L., GOLDSTEIN A.J. (1981). Clinical treatment of agoraphobia. In M. Mavissakalian, D.H. Barlow (eds.), *Phobia: Psychological and pharmacological treatment*. New York: Guilford Press, pp. 103-144.
- CHAMBLESS D.L., TRAN G.Q., GLASS C.R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 103-144.
- CHAPMAN A., DIXON-GORDON K., WALTERS K. (2013). Borderline personality features moderate emotion reactivity and emotion regulation in response to a fear stressor. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4, 451-470.
- CHIU C.Y., DWECK C.S., TONG J.Y.Y., FU J.H.Y. (1997). Implicit theories and conceptions of morality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 923-940.
- CLARK D.A., BECK A.T. (2009). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- CLARK D.A., BECK A.T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Science*, 14, 418-424.
- DE CASTELLA C., GOLDING P., JAZAIERI H., ZIV M., DWECK C.S., GROSS J.J. (2013). Beliefs about emotion: Links to emotion regulation, well-being, and psychological distress. *Basic and Applied Social Psychology*, 35, 497-505.
- DE CASTELLA C., GOLDIN P., JAZAIERI H., HEIMBERG R.G., DWECK C.S., GROSS J.J. (2014). Emotion beliefs and cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44, 128-141.
- DE CASTELLA K., GOLDIN P., JAZAIERI H., ZIV M., HEIMBERG R.G., GROSS J.J. (2014). Emotion beliefs in social anxiety disorder: Associations with stress, anxiety, and well-being. *Australian Journal of Psychology*, 66, 1-14.
- SOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual ed.*). Washington, D.C.: APA.
- The fear of fear concept: Evidence in favour of *Behaviour Research and Therapy*, 31, 507-518.
- K., SHAPIRO D.A. (2002). Expectations and preferences (ed.), *Psychotherapy relationships that work*. Oxford: Oxford University Press, pp. 335-356.
- P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Anxiety Disorders*, 18, 36-51.
- LALANDE K., WESTPHAL M., COIFMAN K. (2004). The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15, 482-487.

- DWECK C.S. (1999). *Self-theories: Their role in motivation, personality, and development*. New York: Psychology Press.

**INSERIRE**

ELLIS A. (2003). *Discomfort Anxiety: A new cognitive-behavioral construct Part I-II*. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 183-191.

(2004). *Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor analysis, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale*. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.

GYURAK A., GROSS J.J., ETKIN A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: A dual process framework. *Cognition & Emotion*, 25, 400-412.

GYURAK A., GOODKIND M., KRAMER J.H., MILLER B.L., LEVENSON R.W. (2012). Executive functions and the down-regulation and up-regulation of emotion. *Cognition & Emotion*, 26, 103-118.

HAYES S.C., LUOMA J.B., BOND F.W., MASUDA A., LILLIS J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415-437.

HEIDE F.J., BORKOVEC T.D. (1984). Relaxation-induced anxiety: Mechanisms and theoretical implications. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 1-12.

HESS U., KLECK R.E. (1990). Differentiating emotion elicited and deliberate emotional facial expressions. *European Journal of Social Psychology*, 20, 369-385.

HOFMANN S.G., EHLLERS A., ROTH W.T. (1995). Conditioning theory: A model for the etiology of public speaking anxiety? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 567-571.

KESSLER R., CHIU W.T., JIN R., RUSCIO A.M., SHEAR K., WALTERS E.E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63, 415-424.

LEAHY R.L. (2015). *Emotional Schema Therapy*. New York: Guilford Press.

LEAHY R.L., TIRCH D., NAPOLITANO L.A. (2013) *La regolazione delle emozioni in psicoterapia. Guida pratica per il professionista*. Roma: Eclipsi.

LINEHAN M.M. (1993a). *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

LINEHAN M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

MANSER R., COOPER M., TREFUSIS J. (2012). Beliefs about emotions as a metacognitive construct: Initial development of a self-report questionnaire

measure and preliminary investigation in relation to emotion regulation.

**INSERIRE**

- Mennin D. e Farach F. (2007). Emotion and Evolving Treatments for Adult Psychopathology, *Clinical Psychology Science Practice*, 14, 329-352.
- PAPAGEORGIOU C., WELLS A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 3, 160-164.
- PHILIPPOT P. (2013). Emotion regulation: A heuristic paradigm for psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4, 600-607.
- PRICE M., ANDERSON P.L. (2011). Outcome expectancy as a predictor of treatment response in cognitive behavioral therapy for public speaking fears within social anxiety disorder. *Psychotherapy*, 49, 173-179.
- REISS S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 2, 141-153.
- SHAPIRO N. (1995). An analogue of agoraphobic avoidance as attachment-related symptomatology. Unpublished master's thesis, Department of Psychology, The American University, Washington, D.C.
- SHEPPES G., SCHEIBE S., SURI G., GROSS J.J. (2011). Emotion-regulation choice. *Psychological Science*, 22, 1391-1396.
- SHIELDS S.A. (2002). *Speaking from the heart: Gender and the social meaning of emotion*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SWENSON C.R., SANDERSON C., DULIT R.A., LINEHAN M.M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*, 72, 307-324.
- TAMIR M. (2005). Don't worry, be happy? Neuroticism, trait-consistent affect regulation, and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 449-461.
- TAMIR M., JOHN O.P., SCRIVASTAVA S., GROSS J.J. (2007). Implicit theories of emotion: Affective and social outcomes across a major life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 731-744.
- TAMIR M., MAUSS I.B. (2011). Social cognitive factors in emotion regulation: Implications for well-being. In I. Nyklicek, A. Vingerhoets, M. Zeelenberg, J. Donellet (eds.), *Emotion regulation and well-being*. New York, Springer, pp. 31-47.
- TAYLOR S. (1995). Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 243-258.
- TAYLOR S., RACHMAN S. (1991). Fear of sadness. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 293-311.
- TRINCAS R., BILOTTA E., MANCINI F. (2016). Specific beliefs about emotions are associated with different emotion-regulation strategies. *Psychology*, 7, 1682-1699.
- WAGNER R., SILOVE D., MARNANE C., ROUEN D. (2006). Delays in referral of patients with social phobia, panic disorder and generalized anxiety disorder attending a specialist anxiety clinic. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 363-371.
- psychotherapy, 19, 235-246.
- (2002). *Motivational interviewing: Preparing people*. Guilford Press.
- T.N., HOFER S., SHUBLER G. (2009). When you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-regulation. *Personality and Individual Differences*, 46,
- 2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1333.

- WELLS A. (2008). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- WERNER K., GROSS J.J. (2010). Emotion regulation and psychopathology. In A.M. Kring e D.M. Sloan (eds.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press, pp. 13-37.
- WERNER K.H., GOLDIN P.R., BALL T.M., HEIMBERG R.G., GROSS J.J. (2011). Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 13-37.
- WILLIAMS K.E., CHAMBLESS D.L., AHRENS A. (1997). Are emotions frightening? An extension of the fear of fear construct. *Behavior and Research Therapy*, 35, 239-248.

[Ricevuto il 12 marzo 2017]  
 [Accettato il 2 dicembre 2017]

**The role of emotion beliefs on emotion regulation processes. A review of theories, researches and treatment**

*Summary.* Despite strong support for the effects of emotion regulation strategies (ERS) for maintenance of psychopathology, little is known about mechanisms involved in the use of maladaptive ERS, as people beliefs about their emotions. This review aims to understand the characteristics of the link between emotion beliefs and emotion regulation processes. First of all, the review examines main theories, researches, measures and therapeutic methods on this topic. The review highlight that emotion beliefs may influence emotion regulation abilities. Specifically, there is a specific association between beliefs and different ER strategies. Finally, beliefs have a role on development and maintenance of symptoms and mental disorders. Most of studies examined this mechanisms in non clinical samples, so it would be necessary to extend the investigation on the field of psychopathology.

*Keywords:* emotion regulation, emotion beliefs, secondary appraisal, psychopathology, secondary emotion reactions.

*La corrispondenza va inviata a Roberta Trincas, Scuola di Psicoterapia Cognitiva – SPC S.r.l., Viale Castro Pretorio 116, 00185 Roma, e-mail: trincas.roberta@gmail.com*

