

UNO STUDIO ESPLORATIVO SUL DISAGIO ESPERITO NELLA MESSA IN ATTO DI COMPORTAMENTI SOCIALI ASSERTIVI E LA RELAZIONE CON ALTRE VARIABILI EMOTIVE E COMPORTAMENTALI

Valeria Sant'Elia^{1,2}, Dalila De Vita^{1,3}, Brunella De vivo¹, Teresa Cosentino¹

¹ Associazione di psicologia cognitiva, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

² Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Avanzate dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"

³ Dipartimento di Psicologia, Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta, Italia

Corrispondenza

Valeria Sant'Elia

E-mail: valeriasantelia91@gmail.com

Riassunto

Il disagio nei modelli di comunicazione interpersonale può essere correlato a problematiche di natura internalizzante, favorendo lo sviluppo di sintomi depressivi, ansiosi o di altra natura, e a problematiche di natura esternalizzante, con comportamenti a rischio quali abuso d'alcol. Tale disagio si manifesta maggiormente nel periodo adolescenziale, il cui range di età si è dilatato fino alla popolazione di giovani adulti.

Lo studio è volto a valutare la presenza di disagio nella messa in atto di comportamenti assertivi e quanto questo correli con ansia, depressione, discontrollo degli impulsi, come l'abuso di alcol, malessere psicologico e difficoltà nella regolazione delle emozioni in un campione di giovani adulti, popolazione sensibile alla comparsa di problematiche di natura sia esternalizzante che internalizzante che tendono poi a mantenersi nel tempo (Glaser et al., 2010; Keenan et al., 2010).

Sono stati arruolati 106 giovani adulti (22.34±3.27 anni; 23.58% maschi, 76.41% femmine), con cittadinanza italiana. La piattaforma virtuale di Google Moduli è stata impiegata per divulgare la batteria che comprende i seguenti questionari: la Psychological Well-Being Inventory (PWB; forma ridotta), la Beck Anxiety Inventory (BAI), la Barrett Impulsiveness Scale – 11 (BIS-11), la Beck Depression Inventory II (BDI-II), la Scala per la difficoltà nella regolazione delle emozioni (DERS), l'Alcol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e la Scale for Interpersonal Behavior (forma ridotta).

Le analisi eseguite evidenziano una correlazione tra i livelli di disagio provato nell'agire comportamenti assertivi e la presenza di sintomatologia ansioso-depressiva, comportamenti di discontrollo, come l'abuso di alcol, e uno stato di malessere psicologico. I risultati delle analisi di regressione indicano che la sintomatologia ansioso-depressiva e l'incapacità nella regolazione delle emozioni rappresentano dei fattori di predizione per il malessere psicologico, e che il disagio nell'attuazione di comportamenti assertivi predice il ricorso all'uso di alcol.

Sulla scorta di quanto emerso, il training assertivo potrebbe essere un utile strumento di prevenzione di comportamenti a rischio e di promozione del benessere in questa fascia d'età.

Parole chiave: assertività, disagio, giovani adulti, internalizzante, esternalizzante, training assertivo

DOI: 10.36131/COGNCL20250109

RICEVUTO IL 4 APRILE 2025, ACCETTATO IL 27 MAGGIO 2025

AN EXPLORATORY STUDY ON THE DISTRESS EXPERIENCED IN ENACTING SOCIALLY ASSERTIVE BEHAVIORS AND ITS RELATIONSHIP WITH OTHER EMOTIONAL AND BEHAVIORAL VARIABLES

Abstract

Discomfort in interpersonal communication patterns can be related to internalizing issues, fostering the development of depressive, anxious or other symptoms, and to externalizing issues, with risk behaviors such as alcohol abuse. Such distress manifests itself more in the adolescent period, the age range of which has expanded to the young adult population.

The study aimed to assess the presence of discomfort in the enactment of assertive behaviors and how much this correlates with anxiety, depression, impulse dyscontrol such as alcohol abuse, psychological distress and difficulties in emotion regulation in a sample of young adults, a population susceptible to the occurrence of both externalizing and internalizing problems that then tend to be maintained over time (Glaser et al., 2010; Keenan et al., 2010).

A total of 106 young adults (22.34±3.27 years; 23.58% male, 76.41% female), with Italian citizenship, were enrolled. The virtual platform of Google Forms was used to disseminate the battery that includes the following questionnaires: the Psychological Well-Being Inventory (PWB; reduced form), the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Barrett Impulsiveness Scale - 11 (BIS-11), the Beck Depression Inventory II (BDI-II), the Scale for Difficulty in Emotion Regulation (DERS), the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the Scale for Interpersonal Behavior (reduced form).

The analyses performed show a correlation between the levels of discomfort experienced in acting out assertive behaviors and the presence of anxious-depressive symptomatology, dyscontrol behaviors, such as alcohol abuse, and a state of psychological distress. The results of the regression analyses indicate that anxious-depressive symptomatology and inability to regulate emotions are predictors for psychological malaise, and that discomfort in implementing assertive behaviors predicts alcohol use.

Based on the findings, assertive training could be a useful tool for preventing risky behaviors and promoting well-being in this age group.

Key words: assertiveness, discomfort, young adults, internalizing, externalizing, assertive training

Introduzione

Assertività

L'assertività è un costrutto multidimensionale definita da Galeazzi e Porzionato (1998) come quella competenza relazionale che permette il riconoscimento delle proprie emozioni e dei propri bisogni, favorendo la loro comunicabilità all'altro: questo garantisce una relazione positiva e duratura con chi si interagisce, tenuto conto dell'influenza derivante dalla cultura, dal bagaglio emotivo e dal contesto in cui i soggetti vivono; la legittima espressione dei propri diritti, interessi, sentimenti e convinzioni, evitando attivamente la violazione o negazione dei diritti altrui.

Riguardo alla multidimensionalità, le sotto-componenti del comportamento assertivo sono: l'ascolto attivo, senza giudizio o colpevolizzazioni; la capacità di comunicare le proprie emozioni, opinioni e bisogni; il riconoscimento dei propri limiti e di quelli dell'altro; saper formulare e rifiutare le richieste; offrire e ricevere feedback positivi e costruttivi; saper gestire i conflitti interpersonali. Inoltre, il processo comunicativo comprende anche la componente "non verbale", che accompagna quella verbale, e il tutto varia in funzione del tipo di relazione in cui si è coinvolti e delle situazioni (Baggio, 2013).

L'assertività può essere descritta lungo un continuum comportamentale i cui due estremi, passività e aggressività, se prevalenti e generalizzati risultano disfunzionali per la persona.

Diversi studi hanno dimostrato infatti un legame tra mancanza di assertività (anassertività) e problemi clinici, quali la depressione (Segal, 2005) e l'ansia (Faghihi & Goodarzi, 2017). D'altra parte, una corposa letteratura conferma che il comportamento assertivo sia una fondamentale abilità sociale, che migliora il benessere personale ed è inversamente correlato con ansia e depressione (Antúnez et al., 2020; Ben Cherifa et al., 2022; Parray, 2024; Sarkova et al., 2013).

Essere anassertivi può contribuire al manifestarsi di problematiche tanto internalizzanti, come la depressione, quanto esternalizzanti come l'abuso di sostanze e comportamenti di dipendenza. Dallo studio condotto da Keenan e colleghi (2010) con un campione di ragazze dai nove agli undici anni si evince che la mancanza di assertività contribuisce alla comparsa e al mantenimento di sintomi depressivi negli adolescenti. Da questo studio è emerso che una bassa assertività, relazionata a problematiche sociali che possono verificarsi specialmente in questa fase della vita nella cerchia dei coetanei, può aumentare nel corso del tempo la probabilità che emergano sintomi depressivi. Dallo studio condotto da Glaser e colleghi (2010) con un campione di ragazzi di età compresa tra i 5 ai 18 anni si evince che il ricorso a comportamenti assertivi funge da fattore protettivo rispetto a rischi connessi a questa fascia di età, quali l'assunzione di sostanze, come alcol, sigarette e marijuana, all'interno del gruppo di coetanei.

Le problematiche esternalizzanti e/o internalizzanti rappresentano un fenomeno molto diffuso nel periodo che va dall'inizio dell'adolescenza alla prima età adulta. Durante questo periodo di vita cresce il bisogno di definire relazioni significative con soggetti del proprio spazio di vita, in particolare con i coetanei. Oltre all'adesione a gruppi organizzati, gli adolescenti sperimentano modalità di aggregazione spontanea, intrattenendo rapporti interpersonali, generalmente in piccoli nuclei, che si alimentano attraverso attività gestite al di fuori dell'ingerenza adulta (Crocetti et al., 2008). Il gruppo dei pari è stato descritto originariamente da Sherif e Sherif (1969) come laboratorio sociale nel quale il ragazzo/a può sperimentare scelte e comportamenti in modo autonomo. Successivamente, Crocetti e colleghi (2008) sottolineano come i pari rappresentano un riferimento normativo e comparativo, cioè un confronto sociale per la costruzione e definizione della propria identità, e offrono all'adolescente l'opportunità di conoscere strategie per la risoluzione di problemi, per esplorare nuovi spazi di vita e per valutare il proprio comportamento e le proprie scelte. Per cui, si parla proprio di architettura del gruppo, in cui i membri sono legati tra loro da rapporti di status o di ruoli in cui assumono e si delineano norme e valori comuni.

Il gruppo di riferimento può esercitare una grande influenza ed essere determinante nell'eziologia di molte problematiche adolescenziali di natura sia esternalizzante che internalizzante. Con problemi esternalizzanti si possono intendere manifestazioni di vario genere, che implicano l'assumere comportamenti dannosi verso sé stesso o verso l'altro, e tra questi, alcuni sono maggiormente frequenti soprattutto nel contesto dei coetanei: per esempio quello delle dipendenze. Il primo approccio a queste sostanze avviene soprattutto durante l'adolescenza, età durante la quale c'è una maggiore probabilità di sviluppare dipendenza rispetto all'età adulta. Il gruppo dei pari rappresenta uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di dipendenza in questa fase della vita, in quanto indica un modello da seguire che esercita la propria influenza e incoraggia tale condotta. L'adozione di un comportamento avviene attraverso l'osservazione, il modellamento o l'imitazione soprattutto di altre persone considerate significative, e, in questa fase della vita, i coetanei hanno indubbiamente un ruolo centrale (Epstein et al., 2007). Con problemi internalizzanti si fa riferimento a manifestazioni psicopatologiche di varia natura, tra le più diffuse i disturbi d'ansia e i disturbi depressivi sempre più frequenti in età evolutiva, con

preoccupazioni rivolte maggiormente a impegni scolastici, sportivi o sociali. Nell'adolescenza il quadro depressivo è molto simile a quello dell'adulto, con una prevalenza più marcata rispetto a quest'ultimo del sentimento di tristezza, crisi di pianto, anedonia, ritiro sociale e perdita di speranza. Come per il disturbo d'ansia, anche il quadro depressivo riguarda in particolare il contesto scolastico, l'aspetto fisico e il confronto con i coetanei. In questa fase sono più intensi i pensieri di morte e i tentativi di suicidio, talvolta mascherati da condotte pericolose, l'uso di alcol o di sostanze e talvolta reazioni aggressive, fughe e comportamenti antisociali (Cerolini et al., 2021; Mohebi et al., 2012; Omura et al., 2017; Shafiq et al., 2015).

Sebbene il gruppo dei pari assuma un ruolo preponderante nella genesi e nel mantenimento di tali quadri clinici, altrettanto determinanti sono le variabili personologiche, psicologiche e comportamentali dell'adolescente e tra queste ultime l'anassertività (Cerolini et al., 2021). La valutazione dell'assertività si focalizza sulla frequenza e il disagio con cui si esercita un comportamento assertivo: in letteratura emergono dati interessanti circa il disagio provato dato che proprio tale fattore sembra essere predittivo del modo di comportarsi e relazionarsi della popolazione di giovani adulti. Infatti, Arrindell e colleghi (2004) hanno dimostrato che il grado di disagio è inversamente proporzionale alle competenze sociali, sia in soggetti sani che clinici. Inoltre, Cuccu e colleghi (2016) in uno studio che ha indagato la correlazione tra assertività e burnout in un gruppo di medici, hanno riscontrato che il disagio provato nell'agire comportamenti assertivi è predittivo delle dimensioni del burnout, diversamente dalla frequenza con la quale questi comportamenti si verificano, che non risulta avere nessuna associazione.

Il presente studio, in linea con gli studi citati, si pone due obiettivi: 1) valutare se il disagio nella messa in atto di comportamenti assertivi correli positivamente con problematiche esternalizzanti e/o internalizzanti; 2) dimostrare che questo disagio correli positivamente con il malessere psicologico, in un campione di soggetti con un range di età specifica (18-30 anni), in quanto tale popolazione risulta essere molto sensibile alla comparsa di problematiche di natura sia esternalizzante che internalizzante, che tendono poi a mantenersi nel tempo e a progredire.

Materiali e Metodi

Partecipanti

Il campione intervistato per la ricerca si compone di 106 partecipanti (22.34±3.27 anni; 23.58% maschi, 76.41% femmine). Tutti i soggetti hanno scelto di partecipare allo studio liberamente, fornendo il loro consenso. I criteri di inclusione sono i seguenti: età compresa tra i 18 e i 30 anni; nazionalità italiana. Nessun partecipante è stato escluso dallo studio.

Procedura

Ai partecipanti allo studio è stato chiesto di compilare una serie di questionari utilizzando un link per accedere alla piattaforma di Google Moduli per la compilazione dei questionari, la raccolta dei dati e il consenso al trattamento dei dati personali.

Misure

I partecipanti hanno completato i seguenti test auto-somministrati:

- Per la valutazione del benessere psicologico è stata impiegata la Psychological Well-Being

Inventory (PWB - forma ridotta; Ryff & Keyes, 1995). Tale scala è stata validata su una popolazione italiana (l'età del campione variava da un minimo di 16 anni ad un massimo di 85 anni; Ruini et al., 2003) ed è già stata impiegata in un precedente studio su soggetti di età adolescenziale (Ruini et al., 2009). La PWB – forma ridotta, si compone di 18 item che misurano sei aspetti del benessere: autonomia (PWB_A), padronanza dell'ambiente (PWB_EM), crescita personale (PWB_PG), relazioni positive con gli altri (PWB_PR), scopo della vita (PWB_PL) e accettazione di sé (PWB_SA). I soggetti devono riportare il loro grado di accordo con le affermazioni contenute negli item su una scala Likert da 1 a 6 (1 = non sono d'accordo; 6 = sono perfettamente d'accordo). Gli item formulati negativamente vengono conteggiati in modo inverso. Il punteggio totale della scala (PWB_Totale) e di ogni sottoscala viene calcolato sommando i gradi di accordo di ogni item.

- Per la valutazione dell'assertività è stata impiegata la Scale for Interpersonal Behavior (SIB - forma ridotta; Arrindell et al., 2004), solo la sottoscala che misura il Disagio sperimentato dalla persona durante tali comportamenti. La scala è costituita da 25 item, la cui risposta si definisce su una scala Likert a 5 punti: si passa da 1 = la situazione non provoca nessun disagio/tensione a 5 = la situazione provoca disagi e tensioni particolarmente intensi, con i numeri 2, 3 e 4 considerati come livelli intermedi. Sommando le risposte ai diversi item si ottengono il punteggio totale per l'Assertività Generale – Disagio (SIB_Disagio_Totale) e i punteggi delle diverse sottoscale: 1. Manifestazione di sentimenti negativi, che include alcuni comportamenti come rifiutare le richieste facendo valere i propri diritti e chiedere a una persona di modificare un comportamento irritante (SIB_SN); 2. Espressione e gestione dei limiti personali che include alcuni comportamenti come ammettere l'ignoranza su un argomento, riconoscere il proprio fallimento o le proprie carenze, affrontare le critiche e le pressioni, saper richiedere aiuto e attenzione (SIB_LP); 3. Assertività di iniziativa che include alcuni comportamenti come esprimere la propria opinione in contesti sociali (SIB_AI); 4. Assertività positiva che include alcuni comportamenti come ricevere o fare complimenti, esprimere sentimenti positivi (SIB_AP).
- Per la valutazione dei sintomi ansiosi è stata impiegata la Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck et al., 1988), questionario costituito da 21 item, valutati su una scala Likert a 4 punti.
- Per la valutazione dei sintomi depressivi è stata impiegata la Beck Depression Inventory II (BDI-II; Beck et al., 1996), questionario costituito da 21 item, valutati su una scala Likert a 4 punti.
- La Barrett Impulsiveness Scale – 11 (BIS-11; Fossati et al., 2001) è uno strumento utilizzato per valutare la presenza di discontrollo degli impulsi. Si compone di 30 item misurati su una scala Likert a 4 punti. Gli item vengono sommati e più alto è il punteggio totale (BIS-11_Totale) più alto è il livello di impulsività. Inoltre, è possibile calcolare le seguenti sottoscale: Attenzione (BIS-11_A), Impulsività motoria (BIS-11_IM), Autocontrollo (BIS-11_AC), Complessità cognitiva (BIS-11_CC), Perseveranza (BIS-11_P), Instabilità cognitiva (BIS-11_IC), Impulsività attentiva (BIS-11_IMP.A), Impulsività da non pianificazione (BIS-11_IMP.NP).
- Per valutare la presenza di difficoltà nella regolazione delle emozioni è stata usata la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004), che si compone di 36 item, valutati su una scala Likert a 5 punti. La somma dei punteggi ottenuti permette di individuare il totale della scala (DERS_Totale) e il punteggio in 6 sottoscale che valutano: la Non accettazione delle risposte emotive (DERS_NA), la Difficoltà ad eseguire comportamenti orientati agli obiettivi (DERS_G), la Difficoltà di controllo degli impulsi (DERS_I),

la Mancanza di consapevolezza emotiva (DERS_A), l'Accesso limitato alle strategie di regolazione delle emozioni (DERS_S) e la Mancanza di chiarezza emotiva (DERS_C).

- Inoltre, è stato approfondita la presenza o meno di abuso di alcolici attraverso l'utilizzo della Alcol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Piccinelli, 1998). Il questionario permette di individuare la presenza di un problema con il bere, valutando la quantità e la frequenza dei consumi. Si compone di 10 domande e la somma dei punteggi ottenuti permette di individuare la presenza o meno del problema: un punteggio inferiore a 8 indica l'assenza di problemi alcol correlati; un punteggio da 8 a 14 identifica un consumo a rischio; un punteggio superiore a 15 indica che la persona ha quasi certamente già in atto problemi alcol correlati e segni di dipendenza, per cui è necessaria la consulenza medica.

Analisi

Sono state condotte delle analisi descrittive come riportato in **tabella 1**.

Tabella 1. Statistiche descrittive del campione complessivo ($n = 106$)

Variabili	Media (DS) o frequenza (%)
<i>Demografiche</i>	
Età	22.34 (3.27)
Genere, maschi	25 (23.58)
<i>Scale impiegate</i>	
Psychological Well-Being Inventory A	13.64 (3.48)
Psychological Well-Being Inventory EM	12.03 (3.29)
Psychological Well-Being Inventory PG	14.69 (3.15)
Psychological Well-Being Inventory PR	15.10 (3.28)
Psychological Well-Being Inventory PL	11.58 (2.25)
Psychological Well-Being Inventory SA	11.80 (3.19)
Psychological Well-Being Inventory Totale	79.26 (12.50)
Scale for Interpersonal Behavior SN	20.83 (6.60)
Scale for Interpersonal Behavior LP	15.25 (5.32)
Scale for Interpersonal Behavior AI	17.26 (5.52)
Scale for Interpersonal Behavior AP	15.38 (6.03)
Scale for Interpersonal Behavior Totale	68.71 (20.03)
Beck Depression Inventory II	16.52 (11.95)
Beck Anxiety Inventory	18.65 (10.57)
Barrett Impulsiveness Scale-11 Totale	62.17 (8.89)
Barrett Impulsiveness Scale-11 A	10.31 (2.19)
Barrett Impulsiveness Scale-11 IM	12.39 (3.77)
Barrett Impulsiveness Scale-11 AC	14.84 (2.18)
Barrett Impulsiveness Scale-11 CC	11.64 (2.29)

Tabella 1. *Continua*

Barrett Impulsiveness Scale-11 P	6.92 (1.61)
Barrett Impulsiveness Scale-11 IC	6.08 (1.98)
Barrett Impulsiveness Scale-11 IMP.A	16.39 (3.62)
Barrett Impulsiveness Scale-11 IMP.M	19.30 (4.25)
Barrett Impulsiveness Scale-11 IMP.NP	26.48 (4.02)
Difficulties in Emotion Regulation Scale NA	11.93 (5.18)
Difficulties in Emotion Regulation Scale G	15.41 (5.11)
Difficulties in Emotion Regulation Scale I	13.47 (5.65)
Difficulties in Emotion Regulation Scale A	16.37 (6.03)
Difficulties in Emotion Regulation Scale S	0.00 (0.00)
Difficulties in Emotion Regulation Scale C	13.23 (4.80)
Difficulties in Emotion Regulation Scale Totale	70.41 (17.95)
Alcol Use disorders Identification Test	3.08 (3.97)

Nota. DS, Deviazione Standard; Barrett Impulsiveness Scale-11 A, Attenzione; IM, Impulsività Motoria; AC, Autocontrollo; CC, Complessità Cognitiva; P, Perseveranza; IC, Instabilità Cognitiva; IMP.A, Impulsività attentiva; IMP.M, Impulsività motoria; IMP.NP; Impulsività da non pianificazione; Difficulties in Emotion Regulation Strategies NA, Nonacceptance; G, Goals; I, Impulse; A, Awareness; S, Strategies; C, Clarity; Psychological Well-Being Inventory A, Autonomy; EM, Environmental Mastery; PG, Personal Growth; PR, Positive Relations; PL, Purpose in Life; SA, Self-Acceptance; Scale for Interpersonal Behavior SN, Sentimenti Negativi; LP, Limiti Personali; AI, Assertività di Iniziativa; AP, Assertività Positiva.

Sono state eseguite le seguenti analisi statistiche su tutto il campione di 106 partecipanti.

In primo luogo, è stata effettuata un'analisi di correlazione tra il disagio provato nell'attuazione di comportamenti assertivi, le variabili demografiche e le scale per la valutazione delle problematiche esternalizzanti e/o internalizzanti (**tabella 2**).

Tabella 2. *Correlazioni tra le variabili demografiche e le scale per la valutazione di problematiche esternalizzanti e/o internalizzanti ed il disagio provato nel mettere in atto comportamenti assertivi, eseguite su tutto il campione*

Variabili		Scale for Interpersonal Behavior SN	Scale for Interpersonal Behavior LP	Scale for Interpersonal Behavior AI	Scale for Interpersonal Behavior AP	Scale for Interpersonal Behavior Totale
Età	<i>r</i>	-0,096	-0,056	0,023	0,010	-0,037
	<i>p</i>	0,332	0,572	0,817	0,920	0,708
Genere	<i>r</i>	0,052	,202	0,026	0,091	0,105
	<i>p</i>	0,603	0,039	0,794	0,357	0,287
BAI	<i>r</i>	,215	,329	0,167	,386	,321
	<i>p</i>	0,028	0,001	0,091	0,000	0,001
AUDIT	<i>r</i>	,204	0,087	0,157	0,136	0,175

Tabella 2. *Continua*

	<i>p</i>	0,038	0,378	0,112	0,167	0,076
BDI-II	<i>r</i>	,352	,391	,247	,406	,411
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,011	0,000	0,000
BIS-11_A	<i>r</i>	,264	0,156	0,109	0,160	,207
	<i>p</i>	0,007	0,114	0,270	0,106	0,035
BIS-11_IM	<i>r</i>	-0,062	0,128	-0,032	0,007	0,007
	<i>p</i>	0,532	0,194	0,746	0,940	0,943
BIS-11_AC	<i>r</i>	-0,081	-0,086	-0,144	-0,109	-0,122
	<i>p</i>	0,414	0,385	0,144	0,269	0,216
BIS-11_CC	<i>r</i>	0,056	0,064	0,049	0,027	0,057
	<i>p</i>	0,575	0,516	0,618	0,785	0,564
BIS-11_P	<i>r</i>	0,092	0,009	-0,014	-0,102	-0,002
	<i>p</i>	0,355	0,927	0,889	0,304	0,985
BIS-11_IC	<i>r</i>	,217	,237	0,156	,254	,254
	<i>p</i>	0,027	0,016	0,115	0,009	0,009
BIS-11_IMP. A	<i>r</i>	,279	,224	0,151	,236	,265
	<i>p</i>	0,004	0,022	0,125	0,016	0,007
BIS-11_IMP. M	<i>r</i>	-0,021	0,120	-0,035	-0,032	0,006
	<i>p</i>	0,829	0,224	0,728	0,748	0,954
BIS-11_IMP. NP	<i>r</i>	-0,025	-0,023	-0,072	-0,061	-0,053
	<i>p</i>	0,803	0,814	0,465	0,538	0,595
BIS-11_TOT	<i>r</i>	0,094	0,140	0,012	0,054	0,088
	<i>p</i>	0,341	0,158	0,900	0,585	0,375
DERS_NA	<i>r</i>	,358	,364	0,146	,221	,321
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,139	0,024	0,001
DERS_G	<i>r</i>	,363	,305	,259	,309	,366
	<i>p</i>	0,000	0,002	0,008	0,001	0,000
DERS_I	<i>r</i>	,278	,302	0,102	,255	,277
	<i>p</i>	0,004	0,002	0,302	0,009	0,004
DERS_A	<i>r</i>	,241	,249	,196	,219	,266
	<i>p</i>	0,014	0,011	0,046	0,025	0,006
DERS_S	<i>r</i>	-	-	-	-	-
	<i>p</i>	-	-	-	-	-
DERS_C	<i>r</i>	,425	,456	,263	,304	,425
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,007	0,002	0,000
DERS_Tot	<i>r</i>	,471	,475	,273	,373	,469
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,005	0,000	0,000

Nota. Le correlazioni statisticamente significative sono evidenziate in **grassetto**. BAI, Beck Anxiety Inventory; BDI, Beck Depression Inventory-II; AUDIT, Alcol Use disorders Identification Test BIS-11_A, Barrett Impulsiveness Scale-11 A, Attenzione; IM, Impulsività Motoria; AC, Autocontrollo; CC, Complessità Cognitiva; P, Perseveranza; IC, Instabilità Cognitiva; IMP.A, Impulsività attentiva; IMP.M, Impulsività motoria; IMP.NP, Impulsività da non pianificazione; DERS_NA, Difficulties in Emotion Regulation Strategies NA, Nonacceptance; G, Goals; I, Impulse; A, Awareness; S, Strategies; C, Clarity; Psychological Well-Being Inventory A, Autonomy; EM, Environmental Mastery; PG, Personal Growth; PR, Positive Relations; PL, Purpose in Life; SA, Self-Acceptance.

In secondo luogo, è stata eseguita un'analisi di correlazione tra il benessere psicologico, le variabili demografiche e le scale per la valutazione di problematiche esternalizzanti e/o internalizzanti (tabella 3).

Tabella 3. Correlazioni tra le variabili demografiche e le scale per la valutazione di problematiche esternalizzanti e/o internalizzanti ed il benessere/malessere psicologico, eseguite su tutto il campione ($n = 106$)

Variabili	Psycho- logical Well-Being Inventory A	Psycho- logical Well-Being Inventory EM	Psycho- logical Well-Being Inventory PG	Psycho- logical Well-Being Inventory PR	Psycho- logical Well-Being Inventory PL	Psycho- logical Well-Being Inventory SA	Psycho- logical Well-Being Inventory Totale
Età	r 0,028	0,054	-0,054	0,120	0,054	0,124	0,080
	p 0,780	0,587	0,591	0,228	0,589	0,211	0,420
Genere	r -0,005	0,039	-0,084	-0,008	-0,152	0,007	-0,001
	p 0,964	0,697	0,401	0,937	0,126	0,947	0,990
BAI	r -0,046	-,449	-,305	-0,188	-,304	-,491	-,427
	p 0,644	0,000	0,002	0,057	0,002	0,000	0,000
AUDIT	r -0,031	-,194	-0,193	-0,127	0,017	-0,077	-0,189
	p 0,753	0,050	0,051	0,203	0,863	0,441	0,056
BDI	r -,229	-,552	-,484	-,465	-,355	-,607	-,661
	p 0,020	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
BIS-11_A	r -0,041	-,388	-0,173	-,241	-0,051	-0,189	-,296
	p 0,683	0,000	0,081	0,014	0,611	0,055	0,002
BIS-11_IM	r -0,129	-,246	-,338	-0,123	-0,015	-0,036	-,290
	p 0,195	0,012	0,000	0,214	0,877	0,717	0,003
BIS-11_AC	r -0,176	0,090	0,048	-0,114	-0,022	0,006	-0,020
	p 0,075	0,367	0,631	0,251	0,827	0,954	0,839
BIS-11_CC	r -0,024	-0,160	-0,120	-,267	0,141	-0,053	-0,184
	p 0,806	0,106	0,229	0,006	0,156	0,595	0,063
BIS-11_P	r -,236	-0,063	-0,168	-0,061	0,044	-0,044	-0,109
	p 0,017	0,527	0,091	0,542	0,658	0,662	0,273
BIS-11_IC	r -0,061	-,431	-,260	-0,175	-0,063	-,263	-,348
	p 0,538	0,000	0,008	0,076	0,528	0,007	0,000
BIS-11_ IMP.A	r -0,058	-,468	-,245	-,241	-0,065	-,257	-,367
	p 0,563	0,000	0,013	0,014	0,516	0,009	0,000
BIS-11_ IMP.M	r -,206	-,248	-,371	-0,135	0,003	-0,049	-,305
	p 0,037	0,011	0,000	0,173	0,980	0,621	0,002

BIS-11_IMP_NP	<i>r</i>	-0,136	-0,028	-0,034	-,231	0,065	-0,026	-0,118
	<i>p</i>	0,170	0,776	0,730	0,019	0,517	0,794	0,235
BIS-11_Totale	<i>r</i>	-0,186	-,326	-,295	-,274	0,005	-0,142	-,354
	<i>p</i>	0,060	0,001	0,003	0,005	0,962	0,151	0,000
DERS_NA	<i>r</i>	-0,117	-,333	-0,098	-0,145	-0,163	-,403	-,292
	<i>p</i>	0,240	0,001	0,324	0,144	0,100	0,000	0,003
DERS_G	<i>r</i>	-0,133	-,561	-,398	-,296	-,343	-,491	-,497
	<i>p</i>	0,179	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000
DERS_I	<i>r</i>	-,255	-,528	-,398	-,299	-,349	-,419	-,525
	<i>p</i>	0,009	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000
DERS_A	<i>r</i>	-,458	-,361	-,358	-,315	-,265	-,378	-,511
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,001	0,007	0,000	0,000
DERS_S	<i>r</i>	-	-	-	-	-	-	-
	<i>p</i>	-	-	-	-	-	-	-
DERS_C	<i>r</i>	-,236	-,531	-,277	-,324	-,390	-,579	-,544
	<i>p</i>	0,016	0,000	0,005	0,001	0,000	0,000	0,000
DERS_Totale	<i>r</i>	-,349	-,660	-,442	-,395	-,431	-,643	-,678
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
SIB_SN	<i>r</i>	-,356	-,439	-,266	-0,115	-,356	-,288	-,349
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,007	0,247	0,000	0,003	0,000
SIB_LP	<i>r</i>	-,261	-,304	-,304	-0,191	-,277	-,286	-,324
	<i>p</i>	0,008	0,002	0,002	0,054	0,005	0,003	0,001
SIB_AI	<i>r</i>	-,291	-,343	-,262	-0,121	-,258	-,213	-,295
	<i>p</i>	0,003	0,000	0,007	0,224	0,008	0,031	0,002
SIB_AP	<i>r</i>	-0,123	-,323	-,267	-,205	-,326	-,201	-,273
	<i>p</i>	0,215	0,001	0,006	0,038	0,001	0,042	0,005
SIB_Disagio_Totale	<i>r</i>	-,304	-,417	-,321	-0,183	-,360	-,290	-,365
	<i>p</i>	0,002	0,000	0,001	0,064	0,000	0,003	0,000

Nota. Le correlazioni statisticamente significative sono evidenziate in **grassetto**. BAI, Beck Anxiety Inventory; BDI, Beck Depression Inventory-II; AUDIT, Alcol Use disorders Identification Test BIS-11_A, Barrett Impulsiveness Scale-11 A, Attenzione; IM, Impulsività Motoria; AC, Autocontrollo; CC, Complessità Cognitiva; P, Perseveranza; IC, Instabilità Cognitiva; IMP.A, Impulsività attentiva; IMP.M, Impulsività motoria; IMP.NP; Impulsività da non pianificazione; DERS_NA, Difficulties in Emotion Regulation Strategies NA, Nonaccettazione; G, Goals; I, Impulse; A, Awareness; S, Strategies; C, Clarity; Psychological Well-Being Inventory A, Autonomy; EM, Environmental Mastery; PG, Personal Growth; PR, Positive Relations; PL, Purpose in Life; SA, Self-Acceptance; SIB_SN, Scale for Interpersonal Behavior Sentimenti Negativi; LP, Limiti Personali; AI, Assertività di Iniziativa; AP, Assertività Positiva.

Successivamente, sono state effettuate delle analisi di regressione per: i) valutare se il malessere psicologico fosse predetto dal disagio associato ai comportamenti assertivi e/o dalle problematiche esternalizzanti e/o internalizzanti (**tabella 4**); ii) valutare se il disagio provato nel mettere in atto comportamenti assertivi fosse in grado di predire l'abuso di alcol (Tabella 5).

Tabella 4. *Regressione lineare semplice e multipla per valutare l'associazione tra le variabili demografiche e le scale per la valutazione di problematiche esternalizzanti e/o internalizzanti ed il benessere psicologico, eseguite su tutto il campione (n=106)*

Variabili	Psychological Well-Being Inventory Totale	
	B (SE)	p
Regressione Semplice		
Demografiche		
Età	0.08 (0.37)	0.420
Genere	-0.00 (2.92)	0.990
Comportamentali		
Scale for Interpersonal Behavior	-0.36 (0.28)	0.000
Beck Depression Inventory II	-0.66 (0.07)	0.000
Beck Anxiety Inventory	-0.42 (0.16)	0.000
Barrett Impulsiveness Scale-11	-0.35 (0.13)	0.000
Difficulties in Emotion Regulation Scale	-0.67 (0.05)	0.000
Alcol Use disorders Identification Test	-0.18 (0.30)	0.056
Regressione Multipla		
Scale for Interpersonal Behavior	-0.02 (0.04)	0.789
Beck Depression Inventory II	-0.59 (0.13)	0.000
Beck Anxiety Inventory	0.33 (0.13)	0.004
Barrett Impulsiveness Scale-11	-0.05 (0.10)	0.466
Difficulties in Emotion Regulation Scale	-0.43 (0.06)	0.000

Nota. Le associazioni statisticamente significative sono evidenziate in **grassetto**. B, Beta Standardizzato; SE, Errore Standard

Tabella 5. *Regressione lineare semplice per valutare l'associazione tra il disagio provato nel mettere in atto comportamenti assertivi e l'abuso di alcol*

Variabili	Alcol Use disorders Identification Test	
	B (SE)	p
Regressione Semplice		
Disagio		
Scale for Interpersonal Behavior_SN	0.20 (0.05)	0.038
Scale for Interpersonal Behavior_LP	0.08 (0.07)	0.378
Scale for Interpersonal Behavior_AI	0.15 (0.07)	0.112
Scale for Interpersonal Behavior_AP	0.13 (0.06)	0.167
Scale for Interpersonal Behavior_Disagio Totale	0.17 (0.01)	0.076

Nota. Le associazioni statisticamente significative sono evidenziate in **grassetto**. B, Beta Standardizzato; SE, Errore Standard; SN, Sentimenti Negativi; LP, Limiti Personali; AI, Assertività di Iniziativa; AP, Assertività Positiva.

Risultati

Dalle analisi di correlazione emergono i seguenti risultati:

- i) correlazione positiva tra BAI e SIB_SN ($r = 0.215$; $p = 0.028$), SIB_LP ($r = 0.329$; $p = 0.001$), SIB_AP ($r = 0.386$; $p = 0.000$), SIB_Disagio_Totale ($r = 0.321$; $p = 0.001$). Questo significa che maggiori sono i livelli di disagio provato se si hanno comportamenti assertivi (come manifestare i sentimenti positivi e/o negativi e ammettere i propri limiti personali) e maggiore è la presenza di sintomatologia ansiosa.
- ii) correlazione positiva tra BDI e SIB_SN ($r = 0.352$; $p = 0.000$), SIB_LP ($r = 0.391$; $p = 0.000$), SIB_AI ($r = 0.247$; $p = 0.011$), SIB_AP ($r = 0.406$; $p = 0.000$), SIB_Disagio_Totale ($r = 0.411$; $p = 0.000$). Questo significa che maggiori sono i livelli di disagio provato nell'attuazione di comportamenti assertivi (come manifestare i sentimenti positivi e/o negativi, avere iniziativa e ammettere i propri limiti personali) maggiore è la presenza di sintomatologia depressiva.
- iii) correlazione positiva tra AUDIT e SIB_SN ($r = 0.204$; $p = 0.038$). In tal caso maggiori sono i livelli di disagio provato nel mettere in atto comportamenti assertivi (come manifestare i sentimenti negativi) maggiore è la presenza di abuso di alcol.
- iv) correlazione negativa tra PWB_Totale e SIB_SN ($r = -0.349$; $p = 0.000$), SIB_LP ($r = -0.324$; $p = 0.001$), SIB_AI ($r = -0.295$; $p = 0.002$), SIB_AP ($r = -0.273$; $p = 0.005$), SIB_Disagio_Totale ($r = -0.365$; $p = 0.000$). Da questi risultati emerge che maggiori sono i livelli di disagio provato nell'esecuzione di comportamenti assertivi (come manifestare i sentimenti positivi e/o negativi, avere iniziativa e ammettere i propri limiti personali) minore è il benessere psicologico.

L'analisi di regressione semplice mostra che la PWB_Totale è associato con SIB_Disagio_Totale ($B=-0.365$; $p=0.000$), BDI ($B=-0.661$; $p=0.000$), BAI ($B=-0.427$; $p=0.000$), BIS_Totale ($B=-0.354$; $p=0.000$), DERS_Tot ($B=-0.678$; $p=0.000$). L'analisi di regressione multivariata mostra che vi è una associazione tra PWB_Totale e BDI ($B=-0.597$; $p=0.000$), BAI ($B=-0.330$; $p=0.004$), DERS_Tot ($B=-0.435$; $p=0.000$). Dai risultati di queste analisi è possibile dedurre che vi è una relazione funzionale tra le diverse variabili prese in esame. Infatti, la presenza di sintomatologia ansioso-depressiva e l'incapacità nella regolazione delle emozioni rappresentano dei fattori di predizione del malessere psicologico. Quindi, chi sperimenta una sintomatologia ansioso-depressiva o mostra una incapacità nel regolare le emozioni esperite, sarà più incline a vivere un disagio emotivo, comportamentale e cognitivo che andrà a compromettere l'autonomia funzionale nella quotidianità. Inoltre, data la correlazione positiva tra SIB_SN e AUDIT, è stata eseguita la regressione semplice tra la SIB e l'AUDIT dalla quale emerge che il disagio nel mettere in atto alcuni comportamenti assertivi (come manifestare i sentimenti negativi) predice il ricorso all'uso di alcol (0.204 ; $p=0.038$).

Discussione

L'obiettivo principale dello studio è stato quello di valutare la presenza di disagio nella messa in atto di comportamenti assertivi in un gruppo di giovani adulti e se questo disagio correlasse con ansia, depressione, discontrollo degli impulsi, come l'abuso di alcol, malessere psicologico e difficoltà nella regolazione delle emozioni.

I risultati di questo studio esplorativo, in linea con le ipotesi iniziali, hanno permesso di concludere che maggiori livelli di disagio esperito quando si mettono in atto comportamenti assertivi, come il manifestare i sentimenti positivi e/o negativi, mettere limiti e avere iniziativa, correlano con la sintomatologia ansioso-depressiva, una maggiore propensione all'abuso di alcol e di conseguenza, un minore livello di benessere psicologico. Inoltre, la presenza di sintomatologia ansioso-depressiva e l'incapacità nella regolazione delle emozioni rappresentano dei fattori predittivi del malessere psicologico, e il disagio quando si realizzano comportamenti assertivi (come rifiutare le richieste e manifestare i sentimenti negativi) predice il ricorso all'uso di alcol.

Questi risultati tendono a confermare quanto già emerso in letteratura, secondo cui i sintomi ansioso-depressivi nei giovani sono associati a deficit delle abilità sociali e problemi con i coetanei (Deater-Deckard, 2001; Faghihi & Goodarzi, 2017). Infatti, i risultati di tale studio sottolineano come il manifestare di tale sintomatologia sia espressione di una reale difficoltà nel far valere i propri diritti e sentimenti nel contesto sociale. Studi di intervento, d'altra parte, hanno dimostrato che l'addestramento alle abilità sociali è uno strumento per la riduzione della sintomatologia ansioso-depressiva (Segrin, 2000). Ciò avvalorava quanto emerso da tale studio, secondo cui, chi non presenta un bagaglio di competenze sociali adatto, è maggiormente esposto a sperimentare la sintomatologia ansioso-depressiva.

Alcuni studi mostrano che soggetti sottoposti a training assertivi ottengono una riduzione e/o prevenzione dei comportamenti internalizzanti e imparano a esprimere le emozioni in maniera più funzionale nelle relazioni interpersonali, favorendo il benessere psicologico (Cerolini et al., 2021; Mohebi et al., 2012; Omura et al., 2017; Shafiq et al., 2015). Dallo studio di Speed e colleghi (2018) con studenti universitari emerge che gli studenti che si sottoponevano a training sull'assertività ottenevano una diminuzione del disagio esperito nel mettere in atto comportamenti assertivi e della sintomatologia ansioso-depressiva. Inoltre, nello studio condotto da Mohebi e

colleghi (2012), gli autori espongono i benefici del training assertivo in particolare sull'ansia da prestazione accademica in 89 studenti universitari, proponendolo come valido sostituto di una cura farmacologica. Infine, uno studio di Pourjali e colleghi (2010) su un campione di 1023 adolescenti ha mostrato una correlazione positiva tra uno stile comunicativo assertivo e il benessere psicologico.

Per quanto concerne la propensione all'abuso di alcol e quanto questo dato sia associato all'incapacità nel manifestare i sentimenti negativi, i giovani adulti che tendono ad approdare al suo uso eccessivo manifestano disagio nel *"rifiutare una richiesta che proviene da una persona che ha autorità"* e nel far rispettare il proprio diritto di declinare la proposta di assumere dell'alcol; inoltre, non riescono a *"chiedere a una persona di interrompere un comportamento che lo/la infastidisce"*, come l'insistenza da parte dell'interlocutore nell'eccedere con l'assunzione di alcol (SIB - forma ridotta; Arrindell et al., 2004). Si potrebbe ipotizzare che questo comportamento rappresenti una strategia di coping del disagio nell'esecuzione di comportamenti assertivi, così come affermato anche in letteratura (Ballester et al., 2020). Il disturbo da uso di sostanze poggia su una interazione di fattori psicologici, sociali ed ambientali, tra cui il deficit nella messa in atto di comportamenti di tipo assertivo che gioca un ruolo fondamentale nella gestione delle situazioni sociali. Chi fa abuso da sostanze, come l'alcol, ha difficoltà nell'esprimere pensieri, emozioni e nel prendere decisioni, soprattutto nella fascia di età che va dall'adolescenza alla giovane età adulta (Khalil & Shattla, 2024). Rabie e colleghi (2020) hanno rilevato che un gruppo di studenti sottoposti a interventi di formazione per le abilità di coping ha manifestato un cambiamento significativo degli atteggiamenti rispetto alle pressioni sociali del gruppo. Anche un recente studio di Khalil e Shattla (2024) dimostra l'impatto positivo di un training sulle abilità sociali in individui con una storia di abuso di sostanze, determinando un significativo calo nell'assunzione.

Conclusioni

In conclusione questo studio preliminare, seppure con evidenti limiti, legati all'esiguo campione di giovani intervistati e alla preponderanza del genere femminile che rendono i risultati scarsamente generalizzabili alla popolazione giovanile generale, ha il merito di aver dimostrato, in linea con la letteratura internazionale, il contributo delle abilità assertive nel benessere psicologico e nella sintomatologia ansioso-depressiva nei giovani adulti e il ruolo protettivo rispetto a comportamenti a rischio quali l'abuso di alcol.

Da questi risultati preliminari derivano due indicazioni cliniche interessanti: 1) nel colloquio clinico non accontentarsi di comprendere quanto frequentemente il giovane paziente si comporti assertivamente, ma indagare anche se tali comportamenti, seppur presenti, siano accompagnati da disagio, poiché da questa informazione potrebbe comunque derivare l'indicazione a intervenire in terapia per potenziare le abilità assertive; 2) proporre il training assertivo in questa fascia di età sia per aumentare il livello di benessere del giovane che diminuire i rischi di condotte disfunzionali. Soprattutto, nella fascia di età presa in considerazione nello studio, il training assertivo è un valido alleato nella terapia dei disagi psichici al punto che si propone, in alcuni casi, come una tecnica da utilizzare in sostituzione del trattamento farmacologico, evitando di iniziare terapie a base di farmaci in una fase precoce. Per molto tempo, gli interventi di promozione dell'assertività non hanno avuto grande visibilità rispetto ad altri interventi CBT, ma i risultati di questo studio riportano l'attenzione sulla necessità di favorire approcci terapeutici di prevenzione e promozione della salute per una popolazione generale e clinica.

In una prospettiva futura, uno studio longitudinale con la raccolta di dati ripetuti consentirebbe

di osservare i cambiamenti nel tempo delle variabili osservate e di comprendere meglio il modo in cui interagiscono tra loro.

Bibliografia

- Antúñez, J. M. (2020). Circadian typology is related to emotion regulation, metacognitive beliefs and assertiveness in healthy adults. *PLoS One*, *15*(3), e0230169. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230169>
- Arrindell, W. A., Nota, L., Sanavio, E., Sica, C., & Soresi, S. (2004). *Test SIB. Valutazione del comportamento interpersonale e assertivo*. Edizioni Erickson.
- Ballester, L., Valero, M., Orte, C., & Amer, J. (2020). An analysis of family dynamics: a selective substance abuse prevention programme for adolescents. *European Journal of Social Work*, *23*(1), 93-105. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1473842>
- Baggio, F. (2013). *Assertività e training assertivo*. Franco Angeli.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56* (6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II (BDI-II). <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Ben Cherifa, D., Saguem, B. N., Chelbi, S., Braham, A., Ben Nasr, S., & Ben Saad, H. (2022). Predictors of assertive behaviors among a sample of first-year Tunisian medical students. *The Libyan journal of medicine*, *17*(1), 2095727. <https://doi.org/10.1080/19932820.2022.2095727>
- Cerolini, S., Terrasi, M., Conte, S. C., Devoto, A., Cosentino, T., & Lombardo, C., (2021). *Training sull'assertività: un intervento da riscoprire? Prove di efficacia in un campione di studenti universitari e in un campione clinico*. Edizioni Centro Studi Erickson.
- Crocetti, E., Rubini, M., & Palmonari, A. (2008). Attaccamento ai genitori e al gruppo dei pari e sviluppo dell'identità in adolescenti e giovani. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, *12*(2), 331-356. <https://doi.org/10.1449/27512>
- Cuccu, S., Nonnis, M., Cortese, C. G., Massidda, D., & Altoè, G. (2016). Assertività e burnout: una ricerca su un gruppo di medici ospedalieri. *Giornale Italiano di Psicologia*, *43*(4), 875-893. <https://doi.org/10.1421/85582>
- Deater-Deckard, K. (2001). Annotation: Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *42*(5):565-579. <https://doi.org/10.1017/S0021963001007272>
- Epstein, J. A., Bang, H., & Botvin, G. J. (2007). Which psychosocial factors moderate or directly affect substance use among inner-city adolescents?. *Addictive behaviors*, *32*(4), 700-713. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.06.011>
- Faghihi, F., & Goodarzi, K. (2017). Effectiveness of group assertiveness training in social anxiety and metacognitive beliefs of students living in the dormitory. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, *8*(2), 43-48. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2017.00080.8>
- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barratt, E. S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *Journal of clinical psychology*, *57*(6), 815-828. <https://doi.org/10.1002/jclp.1051>
- Galeazzi, A., & Porzionato, G. (1998). *Oltre la maschera. Introduzione allo studio della personalità*. Carocci.
- Glaser, B., Shelton, K. H., & van den Bree, M. B. (2010). The moderating role of close friends in the relationship between conduct problems and adolescent substance use. *Journal of Adolescent Health*, *47*(1), 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.022>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *26*(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

- Keenan, K., Hipwell, A., Feng, X., Rischall, M., Henneberger, A., & Klosterman, S. (2010). Lack of assertion, peer victimization, and risk for depression in girls: Testing a Diathesis–Stress Model. *Journal of Adolescent Health, 47*(5), 526-528. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.03.016>
- Khalil, A. I., & Shattla, S. I. (2024). How Social Skill Training Can Foster Assertiveness and Reduce Substance Use Relapse among Drug Users: A Quasi Experimental Study. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders, 8*(1), 01-14. <https://doi.org/10.26502/JPPD.2572-519X0206>
- Mohebi, S., Sharifrad, G. H., Shahsiah, M., Botlani, S., Matlabi, M., & Rezaeian, M. (2012). The effect of assertiveness training on student's academic anxiety. *Journal of the Pakistan Medical Association, 62*(3 Suppl 2), S37-41. <https://doi.org/10.5812/ircmj.21096>
- Omura, M., Maguire, J., Levett-Jones, T., & Stone, T. E. (2017). The effectiveness of assertiveness communication training programs for healthcare professionals and students: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 76*, 120-128. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.001>
- Parray, F. A. (2024). Impact of Assertiveness Training on Psychological Well-Being of Adolescents. *Educational Administration: Theory and Practice, 30*(6), 13666-13672. <https://doi.org/10.53555/kuey.v30i5.5976>
- Piccinelli, M. (1998). Alcohol use disorders identification test (AUDIT). *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 7*(1), 70-73. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00007144>
- Pourjali, F., & Zarnaghash, M. (2010). Relationships between assertiveness and the power of saying no with mental health among undergraduate student. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 9*, 137-141. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.12.126>
- Rabie, M., Shaker, N. M., Gaber, E., El-Habiby, M., Ismail, D., El-Gaafary, M., Lotfy, A., Khafagy, W., & Muscat, R. (2020). Prevalence updates of substance use among Egyptian adolescents. *Middle East current psychiatry, 27*(4), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s43045-019-0013-8>
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C. D., & Fava, G. A. (2003). La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB). *Rivista di psichiatria, 38*(3):117-30. <https://doi.org/10.1708/173.1864>
- Ruini, C., Ottolini, F., Tomba, E., Belaise, C., Albieri, E., Visani, D., Offidani, E., Caffo, E., & Fava, G. A. (2009). School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*(4):522-532. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.07.002>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Sarkova, M., Bacikova-Sleskova, M., Orosova, O., Madarasova Geckova, A., Katreniakova, Z., Klein, D., van den Heuvel, W., & van Dijk, J. P. (2013). Associations between assertiveness, psychological well-being, and self-esteem in adolescents. *Journal of Applied Social Psychology, 43*(1), 147-154. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2012.00988.x>
- Segal, D. L. (2005). Relationships of assertiveness, depression, and social support among older nursing home residents. *Behavior modification, 29*(4), 689-695. <https://doi.org/10.1177/0145445503259391>
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical psychology review, 20*(3), 379-403. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00104-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00104-4)
- Shafiq, S., Naz, R. A., & Yousaf, B. (2015). Gender differences between assertiveness and psychological well being among university students. *Educational Research International, 4*(2), 87-95.
- Sherif, M., & Sherif, C. W. (1969). *Social psychology*. Harper & Row.
- Sherif, M. (1966). *In common predicament: Social psychology of intergroup conflict and cooperation*. Houghton Mifflin.
- Speed, B. C., Goldstein, B. L., & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness training: A forgotten evidence-based treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice, 25*(1), 20. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12216>