



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MESSINA
DIPARTIMENTO DI
SCIENZE COGNITIVE, PSICOLOGICHE, PEDAGOGICHE E STUDI CULTURALI
CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN
SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

**Emergenza immigrazione?
Conseguenze psicologiche nella relazione d'aiuto:
Guardia Costiera e professionisti civili a confronto.
Uno studio sperimentale.**

Tesi di laurea di:
Sarah Dell'Arte

Relatrice:
Chiar.mo Prof.Ssa Rosa Angela Fabio

Anno Accademico 2017/2018

Ai miei grandi pilastri, papà Salvatore e mamma Lucia: se ho visto più lontano è perché stavo sulle spalle di giganti;

Al mio ragazzo Pietro, la mia forza, il mio complice, l'altra metà di me, da sempre;

A mia sorella Alessia, sole della mia vita;

A mio suocero, tenace luogotenente;

A mia suocera, la cui dolcezza e semplicità hanno conquistato il mio cuore;

...e a mio nonno Pasquale, angelo che veglia su di me.

A voi dedico questo mio primo grande traguardo, grazie per aver creduto in me.

Sarah.

“Ognuno dipinge il quadro della propria vita con i colori delle proprie scelte”

(M. Maini)

INDICE

| | |
|---|-----------|
| ABSTRACT | 5 |
| 1. Introduzione | 6 |
| 1.1 Disturbo d'ansia generalizzato (DAG) | 8 |
| 1.2 Disturbo da stress post traumatico (DSPT) e disturbo depressivo maggiore (DDM) | 8 |
| 1.3 Coping..... | 9 |
| 1.4 Ipotesi sperimentali..... | 11 |
| 2. Metodo | 12 |
| 2.1 Partecipanti | 12 |
| 2.2 Procedura | 12 |
| 2.3 Strumenti..... | 12 |
| 2.3.1 Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD – 7) | 13 |
| 2.3.2 Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ – 9) | 13 |
| 2.3.3 Post-traumatic stress disorder- Checklist (PCL): military version & civilian version | 14 |
| 2.3.4 Coping Orientation to Problems Experienced - Nuova Versione Italiana (COPE-NVI) | 15 |
| 3. Risultati | 18 |
| 3.1 Statistiche demografiche del campione | 18 |
| 3.2 Analisi statistica : Sintomi relativi alla salute mentale legati allo stress e al coping..... | 21 |
| 4. Conclusioni | 24 |
| 5. Seconda ricerca | 26 |
| 5.1 Introduzione | 26 |
| 5.2 Metodo | 26 |
| 5.2.1 Partecipanti..... | 26 |
| 5.2.2 Procedura..... | 27 |
| 5.2.3 Strumenti | 27 |
| 5.3 Risultati | 27 |
| 5.3.1 Statistiche demografiche del campione | 27 |
| 5.3.2 Analisi statistica : Sintomi relativi alla salute mentale legati allo stress e al coping..... | 28 |
| 5.4 Conclusioni | 31 |
| BIBLIOGRAFIA | 33 |

ABSTRACT

Maritime tragedies of migrants coming from North Africa to Europe can affect the psychology of the military and/or civil actors involved in the rescue and hospitality of these needy people. This experimental study has proved the presence of psychological distress in the military subjects of the Coast Guard and the coping strategies they use to face stressful situations as the migratory phenomenon compared to a control group of civil professionals of help relationship. It has emerged that soldiers of the Coast Guard have normal anxiety levels, depression is completely missing, the symptomatology of post-traumatic stress disorder related to military trauma is very low and the coping strategies used are positive: this proves that they have received a very good military formation and have developed a good adaptability to the distress they have to face, compared to the civilians who are more inclined to the insurgence of these psychological distresses and to the use of unsuitable coping strategies. There is a second research as well, made only on a sample of civil professionals, with the aim of studying as the gender variable effects, in such a context, the insurgence of psychological distress and coping strategies to face the working stress. Although it has been proved that women have higher anxious, depressive and post-traumatic symptoms, they adopt much more positive coping strategies compared to men.

1. INTRODUZIONE

*“Forza danzante sulle onde oscure,
ali blu a soccorso voi ponete,
non vi fermate oh angeli del mare,
sfidar marosi, al vostro cuor chiedete!”*

(Capitano di Fregata Pierluigi Milella, Inno della Guardia Costiera “Angeli del mare”)

Le fonti d’ispirazione che hanno dato il via alla scelta di questo studio sperimentale sono state diverse: il fascino e la curiosità per il mondo militare, l’interesse per la psicotraumatologia, la mia esperienza da tirocinante in una comunità per minori immigrati non accompagnati, la lettura del libro “COLPITI AL CUORE” di Erik De Soir & Tiziana Celli (2018). In questo lavoro sono state evidenziate le ripercussioni che l’immigrazione, fenomeno d’attualità, ha sulla psicologia degli attori coinvolti nel soccorso e nella salvaguardia dei migranti; in dettaglio il campione era composto da un gruppo sperimentale di militari della Guardia Costiera Italiana e da un gruppo di controllo formato da operatori civili tra cui psicologi, assistenti sociali ed educatori. Al giorno d’oggi, la situazione internazionale è stata profondamente segnata da una serie di cambiamenti inerenti il Mediterraneo Sud Orientale che, sulle tracce della Primavera Araba, hanno causato una migrazione di massa delle popolazioni del Nord Africa verso l’Europa, a causa di guerre, persecuzioni politiche, povertà endemiche. L’Italia in particolare, definita “La porta d’Europa”, si confronta quotidianamente con questo fenomeno. Le svariate tragedie marittime dei migranti vedono coinvolto il personale militare italiano della Guardia Costiera (GC), coadiuvato dalle organizzazioni non governative (ONG), che si appresta a fronteggiare non solo l’emergenza in senso stretto (trasbordo, assistenza medica, trasporto d’urgenza..), ma anche gli esiti psicologici dei soggetti coinvolti (vittime, soccorritori, spettatori..). I militari della Guardia Costiera che intervengono in queste situazioni drammatiche sviluppano, solitamente, un’alta soglia di tolleranza data la frequente ed abituaria esposizione ai soccorsi e si suppone dovrebbero possedere stili di coping adeguati al fine di mantenere alte le loro prestazioni. Tuttavia potrebbero pur sempre essere esposti all’insorgenza di disagi psicologici come disturbo da stress post traumatico (DSPT), disturbo d’ansia generalizzato (DAG), disturbo depressivo maggiore (DDM),

poiché lavorare costantemente a contatto con situazioni di pericolo, comporta una possibile sofferenza psicologica che non può essere trascurata. Qualora i traumi psicologici dovessero protrarsi per anni, c'è rischio di cronicizzazione, e in questi casi il trauma psicologico può tramutarsi in psicopatologia. Il Corpo delle capitanerie di porto – Guardia Costiera è uno dei corpi specialisti della Marina Militare Italiana: è competente in tema di sicurezza dei porti, della spiaggia e dei commerci che ivi si svolgono, vigila su tutte le attività che avvengono in mare tra le quali la salvaguardia della vita umana, la sicurezza della navigazione, la tutela dei beni archeologici sommersi ecc.. Per quanto riguarda il tema IMMIGRAZIONE, la Guardia Costiera con i suoi mezzi e uomini ha contribuito a salvare molte vite utilizzando navi e motovedette per i salvataggi di massa, e i mezzi aerei per gli interventi al limite ove serviva un trasporto immediato agli ospedali più vicini. Tra le figure della Guardia Costiera maggiormente coinvolte nel soccorso dei migranti spiccano: 1) il personale delle motovedette; 2) i rescue swimmer, chiamati ad operare direttamente in acqua per fornire una tempestiva azione di salvataggio ed operando, all'occorrenza, in zone precluse a qualunque mezzo nautico o in condizioni di intervento critiche; 3) gli aerosoccorritori (ARS), parte integrante degli equipaggi degli elicotteri della GC, che intervengono in sicurezza nell'azione di soccorso anche in condizioni limite per il recupero dei naufraghi ed infortunati; 4) l'intero equipaggio dei reparti volo, tra cui piloti ed operatori di volo (OV) che coordinano le attività in volo. In seguito al salvataggio dei migranti superstiti, la presa di cura di essi presenta caratteristiche complesse e richiede un approccio transculturale da parte di personale civile (psicologi, assistenti sociali, educatori, operatori di comunità..) in grado di muoversi all'interno di ampie reti di sostegno psico-sociale e che sia capace di accompagnarli nella realizzazione del progetto migratorio, favorendo la loro integrazione sociale e psicologica nella nuova realtà. Si tratta di professioni civili basate sulla "relazione d'aiuto" tra operatore e utenti "disagiati", nelle quali le responsabilità morali dell'operatore, lo stress a cui è sottoposto e il suo coinvolgimento emotivo sono elevatissimi. Lavorare quotidianamente nella relazione d'aiuto nelle Comunità d'accoglienza rappresenta un'esperienza interessante poiché nell'incontro interculturale risiede una possibilità di crescita sia per l'operatore sia per la persona accolta, sotto il profilo umano e professionale. Nello stesso tempo, questo lavoro può diventare fortemente stressante ed emotivamente usurante se non sussistono le adeguate misure di prevenzione, portando inevitabilmente a stati depressivi, insoddisfazione lavorativa, tensione e ansietà. Tali problemi spesso nascono non tanto dalle peculiarità degli utenti, quanto dalla disorganizzazione, dalla mancanza di leadership

efficace, dal non riuscire a distinguere le proprie motivazioni e i propri processi psicologici da quelli degli utenti, dalla difficoltà di gestire di conseguenza le emozioni che questi processi elicitano, dall'improvvisazione del lavoro ecc. Tutti questi ostacoli elencati possono concorrere a trasformare i luoghi d'accoglienza in posti freddi ed inhospitali. Di seguito saranno presentati i riferimenti teorici relativi ai diversi costrutti studiati.

1.1 Disturbo d'ansia generalizzato (DAG)

Il DAG fa parte dei disturbi d'ansia ed è caratterizzato dalla presenza di ansia e preoccupazione eccessive, pervasive e difficilmente controllabili inerenti ad eventi di vita ed accompagnate da sintomi fisici (tensione muscolare, irrequietezza..), neurovegetativi (tachicardia, tremori..) e psicologici (irritabilità). Varie ricerche dimostrano che sintomi da disturbo da stress post traumatico come l'insonnia possono presentarsi in comorbidità con disturbi d'ansia e depressione (Gehrman et al., 2013), e causare deficit di concentrazione, attenzione e memoria nei militari (Millan et al., 2012; Morin and Benca, 2012; Polak, Witteveen, Reitsma and Olf, 2012; Brownlow, Klingamanc, Bolandb, Brewstera and Gehrmana, 2017).

1.2 Disturbo da stress post traumatico (DSPT) & disturbo depressivo maggiore (DDM)

Il DSPT è caratterizzato dalla comparsa di un insieme di sintomi cognitivi, affettivi, somatici e comportamentali a seguito dell'esposizione a uno o più eventi traumatici, ossia eventi straordinari in grado di provocare una grave reazione di paura in chiunque. Il DSM-IV prevede la presenza di sintomi afferenti a tre cluster ben precisi, definibili come tendenza a rivivere l'avvenimento (flashback), condotte di evitamento nei confronti di ricordi o stimoli che rievocano il trauma, aumento dell'arousal (ipervigilanza) (American Psychiatric Association, 1994). La durata del disturbo è superiore ad 1 mese e causa disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo e di altre aree del soggetto. Tale disturbo è molto diffuso, ma spesso non giunge ad osservazione clinica per vergogna o desiderabilità sociale. Nel DSM-IV, il DSPT rientra nel gruppo dei Disturbi d'ansia, mentre nel DSM-5, nuova versione, è classificato all'interno di altre sezioni. Il DDM è, invece, un disturbo dell'umore unipolare molto frequente, che costituisce fonte di elevata sofferenza per il paziente ed un elevato carico assistenziale per la famiglia. Sul piano sintomatico, questo disturbo è caratterizzato da

umore depresso, ossia un vissuto soggettivo di tristezza, angoscia, autosvalutazione, sentimento di indegnità, ma anche da una sensazione perenne di stanchezza, inappetenza e insonnia, da anedonia ed apatia, da una incapacità di godere accompagnata dalla perdita di fiducia e di speranza nel futuro che può giungere a fantasie di suicidio o addirittura al suo compiersi. Anche le funzioni cognitive possono risultare compromesse. Lo stress delle Forze Armate in generale, è da lungo tempo associato con DSPT e DDM: vi sono parecchie ricerche che documentano l'insorgenza di tali disturbi in militari missionari (Shen, Arkes, Kwan, Tan and Williams, 2010; Mayo, MacGregor, Dougherty, and Galarneau, 2013; Hines, Sundin, Rona, Wessely, and Fear, 2014; Stander, Thomsen, and Highfill-McRoy, 2014; Mustillo et al., 2015). Tuttavia, per quanto riguarda i militari della Guardia Costiera in particolare, codesta è una (sotto)popolazione poco studiata: i tassi di DSPT e DDM sono largamente sconosciuti. Una comparazione tra le varie Forze Armate è stata effettuata analizzando le ospedalizzazioni per DSPT. La presenza di ospedalizzazioni per DSPT è maggiore per l'esercito e i Marines, minore per la marina e l'aeronautica, e ancora più bassa per la Guardia Costiera (Armed Forces Health Surveillance Center, 2013). Allo stesso modo, le percentuali di ospedalizzazioni per DDM, per la Guardia Costiera sono la metà rispetto a quelle dell'esercito, ma simili a quelle dell'aeronautica, della marina e dei Marines (Armed Forces Health Surveillance Center, 2013). I militari in servizio attivo sono avversi alla ricerca di supporto per la salute mentale, quindi le ospedalizzazioni sottostimano la prevalenza effettiva di DSPT. Gli ostacoli più comuni alla cura sono quelli relativi allo stigma pubblico associato alla consulenza per un problema di salute mentale: ciò causa nei militari la preoccupazione che in base potrebbero essere biasimati per i loro problemi, dunque potrebbero nasconderli per desiderabilità sociale (Iversen et al., 2011). Infine, dall'analisi della letteratura risulta che le percentuali di DSPT correlate a esperienze militari e non militari sono contraddittorie, ed aprono delle prospettive per studi futuri. (Richard J. Servatius et al., 2017).

1.3 Coping

Le persone, che siano militari o civili, possono differire tra loro per lo stile di coping (Carver & Scheier, 1994; Delahajj & Van Dam, 2016) che hanno sviluppato nel tempo e che può influire sul comportamento (Delahajj & Van Dam, 2016). Il Coping viene definito come "l'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali destinati a controllare, ridurre o tollerare le esigenze interne o esterne che minacciano o oltrepassano le risorse dell'individuo" (Lazarus & Folkman, 1984). Si distinguono due grandi classi di strategie di

aggiustamento: il coping orientato al problema che mira alla modifica della situazione (il soggetto la deve affrontare) , e il coping orientato alle emozioni diretto alla riduzione dell'ansia (il soggetto non si propone di affrontare la situazione) (Endler & Parker, 1994; Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus & Folkman, 1984). Dall'analisi della letteratura emerge che il primo tipo di coping trova espressione in due fattori denominati, generalmente, coping attivo e pianificazione, mentre il secondo tipo trova espressione in quattro fattori: distanziamento (negare l'esistenza del problema o distrarsi), autocontrollo (non lasciarsi trascinare dalle proprie emozioni), assunzione di responsabilità (ritenersi più o meno responsabili della situazione) e rivalutazione positiva (riconoscere i cambiamenti che provengono dalla modificazione di una situazione, vedere la realtà da un punto di vista positivo) (e.g. Amirkhan, 1990; Carver, Scheier e Weintraub, 1989; Endler e Parker, 1993; Monat e Lazarus, 1991; Lyne e Roger, 2000; Zani e Cicognani, 1999). Inoltre, studi hanno dimostrato che soggetti con stile di coping orientato alle emozioni implementano di conseguenza tale strategia, e coloro con stile di coping orientato al problema adottano questo durante le situazioni stressanti militari a cui sono sottoposti. Questo risultato è in linea con precedenti studi su soggetti civili in situazioni di stress moderato (Carver & Scheier, 1994; Ptacek et al., 2006). I militari e i poliziotti, essendo professionisti ad alto rischio, devono essere ben formati affinché adottino coping adattivi, per minimizzare il decremento della performance (Driskell, Salas, Johnston, & Wollert, 2008; Orasanu & Backer, 2013). Utilizzando le teorie messe a punto da Lazarus e Folkman (Lazarus & Folkman, 1984), Carver & Scheier supposero che le strategie di coping corrispondono agli sforzi personali di autoregolazione nei momenti difficili, sostenendo che le persone tendono a regolare il proprio comportamento in funzione di una gerarchia di obiettivi più o meno conscia (Carver e Scheier, 2004). Dunque, secondo questi studiosi, le modalità di coping utilizzate dipenderanno dalle aspettative che le persone hanno di raggiungere i propri obiettivi (ad esempio, di risolvere un dato problema): se le aspettative sono ottimiste, allora le persone saranno motivate a raggiungere il loro obiettivo, invece se le aspettative sono negative (pessimisti), rinunceranno a raggiungere i propri obiettivi e cercheranno un modo differente per gestire il presumibile stress psicologico causato dal mancato raggiungimento dei propri fini. Per quanto riguarda il coping, sarà quest'ultima la teoria di riferimento della ricerca.

1.4 Ipotesi sperimentali

Obiettivi di questo studio sperimentale sono stati quelli di verificare nei soggetti militari della Guardia Costiera la presenza di disagi psicologici e gli stili di coping che essi adoperano per far fronte alle situazioni stressanti, rispetto ad un gruppo di controllo di soggetti civili che operano nel campo di professioni basate sulla “relazione d’aiuto” tra operatore e immigrati (assistenti sociali, psicologi, educatori, operatori..). La prima ipotesi è stata quella di verificare nel personale della Guardia Costiera la presenza di disturbo da stress post traumatico (DSPT) , disturbo d’ansia generalizzato (DAG), disturbo depressivo maggiore (DDM) , rispetto al gruppo di controllo di civili, ipotizzando che, dopo anni di esperienza formativa e lavorativa nel campo dell’immigrazione, abbiano sviluppato un buon grado di adattabilità agli stress a cui sono sottoposti, e quindi essere protetti dall’insorgenza delle patologie psichiatriche menzionate. La seconda ipotesi prevedeva che, essendo militari, se sono opportunamente formati ad affrontare situazioni stressanti come il fenomeno migratorio, allora dovrebbero adottare modalità di coping adattive più elevate rispetto al gruppo di controllo. Un fattore che, comunque, potrebbe influenzare i risultati è quello della desiderabilità sociale, a causa dello stereotipo del “buon militare”, ma anche la rigida attività formativa e disciplinare a cui sono sottoposti i militari.

2. METODO

2.1 Partecipanti

Lo studio è stato effettuato su due campioni indipendenti (TOT: 41 soggetti): un gruppo sperimentale ed un gruppo di controllo. Il gruppo sperimentale è costituito da 31 soggetti (M = 30 ; F = 1) appartenenti al personale militare della Guardia Costiera che opera in situazioni stressanti come il fenomeno immigratorio. Sono stati reclutati sia i membri dei reparti volo tra cui 5 piloti, 6 aerosoccorritori (ARS) e 5 operatori di volo (OV), sia il personale che opera sulle motovedette tra cui 3 motoristi, 3 copertisti, 2 comandanti di motovedetta, 1 nostromo e 6 che non hanno espressamente indicato la loro mansione. La maggioranza del sesso maschile è giustificata dal contesto militare, ove vi è una prevalenza di uomini, soprattutto nei i reparti volo. Il gruppo di controllo è formato da 10 soggetti (M=9 ; F=1) civili, tra cui 7 educatori e 3 operatori, che operano nel campo di professioni basate sulla “relazione d’aiuto” tra operatore e immigrati (psicologi, assistenti sociale, educatori operatori). Le variabili socio-demografiche prese in considerazione sono: età, genere, titolo di studio, professione, anni di servizio, e solo nel caso dei militari anche grado e mansione svolta a bordo.

2.2 Procedura

La raccolta dati è avvenuta nel periodo gennaio/febbraio/marzo 2018. Il reclutamento del personale militare della GC è stato effettuato da due militari designati che insieme alla ricercatrice hanno somministrato i questionari ai partecipanti militari, illustrando gli scopi della ricerca sia al comandante, sia al personale studiato. E’ stato assicurato ai soggetti non solo che la partecipazione era volontaria ed espressa da ciascuno attraverso consenso informato, ma anche che Il rifiuto di partecipare non comportava alcuna penalità o perdita di benefici lavorativi. Il reclutamento del personale civile è stato effettuato dagli stessi ricercatori ed, anche in questo caso, i soggetti sono stati informati che la partecipazione era volontaria ed espressa attraverso consenso informato compilato da loro stessi. Né i militari, né i civili, sono stati ricompensati con onorari.

2.3 Strumenti

Gli strumenti utilizzati sono stati:

- Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD – 7)

- Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ – 9)
- Post-traumatic stress disorder- CheckList (PCL): military version & civilian version
- Coping Orientation to Problems Experienced - Nuova Versione Italiana (COPE-NVI)

2.3.3 Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD –7)

Il GAD–7 (Generalized Anxiety Disorder – 7) (Spitzer, Kroenke, Williams, Lowe, 2006) è stato somministrato per studiare con quale frequenza le tendenze ansiose si manifestavano durante le ultime due settimane, sia nei militari della GC, sia nei civili. E' un questionario autosomministrato composto da 7 item, valutati su scala Likert a 4 punti (0-3), che corrispondono ai sintomi d'ansia secondo il DSM-IV (APA, 1994). Il punteggio ha un range compreso tra 0-21. I punteggi 5,10,15 sono definiti “cut-off points” per la valutazione, rispettivamente , di ansia media, moderata o severa. Il livello di gravità dei sintomi ansiosi è quindi suddiviso a seconda dei punteggi ottenuti al GAD – 7:

| ANSIETA' NORMALE | ANSIETA' MEDIA | ANSIETA' MODERATA | ANSIETA' SEVERA |
|-----------------------------|---------------------------|------------------------------|----------------------------|
| <i>0-4</i> | <i>5-9</i> | <i>10-14</i> | <i>15-21</i> |

Tabella n. 1 cut-off points del GAD-7

Utilizzando il punteggio soglia di 10, il GAD-7 ha una sensibilità dell'89% e una specificità dell'82% per il disturbo d'ansia generalizzato. È moderatamente efficace nello screening di altri tre comuni disturbi d'ansia: disturbo di panico (sensibilità 74%, specificità 81%), disturbo d'ansia sociale (sensibilità 72%, specificità 80%) e disturbo da stress post-traumatico (sensibilità 66%, specificità 81 %). (Kroenke, Spitzer, Williams, et al., 2007) ; (Spitzer et al., 2006). L'alfa di Cronbach era 0.92 (Kroenke, Kurt; Spitzer, Robert L.; Williams, Janet B. W.; Löwe, Bernd (2010).

2.3.2 Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ – 9)

Il PHQ – 9 (Patient Health Questionnaire – 9) (Spitzer, Kroenke, & William 1999) è stato utilizzato per valutare la frequenza con cui i sintomi depressivi si manifestavano fastidiosamente durante le ultime due settimane, sia nei militari della GC, sia nei civili. Si tratta di un questionario autosomministrato composto da 9 item, valutati su scala Likert a 4

punti (0-3), che corrispondono ai sintomi della depressione maggiore secondo il DSM-IV. Il punteggio ha un range compreso tra 0-27. I punteggi compresi tra 0 e 9 indicano la presenza di una depressione sotto soglia. Il punteggio 10 viene indicato come punto in cui la sensibilità e la specificità dello strumento vengono riconosciute ottimali per evidenziare depressioni di rilevanza clinica (Gilbody et al., 2007). Il livello di gravità della depressione viene suddiviso a seconda dei punteggi ottenuti al PHQ-9 (MacArthur & MacArthur, 2009):

Tabella n.2: cut-off points del PHQ-9

| |
|--|
| 5-9 = Sintomi depressivi minimi / Depressione sottosoglia |
| 10-14 = Depressione minore / Depressione maggiore lieve |
| 15-19 = Depressione maggiore moderata |
| ≥ 20 = Depressione maggiore severa |

Il coefficiente alfa di Cronbach aveva un range compreso tra 0.82-0.89 (Kroenke, Kurt; Spitzer, Robert L; Williams & Janet, 2017).

2.3.1 Post traumatic stress disorder- CheckList (PCL): military version & civilian version

Per catturare la presenza di sintomi traumatici sono state utilizzate due varianti della **PCL** (Post traumatic stress disorder- CheckList) (Keen, Kutter, Niles & Krinsley 2008; McDonald and Calhoun, 2010; Lee, Warner & Hoge, 2014; Searle et al., 2015). :
rispettivamente, al campione sperimentale della GC è stata somministrata la versione per militari ove gli item erano inerenti ad esperienze stressanti militari, mentre al gruppo di controllo dei professionisti di cura è stata distribuita la versione per civili ove gli item erano riferiti ad eventi stressanti non militari. A parte la distinzione di item riferiti ad esperienze militari e non , le due versioni erano identiche. La PCL è una CheckList standardizzata autosomministrata che misura la gravità dei sintomi da DSPT nell'ultimo mese ed è formata da 17 item valutati su scala Likert a 5 punti(1 = per niente; 5 = moltissimo). Il punteggio ha un range compreso tra 17- 85. Le categorie di risposta 3-5 (da moderatamente a moltissimo) sono considerate sintomatiche, mentre le categorie 1-2 (per niente ; un po') sono definite non sintomatiche. Secondo i criteri del DSM-IV, su cui il self-report si basa, si potrebbe effettuare diagnosi di DSPT: se il soggetto esprime almeno

1 risposta sintomatica ai quesiti 1-5 (Criterio B del DSM-IV), almeno 3 risposte sintomatiche ai quesiti 6-12 (Criterio C), almeno 2 risposte sintomatiche ai quesiti 13-17 (Criterio D). Il PCL ha affidabilità e validità convergenti con sensibilità e selettività per la diagnosi di DSPT (utilizzando i criteri DSM-IV). La coerenza interna è elevata sia per l'intera scala ($\alpha = 0.91$), sia per le dimensioni del DSM-IV (APA, 1994), rispettivamente $\alpha = 0.83$ per il criterio B, $\alpha = 0.81$ per il criterio C, e $\alpha = 0.80$ per il criterio D (Lima, Barreto & Assunção, 2012). Il livello di gravità del DSPT viene suddiviso a seconda dei punteggi ottenuti alla PCL:

Tabella n. 3: cut-off points del PCL

| BASSO DSPT | MODERATO DSPT | ALTO DSPT |
|------------|---------------|-----------|
| 17-33 | 34-43 | 44-85 |

2.3.4 Coping Orientation to Problems Experienced - Nuova Versione Italiana (COPE-NVI)

Per misurare gli stili di coping dei soggetti militari e civili è stato utilizzato il questionario **COPE-NVI** (Coping Orientation to Problems Experienced - Nuova Versione Italiana) (Sica et al., 2008) considerato uno strumento utile e psicometricamente valido per la misura degli stili di coping nel contesto italiano. Si tratta di un miglioramento della precedente versione italiana del COPE, misura tuttavia sviluppata originariamente negli Stati Uniti che aveva come riferimento la teoria di Carver e Scheier (Carver et al, 1989). Un'analisi fattoriale confermativa ha evidenziato che lo strumento è composto da **cinque grandi dimensioni** sostanzialmente indipendenti, con buona consistenza interna e stabilità temporale, che sottintendono 15 meccanismi di coping: 1) Strategie di evitamento (Negazione + Umore + Uso di droga + Distacco comportamentale + Distacco mentale); 2) Attitudine positiva (Accettazione + Contenimento + Reinterpretazione positiva); 3) Orientamento al problema (Soppressione + Pianificazione + Attività); 4) Sostegno sociale (Ricerca di comprensione + Ricerca di informazioni + Sfogo emotivo); 5) Orientamento trascendente (Religione) (Sica, Novara, Dorz e Sanavio, 1997a).

Tabella n. 4: sottoscale del COPE-NVI

| | |
|---------------------------|---|
| STRATEGIE DI EVITAMENTO | <ul style="list-style-type: none">• NEGAZIONE• UMORISMO• USO DI DROGA• DISTACCO COMPORTAMENTALE• DISTACCO MENTALE |
| ATTITUDINE POSITIVA | <ul style="list-style-type: none">• ACCETTAZIONE• CONTENIMENTO• REINTERPRETAZIONE POSITIVA |
| ORIENTAMENTO AL PROBLEMA | <ul style="list-style-type: none">• SOPPRESSIONE• PIANIFICAZIONE• ATTIVITÀ |
| SOSTEGNO SOCIALE | <ul style="list-style-type: none">• RICERCA DI COMPrensIONE• RICERCA DI INFORMAZIONI• SFOGO EMOTIVO |
| ORIENTAMENTO TRASCENDENTE | <ul style="list-style-type: none">• RELIGIONE |

Le prime 3 dimensioni sono considerate specifiche dei processi di coping, infatti i principali risultati in letteratura si riferiscono a queste 3 strategie, mentre le ultime 2 dimensioni riguardano atteggiamenti e comportamenti «multifaccettati» dell'agire umano. Le Strategie di evitamento sono quelle maggiormente correlate con il disagio emotivo, mentre l'Attitudine positiva e l'Orientamento al problema si associano a un minor disagio e maggior benessere. Infine, il Sostegno sociale e l'Orientamento trascendente non correlano con il benessere psicologico. Il questionario è costituito da 60 item valutati su Scala Likert e le possibilità di risposta sono quattro, da «di solito non lo faccio» a «lo faccio quasi sempre». Esattamente, chiede di valutare con quale frequenza il soggetto mette in atto, nelle situazioni difficili o stressanti, quel particolare processo di coping. Nelle istruzioni si sottolinea che il partecipante non deve fare riferimento a uno stress specifico, ma pensare a come abitualmente si comporta nelle situazioni stressanti. La consistenza interna per le cinque dimensioni individuate (alfa di Cronbach) si può considerare soddisfacente (Sica et al., 2008), tenendo conto della composizione eterogenea

di alcune scale come quella delle Strategie di evitamento e Attitudine positiva; rispettivamente:

| | |
|---------------------------|-----------------|
| SOSTEGNO SOCIALE | $\alpha = 0.91$ |
| STRATEGIE DI EVITAMENTO | $\alpha = 0.70$ |
| ATTITUDINE POSITIVA | $\alpha = 0.76$ |
| ORIENTAMENTO AL PROBLEMA | $\alpha = 0.83$ |
| ORIENTAMENTO TRASCENDENTE | $\alpha = 0.85$ |

Tabella n. 5: alfa di Cronback del COPE-NVI)

3. RISULTATI

3.1 Statistiche demografiche del campione

Le statistiche demografiche del campione di studio sono presentate nella Tabella n.6 e nelle figure n.1,2,3 e 4. Il gruppo sperimentale era costituito complessivamente da 31 militari della Guardia Costiera, mentre il gruppo di controllo da 10 civili che operano nel campo di professioni basate sulla “relazione d’aiuto” tra operatore e immigrati. In entrambi i gruppi è possibile notare sia la netta prevalenza del genere maschile (Militari = 96,8% ; Civili = 90%), sia la maggior presenza di giovani al di sotto dei 40 anni (età media militari = 37,12 ; età media civili = 36,11). Per quanto riguarda il livello d’istruzione, la maggioranza dei partecipanti militari è in possesso del diploma di scuola superiore (92%), mentre tra i partecipanti civili si attesta una piccola prevalenza dei soggetti laureati (55,6%) rispetto a coloro diplomati(44,4%). Per “Rapporto con l’utenza” si intende il grado di vicinanza e di contatto che i partecipanti hanno con gli immigrati ed è stato suddiviso in livello “forte”, “intermedio” ed “assente”. Il gruppo di militari presenta una percentuale quasi equivalente di soggetti che hanno un contatto forte o intermedio con l’utenza (48% vs 52%) ; inoltre è caratterizzato in gran parte da membri dei reparti volo (Aerosoccorritori = 19,4% ; Operatori di volo = 16,1% ; Piloti = 16,1%) ed il restante da coloro imbarcati sulle motovedette (Comandanti = 6,5% ; Copertisti = 9,7 % ; Motoristi = 9,7% ; Nostromo = 3,2%) : si attesta un’età media di anni di servizio pari a 16,52 . Il gruppo di civili presenta una percentuale maggiore di soggetti con un rapporto forte e ravvicinato con gli utenti (70% vs 30%) ed è costituito in netta prevalenza da educatori (90%): la media degli anni di servizio è 4,33.

Tabella n. 6 : statistiche demografiche del campione militare e civile.

| | MILITARI | CIVILI |
|------------------------------|--------------|-------------|
| | N= 31 | N = 10 |
| Eta' | | |
| Media (Deviazione standard) | 37,12 (4,06) | 36,11(7,97) |
| (Genere) | | |
| - Uomo | 96,8% | 90% |
| - Donna | 3,2% | 10% |
| Livello d'istruzione | | |
| Media (Deviazione standard) | 2,00 (,289) | 2,56(,527) |
| - Media | 4% | |
| - Diploma | 92% | 44,4 |
| - Laurea | 4% | 55,6 |
| Rapporto con l'utenza | | |
| - Forte | 48% | 70% |
| - Intermedio | 52% | 30% |
| - Assente | 0% | 0% |
| Mansione a bordo | | |
| - Aerosoccorritore (ARS) | 19,4% | - Educatore |
| - Operatore di volo (OV) | 16,1% | 90% |
| - Pilota | 16,1% | - Operatore |
| - Comandante | 6,5% | 10% |
| - Copertista | 9,7% | |
| - Motorista | 9,7% | |
| - Nostromo | 3,2% | |
| Anni di servizio | | |
| Media (Deviazione standard) | 16,52 (4,67) | 4,33 (4,36) |

Figura n. 1: livello d'istruzione dei militari



Figura n. 2: rapporto di vicinanza dei militari con l'utenza



Figura n. 3: livello d'istruzione dei civili

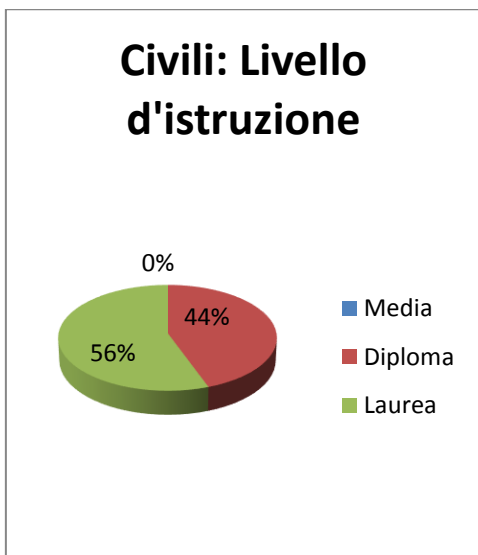
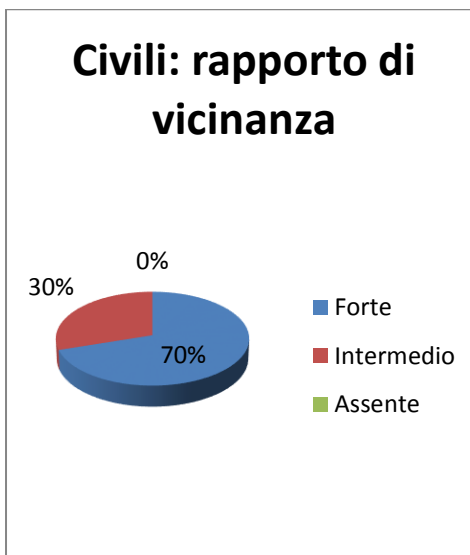


Figura n. 4: rapporto di vicinanza dei civili con l'utenza



2.2 Analisi statistica : Sintomi relativi alla salute mentale legati allo stress e al coping

Tutti i dati relativi alle varie scale sono stati sommati e dove era necessario sono stati girati gli item reverse (come nella scala del coping), poiché alcuni valori erano espressi in rapporti inversi. In seguito, i dati inerenti le prime tre scale, quella del disturbo d'ansia generalizzato (GAD-7), quella del disturbo depressivo maggiore (PHQ-9) e quella del disturbo da stress post traumatico (PTSD-Checklist), sono stati elaborati secondo un disegno d'analisi della varianza a una via assumendo come fattore indipendente la variabile gruppi e come fattore dipendente le tre scale di misura : la Tabella n. 7 presenta le medie e le deviazioni standard delle tre scale menzionate. Osservando i parametri fisiologici di riferimento, nei civili la presenza di ansia generalizzata supera il valore soglia di entità lieve (5-9) dimostrando che essi presentano un livello d'ansia medio, mentre per quanto riguarda la scala del disturbo depressivo maggiore e quella per il disturbo da stress post traumatico, i valori rientrano all'interno del range minimo. Invece, nei militari, i valori di tutte e tre le scale menzionate rientrano all'interno del range minimo.

L'analisi statistica ha evidenziato che, per quanto riguarda la scala del disturbo d'ansia generalizzato, è il fattore gruppi che presenta differenze significative,

$F(1, 39) = 26,24$, $p < .001$: il gruppo sperimentale dei militari presenta livelli d'ansia molto più bassi rispetto al gruppo di controllo dei civili. Analizzando il secondo parametro, relativo alla scala del disturbo depressivo maggiore, il fattore gruppi presenta effetti significativi, cioè le prestazioni dei civili sono diverse da quelle dei militari,

$F(1, 39) = 20,13$, $p < .001$. Anche quest'ultimo dato ci indica che nei militari la depressione è del tutto assente, rispetto al gruppo dei civili. Per quanto riguarda la scala del disturbo da stress post traumatico, anch'essa presenta differenze statisticamente significative, $F(1, 38) = 23,73$, $P < .001$: questi dati ci indicano che la sintomatologia del disturbo da stress post traumatico è più elevata, pur mantenendosi nella fisiologia, per il gruppo dei civili rispetto al gruppo dei militari.

Tabella n. 7 : Medie e deviazioni standard delle scale per il disturbo d'ansia generalizzata, per il disturbo depressivo maggiore e per il disturbo da stress post traumatico.

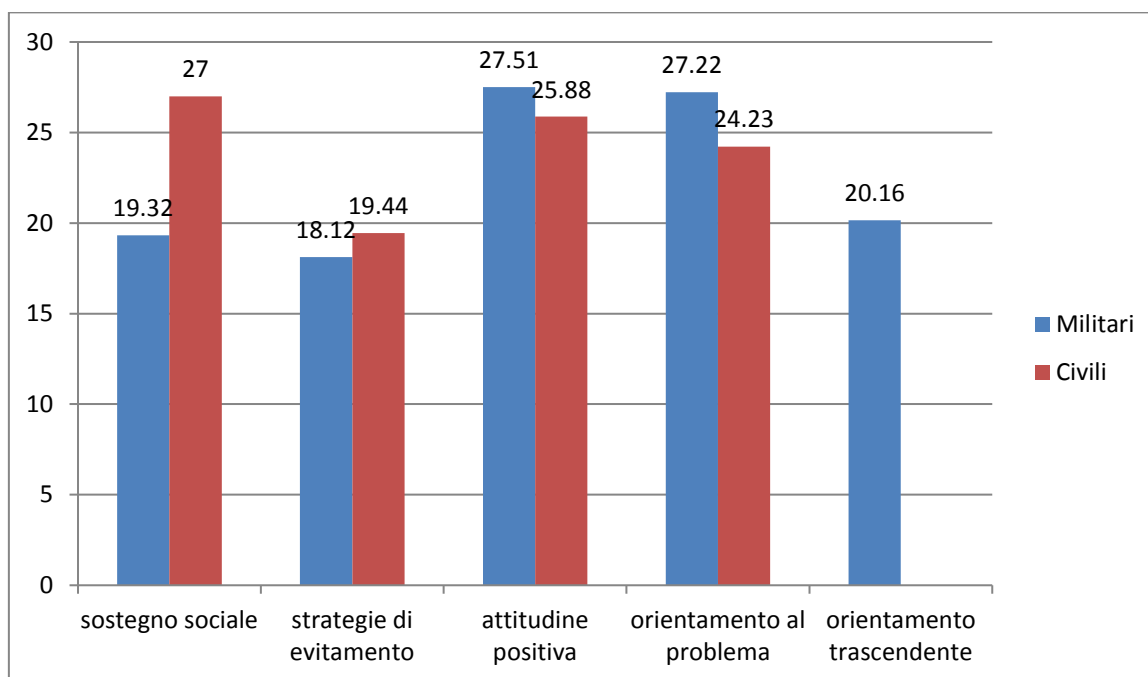
| | Militari | Civili |
|---|--------------|--------------|
| Scala disturbo d'ansia generalizzato | | |
| Media (Deviazione standard) | 0,87 (0,92) | 4,90 (4,17) |
| Scala disturbo depressivo maggiore | | |
| Media (Deviazione standard) | 0,29 (0,58) | 3,50 (3,95) |
| Scala disturbo da stress post traumatico | | |
| Media (Deviazione standard) | 17,33 (0,84) | 22,60 (5,89) |

Per quanto concerne l'ultima scala somministrata per valutare le strategie di coping (COPE – NVI), poiché era strutturata in 5 sottodimensioni (sostegno sociale, evitamento, attitudine positiva, orientamento al problema, orientamento trascendente), è stata applicata un'analisi della varianza a misure ripetute assumendo come variabile between subject i due gruppi, quello sperimentale dei militari e quello di controllo dei civili, e come variabile within subject le 5 sottodimensioni della scala. Le medie e le deviazioni standard per ognuna delle 5 sottodimensioni della scala sono presentate nella tabella n. 8. I dati mostrano che, considerando nell'insieme le strategie di coping, la variabile gruppi non presenta effetti significativi perché ci sono strategie di compensazione interna, infatti $F(1, 38) = 0,35$, $p < 0,55$. Invece, è interessante notare che l'interazione Sottoscale X Gruppi presenta effetti statisticamente significativi, $F(1, 38) = 26,38$, $p < 0,001$. Questo ultimo dato indica che esiste una eterogeneità nel comportamento dei gruppi all'interno delle sottoscale, come si può notare dalla figura n. 5: nelle due sottoscale che riguardano strategie di coping adattive quali l'attitudine positiva e l'orientamento al problema, i militari ottengono risultati nettamente superiori rispetto ai civili, mentre nelle sottoscale che rappresentano strategie di coping disadattive come l'evitamento del problema e, soprattutto, il sostegno sociale, sono i civili ad avere livelli più elevati.

Tabella n. 8: Medie e deviazioni standard delle sottodimensioni della scala per il Coping.

| | MILITARI | CIVILI |
|---|--------------|--------------|
| Scala coping sostegno sociale | | |
| Media (Deviazione standard) | 19,32 (3,86) | 27 (7,59) |
| Scala coping strategie di evitamento | | |
| Media (Deviazione standard) | 18,12 (3,07) | 19,44 (3,12) |
| Scala coping attitudine positiva | | |
| Media (Deviazione standard) | 27,51 (6,36) | 25,88 (8,53) |
| Scala coping orientamento al problema | | |
| Media (Deviazione standard) | 27,22 (6,70) | 24,23 (6,98) |
| Scala coping orientamento trascendente | | |
| Media (Deviazione standard) | 20,16 (2,59) | 19,33 (1,80) |

Figura n. 5 : medie delle sottoscale del coping



4. CONCLUSIONI

In questo studio empirico l'obiettivo era quello di verificare la presenza di disagi psicologici (disturbi d'ansia, da stress post traumatico o depressione) nei militari della Guardia Costiera e a comprendere quali strategie di coping essi adottassero per affrontare situazioni stressanti come l'attuale fenomeno migratorio, rispetto ad un gruppo di controllo di soggetti civili che operano nel campo di professioni basate sulla "relazione d'aiuto" tra operatore e immigrati: i dati ottenuti sono molto chiari. E' possibile confermare entrambe le ipotesi poiché dalla ricerca si evince che, rispetto ai civili, il gruppo sperimentale dei militari della Guardia Costiera presenta livelli d'ansia normali, la depressione è del tutto assente, la sintomatologia del disturbo da stress post traumatico relativa a traumi militari è bassissima, e le strategie di coping adottate dalla maggior parte dei partecipanti sono ottimali e positive, dimostrando che essi hanno sviluppato una buona adattabilità agli stress a cui sono sottoposti. Invece, Il gruppo di controllo dei professionisti civili ha esibito rispetto ai militari non solo livelli d'ansia molto più elevati e sintomi depressivi o da stress post traumatico in misura maggiore (pur se a livelli normali e non preoccupanti), ma anche un utilizzo inferiore di strategie di coping adattive e positive, ed un utilizzo maggiore di strategie disadattive come l'evitamento al problema, ed in particolare il sostegno sociale, che quando utilizzato nel processo di coping, non pare favorire il benessere mentale (Sica et al., 2008). I risultati ottenuti sono in linea con alcuni studi svolti nel campo militare: la presenza nel personale della Guardia Costiera di ospedalizzazioni per disturbo da stress post traumatico e disturbo depressivo maggiore è più bassa rispetto alle altre forze armate (Armed Forces Health Surveillance Center, 2013). Altri studi hanno dimostrato che i militari così come i poliziotti, essendo professionisti ad alto rischio, devono essere ben formati affinché adottino coping adattivi per minimizzare il decremento della performance (Driskell, Salas, Johnston, & Wollert, 2008; Orasanu & Backer, 2013). Tuttavia, si potrebbe pensare che vi siano variabili disturbanti che possono aver influenzato il gruppo sperimentale dei militari sottoposti al test. La prima variabile influente è la desiderabilità sociale (che, comunque, potrebbe caratterizzare anche i civili): questo fa sì che le persone possano dare al test risposte mendaci, ingannevoli, utopistiche, per cercare di sembrare maggiormente "adeguati alla norma". E' soprattutto tra i militari che vi è la preoccupazione di poter essere biasimati per i propri problemi, a causa del classico stereotipo del "buon militare": di conseguenza, sono portati a nascondere le loro problematiche per desiderabilità sociale (Iversen et al., 2011). La variabile maggiormente

influyente è quella inerente alla formazione militare ricevuta, la quale conduce i militari al potenziamento di strategie di coping adattive: essa è rigida, ferrea, improntata allo sviluppo dell'autocontrollo e di capacità strategiche e decisionali, oltre che operative. Appare comunque importante la necessità di tutelare il personale militare esposto a situazioni stressanti e rischiose, mediante la predisposizione di un "cordone di assistenza psicologica" in grado di supportare e accogliere, con l'ausilio di professionisti della salute mentale, il personale militare. Per quanto riguarda i civili, vi sono vari elementi che potrebbero contribuire a migliorare non solo la qualità dell'accoglienza e del lavoro svolto da essi, ma anche le modalità con cui affrontare le situazioni stressanti e relazionali in cui sono coinvolti giornalmente: tra questi spicca la formazione continua degli operatori a tutti i livelli (dai coordinatori ai mediatori culturali; dagli psicologi agli educatori ed assistenti sociali), ma anche un miglioramento del contesto generale culturale e sociale entro cui si colloca l'idea dell'accoglienza, o una migliore organizzazione dei compiti all'interno della comunità. Infine, poiché il campione era prevalentemente maschile, non è stato possibile effettuare differenze di genere. Un punto di forza dello studio è rappresentato dal fatto che i partecipanti erano tutti soggetti sani, in servizio attivo ed appartenenti tutti alla stessa fascia d'età. La ricerca svolta apre prospettive per studi futuri che possano approfondire le conseguenze che la migrazione di massa delle popolazioni del Nord Africa verso l'Europa ha sulla psicologia degli attori militari e/o civili coinvolti nella salvaguardia ed accoglienza di questi utenti disagiati. Inoltre, potrebbero essere condotti anche altri studi per poter verificare non solo l'influenza che determinate variabili individuali, come la personalità di ciascun soggetto, hanno nell'utilizzo delle strategie di coping o sulla vulnerabilità a sviluppare determinate patologie psichiatriche, ma anche l'influenza di variabili ambientali negative e positive che potrebbero o alimentare il burnout dei lavoratori peggiorando le loro performance, o promuovere atteggiamenti positivi e la salute mentale.

5. SECONDA RICERCA

5.1 Introduzione

E' stato svolto un secondo studio sperimentale su un campione costituito da personale civile che opera nel campo di professioni basate sulla "relazione d'aiuto" tra operatore e immigrati: l'obiettivo era quello di studiare come la variabile genere possa influenzare, in tale contesto, l'insorgenza di disagi psicologici e le strategie di coping per far fronte allo stress lavorativo. Vi sono ricerche che dimostrano differenze di genere riguardo la comparsa di disturbi psichiatrici quali la depressione, l'ansia ed alcune malattie fisiche (e.g. Barnett, Biener, & Baruch, 1987; Mirowsky & Ross, 1995; Cleary, 1987; Nolen-Hoeksema, 1987; Weissman & Klerman, 1977), altre che, invece, hanno dimostrato che non vi è una relazione tra sesso e livelli di burnout o disturbo da stress post traumatico (Lee & Ashforth, 1990; Rocío Rodríguez-Rey et al., 2018). Per quanto riguarda il coping, vari risultati evidenziano che il genere influenza il coping (Barnett et al., 1987) e che vi sono differenze nel modo in cui le donne e gli uomini affrontano lo stress: le donne tendono ad adottare strategie orientate alle emozioni soprattutto in situazioni stressanti di lavoro, mentre gli uomini tendono a gestire lo stress attraverso strategie orientate al problema, anche se le donne tendono a modificarsi in base alle circostanze (Miller and Kirsch, 1987; M. Pilar Matud, 2004). In questo studio, la prima ipotesi è stata quella di verificare se le donne, rispetto agli uomini, mostrassero livelli più elevati di sintomi ansiosi, depressivi o da stress post traumatico. La seconda ipotesi, invece, prevedeva che le donne facessero maggior utilizzo di strategie disadattive e minor utilizzo di strategie adattive, rispetto agli uomini.

5.2 Metodo

5.2.1 Partecipanti

Il campione sperimentale è costituito da 24 soggetti (F = 15 ; M = 9) che operano nel campo di professioni basate sulla "relazione d'aiuto" tra operatore e immigrati: 2 psicologi, 2 assistenti sociali, 15 educatori, 4 operatori, 1 pedagogista. Le variabili socio-demografiche prese in considerazione sono: età, genere, titolo di studio, professione ed anni di servizio.

5.2.2 Procedura

La raccolta dati è avvenuta nel periodo gennaio/febbraio/marzo 2018 ed il reclutamento dei partecipanti è stato effettuato dagli stessi ricercatori della ricerca precedente. I soggetti sono stati informati che la partecipazione era volontaria ed espressa attraverso consenso informato compilato da loro stessi. Nessuno è stato ricompensato con onorari.

5.2.3 Strumenti

Gli strumenti di misura sono gli stessi utilizzati nella ricerca precedente:

- Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD – 7)
- Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ – 9)
- Post-traumatic stress disorder- CheckList (PCL): Civilian version (la versione per militari, ovviamente, non è stata utilizzata)
- Coping Orientation to Problems Experienced - Nuova Versione Italiana (COPE-NVI)

Le scale non sono spiegate nel dettaglio, poiché è già presente una descrizione nello studio sperimentale precedente.

5.3 Risultati

5.3.1 Statistiche demografiche del campione

Le statistiche demografiche del campione di studio sono presentate nella Tabella n. 9. Il gruppo sperimentale era costituito complessivamente da 24 civili che operano nel campo di professioni basate sulla “relazione d’aiuto” tra operatore e immigrati. E’ possibile notare una prevalenza del genere femminile (F =62,5% ; M = 37,5%) ed un’età media complessiva di 34,61. Per quanto riguarda il livello d’istruzione, la maggior parte dei partecipanti è in possesso della laurea (69,6%). Il gruppo mostra una percentuale più elevata di soggetti con un rapporto forte e ravvicinato con gli utenti (83,3% vs 16,7%) ed è costituito in netta prevalenza da educatori (62,5%): la media degli anni di servizio è 4,92.

Tabella n. 9 : Statistiche demografiche del campione

| CAMPIONE | |
|------------------------------|--------------|
| N = 24 | |
| Eta' | |
| Media (Deviazione standard) | 34,61(10,03) |
| (Genere) | |
| - Maschi | 37,5% |
| - Femmine | 62,5% |
| Livello d'istruzione | |
| Media (Deviazione standard) | 2,65 (0,57) |
| - Media | 4,3% |
| - Diploma | 26,1% |
| - Laurea | 69,6% |
| Rapporto con l'utenza | |
| - Forte | 83,3% |
| - Intermedio | 16,7% |
| - Assente | 0% |
| Professione | |
| - Educatore | 62,5% |
| - Psicologo | 8,3% |
| - Operatore | 16,7% |
| - Assistente sociale | 8,3% |
| - Pedagogista | 4,2% |
| Anni di servizio | |
| Media (Deviazione standard) | 4,92 (4,14) |

5.3.2 Analisi statistica : Sintomi relativi alla salute mentale legati allo stress e al coping

Tutti i dati relativi alle varie scale sono stati sommati e dove era necessario sono stati girati gli item reverse (come nella scala del coping), poiché alcuni valori erano espressi in rapporti inversi. I dati inerenti le prime tre scale, quella del disturbo d'ansia generalizzato (GAD-7), quella del disturbo depressivo maggiore (PHQ-9) e quella del disturbo da stress post traumatico (PTSD-Checklist), sono stati elaborati come nell'esperimento precedente, ossia secondo un disegno d'analisi della varianza a una via assumendo come fattore

indipendente la variabile genere e come fattore dipendente le tre scale di misura. Osservando i parametri fisiologici di riferimento delle tre scale, sia nelle donne che negli uomini la presenza di sintomi ansiosi supera il valore soglia di entità lieve (5-9), dimostrando che essi presentano un livello d'ansia medio. Per quanto riguarda la scala del disturbo depressivo maggiore e quella per il disturbo da stress post traumatico, i valori rientrano all'interno del range minimo per entrambi i gruppi. Le tre scale di misura non presentano effetti significativi per quanto riguarda la variabile gruppo, anche se, come è possibile vedere dalla tabella n.10 ove sono presentate le medie e le deviazioni standard, si osserva che le donne presentano come dato di trend dei livelli più alti in ognuna delle tre scale menzionate.

Tabella n. 10: medie e deviazioni standard delle scale per il disturbo d'ansia generalizzata, per il disturbo depressivo maggiore e per il disturbo da stress post traumatico.

| | MASCHI | FEMMINE |
|---|--------------|--------------|
| Scala disturbo d'ansia generalizzato | | |
| Media (Deviazione standard) | 5,11 (4,37) | 5,60 (3,06) |
| Scala disturbo depressivo maggiore | | |
| Media (Deviazione standard) | 3,88 (3,98) | 4 (3,40) |
| Scala disturbo da stress post traumatico | | |
| Media (Deviazione standard) | 22,55 (6,24) | 26,40 (6,17) |

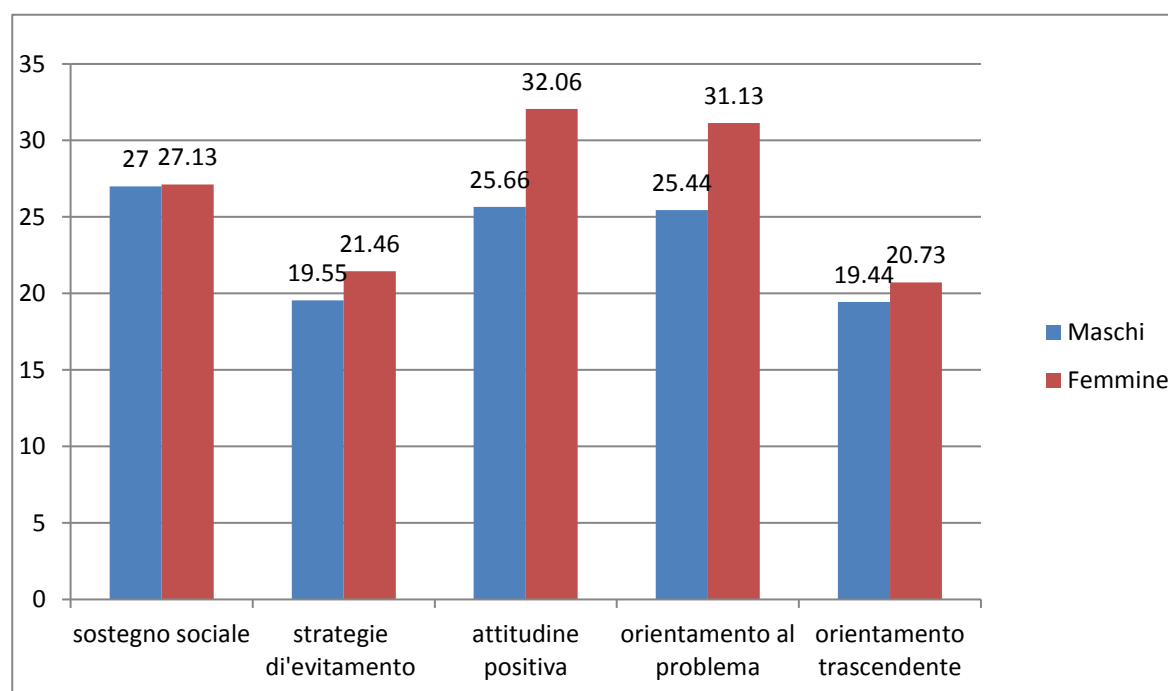
Per quanto concerne l'ultima scala somministrata per valutare le strategie di coping (COPE – NVI), poiché era strutturata in 5 sottodimensioni, per elaborare i dati è stato applicato un disegno d'analisi della varianza a misure ripetute 2(Gruppi: Femmine vs Maschi) X 5(Sottoscale del coping: sostegno sociale, evitamento, attitudine positiva, orientamento al problema, orientamento trascendente). Le medie e le deviazioni standard per ognuna delle 5 sottodimensioni della scala sono presentate nella tabella n. 10. Dall'analisi statistica emerge che la variabile genere, in generale, presenta effetti significativi, infatti $F(1, 22) = 4,18, p < 0.05$. L'interazione Sottoscale x Genere è significativa, $F(4, 88) = 2,55, p < 0.05$. Infatti, come è possibile notare dalla figura n. 6, da un lato si evince che maschi e femmine più o meno si equivalgono nell'utilizzo di strategie di coping inadeguate (evitamento del problema, sostegno sociale, orientamento trascendente) ma,

riguardo l'utilizzo di strategie positive (orientamento al problema, attitudine positiva), sono le donne ad adottare maggiormente quest'ultime rispetto ai maschi.

Tabella n. 11 : Medie e deviazioni standard delle sottodimensioni della scala per il Coping.

| | MASCHI | FEMMINE |
|---|--------------|--------------|
| Scala coping sostegno sociale | | |
| Media (Deviazione standard) | 27 (7,59) | 27,13 (5,89) |
| Scala coping strategie di evitamento | | |
| Media (Deviazione standard) | 19,55 (3,12) | 21,46 (3,50) |
| Scala coping attitudine positiva | | |
| Media (Deviazione standard) | 25,66 (8,58) | 32,06 (5,11) |
| Scala coping orientamento al problema | | |
| Media (Deviazione standard) | 25,44 (7,55) | 31,13 (4,56) |
| Scala coping orientamento trascendente | | |
| Media (Deviazione standard) | 19,44 (1,74) | 20,73 (4,04) |

Figura n. 6: Medie delle sottoscale del coping



5.4 Conclusioni

Questo studio empirico mirava a verificare come il genere influenza l'insorgenza di disagi psicologici (disturbi d'ansia, da stress post traumatico o depressione) e le strategie di coping, in un campione di soggetti civili che operano nel campo di professioni basate sulla "relazione d'aiuto" tra operatore e immigrati. Sia gli uomini che le donne hanno presentato livelli d'ansia media e sintomi depressivi e post traumatici nella norma. Contrariamente alla prima ipotesi di ricerca, è emerso che le donne non presentano sintomi ansiosi, depressivi o da stress post traumatico significativamente superiori rispetto agli uomini nel contesto della salvaguardia degli immigrati: è vero che i livelli delle donne sono tendenzialmente più alti, ma si tratta di un trend, di un andamento. I risultati sono in linea con alcune ricerche che dimostravano che non vi fossero significative differenze di genere riguardo l'insorgenza di patologie psichiatriche come il disturbo da stress post traumatico (Lee & Ashforth, 1990; Rodríguez-Rey et al., 2018). Per quanto riguarda il coping, risulta essere significativa l'interazione tra il genere ed ognuna delle strategie di coping, come dimostrato anche da altre ricerche (Barnett et al., 1987): si evince che maschi e femmine si equivalgono nell'utilizzo di strategie inadeguate come l'orientamento trascendente, il sostegno sociale e l'orientamento all'evitamento, con livelli minimamente superiori nelle donne, ma il dato interessantissimo riguarda l'adozione delle strategie adeguate. Contrariamente alla seconda ipotesi di ricerca è emerso che, nonostante le donne abbiano sintomi ansiosi, depressivi e da stress post traumatico tendenzialmente più alti, adottano strategie di coping positive come l'orientamento al problema e l'attitudine positiva in misura significativamente maggiore rispetto ai maschi, dimostrando di avere ottime capacità per affrontare le situazioni stressanti relative alla relazione d'aiuto con gli immigrati, a differenza di studi che evidenziavano che erano gli uomini ad utilizzare maggiormente strategie adeguate di coping (Miller and Kirsch, 1987; Matud, 2004). In particolare, le donne sarebbero capaci di sopportare lo stress meglio e più a lungo, rispetto agli uomini che andrebbero più facilmente incontro ad una sorta di cortocircuito mentale che impedisce loro di mantenere la calma, anche nelle occasioni più difficili: a dimostrarlo sono anche gli studiosi del Connors Center for Women's Health and Gender Biology del Brigham and Women's Hospital di Boston (2001), attraverso un'attenta analisi dell'attività cerebrale esaminata tramite l'uso della risonanza magnetica in uomini e

donne sottoposti all'azione di stimoli stressanti, constatando che la differenza consisterebbe in termini di risposte ormonale. Tuttavia, ciò può essere dovuto anche al fatto che le donne, per natura evoluzionistica, affrontano anche le situazioni più complesse con il sorriso: esse sono state deputate a compiti di accudimento e cura della prole, dove occorre maggior empatia e positività. Inoltre, sono sottoposte a maggior eventi e condizioni stressanti di vita quotidiana (Wheaton, 1983).

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

Amirkhan, J.H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1074.

Armed Forces Health Surveillance Center (2013). Summary of mental disorder hospitalizations, active and reserve components, U.S. Armed Forces, 2000-2012. *MSMR* 20, 4–11; discussion 10–11.

Barnett, R. C., Biener, L., & Baruch, G. K. (1987). *Gender & stress*. New York: The Free Press.

Brownlow, J., Klingamanc E., Bolandb E., Brewstera, G., Gehrmana, P. (2017). Psychiatric disorders moderate the relationship between insomnia and cognitive problems in military soldiers. *Journal of Affective Disorders* 221 (2017) 25–30

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184–195.

Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2004). *Autoregolazione del Comportamento*. Trento: Erickson.

Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Cleary, P. D. (1987). Gender differences in stress-related disorders. In R. C. Barnett, L. Biener, & G. K. Baruch (Eds.), *Gender & Stress* (pp. 39-72). New York: The Free Press.

Connors Center for Women's Health and Gender Biology del Brigham and Women's Hospital, (2001). *Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter?* Boston, USA.

De Soir, E., Celli, T., (2018). *Colpiti al cuore: Gestire lo stress e il trauma nelle squadre di soccorso*. Antwerpen, Belgium.

Delahaij, R., & Van Dam, K. (2016). Coping style development: The role of learning goal orientation and metacognitive awareness. *Personality and Individual Differences*, 57, 57–62.

Delahaij, R., & Van Dam, K. (2017). Coping with acute stress in the military: The influence of coping style, coping self-efficacy and appraisal emotions. *Personality and Individual Differences* 119 (2017) 13–18.

Driskell, J. E., Salas, E., Johnston, J. H., & Wollert, T. N. (2008). Stress exposure training: An event-based approach. In P. A. Hancock, & J. L. Szalma (Eds.), *Performance under stress* (pp. 271–287). Aldershot, UK: Ashgate Publishing.

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50–60.

- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1993). The multidimensional assessment of coping: Concepts, issues, and measurement. In L.G. van Heck, P. Bonaiuto, I.J. Deary, W. Nowack (Eds.), *Personality psychology in Europe*. Vol. 4 (pp. 309-319). Tilburg, The Netherlands: Tilburg University Press.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–747.
- Gehrman, P., Seeling, A.D., Jacobson, I.G., Boyko, E.J., Hooper, T.I., Gackstetter, G.D., Millennium Cohort Study Team, 2013. Predeployment sleep duration and insomnia symptoms as risk factors for new-onset mental health disorders following military.
- Gilbody S., Richards D., Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: a UK validation of the PHQ-9 and CORE-OM. *Brit J Gen Pract* 2007;57:650-652.
- Hines, L. A., Sundin, J., Rona, R. J., Wessely, S., and Fear, N. T. (2014). Posttraumatic stress disorder post Iraq and Afghanistan: prevalence among military subgroups. *Can. J. Psychiatry* 59, 468–479. doi: 10.1177/070674371405900903
- Iversen, A. C., van Staden, L., Hughes, J. H., Greenberg, N., Hotopf, M., Rona, R. J., et al. (2011). The stigma of mental health problems and other barriers to care in the UK armed forces. *BMC Health Serv. Res.* 11:31. doi: 10.1186/1472-6963-11-31
- Keen, S. M., Kutter, C. J., Niles, B. L., and Krinsley, K. E. (2008). Psychometric properties of PTSD Checklist in sample of male veterans. *J. Rehabil. Res. Dev.* 45, 465–474. doi:10.1682/JRRD.2007.09.0138
- Kroenke, K., Kurt; Spitzer, R.L, Robert L.; Williams, J.B, Janet B. W.; Löwe, Bernd (2010-07-01). "The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review". *General Hospital Psychiatry*. 32 (4): 345–359. doi:10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006. ISSN 1873-7714. PMID 20633738.
- Kroenke, K., Kurt; Spitzer, R.L, Robert L; Williams, Janet, B.W. (2017-05-31). "The PHQ-9". *Journal of General Internal Medicine*. 16 (9): 606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x. ISSN 0884-8734. PMC 1495268 Freely accessible. PMID 11556941
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B. et al; Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med.* 2007 Mar 6; 146(5):317-25)
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lee R.T., Ashforth B.E. (1990) On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *J Appl Psychol* 1990;75:743e7.
- Lee, D. J., Warner, C. H., and Hoge, C. W. (2014). Advances and controversies in military posttraumatic stress disorder screening. *Curr. Psychiatry Rep.* 16:467. doi: 10.1007/s11920-014-0467-7
- Lima, E. D.; Barreto,S.M. and Assuncao, A., (2012) Estrutura fatorial, consistência interna e confiabilidade do Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL): um estudo exploratório. *Trends*

Psychiatry Psychother. [online]. 2012, vol.34, n.4, pp.215-222. ISSN 2237-6089.
<http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892012000400007>.

Lyne, K., & Roger, D. (2000). A psychometric re-assessment of the Cope questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 29, 321-335.

Luria, G., & Torjman, A. (2009). Resources and coping with stressful events. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 685–707.

MacArthur. J.D., MacArthur C.T., MacArthur Foundation’s Initiative on Depression & Primary Care. Depression management tool kit 2009

Matud M.P. (2004) Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences* 37 (2004) 1401–1415

Mayo, J. A., MacGregor, A. J., Dougherty, A. L., and Galarneau, M. R. (2013). Role of occupation on new-onset post-traumatic stress disorder and depression among deployed military personnel. *Mil. Med.* 178, 945–950. doi: 10.7205/MILMED-D-12-00527

McDonald, S. D., and Calhoun, P. S. (2010). The diagnostic accuracy of the PTSD checklist: a critical review. *Clin. Psychol. Rev.* 30, 976–987. doi: 10.1016/j.cpr.2010.06.012

Millan, M.J., Agid, Y., Brune, M., Bullmore, E.T., Carter, C.S., Clayton, N.S., Young, L.J., 2012. Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nat. Rev. Drug Discov.* 11, 141–168.

Miller, S. M., & Kirsch, N. (1987). Sex differences in cognitive coping with stress. In R. C. Barnett, L. Biener, & G. K. Baruch (Eds.), *Gender & Stress* (pp. 278–307). New York: The Free Press.

Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1995). Sex differences in distress: real or artifact? *American Sociological Review*, 60, 449–468.

Monat, A., & Lazarus, R.S. (1991). *Stress and coping: An Anthology* (3rd ed.). New York: Columbia University Press.

Morin, C.M., Benca, R., 2012. Chronic insomnia. *Lancet* 379, 1129–1141.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60750-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60750-2).

Mustillo, S. A., Kysar-Moon, A., Douglas, S. R., Hargraves, R., Wadsworth, S.M., Fraine, M., et al. (2015). Overview of depression, post-traumatic stress disorder, and alcohol misuse among active duty service members returning from Iraq and Afghanistan, self-report and diagnosis. *Mil. Med.* 180, 419–427. doi: 10.7205/MILMED-D-14-00335

Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259–282.

Orasanu, J. M., & Backer, P. (2013). Stress and military performance. In J. E. Driskell, & E. Salas (Eds.), *Stress and human performance* (pp. 89–126). New York, NY: Psychology Press.

- Polak, A.R., Witteveen, A.B., Reitsma, J.B., Olf, M., 2012. The role of executive function in posttraumatic stress disorder: a systematic review. *J. Affect. Disord.* 141, 11–21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.001>.
- Ptacek, J. T., Pierce, G. R., & Thompson, E. L. (2006). Finding evidence of dispositional coping. *Journal of Research in Personality*, 40, 1137–1151.
- Rodríguez-Rey R., et al., Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles, *Australian Critical Care* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.02.003>
- Searle, A. K., Van Hooff, M., McFarlane, A. C., Davies, C. E., Fairweather-Schmidt, A. K., Hodson, S. E., et al. (2015). The validity of military screening for mental health problems: diagnostic accuracy of the PCL, K10 and AUDIT scales in an entire military population. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 24, 32–45. doi: 10.1002/mpr.1460
- Servatius RJ, Handy JD, Doria MJ, Myers CE, Marx CE, Lipsky R, Ko N, Avcu P, Wright WG and Tsao JW (2017) Stress-Related Mental Health Symptoms in Coast Guard: Incidence, Vulnerability, and Neurocognitive Performance. *Front. Psychol.* 8:1513. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01513
- Shen, Y. C., Arkes, J., Kwan, B. W., Tan, L. Y., and Williams, T. V. (2010). Effects of Iraq/Afghanistan deployments on PTSD diagnoses for still active personnel in all four services. *Mil. Med.* 175, 763–769. doi: 10.7205/MILMED-D-10- 00086
- Sica, C., Magnia, C., Ghisi, M., Altoè, G., Sighinolfi, C., Chiria, L. R., Franceschinia, S. (2017). Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale - Vol. 14 - n. 1 • 2008*
- Sica, C., Novara, C., Dorz, S., & Sanavio, E. (1997a). Coping Orientations to Problems Experienced: traduzione e adattamento italiano. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 25-34.
- Spitzer, R.L, Kroenke, K. & Williams, J.B. *et al.* A brief measure for assessing generalised anxiety disorder: the GAD-7. *Arch. Intern. Med.* 2006: 166:1092-7.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA* 1999;282:1737-44.
- Stander, V. A., Thomsen, C. J., and Highfill-McRoy, R. M. (2014). Etiology of depression comorbidity in combat-related PTSD: a review of the literature. *Clin. Psychol. Rev.* 34, 87–98. doi: 10.1016/j.cpr.2013.12.002
- Weissman, M., & Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111
- Wheaton, B. (1983). Stress, personal coping resources, and psychiatric symptoms. An investigation of interactive models. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 208-229.
- Zani, B., & Cicognani, E. (1999). *Le vie del benessere*. Roma: Carocci.

