

UNIVERSITA' TELEMATICA "e-Campus"

FACOLTA' DI PSICOLOGIA

Corso di Laurea in SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

EZIOPATOGENESI RELIGIOSA DEI DISTURBI MENTALI

Relatore: Prof.ssa LATTANZI Paola Francesca

Tesi di Laurea di: Ferdinando Zito

Matricola n. 004430555

Anno Accademico 2023/2024

AUTORIZZAZIONE ALLA CONSULTAZIONE DELLA TESI DI LAUREA

Il sottoscritto Ferdinando Zito N° di matricola 004430555 nato a Potenza il 06/04/1977 autore della tesi dal titolo: "Eziopatogenesi religiosa dei disturbi mentali".

☒ X AUTORIZZA

☐ o NON AUTORIZZA

la consultazione della tesi stessa, fatto divieto di riprodurre, parzialmente o integralmente, il contenuto.

Dichiara inoltre di:

☒ X AUTORIZZARE

☐ o NON AUTORIZZARE

per quanto necessita l'università telematica e-Campus, ai sensi della legge n. 196/2003, al trattamento, comunicazione, diffusione e pubblicazione in Italia e all'estero dei propri dati personali per le finalità ed entro i limiti illustrati dalla legge.

Data

14/04/2025

Firma



INDICE

INTRODUZIONE	p.	4
Cap. 1 PREMESSA TEORICO-METODOLOGICA		
1.1 Religiosità e salute mentale	p.	5
1.2 La natura psicopatologica della conversione religiosa	p.	8
Cap. 2 ANALISI DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA		
2.1 Selezione degli articoli	p.	11
2.2 Articolo 1	p.	12
2.3 Articolo 2	p.	21
2.4 Articolo 3	p.	27
Cap. 3 CONCLUSIONI	p.	34
BIBLIOGRAFIA	p.	36
RINGRAZIAMENTI	p.	39

INTRODUZIONE

Lo scopo del presente lavoro di tesi è quello di inserirsi in un'area di indagine particolarmente rilevante, interrogandosi sulla possibilità che la credenza religiosa sia un fattore protettivo per il mantenimento della salute mentale o rappresenti un fattore di rischio per la genesi psicopatologica.

Tale ipotesi dicotomica costituisce da lungo tempo un dibattito multidisciplinare che interessa gli studi antropologici, la filosofia, la psichiatria, la teologia, la psicologia clinica ecc.

Nell'ambito del settore d'interesse, la psicologia, costrutti multidimensionali come la religione, la religiosità e la spiritualità, verranno discussi, attraverso l'analisi della letteratura scientifica, al fine di elicitarle le risposte alla domanda di ricerca mediante i risultati ottenuti dell'evidenza empirica.

Il capitolo 1 fornisce un excursus teorico-metodologico su aspetti che collegano la credenza/esperienza religiosa alla salute mentale.

Nel capitolo 2, attraverso la schedatura di tre articoli scientifici selezionati da database online quali EBSCO, PUBMED e GOOGLE SCHOLAR, si discuterà del profilo della religiosità negli adolescenti e le implicazioni per la psicopatologia, utilizzando l'analisi del profilo latente, dei deliri e delle allucinazioni religiose in pazienti anziani in trattamento per psicosi, e della religione posta in correlazione con la tensione psicologica e con la suicidalità.

PREMESSA TEORICO-METODOLOGICA

1.1 Religiosità e salute mentale

Si rende necessaria, preliminarmente, una distinzione terminologica tra religione, religiosità e spiritualità. La "religione" si riferisce a un insieme strutturato di credenze o pratiche e spesso include storia, tradizioni e istituzioni che sono collettivamente condivise da una comunità, nonché sistemi che mettono in relazione l'umanità agli elementi spirituali o soprannaturali.

La "religiosità", d'altra parte, è un concetto spesso difficile da definire (Smith 1995, p. 893), anche se sono stati fatti molti tentativi per descriverlo. Secondo Tsitsigkos (2012), non esiste un'unica definizione scientifica di religiosità, sia per l'incomprensibilità e la complessità dei fenomeni religiosi, la nostra incapacità linguistica di definirli, e/o anche per i pregiudizi dei ricercatori, ognuno dei quali cerca di descriverli in base ai propri punti di vista e prospettive (Lee e Early 2000; Tsitsigkos 2012).

Pertanto, la religiosità può essere definita come una misura che riflette quanto profondamente e attivamente le persone si impegnano ed esprimono la loro religione. Alcuni ricercatori definiscono la "religiosità" come una percezione individualizzata o collettiva del trascendente (divino) (Gross e John 2003; Gross 2006) o come un modo sistematizzato di accettare ed esternare una credenza religiosa (Beck 1986; Legere 1984; Shafranske e Malony 1990; Vayianos 1989). La spiritualità, d'altra parte, è un concetto più personale e individualistico che coinvolge la ricerca della paura, un senso di significato, uno scopo e la connessione con qualcosa più grande di se stessi, che può comportare o meno la partecipazione alla religione organizzata. Spesso si concentra sulla crescita personale, sulla pace interiore e sull'esplorazione di esperienze

trascendenti. Pargament et al. (2013, p. 14) definiscono la spiritualità come la "ricerca del sacro", mentre Barber (2019) lo descrive come un viaggio alla ricerca della verità.

La religiosità, in generale, sembra contribuire in molteplici modi quando si ha a che fare con le varie avversità della vita. In primo luogo, la manifestazione di fiducia è vista come un segno di salute mentale fin dalla primissima infanzia. In questa fase, le esperienze spirituali nella vita quotidiana sembrano utili, mentre la partecipazione alle funzioni sacre favorisce lo sviluppo della fede. In particolare, gli studi condotti da Pargament e collaboratori (ad esempio, Jenkins e Pargament 1988; Pargament 1997; Pargament et al. 2000, 2004, 2013) sembrano essere centrati sull'indagine dei metodi di coping religiosi in relazione alla salute mentale di una persona.

Alcuni studi (Prati 2023) sostengono che l'effetto della religione sul benessere non sembra essere di importanza pratica e mettono in discussione l'utilità della religiosità nel predire il benessere. Secondo questa ricerca, la religiosità e la spiritualità possono, almeno a volte per alcuni, essere associati negativamente o in modo non significativo al benessere. Ad esempio, ci sono casi in cui la crescita spirituale e religiosa può esacerbare una malattia o disturbo d'ansia, e casi di declino spirituale che possono essere correlati alla depressione e negativamente correlati al benessere mentale (Sandage e Moe 2013; Tsitsigkos 2015). Altre volte è stato riscontrato che un'elevata "religiosità" esacerba la depressione o i disturbi d'ansia, in particolare quando la persona sente di aver fatto qualcosa contrariamente ai propri valori o a ciò che dicono gli insegnamenti spirituali e religiosi, e quindi prova paura, senso di colpa e rimorso (Blazer 2012; Exline et al. 2000). Pertanto, una sana religiosità sembra corrispondere a un coping emotivo adattivo, mentre una religiosità non sana corrisponde a un coping emotivo disadattivo

(Pargament et al. 2000). Il coping religioso positivo (PRC) include considerazioni sul significato di vita e un rapporto sicuro con un Dio buono e misericordioso (Pargament 1997). Si può quindi concludere che gli individui che vedono positivamente la loro fede come un aspetto importante della loro vita e attingono ad esso per il sostegno e la forza (in particolare nei momenti in cui vi è aumento dello stress e dell'angoscia) spesso si affidano alla loro fede per essere più funzionali nella loro vita quotidiana. Questo approccio positivo alla fede, come fattore di rafforzamento nelle difficoltà della vita, è risultato essere positivamente associato a condizioni volte ad un miglioramento psicosociale, adattamento e riduzione dei tassi di depressione, ansia e problemi di autostima. Così, una visione positiva della fede, attraverso l'ottimismo che genera, influenza la vita di un individuo nell'adattamento psicosociale generale, che è un predittore essenziale di stati psicologici positivi e del miglioramento della salute mentale.

D'altra parte, le interpretazioni religiose negative, come credere che le avversità della vita siano una forma di punizione di Dio e altre valutazioni negative della potenza e delle intenzioni di Dio, così come una relazione meno sicura con un essere divino (Papaleontiou-Louca 2023, p. 11; Pargament et al. 2011), portano presumibilmente a effetti negativi sulla salute mentale. Come hanno commentato Pargament et al. (2000), la religiosità può diventare adattiva o disadattiva, e in effetti, la ricerca identifica di conseguenza sia le relazioni positive che quelle negative tra religiosità e salute mentale a seconda di quanto sia "sana" la religiosità.

1.2 La natura psicopatologica della conversione religiosa.

Il campo della salute mentale ha una lunga storia nel considerare le credenze e le esperienze religiose come patologiche, comprese quelle che sono normative all'interno della società occidentale. Alcuni tra gli esempi più influenti di questa tendenza sono quelli di Freud (1930/1958) riguardo alla caratterizzazione della religione come un'illusione di massa e dell'esperienza religiosa come regressione infantile. Allo stesso modo, le affermazioni di Ellis (1983) sul fatto che le persone religiose mancano di qualità essenziali per salute mentale e che "sia i teisti pietisti che i religiosi laici . . . sono emotivamente disturbati: di solito nevrotici ma a volte psicotici" (p. 13), esemplificano questa tendenza a considerare anche le credenze sostenute più comunemente come patognomiche. Questa tendenza è stata evidente anche nella diagnosi formale, poiché *il DSM-III-R* è stato criticato per aver associato indiscriminatamente la religiosità alla patologia (Post, 1992). La conversione religiosa, ossia l'adozione e l'intensificazione di credenze, valori e pratiche che non facevano parte della vita di un individuo, è spesso difficile e dolorosa (Paloutzian 2005, 2014; Pargament et al. 2004). La natura psicopatologica della conversione è rimasta controversa nelle prime ricerche (Scroggs e Douglas 1967). Nel loro influente articolo, Wootton e Allen (1983) hanno delineato somiglianze parallele tra il crollo schizofrenico e la conversione religiosa utilizzando il modello schizofrenico di Docherty et al. (1978) e lo schema di conversione religiosa di Christensen (1963). Da un conflitto inconscio, associato al sentimento di ansia, senso di colpa, depressione e confusione, all'esperienza della sottomissione e dell'impasse, la conversione religiosa e il crollo psicotico sono simili (Wootton e Allen 1983). Oltre a cambiamenti religiosi, diversi fenomeni caratterizzano la schizofrenia prepsicotica,

compreso il ritiro affettivo e sociale, l'ansia, le risposte emotive inappropriate, il pensiero simbolico, letterale e predelirante (idee di riferimento), la svalutazione della realtà, la mancanza di correttezza del comportamento e il manierismo (Fusar-Poli et al. 2013; Klosterkötter et al. 2001; Meares 1959; Schultze-Lutter et al. 2012). Tuttavia, la conversione religiosa si risolve con la reintegrazione delle funzioni dell'Io (Christensen 1963), mentre la psicosi finisce con la disinibizione, la disorganizzazione e l'ontologia distorta (Docherty et al. 1978). Quando i problemi religiosi e spirituali sono accompagnati da immagini, visioni e allucinazioni, pensieri e comportamenti strani o umore profondamente depresso, gli individui ricevono facilmente la diagnosi di gravi disturbi mentali. Se il background culturale e la storia autobiografica dell'individuo non sono attentamente presi in considerazione, glossolalia, messaggi verbali e altri segni salienti del divino, sentimenti di essere posseduti da forze diaboliche, il contatto con gli spiriti e le esperienze extracorporee possono essere facilmente etichettati come sintomi psicotici.

Non c'è dubbio che nella pratica clinica i problemi religiosi e spirituali sollevano difficoltà per la diagnosi differenziale (Allmon 2013; Chandler 2012; Peteet et al. 2011; Prusak 2016). Come suggerito da Pargament e Lomax (2013), la spiritualità malsana è sempre incoerente e scarsamente integrata: « è mal equipaggiata nell'affrontare l'intera gamma di esigenze della vita interna ed esterna perché manca di completezza, profondità, flessibilità, dinamismo, equilibrio e coerenza" (Pargament e Lomax 2013). Questi problemi possono essere secondari a un disturbo psichiatrico (ad esempio, allucinazioni e deliri in un paziente schizofrenico), o, d'altra parte, i problemi religiosi possono essere la causa prossimale del disagio psicologico. Il termine "delirio mistico" è usato per

illustrare uno stato alterato di coscienza, che non è la stessa che si vede nella schizofrenia (Schmidt et al. 1972). Nella "psicosi mistica", c'è una deautomatizzazione della selezione abituale e predefinita degli stimoli e dei meccanismi organizzativi come conseguenza di importanti eventi della vita, dell'uso di sostanze psicoattive o di stimoli ambientali ripetitivi. Questa deautomatizzazione può portare all'emergere di nuove intuizioni e associazioni che si costruiscono nel sistema di credenze e valori dell'individuo (Deikman 1971). Le esperienze mistiche sono incorporate in stati alterati di coscienza, ma gli individui possono controllare il loro mondo interiore e possono fare distinzioni tra il reale e l'immaginario. Gli studi su larga scala basati sulla popolazione hanno indicato correlazioni positive tra fenomeni mistici/spirituali/religiosi ed esperienze simil-psicotiche, mettendo in discussione la fattibilità della differenziazione tra queste condizioni (Goretzki 2007; Lewis-Fernandez et al. 2009). Siddle et al. (2002) hanno riportato che i pazienti che hanno sperimentato cambiamenti passati nella religiosità e nell'ortodossia dottrinale erano quasi dieci volte più propensi a sviluppare deliri, ciò può indicare un ruolo della conversione nell'emergere della psicosi con contenuti religiosi. Risultati simili sono stati pubblicati in altri studi (Ke'ri e Kelemen 2016; Mohr et al. 2007; Rudaleviciene et al. 2008). La fede religiosa è talvolta correlata a deliri durante la fase acuta della psicosi, ma, in altri casi, è legata a problemi esistenziali e può avere un impatto positivo sul ripristino dell'autorappresentazione (Miller e McCormack 2006). Questi risultati sono coerenti con l'opinione che la conversione religiosa è spesso associata a profondi e ampi cambiamenti nell'identità personale e alla ricostruzione di sistemi di creazione di significato (credenze, atteggiamenti, valori e scopi) (Hill 2002; Hood et al. 2009; Jung 1938; Paloutzian 2005, 2014).

ANALISI DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA

2.1 Selezione degli articoli

Per la ricerca bibliografica sono stati utilizzati database online come “Google Scholar”, “PubMed”, “EBSCO” in cui, nella prima fase, sono state inserite le seguenti parole chiave: religious, psychopathology, religion, spirituality, psychotic disorders, ecc .

Gli articoli sono stati selezionati possibilmente di recente pubblicazione, tra cui ho scelto per il lavoro di schedatura i seguenti:

- Longo, G. S., Bray, B. C., & Kim-Spoon, J. (2017). Profiles of adolescent religiousness using latent profile analysis: Implications for psychopathology. *British Journal of Developmental Psychology*, 35(1), 91-105.
- Noort, A., Beekman, A. T., & Braam, A. W. (2020). Religious hallucinations and religious delusions among older adults in treatment for psychoses in the Netherlands. *Religions*, 11(10), 522.
- Zhang, J., Lew, B., Liu, Y., Chistopolskaya, K., & Zhao, S. (2024). Religion, psychological strain, and suicidality in China: A preliminary study. *OMEGA-Journal of death and dying*, 89(1), 275-291.

2.2 Analisi degli articoli

Articolo 1

Noort, A., Beekman, A. T., & Braam, A. W. (2020). Religious hallucinations and religious delusions among older adults in treatment for psychoses in the Netherlands. *Religions*, 11(10), 522.

2.2.1 Introduzione

Sebbene i deliri religiosi (DR) e le allucinazioni religiose (AR) possano essere comuni e importanti caratteristiche della psicosi, si sa poco sulla loro prevalenza e contenuto e su come sono correlati a psicosi affettive o non affettive. Nella sua revisione di 55 studi empirici quantitativi sui deliri religiosi, Cook (2015) ha osservato che la mancanza di criteri critici per definirli e classificarli rende difficoltoso il confronto. Inoltre, la loro prevalenza varia chiaramente con il tempo e il luogo, e probabilmente anche con la religiosità personale.

Le allucinazioni possono essere un sintomo fondamentale della schizofrenia, del disturbo schizo-affettivo e delle psicosi affettive (depressione, mania) (Galletti et al. 2017; Lim et al. 2016; Okutate e Jones 2003). La religione e la spiritualità svolgono un ruolo significativo nella vita di molte persone, comprese quelle affette da un disturbo psicotico (Grover et al. 2014).

In una certa misura, le credenze religiose possono avere un effetto di supporto, ma i DR e le AR possono anche riflettere o provocare un senso di sofferenza esistenziale. Nei Paesi Bassi, la maggior parte della generazione più anziana è cresciuta all'interno di una tradizione religiosa.

Il presente studio è stato condotto nella Bible Belt olandese, una regione con molteplici denominazioni che vanno dai protestanti tradizionali e rigorosi, con minoranze pietistiche e dogmatiche riformate, ai cattolici romani o agli evangelici, comprese le comunità pentecostali.

Il dogmatismo è concepito come un approccio razionale alla fede con un'enfasi sull'approvazione delle sue virtù. In uno studio qualitativo tra protestanti riformati, Hijweege ha descritto come le persone nelle chiese riformate pietistiche si trovino "in relazione a un Dio onnipotente che può o non può intervenire nelle loro vite, ma che certamente giudicherà il loro modo di vivere individuale" (Hijweege 2004, pp. 116-17). Secondo Hijweege, questa posizione potrebbe evocare sentimenti come ansia o disperazione. Insieme ad altre domande sulla vita eterna, è concepibile che queste credenze possano portare a sintomi depressivi e ansia, e forse anche alla psicopatologia. Ci sono indicazioni empiriche che i tassi di depressione in queste comunità sono due volte più alti che in altre comunità rurali (Braam et al. 2001).

Formazione del delirio nella schizofrenia: quando sono state testate, le persone con schizofrenia che hanno deliri, hanno preso decisioni basate su meno informazioni rispetto alle persone con schizofrenia e senza deliri, o rispetto alle popolazioni normali (Lewis et al. 2017). Si può presumere che queste spiegazioni facciano la differenza tra psicosi affettive e non affettive. Nei disturbi depressivi psicotici, il pensiero negativo acquisisce proporzioni grossolanamente deliranti ed è mantenuto con tale convinzione che i pensieri non sono suscettibili di cambiamento con la prova contraria. Pertanto, i pazienti gravemente depressi possono avere manie di inutilità e peccaminosità (Akiskal 2017,) che possono svilupparsi in DR.

2.2.2 Obiettivi e ipotesi di ricerca

I ricercatori autori del presente studio, nella formulazione della domanda di ricerca, si sono chiesti:

- quali siano la prevalenza e il contenuto di allucinazioni religiose nei pazienti psicotici più anziani;
- in che modo le allucinazioni e i deliri religiosi siano correlati alla diagnosi principale;
- in che modo tali manifestazioni psicotiche si relazionino con il background confessionale;
- quali siano le possibili associazioni dipendenti dalla diagnosi principale (psicosi affettive vs psicosi non affettive).

Infine lo scopo dello studio in questione cerca di chiarire in che modo altri aspetti della religiosità si colleghino ai DR e alle AR.

2.2.3 Partecipanti

Lo studio è stato condotto dal 2005 al 2011 presso il Dipartimento di Psichiatria Geriatrica di Yulius, un'organizzazione di salute mentale che serve la regione di Gorinchem e Dordrecht nei Paesi Bassi. I pazienti ambulatoriali e i pazienti ricoverati sono stati reclutati dai loro medici. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico Medico del Vrije Universiteit Medical Centre Amsterdam. I pazienti nello studio avevano un'età superiore ai 65 anni e gli era stata diagnosticata clinicamente la schizofrenia (295), il disturbo schizofreniforme (295.40), disturbo schizoaffettivo (295.70), disturbo delirante (297.1), disturbo psicotico breve (298.8), disturbo psicotico non altrimenti

specificato (298.9), disturbo depressivo grave con caratteristiche psicotiche (296.4), e grave disturbo bipolare, maniacale, misto o depresso, con caratteristiche psicotiche (296.44, 296.54, 296.64 e 296.89), secondo il Manuale Diagnostico e Statistico (DSM) 4a edizione dell'American Psychiatric Association (American Psychiatric Association (APA) 2000). Nei Paesi Bassi, la classificazione in base al DSM fa parte della normale pratica di cura della salute mentale. I partecipanti hanno inoltre preso parte a un colloquio diagnostico, e ai Programmi per la Valutazione Clinica in Neuropsichiatria (SCAN 2.1; Giel e Nienhuis 2001), che ha fornito le informazioni diagnostiche per gli obiettivi del presente studio. I criteri di esclusione erano disturbi psicotici dovuti a una condizione somatica, (probabile) grave disturbo neuro-cognitivo (demenza), delirio, disturbi mentali correlati a sostanze, disturbi come diagnosi primaria, nonché esperienze psicotiche dovute a sintomatologia dissociativa.

2.2.4 Procedura

Dopo aver ottenuto il consenso informato, i fenomeni psicotici, in particolare i DR e le AR, sono stati valutati nel modo più specifico possibile utilizzando lo SCAN 2.1 Giel e Nienhuis 2001). La scansione è stata sviluppata dall'OMS. Dieci sezioni sono state somministrate: Sezione 1 (inizio dell'intervista), Sezioni 3, 6, 7 e 8 (umore depresso), Sezione 10 (in stato d'animo maniacale) e sezioni 17-20 (sintomi psicotici). L'algoritmo computerizzato dello SCAN 2.1 (WHO-SCAN for Windows, versione completa olandese v.1.0.4.6, Harcourt, Lisse, Paesi Bassi) ha fornito diagnosi del DSM-IV. L'intervista SCAN applica criteri chiari per accertare un delirio e richiede che la convinzione delirante sia chiaramente registrata (1) nelle parole del partecipante, (2) è una convinzione irresistibile e soggettiva; (3) la convinzione non è – o lo è solo brevemente – suscettibile

di cambiamento in base all'esperienza o all'evidenza contraria, in altre parole, la convinzione non è correggibile, e (4) la convinzione è impossibile, non plausibile o falsa. Tutte i possibili deliri vengono messi in discussione, dopodiché la domanda riguarda le affermazioni sulla religione.

Tuttavia, le credenze che sono condivise e pienamente spiegate da alcune convinzioni religiose (o politiche) o da altri gruppi sociali, non sono deliri. Quando sono stati identificati possibili DR con l'intervista SCAN, l'intervistatore ha preso appunti dettagliati sul contenuto della convinzione (probabilmente delirante) o delle esperienze. Successivamente, durante l'elaborazione dell'intera intervista, l'intervistatore ha valutato se le convinzioni o le esperienze potessero essere intese come appartenenti a rigide convinzioni ortodosse o (di altre confessioni) o come appartenenti a esperienze spirituali più o meno normali, non patologiche. Esperienze spirituali come "sentimento oceanico" o "sentimenti di unità" non sono stati interpretati psichiatricamente. L'occulto e la telepatia non sono considerati nello SCAN come un delirio religioso, ma come "paranormale". In questo caso, l'intervistatore principale è stato in grado di verificare le rigide convinzioni protestanti non patologiche in quanto ha familiarità con il protestantesimo ortodosso nei Paesi Bassi. Come le credenze deliranti, anche le allucinazioni sono state chiaramente registrate dalle parole proprie dell'intervistato.

Altre variabili: Poiché la religiosità è stata affrontata come un costrutto multidimensionale, più scale e item sono stati utilizzati. In primo luogo, l'affiliazione religiosa. Sono state utilizzate quattro categorie corrispondenti alle principali tradizioni Cristiane nei Paesi Bassi, ad esempio, protestanti (riformati olandesi o liberali), dogmatici/pietistici protestanti o protestanti stretti, come i riformati pietistici o altre

denominazioni riformate (devote), Cattolici romani ed evangelici, ad esempio, pentecostali.

2.2.5 Analisi dei dati

In primo luogo, le distribuzioni sono state osservate per la prevalenza di vari tipi di allucinazioni e/o AR utilizzando tabulazioni incrociate e statistiche Chi-quadrato. In secondo luogo, utilizzando le tabulazioni incrociate e il Chi-quadrato statistico, è stata esaminata la frequenza delle DR e delle AR in relazione alle principali categorie diagnostiche. A tal fine, sono state utilizzate le categorie diagnostiche della schizofrenia e della depressione psicotica, perché entrambe hanno sindromi più specificamente delineate a seguito di una malattia cronica o almeno intermittente, un notevole onere per il paziente e la necessità di cure. Il numero di pazienti con altre condizioni (ad esempio, il disturbo delirante e il disturbo bipolare) era troppo piccolo per essere incluso in un'analisi significativa. In terzo luogo, utilizzando l'analisi di regressione logistica, sono stati analizzati i collegamenti tra tipi di confessioni religiose nel passato e nel presente e DR e AR. Successivamente, le analisi di regressione logistica per i gruppi confessionali e i DR o le AR sono state ripetute per entrambi i gruppi diagnostici (schizofrenia e depressione psicotica). Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando IBM SPSS Statistics (versione 2.1, SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

2.2.6 Risultati

Caratteristiche del campione

La maggior parte degli esaminati era di sesso femminile (72%), l'età media era di 76,5 anni, un terzo viveva insieme e il 57% era ambulatoriale. Le diagnosi più comuni erano

schizofrenia (37%) e depressione psicotica (34%). Per quanto riguarda la religione dei pazienti, c'era una notevole eterogeneità con un terzo del campione protestante, un terzo non affiliato, un quinto protestanti rigidi, e pochissimi cattolici romani o evangelici.

Prevalenza e contenuto delle allucinazioni

La prevalenza totale delle allucinazioni uditive era del 70% e la prevalenza totale delle allucinazioni visive del 43%. Per quanto riguarda le AR, 29 dei 155 pazienti avevano AR (19%). Ventisette pazienti avevano una o più AR uditive. Quindici dei pazienti con AR avevano due o più AR uditive con contenuti verbali e non verbali. Il contenuto delle AR non verbali era, ad esempio, che il diavolo ha fatto o Dio fa sentire la sua presenza graffiando e facendo inciampare. Il contenuto delle AR verbali era, per esempio, il canto dei salmi, la voce del diavolo o la voce di Gesù, e commenti ad esempio da parte del diavolo che diceva che il paziente si era perso, o voci del diavolo per scoraggiare la preghiera.

Quindici pazienti con AR avevano una o più AR visive. Le AR visive erano per lo più formate AR (N = 9). Sei di questi pazienti avevano due o più AR visive (AR visive non formate, AR visive formate e intere scene). Secondo Oyebode (Oyebode 2018), le immagini non formate possono essere classificate come allucinazioni visive elementari, le allucinazioni visive formate come modelli e le forme organizzate di percezioni visive con intere scene come allucinazioni visive complesse.

Un terzo dei pazienti con AR aveva un'allucinazione di una qualità sensoriale differente (ad esempio, tattile).

Relazione tra RD e RH e diagnosi principale

Non vi è stata alcuna differenza statisticamente significativa tra la prevalenza dei DR nei pazienti con schizofrenia (32%) o depressione psicotica (47%) ($\chi^2 = 2,8$, $df = 1$, $p = 0,094$).

Né c'è altresì alcuna differenza statisticamente significativa tra la prevalenza di AR nei pazienti affetti da schizofrenia (23%) e pazienti con depressione psicotica (19%) ($\chi^2 = 0,3$, $df = 2$, $p = 0,612$).

Nello studio viene altresì analizzato il contenuto delle allucinazioni religiose in pazienti con le due diagnosi più comuni e la loro confessioni religiose.

Per quanto riguarda le AR e i DR, il background confessionale e la diagnosi è emerso che i pazienti protestanti e cattolici romani avevano DR significativamente più frequenti rispetto alle altre categorie.

La religione, in particolare il protestantesimo rigoroso, può anche essere vista come un fattore di formazione dei sintomi per le AR. Inoltre, il contenuto di quasi tutti le AR nei pazienti protestanti era punitivo, e nessuno dei pazienti protestanti udiva la voce di Dio o di Gesù.

2.2.7 Conclusioni

Lo studio ha esaminato la prevalenza e il contenuto di AR, il modo in cui i DR e le AR sono correlate alle principali diagnosi, indipendentemente dal fatto che le possibili associazioni siano correlate alla diagnosi principale (psicosi affettive o non affettive) e come i DR e le AR siano collegate al background confessionale e ad altri aspetti della religiosità.

Il 19% dei pazienti aveva AR in tutte le modalità. Il contenuto delle AR apparteneva al diavolo e a Dio. Non vi è stata alcuna differenza statisticamente significativa tra i DR e le

AR nei pazienti schizofrenici e in quelli con depressione psicotica. Rispetto agli altri gruppi confessionali, le AR erano significativamente più prevalenti nei pazienti con espressione psicotica rispetto a quelli con schizofrenia. I pazienti protestanti rigorosi con AR non hanno mai sentito voci che attribuivano a Dio.

I punteggi significativamente più alti su quasi tutti gli aspetti della religione nei pazienti con DR possono indicare che l'attività religiosa fornisce un senso di controllo e significato quando si ha a che fare con i disturbi psichiatrici.

Poiché la religione rappresenta un'importante risorsa culturale per gli anziani, si ipotizza che, in particolare, la stretta fede protestante rappresenti un fattore di formazione dei sintomi per i DR e le AR nella generazione più anziana. È plausibile che, a differenza delle generazioni più giovani, gli anziani articolino essenzialmente la loro depressione come un problema religioso o fisico. Possono anche esperire la tristezza e l'anedonia come segno positivo e non negativo: piuttosto che lamentarsi, preferiscono "andare avanti e pregare per avere forza". L'ipotesi è che l'angoscia psicotica dovuta alle AR (di solito riguardanti il diavolo) sia un meccanismo di protezione psicologica che fornisce il contenuto dei DR.

2.3 Articolo 2

Zhang, J., Lew, B., Liu, Y., Chistopolskaya, K., & Zhao, S. (2024). Religion, psychological strain, and suicidality in China: A preliminary study. *OMEGA-Journal of death and dying*, 89(1), 275-291.

2.3.1 Introduzione

Lo scopo di questo studio è quello di indagare gli effetti della religione e della religiosità sulla suicidalità nei contesti sociali cinesi. È stato ipotizzato che il tasso delle persone che credono in una religione è ancora basso in Cina rispetto agli atei. È stato inoltre ipotizzato che tali individui con un credo religioso sperimentino tensioni psicologiche di livello superiore rispetto a persone non religiose, e quindi abbiano maggiori probabilità di essere depressi e suicidi.

2.3.2 Obiettivi e ipotesi di ricerca

Sebbene non ci siano molti studi sul rapporto tra religiosità e suicidio in Cina, alcuni studi hanno scoperto che la religione in Cina non conferisce molti effetti positivi sulla salute mentale e sulla suicidalità dei credenti religiosi. Zhang Zhao e Liu (2017), che hanno raccolto i dati di uno studio di 5 anni su studenti universitari (n = 5860) durante il periodo 2007-2011 da un'università di Pechino, hanno scoperto che il 21,7% dei credenti ha ideazione suicidaria, mentre gli atei rappresentano il 18,8%. In un altro studio da luglio a novembre 2003, Zhang e Xu (2007) hanno raccolto dati da 74 tentativi di suicidio gravi dal punto di vista medico provenienti da sei ospedali di Dalian, nella provincia di Liaoning, e 17 (23%) dei 74 intervistati hanno riferito di avere convinzioni religiose, un tasso che si ritiene sia superiore alla popolazione generale. Zhang e Liu (2012) si sono

concentrati su studi di suicidalità sulla popolazione rurale in tre province della Cina: Liaoning, Hunan e Shandong. Si ipotizza che le persone affiliate a una religione o che praticano un credo religioso siano emarginati e stigmatizzati nella comunità e quindi sperimentino un alto livello di tensioni psicologiche.

2.3.3 Metodi e materiali

Si tratta di uno studio trasversale con un progetto di indagine condotto nel 2017. L'indagine è stata condotta a Jinan, la capitale della provincia di Shandong, che si trova nella parte orientale della Cina. La provincia di Shandong è la seconda provincia più popolosa della Cina, ha una popolazione di circa 100 milioni di persone ed è la terza per dimensione economica.

Il campione è stato selezionato casualmente da un grande ospedale. Nei reparti selezionati è stato chiesto di compilare il questionario di 30 minuti. Il personale del team di ricerca ha raccolto i questionari a fine giornata. La selezione del campione e l'attuazione della ricerca è stata effettuata da personale addestrato. Gli intervistati al di fuori della fascia di età e non disposti a rispondere al questionario sono stati esclusi dal campione. Il campione finale consisteva in 1012 medici e infermieri. Lo studio è stato approvato dal Comitato di Revisione Istituzionale e dal Comitato Etico dell'ospedale, nonché dall'Università affiliata. Ogni partecipante ha dato il consenso informato prima di completare il questionario.

Strumenti

È stato somministrato un questionario di autovalutazione. Ogni intervistato ha impiegato circa 30 minuti per la compilazione. I questionari sono descritti come segue:

1. La religione è stata misurata dalla domanda: "Sei un credente di una religione?", e sono state date quattro opzioni: (1) Credenti; (2) i non credenti; (3) Atei; e (4) Non lo so. Questo è ulteriormente consolidato in tre sottogruppi principali per le analisi: (1) sottogruppo dei Credenti; (2) Sottogruppo Non credenti e Atei (o Sottogruppo Atei); e (3) sottogruppo Non so, e codificati rispettivamente come 1, 2 e 3.
2. Le tensioni psicologiche sono state misurate dalla scala della tensione psicologica (PSS), che è stata sviluppata per la prima volta in un campione cinese per valutare le tensioni psicologiche ed è stata accettata con buona affidabilità e validità sia in cinese che in versione inglese (Zhang et al., 2014; Zhang & Lyu, 2014).
3. La psicopatologia è stata misurata dal Center for Epidemiologic Studies- Scala della depressione (CES-D) (Radloff, 1977, 1991). Il punteggio totale varia da 0 a 60, con un punteggio più alto che indica un sintomo depressivo più forte, e un punteggio di 16 e superiore che indica una potenziale depressione clinica(Radloff, 1991) .
4. La suicidalità è stata misurata dalla scala dell'ideazione suicidaria (Beck et al., 1979) con la domanda "Hai mai pensato seriamente di suicidarti?" La risposta è codificata in modo dicotomico, con un punteggio di 0 per "No" e 1 per "Sì".
5. Le variabili sociodemografiche più rilevanti sono il genere, il livello d'istruzione, lo stato civile e le ore di lavoro settimanali.

2.3.4 Partecipanti

Il presente studio ha suddiviso il campione ottenuto in tre sottogruppi: (1) Credenti di una religione; (2) Atei; e (3) Fence-Sitter religiosi. La divisione si basa sulla loro auto-risposta alla domanda: "Credi in una religione?"

L'analisi della differenza media è stata eseguita utilizzando il genere (maschio, femmina) e la religione (Credenti, Atei e Fence-Sitter Religiosi). È stata eseguita l'analisi di regressione lineare, in particolare nell'esame delle relazioni tra i tre sottogruppi religiosi con ideazione suicidaria, che è un variabile dicotomica. Tutte le analisi sono state condotte utilizzando SPSS Statistics Version 20.

La dimensione del campione comprende 1012 intervistati, di cui 237 (23,4%) sono uomini e 775 (76,6%) sono donne. L'età media è di 33,9 anni. 876 (86,8%) di loro hanno un titolo di studio livello di laurea universitaria e superiore. 774 intervistati (76,6%) sono sposati, 222 (26,3%) sono medici, 586 (69,4%) sono infermieri, mentre 36 (4,3%) appartengono alle altre categorie. Il sesso per i medici è distribuito in modo abbastanza uniforme, con 104 (46,8%) maschi e 118 (53,2%) donne. La maggior parte degli infermieri sono donne, 541 (92,3%) su un totale di 586 Infermieri. Le variabili psicologiche analizzate sono: benessere, sostegno sociale, autostima, soddisfazione di vita, depressione e ideazione suicidaria.

2.3.5 Risultati principali

Sottogruppo credenti

È significativamente più alto nella misura della depressione rispetto al sottogruppo degli atei. Non vi è alcuna differenza significativa tra questi tre sottogruppi per quanto riguarda le misure di benessere, soddisfazione di vita, autostima e sostegno sociale.

Sulla misura specifica della depressione, utilizzando CESD ≥ 16 (Radloff, 1977, 1991), circa il 46% del campione è a rischio di depressione. Il sottogruppo *credenti* registra un'alta percentuale dell'83,3%, seguita dal gruppo dei *Religious Fence-Sitters* con il 48,4%, mentre gli atei si raggruppano con il 42,2%. Questo può riflettere un ambiente di lavoro

molto stressante. I credenti sono statisticamente e significativamente più alti sulla depressione rispetto a entrambi i gruppi. Tutti e tre i sottogruppi non differiscono in modo significativo nell'ideazione suicidaria. Tuttavia il sottogruppo dei credenti ha riportato differenze significative nei piani di suicidio e nei tentativi di suicidio. La caratteristica chiave del sottogruppo dei Credenti è che sono significativamente alti nei valori della misurazione della depressione.

Sottogruppo Atei

Il sottogruppo degli atei è significativamente più basso nelle tensioni psicologiche rispetto agli intervistati dal gruppo indecisi sulla propria religione, e non differisce da loro sulla Depressione.

Il risultato sul gruppo non è significativo anche nell'ideazione suicidaria. Tuttavia, per quanto riguarda la demografia sono maggiori quelli che non sono sposati, hanno lavorato come medici, e hanno orari di lavoro più elevati. Queste persone potrebbero essere più oberate di lavoro e, come medici, hanno responsabilità maggiori. Poiché non sono religiosi, potrebbero non avere risposte chiare ad alcuni dilemmi morali che affrontano sul lavoro come medici professionisti.

Sottogruppo di Fence-Sitters Religiosi (coloro che mantengono una posizione neutrale)

I Fence-Sitter religiosi hanno ottenuto punteggi significativamente alti in tutte e quattro le categorie psicologiche, anche se non sono significativamente alti nell'ideazione suicidaria rispetto agli altri sottogruppi. Demograficamente, sono più individui sposati, più infermieri con lauree triennali e lavorano meno ore. Poiché è stato dimostrato che elevate tensioni psicologiche possono essere un predittore significativo dell'ideazione suicidaria in altri studi condotti in Cina e l'Occidente, le loro elevate tensioni psicologiche

su tutte e quattro le categorie oggetto d'indagine dovrebbero essere affrontate con una consulenza pertinente e assistenza medica da fornire se necessaria.

Conclusioni

I principali risultati di questo studio ci indicano che gli individui religiosi sono a più alto rischio di suicidalità e depressione rispetto agli atei nel campione cinese. Tuttavia, i fence-sitters religiosi hanno ottenuto valori superiori rispetto ai credenti e agli atei in analisi di tensioni psicologiche. Sono anche più alti nella depressione rispetto agli atei. Elevate tensioni psicologiche e condizioni psicopatologiche come la depressione possono aumentare i rischi di suicidio. Sulla base di questi elementi, possiamo concludere che i credenti e i gruppi di sitter hanno una psicopatologia superiore e rischi di suicidi maggiori rispetto al gruppo degli atei.

Questo studio ha confermato ancora una volta che la religione non è un fattore protettivo contro la suicidalità, che è contrario a quanto riscontrato nelle società occidentali (Durkheim, [1897] (1951)). I credenti, in questo campione, sono più alti in depressione e hanno una maggiore tendenza ad avere piani suicidari e tentativi di suicidio. Ciò è in linea con la tesi di Stack e Kposowa (2016) sulla comunità morale, per cui se la religiosità di un paese è bassa, la religione offre meno elementi protettivi contro suicidalità.

2.4 Articolo 3

Longo, G. S., Bray, B. C., & Kim-Spoon, J. (2017). Profiles of adolescent religiousness using latent profile analysis: Implications for psychopathology. *British Journal of Developmental Psychology*, 35(1), 91-105.

2.4.1 Introduzione

Ricerche precedenti hanno documentato solide associazioni tra religiosità adolescenziale/spiritualità (R/S) e gli esiti della psicopatologia, tra cui la sintomatologia esternalizzante e internalizzante, ma nessuno studio precedente ha esaminato queste associazioni con profili R/S di adolescenti che utilizzano un approccio centrato sulla persona.

Il presente studio ha trovato tre profili di R/S adolescenziali: alta religiosità, bassa religiosità e di particolare interesse, gli introiettori. Quelli con un alto livello di introiezione sembrano avere un' interiorizzazione della religiosità a causa del loro basso punteggio nelle pratiche private, ma punteggi da moderato ad alto su altri aspetti della religiosità.

2.4.2 Obiettivi e ipotesi di ricerca

Il modello delle quattro grandi dimensioni religiose di Saroglou (2011), composto da credenze, modello di attaccamento, comportamento, e senso di appartenenza, fornisce un quadro teorico che consente maggiore flessibilità nello studio religioso interculturale e dello sviluppo. Questo modello postula che ci sono quattro componenti della religione che corrispondono alle dimensioni e funzioni psicologiche e che (1) sono in grado di delimitare la religione dai costrutti prossimali; (2) tradurre le principali dimensioni

distinte della religiosità; (3) possono essere visti attraverso contesti culturali; e (4) sono buoni candidati per studiare la variabilità culturale nella religione a causa della loro diversità.

In questo studio, è utilizzato un approccio centrato sulla persona per tenere conto dei contributi dei diversi aspetti della R/S all'interno degli individui concernenti la psicopatologia adolescenziale, compresa la sintomatologia internalizzante ed esternalizzante. Sono state poste, come ipotesi di ricerca, le seguenti domande:

- Esistono sottogruppi identificabili di adolescenti caratterizzati da modelli multidimensionali di esperienze R/S?
- Come diversi modelli di esperienze R/S si riferiscono alla sintomatologia internalizzante ed esternalizzante degli adolescenti?

2.4.3 Partecipanti

I partecipanti includevano 220 adolescenti degli Appalachi che hanno partecipato come parte di uno studio longitudinale sullo sviluppo sano dei giovani. Gli adolescenti erano 121 maschi (55%), con età compresa tra i 12 e i 18 anni ($M = 15,14$, $SD = 1,52$). L'affiliazione religiosa degli adolescenti era composta da 129 protestanti (58,6%), 24 cattolici (10,9%), 1 ebreo (0,5%), 30 altro (13,6%) e 36 nessuno (16,4%). La composizione etnica era 88% bianchi, 9% neri, e il 3% altro. Il reddito medio annuo della famiglia è compreso tra \$ 35.000 e \$ 49.000.

2.4.4 Procedura

I partecipanti sono stati reclutati attraverso elenchi telefonici, passaparola e volantini nei territori al sud-ovest della Virginia. Gli adolescenti sono stati intervistati da

ricercatori e assistenti qualificati e hanno ricevuto un compenso in denaro. Tutte le procedure sono state approvate dal comitato di revisione istituzionale dell'Università.

La religiosità tradizionale è stata misurata utilizzando 16 elementi adattati dal Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group e Jessor e Jessor (1977). La scala di misurazione conteneva quattro sottoscale: due items che misuravano la religiosità organizzativa (ad esempio, «Quanto spesso va alle funzioni religiose?»), tre items che misuravano le pratiche private religiosità (ad esempio, "Quante volte preghi privatamente in luoghi diversi dalla chiesa o sinagoga?"), quattro items (relativi, ad esempio, alla domanda "Quanto è importante la fede religiosa nella tua vita?"), e tre items che misuravano il sostegno sociale religioso (ad esempio, "Quanto spesso le persone nella tua congregazione ti ascoltano riguardo ai tuoi problemi e alle tue preoccupazioni private?").

I sintomi internalizzanti ed esternalizzanti degli adolescenti sono stati valutati utilizzando il Self Report (Achenbach & Rescorla, 2001), contenente 102 item che valutano le percezioni adolescenziali dei problemi comportamentali (con risposte che vanno da 0 = non vero a 7 = molto vero o spesso vero). La sottoscala internalizzante includeva sottoscale di disturbi somatici, ansiosi/depressivi e la scala esternalizzante comprendeva sottoscale di comportamento aggressivo e delinquenziale.

2.4.5 Strumenti e analisi dei dati

E' stato utilizzato il minimum average partial (MAP) di O'Connor (2000) per scopi di riduzione dei dati e testato il numero di fattori in ciascuna scala.

I profili di religiosità all'interno dell'individuo sono stati stimati sulla base di fattori estratti tramite il test MAP e PCA utilizzando LPA in MPlus (Muthen & Muthen, 1998-2010).

2.4.6 Risultati principali

Sono stati trovati tre profili teoricamente significativi di adolescenti R/S e differenze nei risultati per l'appartenenza al profilo. Di particolare importanza sono state le tendenze dei punteggi per gli introiettori e gruppi ad alta religiosità. Sebbene fossero simili, i punteggi nelle pratiche private erano radicalmente più alti per il gruppo ad alta religiosità. Inoltre, coloro che si trovano nei gruppi di bassa religiosità e degli introiettori hanno ottenuto punteggi simili e significativamente inferiori alla media nelle pratiche private. I risultati indicano che le pratiche private sono un punto di differenziazione nella religiosità adolescenziale. Questo risultato può indicare che l'intera interiorizzazione delle credenze R/S include la preghiera e la lettura delle scritture più frequentemente, e questa dimensione differenzia i gruppi meglio di altre dimensioni R/S, tra cui la rilevanza religiosa, il monitoraggio di Dio, o il monitoraggio deterministico, sui quali gli introiettori ottengono punteggi significativamente superiori al livello medio del campione. I risultati suggeriscono che gli aspetti comportamentali privati, come la preghiera, potrebbero essere un modo migliore per catturare le differenze nell'interiorizzazione delle credenze tra gli adolescenti.

È stato generalmente visto che la R/S ha un effetto positivo sull'ansia e sulla depressione (McCullough & Larson, 1999) e comportamenti esternalizzanti come la delinquenza (Holmes & Kim-Spoon, 2016). Di particolare interesse è la constatazione che ci sono differenze nell'interiorizzare la sintomatologia non tra adolescenti ad alta religiosità e a

bassa religiosità, ma tra alta religiosità e introiettori – gruppi che erano simili nella maggior parte dei settori, tranne che nelle pratiche private. I risultati di questo studio indicano che un'associazione lineare tra livello di R/S, internalizzazione e sintomatologia esternalizzante non era evidente. Coloro che non hanno completamente interiorizzato possono anche essere più vulnerabili a una cattiva salute mentale rispetto a quelli a basso R/S.

2.4.7 Conclusioni

La psicologia della religione e della spiritualità ha subito una grande trasformazione nel tentativo di rappresentare meglio la R/S contemporanea – in particolare la spiritualità – a causa dei cambiamenti della R/S della popolazione. Il passaggio a una spiritualità più individualizzata, in particolare nelle popolazioni più giovani (Funk & Smith, 2012; Good & Willoughby, 2006), sta costringendo i ricercatori a riesaminare alcune delle questioni fondamentali nel campo e a rivalutare esattamente il significato della religione. L'uso della tecnica centrata sulla persona può essere un modo per identificare varie configurazioni di R/S. Gli approcci centrati sulla persona sarebbero utili per il progresso nel campo della ricerca R/S, ampliando la comprensione dello sviluppo della R/S e di come i modelli di sviluppo della R/S siano legati al benessere fisico e psicologico.

TABELLA 1: sintesi degli articoli con i principali risultati

Articolo	Campione	Strumenti	Analisi dei dati	Risultati
1. Noort, A., Beekman, A. T., & Braam, A. W. (2020). Religious hallucinations and religious delusions among older adults in treatment for psychoses in the Netherlands. <i>Religions</i>, 11(10), 522. Obiettivi di ricerca: • quali siano la prevalenza e il contenuto di allucinazioni religiose nei pazienti psicotici più anziani; • in che modo le allucinazioni e i deliri religiosi siano correlati alla diagnosi principale; • in che modo tali manifestazioni psicotiche si relazionino con il background confessionale; • quali siano le possibili associazioni dipendenti dalla diagnosi principale (psicosi affettive vs psicosi non affettive).	Età superiore ai 65 anni, (donne 72%). Patologie diagnosticate: schizofrenia(295), disturbo schizofreniforme (295.40), disturbo schizoaffettivo (295.70), disturbo delirante (297.1), disturbo psicotico breve (298.8), disturbo psicotico non altrimenti specificato (298.9), disturbo depressivo grave con caratteristiche psicotiche (296.4), e grave disturbo bipolare, maniaco, misto o depresso, con caratteristiche psicotiche.	SCAN 2.1 (WHO-SCAN for Windows, versione completa olandese v.1.0.4.6, Harcourt, Lisse, Paesi Bassi)	-Tabulazioni incrociate; -Statistiche Chi-quadrato. -Analisi di regressione logistica.	Allucinazioni uditive 70% Allucinazioni visive 43%. prevalenza dei DR nei pazienti con schizofrenia (32%) o depressione psicotica (47%). Prevalenza di AR nei pazienti affetti da schizofrenia (23%) e pazienti con depressione psicotica (19%)
2. Zhang, J., Lew, B., Liu, Y., Chistopolskaya, K., & Zhao, S. (2024). Religion, psychological strain, and suicidality in China: A preliminary study. <i>OMEGA-Journal of death and dying</i>, 89(1), 275-291. Obiettivi di ricerca: • effetti sulla salute mentale e sulla suicidalità dei credenti religiosi.	1012 medici e infermieri. 237 (23,4%) uomini 775 (76,6%) donne. Età media 33,9 anni. 876 (86,8%) titolo di studio livello di laurea universitaria e superiore. 774 intervistati (76,6%) sposati, 222 (26,3%) medici, 586 (69,4%) infermieri, 36 (4,3%) altre categorie. 104 (46,8%) maschi 118 (53,2%) donne. La maggior parte degli infermieri sono donne, 541 (92,3%) su un totale di 586 Infermieri.	Questionario di autovalutazione	-Scala della tensione psicologica (PSS); Center for Epidemiologic Studies- -Scala della depressione (CES-D); -Scala dell'ideazione suicidaria (Beck et al., 1979); SPSS Statistics Version 20	46% del campione è a rischio di depressione. <i>Credenti</i> 83,3%, <i>Religious Fence-Sitters</i> 48,4%, <i>Atei</i> 42,2%. Il sottogruppo degli atei è significativamente più basso nelle tensioni psicologiche rispetto agli intervistati dal gruppo indecisi sulla propria religione, e non differisce da loro sulla Depressione. I Fence-Sitter religiosi significativamente alti in tutte e quattro le categorie psicologiche, non significativamente alti nell'ideazione suicidaria.

Articolo	Campione	Strumenti	Analisi dei dati	Risultati
3 Longo, G. S., Bray, B. C., & Kim-Spoon, J. (2017). Profiles of for adolescent religiousness using latent profile analysis: Implications for psychopathology. <i>British Journal of Developmental Psychology</i>, 35(1), 91-105. Obiettivi di ricerca: contributi dei diversi aspetti della R/S all'interno degli individui concernenti la psicopatologia adolescenziale, compresa la sintomatologia internalizzante ed esternalizzante.	220 adolescenti degli Appalachi 121 maschi (55%), con età compresa tra i 12 e i 18 anni (M = 15,14, SD = 1,52). Religione: 129 protestanti (58,6%), 24 cattolici (10,9%), 1 ebreo (0,5%), 30 altro (13,6%) 36 nessuna (16,4%). Etnia: 88% bianchi, 9% neri, 3% altro.	Intervista	La religiosità tradizionale è stata misurata utilizzando 16 elementi adattati dal Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group e Jessor e Jessor (1977). I sintomi internalizzanti ed esternalizzanti degli adolescenti sono stati valutati utilizzando il Self Report (Achenbach & Rescorla, 2001). -Minimum Average Partial (MAP) di O'Connor (2000) -test MAP e PCA utilizzando LPA in Mplus (Muthen & Muthen, 1998-2010).	Gruppi di alta religiosità hanno ottenuto punteggi più alti nelle pratiche private. Gruppi di bassa religiosità e degli introiettori hanno ottenuto punteggi simili e significativamente inferiori alla media nelle pratiche private. La R/S ha un effetto positivo sull'ansia e sulla depressione e comportamenti esternalizzanti come la delinquenza.

CONCLUSIONI

Lo scopo di questo lavoro di tesi è quello di determinare il ruolo delle credenze/esperienze religiose nel mantenimento del benessere biopsicosociale dell'individuo, cercandone la collocazione al lato della linea di demarcazione tra salute mentale e psicopatologia. Tramite un approccio *evidence based*, nel primo capitolo si è discusso degli effetti della religione sul benessere. Dalla consultazione di articoli, scientifici, reviews di articoli e libri (tutti indicati in bibliografia), è emerso che nonostante il coping religioso sia spesso adattivo e funzionale al mantenimento del benessere mentale, spesso la religiosità, come suggeriscono molti studi citati, è negativamente correlata con la salute mentale e può altresì favorire l'insorgere di manifestazioni psicotiche o esacerbare disturbi d'ansia e depressione. Abbiamo avuto modo di riscontrare che gli individui religiosi sono a più alto rischio di suicidalità e depressione rispetto agli atei nel campione cinese (articolo 2), che la religione, in particolare il protestantesimo rigoroso, può anche essere vista come un fattore di formazione dei sintomi per le allucinazioni religiose (articolo 1), che la non completa interiorizzazione della religiosità/spiritualità costituisce fattore di rischio per la cattiva salute mentale (articolo 3). Ho trovato altresì interessanti, ma non utilizzati per il lavoro di schedatura, lo studio genetico-epidemiologico multimisura sulla relazione tra religione, psicopatologia, uso e abuso di sostanze (Kenneth S. Kendler, M.D., Charles O. Gardner, Ph.D., and Carol A. Prescott, Ph.D, 1997), e quello inerente i fenomeni di possessione riguardante i credenti di fede cattolica (Innamorati, M., Taradel, R., & Foschi, R., 2019). Di seguito a quanto argomentato appare evidente che ulteriori esplorazioni sui fattori che influenzano i giudizi clinici in questo settore sia meritevole di

studi futuri. Vi sono lacune di ricerca, infatti, che meritano ulteriori indagini in linea con quanto sancito dal DSM 5-TR nella sezione *"Problemi relativi a altre circostanze psicosociali, personali e ambientali"* che include crisi spirituali, che non è un disturbo mentale di per sé, anche se può avere un impatto significativo sull' esito dei disturbi esistenti (American Psychiatric Association 2013). "Questa categoria può essere utilizzata quando il centro dell'attenzione clinica è un problema spirituale. Gli esempi includono esperienze angoscianti che comportano la perdita o l'interrogazione di problemi connessi con la conversione a una nuova fede, o la messa in discussione valori spirituali che potrebbero non essere necessariamente correlati a una chiesa o a un' istituzione religiosa organizzata" (Z65.8 American Psychiatric Association 2013). Da un punto di vista terapeutico è anche importante che i professionisti della salute mentale siano in grado di distinguere tra esperienze religiose "normali" e fenomeni sintomatici di disturbi (Demling 2016). Una ricerca più mirata potrebbe elicitarne una comprensione più completa delle convinzioni ed esperienze dei pazienti, aiutando loro a sentirsi più pienamente compresi e, se gestita da un punto di vista empatico, creando quella fiducia necessaria all'alleanza terapeutica. Inoltre, sebbene queste conoscenze dovrebbero essere ulteriormente valutate da un punto di vista di prospettiva interculturale, evitando l'eccessiva patologizzazione della "credenza religiosa", sarebbe utile sottolineare criteri di definizione di fenomenologia sintomatologica che permettano di disambiguare fra più alternative diagnostiche.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American psychiatric association.
- Akiskal, Hagop S. 2017. Mood disorders: Clinical features. In Kaplan & Sadock's *Comprehensive textbook of Psychiatry*, 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, p. 1637. ISBN 9781451100471.
- Allmon, A. L. (2013). Religion and the DSM: From pathology to possibilities. *Journal of religion and health*, 52, 538-549.
- Barber, C. (2019). Working within a spiritual framework. *British Journal of Nursing*, 28(4), 229-229.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.
- Beck, C. (1986). *Education for spirituality*. Interchange.
- Becker, J. W., and R. Vink. 1994. *Secularisatie in Nederland, 1966–1991; de Verandering van pvattingen en Enkele Gedragingen* [Secularization in the Netherlands, 1966–1991; The Change of Views and Some Behaviours]. The Hague:VUGA, ISBN 9052506086.
- Bem, D. J. (1983). Constructing a theory of the triple typology: Some (second) thoughts on nomothetic and idiographic approaches to personality. *Journal of Personality*, 51(3), 566-577.
- Blazer, D. (2012). Religion/spirituality and depression: What can we learn from empirical studies?. *American Journal of Psychiatry*, 169(1), 10-12.
- Braam, A. W., van den Eeden, P., Prince, M. J., Beekman, A. T., Kivelä, S. L., Lawlor, B. A., ... & Copeland, J. R. (2001). Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: results from the EURODEP collaboration. *Psychological medicine*, 31(5), 803-814.
- Caspi, A., & Silva, P. A. (1995). Temperamental qualities at age three predict personality traits in young adulthood: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Child development*, 66(2), 486-498.
- Center, C., Davis, M., Detre, T., Ford, D. E., Hansbrough, W., Hendin, H., ... & Silverman, M. M. (2003). Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *Jama*, 289(23), 3161-3166.
- Christensen, C. W. (1963). Religious conversion. *Archives of General Psychiatry*, 9(3), 207-216.
- Computers, 32, 396–402. doi:10.3758/BF03200807.
- Cook, C. C. (2015). Religious psychopathology: The prevalence of religious content of delusions and hallucinations in mental disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(4), 404-425.
- De Jong, Gert. 2012. *Religieuze kaart van Nederland* [A religious map of the Netherlands]. In *Handboek Psychiatrie, Religie en Spiritualiteit*. [Manual of Psychiatry, Religion and Spirituality]. Edited by Peter J. Verhagen and Harold J. G. M. van Megen. Utrecht: De Tijdstroom, pp. 96–99. ISBN 9789058981943.
- Deikman, A. J. (1971). Bimodal consciousness. *Archives of General Psychiatry*, 25(6), 481-489.
- Demling, J. H. (2016). Gesunde Religiosität oder religiöser Wahn?. *DNP-Der Neurologe & Psychiater*, 17(2), 45-53.
- Docherty, J. P., Van Kammen, D. P., Siris, S. G., & Marder, S. R. (1978). Stages of onset of schizophrenic psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 135(4), 420-426.
- Durkheim, E. (2005). *Suicide: A study in sociology*. Routledge.
- Ellis, A. (1983). *The case against religiosity*. New York: Institute for Rational Emotive Therapy.
- Exline, J. J., Pargament, K. I., Wilt, J. A., & Harriott, V. A. (2021). Mental illness, normal psychological processes, or attacks by the devil? Three lenses to frame demonic struggles in therapy. *Spirituality in Clinical Practice*, 8(3), 215.
- Exline, J. J., Yali, A. M., & Sanderson, W. C. (2000). Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of clinical psychology*, 56(12), 1481-1496.
- Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group. (1999). *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research*. John E. Fetzer Institute.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Freud, S. *Future of an illusion*. In: Strachey, J. (ed.). - *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Hogarth Press, London, p. 43, 1962.
- Funk, C., & Smith, G. (2012). Nones on the rise: One-in-five adults have no religious affiliation. Washington, DC, Pew Research Center; Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., ... & Yung, A. (2013). The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA psychiatry*, 70(1), 107-120.
- Galletti, C., Paolini, E., Tortorella, A., & Compton, M. T. (2017). Auditory and non-auditory hallucinations in first-episode psychosis: differential associations with diverse clinical features. *Psychiatry research*, 254, 268-274.
- Giel, R., & Nienhuis, F. J. (2001). Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN 2.1.
- Good, M., & Willoughby, T. (2006). The role of spirituality versus religiosity in adolescent psychosocial adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), 39–53. doi:10.1007/s10964-005-9018-1.

- Goretzki, M. (2007). *The differentiation of psychosis and spiritual emergency*. University of Adelaide, School of Psychology.
- Grover, S., Davuluri, T., & Chakrabarti, S. (2014). Religion, spirituality, and schizophrenia: a review. *Indian journal of psychological medicine*, 36(2), 119-124.
- Hijweege, Nicolette. 2004. *Bekering in Bevindelijk Gereformeerde Kring. Een Psychologische Studie*. [Conversion in Orthodox Dutch Reformed Circle. A Psychological Study]. Kampen: Kok, pp. 89–98. ISBN 9043509957.
- Hill, P. C. (2002). *Spiritual transformation: Forming the habitual center of personal energy*. *Research in the social scientific study of religion*, 13, 87-108.
- Hoekstra, E. G., and M. H. Ipenburg. 1995. *Wegwijs in Religieus en Levensbeschouwelijk Nederland. Handboek Religies, Kerken, Stromingen en Organisaties* [Guide to Religions and Beliefs in The Netherlands. Manual on Religions, Churches, Denominations and Organisations]. Kampen: Kok, p. 360. ISBN 9789024282470.
- Holmes, C., & Kim-Spoon, J. (2016b). Positive and negative associations between adolescents' religiousness and health behaviors via self-regulation. *Religion, Brain, and Behavior*, 6(3), 188–206. doi:10.1080/2153599X.2015.1029513
- Hood, R. W., Hill, P. C., & Spilka, B. (2009). *Conversion, spiritual transformation, and deconversion*. In *The psychology of religion: an empirical approach* (4th ed., pp. 206–243). New York, NY: Guilford.
- Innamorati, M., Taradel, R., & Foschi, R. (2019). Between sacred and profane: Possession, psychopathology, and the Catholic church. *History of psychology*, 22(1), 1.
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychological development*. New York, NY:
- Jung, C. G. (1938). *Psychology and religion*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (1997). Religion, psychopathology, and substance use and abuse; a multimeasure, genetic-epidemiologic study. *The American journal of psychiatry*, 154(3), 322-329.
- Kéri, S., & Kelemen, O. (2020). Christianity and schizophrenia redux: An empirical study. *Journal of religion and health*, 59(1), 452-469.
- Klosterkötter, J., Ebel, H., Schultze-Lutter, F., & Steinmeyer, E. M. (1996). Diagnostic validity of basic symptoms. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 246, 147-154.
- Lee, C., & Early, A. (2000). Religiosity and family values: Correlates of God-image in a Protestant sample. *Journal of Psychology and theology*, 28(3), 229-239.
- Legere, T. E. (1984). *A spirituality for today*. *Studies in formative spirituality*.
- Lewis, Stephan F., Rodrigo Escalona, and Samuel J. Keith. 2017. *Phenomenology of schizophrenia*. In *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 10th ed. Edited by B. J. Sadock, V. A. Sadock and P. Ruiz. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, p. 1415. ISBN 9781451100471
- Lewis-Fernández, R., Horvitz-Lennon, M., Blanco, C., Guarnaccia, P. J., Cao, Z., & Alegría, M. (2009). Significance of endorsement of psychotic symptoms by US Latinos. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(5), 337-347.
- Lim, A., Hoek, H. W., Deen, M. L., Blom, J. D., Bruggeman, R., Cahn, W., ... & Wiersma, D. (2016). Prevalence and classification of hallucinations in multiple sensory modalities in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia research*, 176(2-3), 493-499.
- McCullough, M. E., & Larson, D. B. (1999). Religion and depression: A review of the literature. *Twin Research and Human Genetics*, 2(2), 126-136.
- Meares, A. (1960). The Diagnosis of Prepsychotic Schizophrenia. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2(4), 197.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2010). *Mplus user's guide: statistical analysis with latent variables: User's guide*. Muthén & Muthén.
- Noort, A., Beekman, A. T., & Braam, A. W. (2020). Religious hallucinations and religious delusions among older adults in treatment for psychoses in the Netherlands. *Religions*, 11(10), 522.
- O'Connor, B. P. (2000). *SPSS and SAS programs for determining the number of components using*
- Oyeboode, Femi. 2018. *Sims' Symptoms in the Mind. Textbook of Descriptive Psychopathology*, 6th ed. Edinburgh: Elsevier, p. 115. ISBN 9780702074011.
- Paloutzian, R. F. (2005). Religious conversion and spiritual transformation. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, 331-347.
- Paloutzian, R. F. (2014). Psychology of Religious Conversion and Spiritual Transformations. *The Oxford handbook of religious conversion*, 209-239.
- Papaleontiou-Louca, E. (2024). Religiosity: Is It Mainly Linked to Mental Health or to Psychopathology?. *Religions*, 15(7), 811.
- Papaleontiou-Louca, E. (2025). Spirituality and religiosity in the developing person. *Journal of Beliefs & Values*, 46(1), 15-46.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping*.
- Pargament, K. I. (2001). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford press.
- Pargament, K. I., & Lomax, J. W. (2013). Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World psychiatry*, 12(1), 26-32.
- Pargament, K. I., Exline, J. J., & Jones, J. W. (2013). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research* (pp. xxvii-740). American Psychological Association.
- Pargament, K. I., Murray-Swank, N. A., Magyar, G. M., & Ano, G. G. (2005). *Spiritual struggle: A phenomenon of interest to psychology and religion*.
- Peteet, J. R., Lu, F. G., & Narrow, W. E. (2011). Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis. *A Research Agenda for DSM-V*. Arlington: American Psychiatric Association.

- Prati, G. (2023). Religion and well-being: What is the magnitude and the practical significance of the relationship?. *Psychology of Religion and Spirituality*.
- Prusak, J. (2016). Differential diagnosis of "Religious or Spiritual Problem"-possibilities and limitations implied by the V-code 62.89 in DSM-5. *Psychiatria polska*, 50(1), 175-186.
- Radloff, L. S. (1991). The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. *Journal of youth and adolescence*, 20(2), 149-166.
- Rescorla, L. A. (2005). Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 11(3), 226-237.
- Rudalevičienė, P., Stompe, T., Narbekovas, A., Raškauskienė, N., & Bunevičius, R. (2008). Are religious delusions related to religiosity in schizophrenia?. *Medicina*, 44(7), 529.
- Sandage, S. J., & Moe, S. P. (2013). *Spiritual experience: Conversion and transformation*.
- Saroglou, V. (2011). Believing, bonding, behaving, and belonging: The big four religious dimensions and cultural variation. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42(8), 1320-1340.
- Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Fusar-Poli, P., Bechdolf, A., G Schimmelmann, B., & Klosterkötter, J. (2012). Basic symptoms and the prediction of first-episode psychosis. *Current pharmaceutical design*, 18(4), 351-357.
- Scroggs, J. R., & Douglas, W. G. (1967). Issues in the psychology of religious conversion. *Journal of religion and health*, 6, 204-216.
- Shafranske, E. P., & Malony, H. N. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 27(1), 72.
- Siddle, R., Haddock, G., Tarrier, N., & Faragher, E. B. (2002). Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37, 130-138.
- Stack, S., & Kposowa, A. J. (2016). Sociological perspectives on suicide: A review and analysis of marital and religious integration. *The international handbook of suicide prevention*, 241-257.
- Tsang, J. A., & McCullough, M. E. (2003). Measuring religious constructs: A hierarchical approach to construct organization and scale selection.
- Waters, F., Collerton, D., Ffytche, D. H., Jardri, R., Pins, D., Dudley, R., ... & Lørd, F. (2014). Visual hallucinations in the psychosis spectrum and comparative information from neurodegenerative disorders and eye disease. *Schizophrenia bulletin*, 40(Suppl_4), S233-S245.
- Wing, John Kenneth, Thomas Babor, Terry S. Brugha, J. Burke, John E. Cooper, Rob Giel, Assen Jablenski, Darrel Regier, and Norman Sartorius. 1989. SCAN. Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry* 47: 589-93.
- Wootton, R. J., & Allen, D. F. (1983). Dramatic religious conversion and schizophrenic decompensation. *Journal of Religion and Health*, 22, 212-220.
- Zhang, J., & Liu, E. Y. (2012). Confucianism and youth suicide in rural China. *Review of Religious Research*, 54(1), 93-111.
- Zhang, J., & Xu, H. (2007). The effects of religion, superstition, and perceived gender inequality on the degree of suicide intent: a study of serious attempters in China. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 55(3), 185-197.
- Zhang, J., Lu, J., Zhao, S., Lamis, D. A., Li, N., Kong, Y., ... & Ma, Z. (2014). Developing the Psychological Strain Scales (PSS): Reliability, validity, and preliminary hypothesis tests. *Social Indicators Research*, 115, 337-361. Zhang, J., & Lyu, J. (2014). Reliability, validity and preliminary hypothesis tests for the English version of the Psychological Strain Scales (PSS). *Journal of Affective Disorders*, 164, 69-75.
- Zhang, J., Zhao, S., & Liu, J. (2017). Does believing in a religion relate to individuals mental health? An initial study among Chinese college students. *International journal of school and cognitive psychology*, 4(4), 1-7.

RINGRAZIAMENTI

Questo lavoro di tesi è il capitolo finale di un'opera che, giunto ad un punto della mia vita, ritenevo ormai irrealizzabile. La passione e la motivazione hanno reso possibile quest'impresa costellata di innumerevoli ostacoli e difficoltà pragmatiche. Per questo motivo sento di dover ringraziare tutte le persone che, ognuna a suo modo, mi sono state vicine e hanno consentito che io arrivassi a questo meraviglioso traguardo. Alcuni meritano una menzione particolare.

Ringrazio i miei meravigliosi figli Sara e Alessandro per aver reso la mia vita importante, siete la mia luce in ogni notte oscura e la mia forza in ogni sfida che la vita mi pone. Ringrazio Carmen che ha reso possibile la realizzazione di questo sogno donandomi la serenità e l'amore che appagano la mia vita.

Dedico questa tesi a mio padre Gaetano, costante riferimento, che non ha mai lasciato il mio cuore e mi ha tenuto compagnia anche se non posso più gioire della sua presenza che mi dava conforto. Grazie a mia mamma Carmela a cui devo tutto nella vita, senza di lei nulla sarebbe stato possibile, gioisco della tua felicità per questo mio traguardo. Alle mie sorelle Laura e Rossella che mi sono sempre vicino e su cui potrò sempre contare per l'amore che ci lega, a Michela e Giusy con cui ho condiviso tanto.

Grazie alla relatrice di questa tesi e mia docente di Psicologia Clinica Dottorssa Paola Francesca Lattanzi per la disponibilità e professionalità nel seguire il mio lavoro.

Alla mia tutor universitaria Chiara Arrigucci per la costante presenza e disponibilità.

Voglio ringraziare la tutor del mio tirocinio, Dottorssa Marina Dente, per avermi donato una preziosa parte del sapere pratico, di cui farò tesoro sempre, nonché per essere diventata un punto di riferimento della mia vita professionale e privata.

Ringrazio i colleghi di lavoro, i miei amici e tutte le persone meravigliose incontrate in questo percorso di studio, per aver vissuto da vicino la mie difficoltà, successi ed emozioni, donandomi forza, conforto ed empatia. Tutti voi siete la mia inestimabile ricchezza.