

**Università degli Studi di Firenze**

**Facoltà di Psicologia**

*Corso di Laurea Specialistica in Psicologia Clinica e della Salute*

Tesi di Laurea

**CATTOLICI PRATICANTI, NON PRATICANTI E ATEI:  
UN'ANALISI DESCRITTIVA**

Laureanda

Laura Salvadori

Relatore

Prof. Marco Giannini

Anno Accademico 2009/2010

# INDICE

ABSTRACT.....	6
INTRODUZIONE.....	7

## CAPITOLO 1

LA RELIGIONE UNA RISORSA PER TUTTI GLI INDIVIDUI ?.....	11
1.1 Psicologia e religione.....	11
1.2 Gli sviluppi storici.....	13
1.3 Il dolce e l'amaro: costi e benefici della religione.....	18
1.4 Religione e salute.....	30
1.4.1 Religione, risorse psicologiche e qualità della vita.....	30
1.4.2 Religione e Depressione.....	36
1.4.3 Religione e Ansia.....	40
1.4.4 Religione, condotte devianti e abuso di sostanze.....	45
1.5 Una critica.....	48
1.6 Alcune statistiche relative all'Italia.....	49
1.7 Atei e agnostici: una vita senza Dio.....	50
1.7.1 L'etica degli Atei e la ricerca di un significato.....	51
1.7.2 Studi empirici condotti su individui atei.....	55
1.8 Obiettivi e ipotesi.....	59

## CAPITOLO 2

METODO.....	68
2.1 Partecipanti.....	68
2.2 Strumento.....	76

2.3 Procedura.....	79
2.4 Analisi dei dati.....	80

### CAPITOLO 3

RISULTATI.....	82
3.1 ANOVA FATTORIALE.....	83
3.1.1 ANOVA Fattoriale (2 X 3) per le scale della dimensione “Risorse Psicologiche”.....	83
3.1.2 ANOVA Fattoriale (2 X 3) per le scale della dimensione “Qualità della vita”.....	92
3.1.3 ANOVA Fattoriale (2 X 3) per le scale della dimensione “Sintomatologia: scale Internalizzanti.....	100
3.2 ANOVA ad una via e Post Hoc.....	105
3.2.1 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale delle dimensione “Risorse Psicologiche”.....	106
3.2.2 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “Qualità della vita”.....	109
3.2.3 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “Scale Internalizzanti”.....	112
3.2.4 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “Scale Esternalizzanti”.....	116
3.2.5 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “Validità del Test”.....	119
3.2.6 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “Tipologie di personalità”.....	121
3.2.7 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “Stili di Attaccamento”.....	123
3.2.8 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “Stili difensivi”.....	126

3.2.9 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “Indicatori negativi di trattamento” .....	129
3.2.10 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “ <i>Psychological Mindedness</i> ” .....	131

## CAPITOLO 4

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....	134
4.1 Discussione.....	134
4.2 Conclusioni.....	152
INDICE DELLE FIGURE.....	155
INDICE DELLE TABELLE.....	159
BIBLIOGRAFIA.....	166

## RINGRAZIAMENTI

Ringrazio la Professoressa Dorothee Bister dell'Università di Friburgo e il Dottor Peter Wilkinson dell'Università di Southampton per il materiale inviatomi e per i preziosi consigli elargitimi.

Ringrazio tutti i soci dell'associazione "UAAR" (Unione Atei Agnostici Razionalisti), in particolare Baldo Conti, coordinatore del circolo di Firenze, per tutto il tempo e l'attenzione che mi ha dedicato e per disponibilità e gentilezza con cui mi ha accolto.

Ringrazio Pamela Billi per i contatti con le associazioni cattoliche, Veronica Ciancagli e l'associazione "GIFRA" (Gioventù Francescana d'Italia), Don Andrea Malacarne e Don Tonino, per l'aiuto nel reperimento delle persone credenti praticanti.

Ringrazio il Professore Marco Giannini e il Professore Alessio Gori che mi hanno seguito con interesse durante lo svolgimento di questa ricerca.

Un ringraziamento speciale va ai miei genitori, che come sempre, instancabilmente, mi hanno seguito e aiutato, supportato e sopportato, e perché senza di loro niente sarebbe stato possibile, neanche la mia esistenza.

Ringrazio Federico, perché c'è sempre stato, nel modo giusto.

Ringrazio Alice, perché mi ha sostenuto nei momenti di crisi e perché incoraggiare lei, significava anche un po' incoraggiare me.

Ringrazio Antonella, perché so che posso sempre contare su di lei.

Ringrazio, inoltre, tutti coloro che in un modo o nell'altro mi hanno accompagnato in questi anni e hanno contribuito a farmi diventare quello che sono: i nonni, gli zii, i cugini, Sara, Arianna, Pietro, Samantha, Chiara, Stefano, Erika, Elena, Evelin, Carolina e Giacomo, Elisa, Daniele, Sofia, Federica....

Ringrazio, infine, tutti coloro che hanno creduto in me e che mi hanno insegnato che *"ogni lungo cammino, comincia con un piccolo passo"*.

## ABSTRACT

La psicologia si è sempre interrogata su quale influenza abbia la religione sulla vita delle persone. La maggior parte degli studi si è, però, dedicata alla dimostrazione degli effetti positivi della religione su varie dimensioni psicologiche delle persone credenti praticanti, mentre poche ricerche hanno approfondito gli effetti negativi che la religione può avere sulla vita delle persone, in particolare per i credenti non praticanti, e quasi nessuno studio si è occupato di capire come si collocano gli atei nel confronto tra questi due gruppi. Solitamente, infatti, i risultati degli studi sui credenti non praticanti (descritti come maggiormente a rischio di psicopatologia) vengono indebitamente generalizzati alla popolazione degli atei, senza che siano mai state considerate le peculiari caratteristiche di quest'ultimi.

Scopo di questa ricerca è quello di inserire gli atei nel confronto tra gruppi e verificare la tesi per la quale non conti tanto il *contenuto* della credenza quanto la *forza* con cui questa viene portata avanti. Si ipotizza, quindi, che i cattolici praticanti gioveranno degli effetti positivi della religione quanto gli atei beneficeranno della loro forte convinzione della non esistenza di Dio. Per questo si prevede che le dimensioni delle risorse psicologiche saranno tanto alte nei cattolici praticanti quanto negli atei e la presenza di psicopatologia sarà più elevata nei cattolici non praticanti rispetto agli altri due gruppi.

Un test psicologico che misura 9 dimensioni, lo *Psychological Treatment Inventory*, è stato somministrato a 318 soggetti: 104 cattolici praticanti, 107 cattolici non praticanti e 107 atei. Sono state condotte delle analisi statistiche per confrontare i punteggi riportati da questi tre gruppi sulle diverse dimensioni. L'ANOVA (Analisi della Varianza) Ad una Via e l'ANOVA Fattoriale hanno confermato le ipotesi di partenza cioè che le persone atee hanno risorse psicologiche tanto alte quanto lo sono quelle dei cattolici praticanti e più alte dei cattolici non praticanti. Questi risultati dimostrano l'importanza di considerare gli atei nel confronto tra gruppi e la necessità di approfondire gli studi sugli individui non credenti dal momento che sono una popolazione dotata di peculiari caratteristiche e risorse.

## INTRODUZIONE

L'interesse degli psicologi nei confronti della religione ha inizio con la nascita della psicologia come disciplina. Studiosi di tutte le epoche si sono occupati di comprendere che influenza questa potesse avere sulla vita degli individui.

Con i primi studi sono nate anche le prime controversie sul valore da attribuire all'esperienza religiosa e, nonostante il passare degli anni, tali questioni non si sono mai risolte.

Attualmente, è stato, però, trovato un ragionevole punto di incontro: uno dei maggiori studiosi in questo campo, Pargament (2002) afferma, infatti, che quando ci si domanda se la religione sia utile o dannosa, la risposta migliore sarà: “dipende”.

La religione, infatti, ha sia costi che benefici per le persone.

Il valore che la religione può assumere per ogni individuo dipende da alcuni fondamentali aspetti: dal tipo di confessione religiosa a cui l'individuo appartiene; dai criteri che vengono adottati nei diversi studi per valutare il benessere; dalla tipologia di persona (per esempio l'essere parte di gruppi socialmente svantaggiati), e soprattutto, dal grado in cui i vari elementi della vita religiosa sono integrati nell'esistenza dell'individuo (Pargament, 2002).

I potenziali effetti negativi che la religione può avere sulla vita delle persone, quello che viene definito il “lato oscuro” del teismo, sono stati studiati molto recentemente da alcuni ricercatori che sono giunti a conclusioni non trascurabili.

I dubbi religiosi cronici, i conflitti spirituali interiori, i rapporti negativi con Dio o relazioni sociali negative all'interno delle comunità religiose, sono fattori che possono provocare ansie, paure o addirittura lo sviluppo di vere e proprie psicopatologie (Galek, Krause, Ellison, Kudler, & Flannelly, 2007; Bradshaw, Ellison, & Flannelly, 2008; Ellison & Lee, 2009).

Se si osservano, però, la maggior parte delle ricerche che hanno studiato la connessione tra religione e salute, si noterà che la maggioranza di queste riporta risultati molto positivi riguardo all'influenza della credenza e della pratica religiosa:

- la frequenza di frequentazione delle funzioni religiose sarebbe associata ad un livello più elevato di felicità e fornirebbe un significato, uno scopo di vita che promuove, a sua volta, il benessere (Ferris, 2002);
- elevati livelli di religiosità sono associati con tutte le dimensioni considerate del benessere psicologico (Greenfield, Vaillant & Marks, 2009);
- Koenig (2010) nella sua rassegna della letteratura, ha raccolto più di 100 studi che hanno esaminato quantitativamente la relazione tra religiosità e depressione e ha notato che, nella grande maggioranza di questi, i risultati concordavano nell'affermare che individui più religiosi, riportavano anche minori sintomi depressivi;
- Ellison, Burdette, e Hill (2009) affermano che la frequenza con cui sono messe in atto le pratiche religiose, è inversamente associata con sentimenti di ansia e correlata positivamente con sensazioni di tranquillità;
- Koenig (2010) ha riferito che l'uso e l'abuso di sostanze è significativamente meno comune tra le persone che presentano livelli più elevati di religiosità.

Dall'osservazione di questi studi non si può che desumere che più forte sarà la convinzione con cui l'individuo crede, più sarà probabile che questo frequenti regolarmente gli ambienti religiosi e migliore sarà la sua salute fisica e psichica.

Il "lato oscuro" della religione, tocca, invece, a quegli individui che hanno una fede incerta, che non frequentano gli ambienti religiosi e che, seppur in maniera latente, soffrono di queste loro mancanze.



Ma allora quale sorte tocca agli atei, gli individui senza Dio?

In letteratura sono pochissime le ricerche che hanno effettuato un confronto tra individui religiosi e individui atei. Più comunemente gli studi si focalizzano sul confronto tra individui fortemente religiosi e praticanti e individui che hanno un credo religioso più debole. Tali risultati vengono poi generalizzati anche alle persone atee, non tenendo conto del fatto che, invece, per quanto numericamente esigua, sia una popolazione con le sue peculiari caratteristiche.

Sorprendentemente, i risultati delle ricerche su coloro che non credono dimostrano, però, che forti convinzioni atee sono tanto efficaci quanto lo sono forti convinzioni religiose.

Si possono, dunque, integrare i risultati raggiunti da Pargament (1997), ma anche da Wilkinson e Coleman (2009) e da Green ed Elliot (2009), i quali, partendo da presupposti totalmente diversi, sono giunti alla medesima conclusione, cioè non conta tanto il *contenuto* della credenza, ciò che conta è che questa acquisisca una *forza* tale da poter ergersi a sistema di significato sicuro, entro cui l'individuo possa interpretare gli eventi della propria vita.

Sulla base di queste considerazioni, nasce questa ricerca, che vuole indagare l'influenza che la religione (in particolare si farà riferimento alla confessione Cristiano-Cattolica, vista la sua distribuzione ubiquitaria nel territorio italiano) può avere sulla salute mentale delle persone. È stato effettuato, infatti, un confronto su diverse dimensioni psicologiche tra coloro che sono fortemente religiosi (cattolici praticanti), coloro che hanno una fede vacillante (cattolici non praticanti) e coloro che non credono affatto (atei). Sono, inoltre, prese in considerazione e valutate le differenze di genere che emergono tra questi tre gruppi.

Nel primo capitolo viene presentata la storia della psicologia della religione e la sua evoluzione nel tempo; vengono poi passati in rassegna tutti gli studi che

parlano dell'influenza che la religione ha sulla qualità della vita delle persone, sulle loro risorse psicologiche, sullo sviluppo di psicopatologie quali la depressione e l'ansia e sulla messa in atto di comportamenti devianti; viene, infine, fatta una panoramica sull'universo degli atei e portando come riferimento gli studi che li hanno visti protagonisti. Al termine di questa trattazione sono formulate le ipotesi specifiche dello studio empirico che rappresenta lo scopo di questo lavoro.

Nel secondo capitolo viene descritta la metodologia dello studio presentato in questa sede, comprendente l'analisi dei partecipanti, lo strumento usato, le procedure seguite e le analisi effettuate.

Nel terzo capitolo vengono illustrati i risultati delle analisi statistiche con tabelle e grafici di supporto alla lettura dei dati.

Nel quarto capitolo sono discussi i risultati e, ove possibile, vengono presentate delle interpretazioni di questi; seguono, infine, le conclusioni tratte da questo lavoro e le possibili prospettive future per lo sviluppo di tale indagine.

## *Capitolo Primo*

### **LA RELIGIONE: UNA RISORSA PSICOLOGICA PER TUTTI GLI INDIVIDUI?**

Una religione è un complesso di credenze, comportamenti, atti rituali e culturali, mediante cui un gruppo umano esprime un rapporto con il sacro. Tale relazione, tra uomo e sacro, è consentita per mezzo di qualche ordine soprannaturale, o naturale, che risponde ai significati ultimi dell'esistenza. Una religione contiene sistemi di valori e significati che investono la condizione umana, l'esistenza, l'ordine cosmico, e spesso altri aspetti della vita. Le religioni sono sempre in qualche misura istituzioni sociali, cioè sono condivise, dotate di regole e strutture sociali ordinate, dove singoli individui sono spesso designati a qualche ruolo o prerogativa collegate alla prassi religiosa.

La religione è un'esperienza vitale che implica idee, credenze, cognizioni, scelte, abitudini, emozioni e motivazioni ed è perciò oggetto di studio della psicologia.

#### **1.1 Psicologia e Religione**

La psicologia della religione è quella branca della psicologia che si occupa dello studio dei fenomeni religiosi con un approccio di tipo empirico e scientifico.

Con Psicologia della Religione non si intende una psicologia che già si inserisce in ambito religioso, con lo scopo di ricercare le radici psicologiche della religione nell'essere umano, bensì lo studio scientifico, tramite l'applicazione di teorie e metodi psicologici, dei fenomeni che vengono considerati religiosi all'interno di uno specifico contesto culturale (Vergote, 1993; Belzen, 1997). Occorre però fare una precisazione metodologica: la Psicologia della Religione è una disciplina scientifica e come tale non ha alcun potere di giudizio circa la validità o meno dei valori religiosi professati da una persona o da un gruppo sociale. Essa si costituisce come un approccio a-confessionale o, meglio, a-religioso. In questo senso, la psicologia non è né atea, né religiosa. Pertanto, la Psicologia della Religione si caratterizza per un *agnosticismo metodologico* e per un'*esclusione sistematica del trascendente*, ove con questa seconda opzione si intende l'impossibilità per la psicologia di indagare fenomeni metafisici che esulano dalla realtà empirica osservabile (Aletti, 1992): caso mai, lo psicologo si limita ad osservare il rapporto che l'individuo intrattiene con una entità trascendente postulata e vissuta come presenza significativa nella vita del soggetto. Lo psicologo, quindi, è interessato alla religione professata dal soggetto, il quale indicherà la religione oggettiva a cui si riferisce, rilevata la sua presenza in un contesto culturale (Vergote, 1993).

Pertanto, come per qualsiasi altro approccio empirico in psicologia, la Psicologia della Religione si pone come ambito di studio e di ricerca circa il vissuto psichico di un individuo verso la religione presente nel contesto socio-culturale in cui il soggetto ne fa esperienza, sia nel senso di una adesione di fede che del suo rifiuto (Aletti, 1998). La religione, infatti, intesa come fenomeno culturale, si inserisce nella vita del soggetto intrecciandosi con il suo sviluppo psichico: l'interazione tra dimensione psichica del soggetto e dimensione socio-culturale determina le vicende dell'identità, sia in senso religioso che di rifiuto della fede. In questo senso, la psicologia non può affermare che l'individuo sia naturalmente orientato verso la religione o, al contrario, naturalmente irreligioso: l'approccio

psicologico osserva come l'individuo possa *divenire* religioso in una propria cultura con una propria religione; oppure come, invece, non lo diventi. Perciò, è la natura del processo del divenire religioso (o ateo) che la Psicologia della Religione indaga.

La Psicologia della Religione, quindi, assume come oggetto di indagine la religione in un duplice senso: da una parte è tenuta a considerare la religione come un fenomeno culturale specifico, oggettivamente presente in una cultura; d'altro canto, la religione è anche un fenomeno soggettivo che chiama in causa l'individuo, inserendosi e movimentando i processi di sviluppo dell'identità del soggetto. Infatti, l'identità religiosa (ma anche atea) è una identità psicologica e si contraddistingue per i medesimi processi che regolano la formazione dell'identità psichica di una persona (Vergote, 1993). Pertanto, allo psicologo della religione importano i processi, le dinamiche, i percorsi, i conflitti che l'individuo affronta nel diventare o meno una persona religiosa. Meglio: allo psicologo interessano quelle dinamiche che consentono al soggetto di sviluppare una propria identità personale in relazione ad un sistema religioso culturalmente significativo, a cui può aderire o meno, tenendo presente anche eventuali derive psicopatologiche (Aletti & Rossi, 2001).

La Psicologia della Religione è, quindi, interessata a studiare da un lato l'influenza che sistemi di credenza religiosa esercitano sulla strutturazione della personalità; mentre d'altra parte osserva come il soggetto si appropria dei contenuti religiosi a cui intenzionalmente fa riferimento, facendo attenzione all'uso psicologico (e psicopatologico) che egli ne fa (Aletti, 1999).

## **1.2 Gli sviluppi storici**

La studio della religione in psicologia coincide con lo sviluppo scientifico di questa disciplina in senso generale. Il fenomeno della religione, infatti, è stato

oggetto di studio di eminenti esponenti che hanno determinato le moderne concezioni della psicologia. Di religione si occuparono Freud (1927), Jung (1938-40), James (1902), Fromm (1950), Allport (1950), Skinner (1953), per citare solo i più noti. Si ritiene che questi, per quanto con idee molto diverse tra loro, abbiano gettato le basi per incrementare l'interesse nei confronti di questo oggetto di studio.

William James è considerato da molti psicologi della religione come il fondatore di questa disciplina. Nella sua opera “ Psicologia della religione” James (1902) effettua una distinzione tra religione istituzionale e religione personale. La prima si riferisce all'organizzazione religiosa, che svolge un ruolo di primo piano nella cultura di una società. Con il concetto di religione personale, invece, James si riferisce al modo in cui l'individuo sperimenta l'esperienza mistica, che può essere vissuto anche a prescindere dalla cultura. Nello studio di queste personali esperienze religiose, James fa una distinzione tra religiosità sana e religiosità malata. Individui predisposti ad una religiosità positiva tendono ad ignorare il male nel mondo e a focalizzarsi sugli aspetti positivi della vita. Al contrario, individui predisposti ad una religiosità malata non sono in grado di ignorare il male e la sofferenza, e necessitano di un'esperienza unificante che gli permetta di conciliare la visione del bene e male.

L'ipotesi pragmatica di James parte dal presupposto che la religione abbia un effetto positivo per le persone, ma solo per quegli individui che credono fermamente e prendono parte alle attività religiose, tale prassi appare la scelta corretta per il singolo; la religione invece perde la sua efficacia se l'individuo si limita a credere distrattamente, a questo punto, secondo l'autore, non è neanche razionale continuare a credere o praticare saltuariamente.

Una visione fortemente negativa della religione emerge, invece, dagli scritti di Freud (1927). Ne “ L'avvenire di un'illusione” parla, infatti, dell'esperienza religiosa come di un appagamento illusorio dei desideri più antichi dell'umanità

(la felicità, l'immortalità, la giustizia, l'amore ecc.). Secondo questo autore, infatti, la religione contiene elementi indimostrabili e inconfutabili ed è l'espressione del "complesso del padre": l'uomo, cosciente del suo destino finito ed in lotta con le forze della natura, si rivolge a Dio come farebbe un bambino desideroso del genitore.

In particolare la religione sarebbe la nevrosi ossessiva universale dell'umanità; e come quella del bambino, essa ha tratto origine dal complesso edipico, dalla relazione paterna.

Dio Padre, amato e temuto, è la proiezione dei rapporti psichici ambivalenti che l'uomo ha col padre.

Secondo Freud, dunque, l'abbandono della religione, la quale non è riuscita a rendere felici gli uomini, porterà l'umanità a una maggiore maturità spirituale. Bisogna, infatti, secondo l'autore, concentrarsi sulla scienza moderna, che, consapevole dei propri limiti, non è, come la religione, illusione, ma sarà l'unica che grazie ai propri progressi potrà migliorare la vita degli individui.

Successivamente, Gustav Jung (1938-1940), ha criticato Freud per aver concesso troppo spazio, nelle sue teorie, agli istinti naturali senza riuscire ad andare oltre al ciclo inesorabile degli eventi biologici. Jung ha chiamato "spirito" questa esigenza vitale di liberazione dagli istinti. Da ciò è derivato anche un orientamento opposto nei confronti del fenomeno religioso a cui, invece, Jung attribuisce un ruolo positivo nell'esistenza dell'uomo, come forma di riscoperta della vita dello spirito. Alla base dell'esperienza religiosa sarebbe l'irruzione nella coscienza delle immagini archetipiche presenti nell'inconscio collettivo.

Anche Fromm (1950), nella sua opera "Psicanalisi e religione", modifica la teoria freudiana e ne produce una più complessa riguardo alle funzioni della spiritualità. Spiega, infatti, come la visualizzazione della religione come complesso di Edipo non deve essere basata tanto sulla sessualità ma come un desiderio molto più profondo ossia, il desiderio infantile di mantenere un attaccamento con la figura di protezione.

L'uomo ha bisogno di un quadro stabile di riferimento e la religione riempie, secondo l'autore, questa esigenza. In effetti, gli esseri umani bramano le risposte alle domande che nessuna altra fonte di conoscenza può dargli e a cui solo il teismo sembra saper rispondere. Tuttavia, la religione deve essere una libera scelta perché possa apparire sana e positiva per gli individui, ogni concetto di autoritarità della religione appare, infatti, lesivo per l'uomo.

Nel 1950 anche Gordon Allport si occupò di religione. Nella sua opera "L'individuo e la sua religione" l'autore illustra come le persone possono usare il teismo in modi diversi. Si fa una distinzione tra religione matura e religione immatura. Un sentimento religioso maturo è quello che caratterizza la persona il cui approccio alla religione è dinamico, aperto e in grado così di superare le incoerenze della vita. Al contrario, il sentimento religioso immaturo è fine a se stesso e rappresenta in generale gli stereotipi negativi che le persone hanno della religione stessa. Più recentemente (Donahue, 1985), una distinzione simile è stata effettuata, tra religione intrinseca, che si riferisce alla fede sincera e devota, e la religione estrinseca che si riferisce, invece, ad un uso più utilitaristico della religione come un mezzo per raggiungere un fine, come, per esempio, frequentare la chiesa per ottenere un più elevato status sociale.

Nello stesso periodo un altro eminente psicologo, Skinner, si occupa della spiegazione delle dinamiche religiose e lo fa in un'ottica fortemente negativa. Nella sua opera del 1953, parla della religione come di un metodo per controllare gli individui. Il potere di cui sarebbe in possesso l'organizzazione religiosa, deriva dalla connessione che questa afferma di avere con un'entità soprannaturale, attraverso la quale la chiesa organizza le contingenze portano alla beatitudine futura o alla dannazione eterna. Il comportamento viene quindi classificato, non solo come buono e cattivo, ma anche come morale e immorale, virtuoso e peccaminoso. Ed è, quindi, rinforzato o punito di conseguenza. Le descrizioni tradizionali del paradiso e dell'inferno incarnano il rinforzo positivo e negativo. L'organizzazione religiosa svolge il suo ruolo controllante tramite l'educazione religiosa che genera nell'individuo il senso del peccato, che diviene



un mezzo potente di autocontrollo per la persona e che garantisce all'istituzione una misura di comportamento controllata anche in assenza del rappresentante religioso e infine, tramite la costituzione di gruppi in cui l'individuo perde la propria individualità e si annulla all'interno del gruppo stesso.

Dalla fine del diciannovesimo secolo fino a metà del ventesimo, l'interesse per la psicologia della religione ha registrato un forte aumento, successivamente ha, però, riportato un'immediata caduta.

Nell'ultima parte del ventesimo secolo si è, invece, assistito ad una rinascita in campo scientifico dello studio di questo argomento, come dimostrano i nuovi libri di testo in psicologia della religione (Hood, Spilka, Hunsberger, & Gorsuch, 1996; Wulff, Stano, & Starr, 1997), monografie sui legami tra religione e salute (Koenig, McCullough, & Larson, 2001; Pargament, 1997).

Negli ultimi decenni l'attenzione in questo campo ha portato alla fondazione di varie riviste che si sono occupate del rapporto tra psicologia e religione (ad esempio l' "International Journal for the study of Psychology and religion", "Journal for the Scientific Study of Religion", "Journal of Psychology and Theology").

I fattori religiosi sono stati sempre più inclusi nella psicologia e nella ricerca sanitaria: dagli studi sul lutto (Richards, Acree, & Folkman, 1999) a quelli sull'invecchiamento (Chen, Cheal, Herr, Zubritsky, & Levkoff, 2007; Mortimer, Ward, & Winefield, 2008) fino ad arrivare alla psicologia della salute (Hodge, Andereck, & Montoya, 2007; Greenfield, Vaillant, & Marks, 2009; Koenig, 2010).

L'*American Psychological Association* nel 1976 ha, inoltre, istituito una divisione di psicologi interessati alle questioni religiose: la *Division 36, "Psychology of Religion"* che promuove l'applicazione di metodi di ricerca psicologica a diverse forme di religione e spiritualità, favorisce l'uso dei risultati di tali attività nel campo clinico, e favorisce il dialogo costruttivo tra la

psicologia teorica e pratica da un lato e le prospettive religiose e le istituzioni dall'altro.

La Psicologia della Religione ha quindi una lunga storia che, benché poco nota, rivela quanto nel corso del tempo gli psicologi si siano interrogati circa l'influenza del fenomeno religioso nel comportamento del soggetto.

### **1.3 “Il dolce e l’amaro”: costi e benefici della religione**

La religione viene studiata soprattutto per cercare di comprendere se gli strumenti, che essa può fornire agli individui, migliorino o ostacolino le capacità degli stessi di affrontare la vita e gestire lo stress dell'esperienza quotidiana.

La religione non sembra avere degli effetti univoci.

Fin dai primi studi emergono, infatti, diverse controversie sul valore da attribuire all'esperienza religiosa. La religione è stata criticata come irrazionale e patologica (Leuba, 1925), come punitiva e causa di sfruttamento (Skinner, 1953), e come pericolosamente illusoria (Freud 1927). Per converso, altri studiosi consideravano la religione come un percorso verso la più alta delle potenzialità umane (James, 1902), una fonte di equilibrio, armonia e interezza (Jung, 1962), un modello per creare rapporti sani (Rizzuto, 1979), e una base per sviluppare saggezza e maturità (Erikson, 1950).

Controversie circa il valore della religione non sono affatto un problema del passato (ad esempio, Bergin, 1980; Ellis, 1986). Alcuni continuano ad avere una visione fortemente critica della vita religiosa. Ellis (1986), per esempio, scrisse: "Sembra inevitabile la conclusione che la religione sia, per quasi ogni aspetto concepibile, opposta a quelli che sono i normali obiettivi della salute mentale " (p. 42).

Altri sono più in sintonia con la religione e studiano e promuovono i valori e il punto di vista religioso. Per esempio, Richards, Rettore, e Tjeltveit (1999) hanno dichiarato che “i valori spirituali del cliente possono essere particolarmente influenti nella promozione della capacità di coping, di guarigione e di cambiamento del cliente stesso. Quando i clienti desiderano farlo, i terapeuti dovrebbero aiutarli ad accedere ai loro valori spirituali che li aiutino a promuovere il loro sforzo di crescita e di guarigione.” (p.141)

La ricerca empirica, teoricamente, dovrebbe aiutare a porre fine a questo dibattito, portando alla comprensione ultima se la religione sia utile o dannosa per l'individuo. Purtroppo, però, è molto difficile rispondere a questa domanda, per diverse ragioni.

In primo luogo perché gli studi su questo argomento prendono in considerazione aspetti troppo specifici e difforni per permettere poi un confronto tra i vari risultati (per esempio la frequenza con cui la persona frequenta la chiesa, o la frequenza con cui prega) che sono scarsamente collegate a misure di benessere. In secondo luogo, una preponderanza di studi trasversali, non permette di comprendere se la religione sia la causa o l'effetto del benessere o del malessere. E, infine, il terzo e più importante motivo, la domanda se la religione sia utile o dannosa è troppo semplicistica. (Pargament, 2002).

Perché la religione assume tante forme, ci sono una miriade di potenziali moderatori dei rapporti tra religione e benessere e perché il benessere di per sé è un fenomeno troppo complesso, una semplice risposta che permetta di risolvere tale quesito è impossibile da dare.

Pargament (2002) afferma, dunque, che quando ci si domanda se la religione sia utile o dannosa, la risposta migliore sarà: dipende.

La religione, infatti, ha sia costi che benefici per la vita delle persone.

Il valore che la religione può assumere per ogni individuo dipende da alcuni fondamentali aspetti: dal tipo di confessione religiosa a cui l'individuo appartiene; dai criteri che vengono adottati nei diversi studi per valutare il benessere; dalla tipologia di persona (per esempio l'essere parte di gruppi socialmente svantaggiati), e soprattutto dal grado in cui i vari elementi della vita religiosa sono integrati nella vita dell'individuo.

Infine, la definizione di religione è abbastanza ampia da comprendere sia aspetti positivi che aspetti negativi. Essa può comprendere, infatti, sia aspetti costruttivi, la gentilezza, la compassione, l'altruismo, sia aspetti negativi come la violenza perpetrata in nome di Dio (Pargament, 2002).

La definizione di religione è ben lungi dall'essere esauriente e dal rappresentare un concetto statico e uniforme. Pargament (1997) definisce la religione come "una ricerca di significato che sia in qualche modo legata al sacro." (p. 32).

Questa definizione si basa sull'ipotesi che le persone siano costantemente impegnate nella ricerca attiva di uno scopo, di un significato. La ricerca di significato è un processo dinamico, che spinge il soggetto a intraprendere quei percorsi che lo porteranno a raggiungere i propri obiettivi, che lo porteranno a trasformare se stesso in funzione di questi e dei propri valori. Naturalmente, non tutte le ricerche di significato sono religiose.

Ciò che distingue la religione dagli altri fenomeni è il coinvolgimento del sacro. Pargament (1997) lo definisce come tutto ciò che va al di là dell'ordinario ed è degno di venerazione e rispetto. Un individuo si può definire religioso quando intraprende un percorso che in qualche modo è collegato con il sacro.

Nonostante le mete religiose possano essere anche molto diverse tra loro, tuttavia, gli obiettivi fondamentali della maggior parte delle tradizioni religiose sono: l'esperienza del trascendente e la volontà di vivere secondo un insieme di

valori sacri, che porteranno a conoscere Dio. Questa è secondo Pargament (1999) l'essenza della spiritualità.

Dichiararsi “individui religiosi” può significare, però, intraprendere percorsi anche molto diversi, che possono portare a modi diversi di comportarsi (partecipare o meno alle pratiche religiose), di pensare (percepirsi come più o meno vicini a Dio). Questi percorsi sono costruiti individualmente e possono coinvolgere rituali religiosi, e istituzioni convenzionali, oppure non comprenderle affatto, e queste diverse scelte avranno implicazioni differenti sulla vita degli individui.

La religione, dunque, è un processo dinamico che assume diverse forme per diversi individui (Pargament, 2002).

Parte del potere della religione sta nella sua capacità di soddisfare le differenti esigenze e interessi delle persone. Individui con temperamento dissimile possono intraprendere percorsi religiosi opposti.

Domande circa l'efficacia della religione in generale, quindi, possono fornire solo informazioni limitate, è necessario, invece, prestare attenzione alle diverse modalità tramite cui gli individui possono approcciarsi alla religione.

Una delle differenze può essere data dalla motivazione che spinge i soggetti verso la religione.

Ryan, Rigby, e Re (1993) nel loro studio empirico distinsero tra persone che sceglievano personalmente la loro religione (interiorizzazione) da coloro che si comportavano secondo i dettami religiosi per paura, senso di colpa, o a causa di pressioni esterne (introiezione). Livelli più elevati di interiorizzazione erano meno legati ad ansia, depressione, ed erano caratterizzati da livelli più elevati di autostima. Maggiori livelli di introiezione erano associati, invece, a livelli più elevati di ansia, depressione e più bassi livelli di autostima.

Un'altra differenza che può portare sia a dei costi sia a dei benefici nella vita delle persone è il *coping* religioso. Molti studiosi hanno osservato come in periodi stressanti della vita le persone presentino livelli più elevati di religiosità (Pargament,1997).

La religione che si esprime in momenti di crisi, tuttavia, può assumere forme molto diverse. Ad esempio, Pargament e colleghi (1988) hanno distinto tra tre stili di *coping* religioso per fare fronte ad una situazione problematica: (a) il *coping auto-diretto*, in cui l'individuo utilizza le risorse che Dio gli ha fornito per fare fronte ai problemi; (b) il *coping deferente*, in cui l'individuo demanda la propria responsabilità di risoluzione dei problemi a Dio; (c) il *coping collaborativo*, in cui le persone lavorano insieme a Dio, che vedono come partner nel processo di *problem solving*.

La ricerca che è stata condotta, dagli stessi autori, su un campione presbiteriano della chiesa luterana, ha confermato la presenza dei tre stili e ha, inoltre, dimostrato che ognuno di essi era associato a dei tratti temperamentali distintivi: il primo era associato ad una maggiore autostima e ad un maggiore senso di controllo personale, il secondo era legato ad una bassa autostima, ad una maggiore sensazione di non avere controllo degli eventi e alla percezione che fossero, invece, guidati dal caso, e ad una minore capacità di *problem solving*. Il *coping* collaborativo, infine, è stato associato ad una maggiore autostima e un maggior senso di controllo personale.

Si può, quindi, affermare che le implicazioni del *coping* religioso per la salute mentale dipendono dal peculiare modo in cui le persone integrano la propria concezione del divino con le proprie caratteristiche individuali.

Un lavoro che ha sviluppato tale teoria (Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998), distingue tra una gamma più ampia di *coping* religiosi, che vengono

raggruppati in due modelli principali: positivi e negativi. Si presume che i modelli di *coping* religioso positivi, derivino da un rapporto sicuro con Dio, da un senso di connessione spirituale con gli altri individui, e portino le persone ad una rilettura positiva anche degli eventi negativi, ad un *coping* collaborativo, ad una ricerca di sostegno spirituale da parte dei membri della propria congregazione. Al contrario, il modello di *coping* religioso negativo, nasce da un orientamento religioso che è, esso stesso, caratterizzato da tensione e agitazione, che si esplica in un rapporto incerto con Dio, una visione inquietante del mondo, e un costante conflitto spirituale interno.

I due modelli di *coping* religioso, positivo e negativo, hanno mostrato implicazioni molto diverse per la salute fisica e mentale. Strategie di *coping* religioso positive sono risultate associate ad un minore livello di depressione, migliore qualità della vita, maggiore cooperatività tra i pazienti ricoverati (Koenig, Pargament, & Nielsen, 1998), minori livelli di ansia e di depressione tra gli studenti universitari (Pargament, Koenig, & Perez, 2000), un minor rischio di mortalità superiore a 6 mesi tra i pazienti sottoposti ad interventi chirurgici a cuore aperto (Oxman, Freeman, & Manheimer, 1995).

Strategie di *coping* religioso negative sono risultate legate, invece, a livelli più bassi di recupero fisico tra i pazienti in riabilitazione fisica (Fitchett, Rybarczyk, DeMarco, & Nicholas, 1999), minore salute fisica e un maggiore rischio di mortalità in pazienti clinicamente malati in un periodo di 2 anni (Koenig et al., 1998; Pargament, Koenig, Tarakeshwar, & Hahn, 2001), livelli più bassi di autostima e più elevati di ansia e depressione negli studenti universitari. (Exline, Yali, & Lobel, 1999).

Questi risultati hanno dimostrato come l'incertezza religiosa porti a sviluppare maggiori difficoltà, soprattutto nel breve termine. Convinzioni religiose positive sarebbero, invece, associate a un maggiore benessere ed una migliore capacità di recupero da situazioni problematiche.

Nel valutare l'efficacia della religione, è necessario tenere conto anche del fatto che il livello di religiosità varia molto tra gli individui, per esempio ci sono gruppi di persone, tipicamente, i più svantaggiati, per i quali la religione è servita come simbolo, come sorgente di forza e speranza. Per questo troviamo più alti livelli di religiosità in specifici gruppi di individui: tra gli afro-americani (Pargament, 1997), nella popolazione più anziana (Gurin, Veroff, & Feld, 1960), le persone meno istruite (Gallup, 1994), e le donne (Argyle & Beit-Hallahmi, 1975).

Ed è stato dimostrato, per esempio nello studio di St. George e McNamera (1984) che il coinvolgimento religioso era più fortemente collegato a livelli elevati di soddisfazione di vita e benessere, in soggetti afroamericani piuttosto che in soggetti bianchi, che vivevano in contesti simili.

Lo studio di Neighbors, Jackson, Bowman e Gurin (1983) ha dimostrato che la preghiera si è rivelata più utile per gli anziani (64%) rispetto alle persone di mezza età (47%) o ai gruppi di individui più giovani (32,2%).

Per quanto riguarda l'istruzione, Pollner (1989), ha riferito che i sentimenti di maggiore vicinanza a Dio erano più fortemente connessi alle misure di benessere tra i meno istruiti, piuttosto che tra i più istruiti.

Uno studio sostiene la possibilità che il genere può moderare il rapporto tra religiosità e benessere viene da uno studio di Kark e colleghi (1996), che hanno trovato che l'appartenenza ad organizzazioni religiose, rispetto all'appartenenza a organizzazioni laiche aveva un maggiore effetto protettivo sui tassi di mortalità femminili, rispetto a quelli maschili.

In realtà, però, l'efficacia speciale che la religione riveste per questi gruppi può anche derivare dal fatto che proprio questi gruppi mostrano i livelli più alti di impegno religioso (Pargament, 2002).



Pargament (1997) ha suggerito, inoltre, che la religione potrebbe essere una risorsa particolarmente preziosa per le persone quando si trovano ad affrontare problemi che li spingono oltre i limiti delle proprie possibilità personali e sociali. In risposta a situazioni in cui i mezzi dell'uomo sono insufficienti la religione offre una serie di soluzioni: sostegno spirituale, una spiegazione che permetta di guardare oltre le miserie umane, la percezione dell'esistenza di forze benevole e la credenza di avere uno scopo nella vita che sottenda un significato sacro.

Anche in questo caso, però, è necessario fare un distinguo per quelle espressioni religiose che sembrano essere efficaci e quelle che sembrano non esserlo: lo studio di Anson, Carmel, Bonneh, Levenson e Maoz (1990) ha dimostrato che tra gli individui religiosi ciò che permetteva maggiore sollievo dalla sofferenza era soprattutto la frequentazione della chiesa e delle associazioni ad essa connesse, nessun effetto, invece, sembrava essere fornito dalla preghiera effettuata in privato.

È necessario tenere conto, inoltre, del fatto che religioni diverse possono assolvere a bisogni diversi per l'individuo. In due studi trasversali su studenti Park, Cohen, e Herb (1990) hanno esaminato il ruolo del *coping* religioso e dell'impegno religioso nel moderare l'impatto dello stress nella vita di questi studenti quando si trovavano a dovere fronteggiare eventi di vita incontrollabili. Hanno trovato che l'effetto di *buffer* delle variabili religiose era moderato dal tipo di confessione religiosa degli studenti. Per gli studenti protestanti, *coping* religioso e l'impegno religioso ha aiutato ad ammortizzare il potenziale effetto depressivo di effetti di eventi di vita incontrollabili. Per i cattolici, invece, non si è verificato lo stesso effetto positivo. Probabilmente con la loro enfasi sulla riconciliazione, la confessione, e l'espiazione, i cattolici possono avere maggiori risorse nell'affrontare eventi di vita controllabili.

Infine, l'efficacia della religione dipende dal grado in cui i vari elementi della vita religiosa sono integrati nella vita della persona. Secondo Pargament (1997),

infatti, le persone che riescono a trarre maggiori benefici dalla loro religione è più probabile che siano parte di un contesto sociale più ampio che sostenga la loro fede; che riescano a selezionare soluzioni religiose su misura per il loro problema e che riescano a integrare armoniosamente la credenza e la pratica religiosa nella propria vita.

Recentemente sono emersi studi innovativi che hanno evidenziato il potenziale effetto negativo della religione sulla vita degli individui.

Gli studiosi di quello che viene definito il “lato oscuro” della religione sono giunti a conclusioni non trascurabili.

I dubbi religiosi cronici, i conflitti spirituali interiori, i rapporti negativi con Dio o relazioni sociali negative all'interno delle comunità religiose, sono fattori che possono provocare ansie, paure o addirittura lo sviluppo di vere e proprie psicopatologie (Galek, Krause, Ellison, Kudler, & Flannelly, 2007; Bradshaw, Ellison, & Flannelly, 2008; Ellison & Lee, 2009).

Con il termine “conflitti spirituali” si intendono gli sforzi che l'individuo mette in atto per conservare o trasformare una spiritualità che è stata minacciata o lesa (Pargament et al., 2005). Recentemente Ellison e Lee (2009) hanno identificato tre tipi di conflitti interiori: (a) il conflitto “divino”, con cui si intende lo sviluppo di rapporti negativi con Dio, (b) il conflitto “interpersonale”, che si riferisce alla presenza di rapporti negativi con le altre persone della comunità religiosa che portano l'individuo ad allontanarsi da essa, e (c) il conflitto “intrapsichico”, cioè dubbi cronici circa l'esistenza di Dio.

Lo studio di Ellison e Lee (2009) era teso a verificare se tali conflitti interiori sarebbero potuti essere la causa di disagio psichico per gli individui che li sperimentavano.

Soprattutto all'interno della tradizione cristiana, gli individui sono esortati a coltivare un rapporto intimo con Dio, che è generalmente considerato come benevolo, amorevole, capace di perdonare, e impegnato ad ascoltare i suoi

“figli”. Le recenti indicazioni di psicologia della religione hanno ritenuto, possibile, fare una comparazione tra la teoria dell’attaccamento e il rapporto che ogni individuo credente stabilisce con l’entità divina. Studi, che si basano su questa teoria, rivelano che gli individui che hanno stabilito un attaccamento sicuro con Dio godono di livelli significativamente più bassi di psicopatologia e superiori livelli di benessere psicosociale (ad esempio, autostima, autoefficacia e soddisfazione di vita) rispetto agli altri.

Inoltre, i soggetti che riescono a mantenere questo positivo rapporto anche in condizioni di stress elevato, hanno a disposizione quello che viene definito da Pargament (2002) un *coping* religioso positivo, che gli permetterà di fronteggiare gli eventi negativi e superare le difficoltà grazie alla sensazione di non essere mai soli e di avere una relazione collaborativa con Dio. Generalmente chi riesce a sviluppare tali convinzioni sono coloro che non solo hanno una forte fede, ma la esplicano anche a livello comportamentale tramite la frequentazione della parrocchia o di associazioni religiose.

Tuttavia, molte persone sperimentano un rapporto con Dio meno soddisfacente. Per alcuni credenti, Dio può apparire una figura lontana, che non risponde alle loro suppliche, o persino una figura vendicativa e punitiva. Queste percezioni possono acuirsi proprio tra persone che si trovano ad affrontare condizioni stressanti o traumatiche. Di conseguenza, essi possono esperire sentimenti di delusione, e chiedersi se Dio sia abbastanza potente per aiutarli.

Altri individui possono convincersi del fatto che Dio li stia giudicando per i loro peccati, o per la loro ridotta spiritualità e pratica religiosa. Altri ancora possono provare rabbia verso Dio perché si sentono abbandonati, o perché credono che lui li abbia puniti causandogli problemi fisici, o facendogli subire traumi. I lavori empirici sulla natura della relazione problematica che gli individui possono sviluppare con Dio, e dei loro effetti sulla salute, è stata guidata dal lavoro di Pargament (1997).

Un fiorente letteratura empirica ha documentato che i conflitti religiosi interiori e le strategie di coping viziate che possono derivare da essi, possono provocare numerose conseguenze negative per la salute, dei credenti.

Per esempio, una meta-analisi di 49 studi empirici hanno mostrato che tali conflitti spirituali, connessi ad una ridotta o assente pratica religiosa, sono collegati con livelli più elevati di ansia (Ano & Vasconcelles, 2005). Un'altra meta-analisi di più di 100 studi ha rivelato che questa forma di conflitto interiore correla positivamente con i sintomi depressivi (Smith, McCullough, & Poll, 2003).

Studi specifici hanno dimostrato che essere in lotta con l'entità divina correla positivamente con: (a) sintomi depressivi, ansia e bassa autostima tra gli studenti universitari (Exline, Yali, & Lobel, 1999), (b) livelli superiori di ansia, ansia fobica, depressione, ideazione paranoide, disturbo ossessivo-compulsivi e la somatizzazione in un campione nazionale di individui adulti (McConnell, Pargament, Ellison, & Flannelly, 2006); (c) i tassi di recupero più lenti tra i pazienti riabilitazione fisica (Fitchett, Rybarczyk, DeMarco, & Nicholas, 1999).

Da lo studio di Ellison e Lee (2009) emerge chiaramente come la forza di questi conflitti interiori sia tutt'altro che banale. Queste variabili, infatti, sono tra i più forti predittori di stress. Se vengono considerati tutti insieme, questi modelli consentono di ritenere che, rispetto alle più rare esperienze religiose positive, i conflitti spirituali, possono essere dei forti segnali che il clinico deve cogliere per comprendere la causa dei disagi emotivi (Pargament, 2002).

Un altro studio che conferma l'effetto deleterio sulla salute psichica dei dubbi e dei conflitti interiori è quello di Galek, Krause, Ellison, Kudler, e Flannelly (2007). In particolare è stato verificato che il dubbio religioso è associato a sintomi depressivi, ansia generalizzata, ideazione paranoica, ostilità e sintomi ossessivi-compulsivi. Questi studiosi hanno tentato di dare una spiegazione del perché di tali correlazioni.

Innanzitutto, il dubbio religioso mina la possibilità di sfruttare una potenziale risorsa spirituale; l'individuo viene privato di una visione del mondo coerente con cui interpretare e dare un senso alla propria vita quotidiana.

Così, quegli individui, la cui fede è incerta, sono privati di una risorsa significativa *coping*.

Inoltre, l'esperienza del dubbio religioso può essere inquietante per molte persone; il dubbio cronico, e i processi cognitivi ed emotivi che ne derivano, può far perdere tante energie che dovrebbero essere impegnate nel perseguimento di obiettivi costruttivi. Per molte persone, infine, i dubbi spirituali possono essere vietati dai precetti religiosi e questa consapevolezza di essere in contrasto con le leggi religiose porta allo svilupparsi di sensi di colpa e vergogna. Questi individui possono, inoltre, essere riluttanti a verbalizzare o ricercare supporto sociale o spirituale dal clero, dalla famiglia e gli amici, il che significa che probabilmente affrontano i propri dubbi nel silenzio e nella solitudine.

Questi risultati dimostrano come, parlando di religione, è necessario prendere in considerazione tutti i suoi aspetti, solo così emergeranno i potenziali costi e benefici che questa può comportare per la vita degli individui.

Dall'analisi della letteratura sembra emergere, dunque, che per alcuni individui, in particolare per coloro che hanno una forte fede, la religione possa avere effetti positivi mentre per coloro che hanno una fede incerta la religione può avere effetti positivi.

È necessario, adesso, sviluppare questa trattazione cercando di comprendere meglio cosa si intenda per costi e benefici della religione e in particolare si prenderanno in considerazione diverse dimensioni psicologiche per vedere come la presenza di una maggiore o minore spiritualità possa influenzare la salute psichica e in alcuni casi fisica dell'individuo.

## **1.4 Religione e Salute**

Molti studi si sono occupati del rapporto tra religione e salute.

Una fiorente letteratura si è interessata di aree specifiche in cui lo zelo religioso può esplicare un ruolo positivo o negativo per la vita dell'individuo.

Le aree di maggiore interesse sono state: le risorse psicologiche e sociali, la qualità della vita, le psicopatologie, l'impulsività e l'abuso di sostanze.

### **1.4.1 Religione, Risorse psicologiche e Qualità della vita**

La maggior parte delle ricerche che hanno come scopo quello di verificare la connessione tra religione e qualità della vita, giungono a risultati simili: individui che hanno una maggiore fede presentano livelli più elevati di qualità della vita rispetto a coloro che hanno una fede più incerta e una minore frequentazione degli ambienti religiosi.

Gli studi che si sono occupati del rapporto tra risorse psicologiche e religiose, sono giunte a risultati meno univoci: alcuni hanno riportato che individui con maggiore zelo religioso e con conseguente maggiore probabilità di frequentare ambienti religiosi, godono di maggiore supporto sociale percepito (Peterson & Webb, 2006), maggiore autoregolazione (Hill, Ellison, Burdette, & Musick, 2007) e maggiore autostima (Yakushko, 2005); altri studi hanno, invece, riportato che individui più religiosi tendono a riportare minore autostima, autoefficacia e senso di padronanza, di coloro che invece, fanno minore affidamento su Dio (Greenfield, Vaillant, & Marks, 2009).

Nello studio di Ferris (2002) indicatori soggettivi e oggettivi di qualità della vita (QOL) sono stati utilizzati per indagare la loro relazione con l'impegno e la partecipazione religiosa e la fede. Sono stati, quindi, esaminati i dati raccolti dal 1972 al 1996 nel *General Social Survey Cumulative File*. Questi hanno mostrato che la felicità sarebbe associata con: la frequenza di frequentazione delle funzioni

religiose; con la preferenza di una specifica confessione religiosa (in particolare l'autore ritiene che la concezione di vita felice derivi fundamentalmente da ideali giudaico-cristiani).

Sarebbe, inoltre, emerso le organizzazioni religiose contribuiscono all'integrazione della comunità, incrementando, dunque, la qualità di vita; e, che la religione possa fornire un significato, uno scopo di vita che promuove, a sua volta, il benessere.

Ferris (2002) spiega così i suoi risultati: i valori culturali definiscono la nostra concezione di quella che può essere definita una vita felice. Che essa sia definita soggettivamente o oggettivamente come felicità o soddisfazione esistenziale, la vita felice è raggiunta quando l'individuo può perseguire degli obiettivi che siano in linea con i propri valori culturali, questo produce felicità e soddisfazione. La nostra definizione culturale di vita buona si basa fortemente sugli ideali giudaico-cristiani. I valori della società riflettono, dunque, valori religiosi. Ciò spiega in parte perché la felicità sia altamente associata alla religione. La comunità di credenti influenza i valori sociali: più credenti ci saranno in una comunità, più elevata sarà la soddisfazione di vita. Le organizzazioni religiose contribuiscono, poi, all'integrazione della comunità, incrementandone la qualità di vita.

Anche la partecipazione alle funzioni religiose è associata alla felicità. Quasi universalmente, la longevità è considerato un indicatore di una buona qualità della vita. Alcuni ricercatori hanno stabilito una relazione tra lunghezza della vita e religione. Hummer e colleghi (1999) hanno, infatti, studiato gli effetti della partecipazione su 2000 soggetti tramite uno studio longitudinale durato 9 anni.

I risultati mostrano che la partecipazione religiosa è associata ad una minore mortalità negli adulti statunitensi. Le persone che non frequentano mai la chiesa, esibirebbero, infatti, 1,87 volte in più il rischio di morire nel periodo di *follow up* rispetto ai soggetti che frequentano l'istituzione religiosa più di una volta a settimana. Gli autori ipotizzano che i legami che si vengono a creare in chiesa, possano fungere da risorse di *coping*, inoltre, stabile un rapporto con un gruppo

di pari che non indulge in comportamenti devianti o di abuso, per esempio il fumo o l'alcol, diminuisce le probabilità di morte.

Peterson e Webb (2006) danno una spiegazione esauriente del perché la maggiore partecipazione religiosa permetterebbe un miglioramento della qualità della vita. I servizi religiosi, secondo gli autori, hanno caratteristiche che possono essere considerate benefiche per la salute degli individui: la pratica della preghiera e della meditazione indurrebbe un maggiore rilassamento e tranquillità, la sensazione di far parte di una rete sociale (che è una risorsa per ogni individuo; Ellison, 1991); credere e fare propri un insieme di valori che scoraggiano comportamenti a rischio o insalubri (per esempio fumo, alcol e infedeltà). La possibilità di avere a disposizione un sostegno spirituale (l'idea che ci sia un Dio a che vigila su di loro), e la percezione di avere uno scopo e un significato nella vita; tutti questi fattori sembrerebbero determinare un effetto tampone contro gli effetti negativi di depressione, ansia e stress, per le persone più religiose.

Un'altra spiegazione del perché gli individui religiosi possono avere una migliore salute e longevità deriva dallo studio di Hill e colleghi (2007). Analizzando i dati raccolti da un campione di 1369 persone adulte (in Texas) hanno cercato di verificare se le persone religiose tendono a impegnarsi maggiormente per mantenere uno stile di vita sano.

I risultati hanno dimostrato che le persone più religiose sono coloro che tendono a riportare stili di vita più sani e maggiore autoregolazione, e questo andamento è simile negli uomini e nelle donne. I ricercatori spiegano anche perché si può essere verificata tale associazione.

Innanzitutto, il coinvolgimento spirituale potrebbe portare a stili di vita più sani, esponendo le persone religiose a una dottrina che scoraggia specifici comportamenti negativi per la salute (per esempio, prescrizioni bibliche contro ebbrezza e la gola).

Specifici divieti religiosi possono contribuire a spiegare perché le persone religiose possono evitare particolare comportamenti (ad esempio, bere alcol o



mangiare troppo), ma non può spiegare altri comportamenti salutari quali l'uso della cintura di sicurezza, il fumo, l'esercizio fisico. È interessante notare come molti gruppi religiosi aderiscono a principi spirituali generali riguardanti l'importanza strumentale della salute fisica come mezzo per dimostrare un maggiore impegno mistico. Il passo biblico che fa riferimento al corpo come il tempio "dello Spirito Santo" è stato utilizzato per scoraggiare una vasta gamma di comportamenti insalubri.

La ricerca suggerisce anche che i religiosi possono riportare una maggiore deferenza verso l'autorità, e un maggiore rispetto delle regole e delle leggi, per timore della punizione divina, questa deferenza sarebbe rinforzata dall'appartenenza ad un contesto sociale in cui il gruppo dei pari sarebbe analogamente obbediente. Se le persone religiose sono più sensibili alla autorità, sarà anche più probabile che aderiscano ai trattamenti medici, ed evitino situazioni a rischio.

Un altro indicatore di qualità della vita è il benessere soggettivo, che viene inteso come una valutazione cognitiva della soddisfazione di vita. Il benessere soggettivo è diventato un importante settore della ricerca psicologica (Diener, Suh, & Oishi, 1997). Studi sulla felicità hanno esplorato le sue determinanti e conseguenze in molti aspetti della vita, compresa la religione.

Gli studi hanno trovato relazioni positive tra religiosità, felicità e la soddisfazione di vita (Witter, Stock, Okum, & Harding, 1985). Solo pochi studi hanno riportato rapporti negativi tra questi fattori.

Nessuno di questi studi ha, però, stabilito se sia la religiosità che causa un maggiore benessere soggettivo, o se le persone con prospettive di vita più favorevoli si avvicinino maggiormente alle attività religiose.

La forza dell'affiliazione religiosa, nello studio di Ferris (2002) è risultata associata con la felicità e indicata dalla soddisfazione esistenziale e familiare.

Courtney e i suoi colleghi (1992) hanno suggerito che, con il progredire dell'età, la religione acquista importanza come meccanismo di *coping* per i credenti.

In questo studio sono state indagate due credenze: nella vita dopo la morte e nella visione del mondo come buono o cattivo, credenze associate in genere con la religiosità. La credenza nell'immortalità non ha mostrato alcuna relazione con la felicità, ma la credenza in un mondo buono o cattivo, sì. Le persone appaiono più felici se pensano che il mondo sia buono. Uno dei principali valori religiosi riguarda il valore dell'individuo. Hadaway e Roof (1978) hanno riscontrato che le persone che davano importanza alla fede percepivano le loro vite come più piene di senso. Il beneficio per la qualità di vita deriverebbe dal significato e dallo scopo di vita.

Il supporto sociale raggiunto attraverso la partecipazione e interazione in una comunità religiosa fornisce una base per la felicità e la soddisfazione.

Markides (1983) afferma che la funzione d'integrazione sociale della religione sarebbe la determinante cruciale della soddisfazione piuttosto che la sua funzione spirituale. Cox (1988) afferma, invece, che la religione fornisce una filosofia di vita che aiuta ad interpretare il mondo esistenziale.

È stato, inoltre, dimostrato che un maggiore senso di coerenza che scaturisce da una fede sicura e decisa, sia collegato ad una diminuzione di sintomi depressivi (Eliassen, Taylor, & Lloyd, 2005), una maggiore autostima e minor livello di stress (Yakushko, 2005) e un maggiore senso di appartenenza e di sostegno emotivo (Krause & Wulff, 2005).

Tuttavia, il contenuto specifico delle credenze religiose, in genere, non è associato con i risultati ottenuti sulla salute mentale. Non sembra essere, dunque, il contenuto specifico della credenza religiosa, ma la forza con cui questa è perpetrata, a determinare aspetti positivi per la vita degli individui (Green & Elliot, 2009).

Un altro aspetto rilevante che emerge dalla letteratura è la presenza di differenze di genere: mentre generalmente, le donne tendono a riferire livelli più bassi di benessere rispetto agli uomini (Piccinelli & Wilkinson, 2000), la partecipazione religiosa tende ad attenuare le differenze tra i sessi. Le donne, cioè, tendono a partecipare più degli uomini alle attività religiose, dando loro un vantaggio

rispetto agli uomini che partecipano meno (Firori, Brown, Cortina & Antonucci, 2006; Gauthier et al., 2006).

Greenfield, Vaillant e Marks (2009), dopo aver analizzato i dati provenienti da 1.564 intervistati nell' Indagine nazionale su individui di mezza età negli Stati Uniti (MIDUS) del 2005, hanno riscontrato che elevati livelli di religiosità erano associati con tutte le dimensioni considerate del benessere psicologico e tre di queste (emozioni positive, la sensazione di avere uno scopo nella vita, e l'autostima) erano più elevate nelle donne che negli uomini. Una maggiore partecipazione alle attività religiose è stata associata ad una maggiore sensazione di crescita personale, e, soprattutto tra gli anziani, ad una maggiore percezione di avere uno scopo nella vita; una maggiore partecipazione alle attività religiose è risultata, però, associata anche ad una minore autostima e autoefficacia.

Questo ultimo risultato può essere attribuito alla minore sensazione di autodeterminazione che deriva, per questi individui, dalla credenza disadattiva di un senso eccessivo di influenza divina sulle loro vite.

Ad un risultato simile giunge lo studio di Schieman, Nguyen, e Elliott (2003). Gli studiosi hanno verificato, nella loro ricerca, un'associazione negativa tra la religiosità e il senso di padronanza. Il senso di padronanza è stato definito da Pearlman e Schooler (1978) come la misura in cui gli eventi e gli esiti dei comportamenti vengono percepiti sotto il proprio controllo personale. Le persone con bassa padronanza attribuiscono gli eventi al destino, e negano la possibilità di avere un controllo sugli eventi negativi che possono accadergli. L' assenza di padronanza è collegata ad una diminuzione dell'autostima e dell'autoefficacia e di conseguenza del benessere, perché si tratta di risorse personali che permettono di gestire i fattori di stress.

Schieman e colleghi, hanno riscontrato, inoltre, che il senso di padronanza è ancora minore nei soggetti religiosi con un livello di istruzione basso. Questi risultati sono interpretati secondo l'idea che i soggetti religiosi tendano ad attribuire a Dio eventi e situazioni negative, che non ritengono, quindi, di avere sotto il proprio controllo.

## 1.4.2 Religione e Depressione

Le ricerche che hanno come oggetto di studio il rapporto tra religione e depressione, presentano risultati controversi, e lasciano emergere una forte differenziazione nei risultati in base al genere.

In una rassegna di 21 studi (Dew et al., 2008) sulla religione e la depressione è stato riferito che la maggior parte di questi, riporta risultati contrastanti: alcuni hanno evidenziato una relazione inversa tra livello di religiosità dei soggetti e sintomi depressivi, mentre altri hanno mostrato una correlazione contraria tra queste stesse variabili (Cotton, Larkin, Hoopes, Cromer, & Rosenthal, 2005).

Koenig (2010) nella sua rassegna della letteratura su questo argomento, ha trovato più di 100 studi che hanno esaminato quantitativamente la relazione tra religiosità e depressione, e ha notato che nella grande maggioranza di questi, i risultati concordavano nell'affermare che individui che riportavano punteggi più alti nelle scale di religiosità, riportavano anche minori sintomi depressivi.

Anche, Smith, McCullough, e Poll (2003) hanno effettuato una meta-analisi di 147 studi e hanno riferito che in media, è stato rilevato un rapporto inverso tra religiosità e depressione, questo rapporto rimaneva invariato anche considerando la variabile genere. Questo risultato può apparire controverso dal momento che molti studi affermano, invece, che è più probabile riscontrare la sintomatologia depressiva nelle donne rispetto agli uomini (Piccinelli & Wilkinson, 2000).

Gli effetti della religiosità sui sintomi depressivi sembrano essere particolarmente forti nelle popolazioni che tendono ad avere livelli più elevati di stress.

Koenig (2007a) ha condotto uno studio sistematico su 1000 pazienti depressi con diagnosi o insufficienza cardiaca congestizia o malattie polmonari croniche (Koenig, 2007b). La depressione è stata identificata utilizzando la “*Structural Clinical Interview*” per la depressione, mentre le caratteristiche spirituali dei pazienti sono state confrontate con quelle di 428 pazienti senza depressione. I soggetti depressi hanno riportato punteggi significativamente inferiori alla scala

della spiritualità, soprattutto alla scala delle pratiche spirituali, mentre, sulla scala delle credenze, i punteggi risultavano nella media.

Un altro studio di Koenig (2007b) ha seguito 865 pazienti depressi per un periodo da 12 a 24 settimane dopo che erano stati dimessi dall'ospedale. Particolarmente interessante è il risultato che mostra come coloro che erano maggiormente coinvolti in attività spirituali, quali pregare, meditare, o partecipavano attivamente alle riunioni di associazioni religiose, avevano una remissione della sintomatologia depressiva il 50 per cento più veloce di quei pazienti che invece riportavano una partecipazione religiosa minore.

Uno studio condotto su un campione clinico, è quello di Dew e colleghi (2010). All'inizio dello studio sono stati somministrati due test, uno per valutare la depressione e uno per valutare la religiosità, a 145 individui depressi che avevano un'età dai 12 ai 18 anni. Gli stessi test venivano somministrati agli stessi soggetti dopo 6 mesi. Lo studio ha, innanzitutto, confermato che la religione, soprattutto grazie alla possibilità di fornire un supporto sociale e per la sua potenzialità dissuasiva nei confronti dell'uso di droghe, permetteva una maggiore remissione della sintomatologia depressiva nei pazienti che la ritenevano estremamente importante nella propria vita, rispetto, invece, a quei pazienti che riportavano livelli più bassi di religiosità. Un'importante risultato è stato quello emerso al *follow up*: sei mesi dopo la prima compilazione del test emergeva, infatti, che era migliorata soltanto la sintomatologia di coloro che avevano mantenuto stabili le proprie credenze religiose, mentre, la sintomatologia era, invece, peggiorata in coloro che presentavano un *coping* religioso negativo, e presentavano dubbi e conflitti interiori legati alla loro stessa fede, questi soggetti tendevano, infatti, a percepire la malattia come una punizione inviata da Dio per scontare i peccati del passato, oppure percepivano che Dio o la comunità religiosa li avesse abbandonati (Galek, Krause, Ellison, Kudler, & Flannelly, 2007; Bradshaw, Ellison, & Flannelly, 2008; Ellison & Lee, 2009).

Lo studio di Carleton, Esparza, Thaxter e Grant (2008) è stato effettuato su adolescenti che riportavano un reddito familiare basso, per verificare l'influenza di questa variabile sulla relazione tra credenza religiosa e sintomi depressivi. Tra le femmine la presenza di sintomi depressivi sembrava moderata da una forte fede e dalla conseguente frequentazione assidua della comunità religiosa, mentre tra i maschi non si evidenziava alcun effetto. Con il procedere delle analisi è, però, emerso che, in realtà, l'effetto più importante non era dato dalla religione ma dalla frequentazione di una comunità, che forniva sostegno sociale. Questa associazione che era presente quando si consideravano livelli moderati di stress, tra l'altro, scompariva in situazioni di stress elevato.

Simili differenze di genere negli effetti provocati dalle risorse religiose sono state già precedentemente osservate nella popolazione femminile (Grant et al., 2000). Le donne si sentono maggiormente coinvolte nelle relazioni che intessono all'interno delle organizzazioni religiose (Donahue, 1985). Le donne hanno, inoltre, una maggiore tendenza a percepire Dio come una presenza rassicurante e protettiva (Nelsen, Cheek, & Au, 1985). Si può ipotizzare, infine, che le femmine grazie alla loro maggiore propensione a ricercare sostegno sociale e alla loro maggiore frequentazione delle organizzazioni religiose, possano sfruttare maggiormente le risorse che tali istituzioni possono offrirgli.

Lo studio di Desrosiers e Miller (2007) prende in considerazione la possibilità che nella relazione tra religione e depressione svolga un ruolo fondamentale la variabile "genere". Sono stati somministrati due questionari, uno che valutava la spiritualità e uno che valutava la depressione, a 615 soggetti adolescenti. Il primo risultato che emerge è sia un maggiore livello di depressione, sia una fede più elevata, nel gruppo delle femmine. Le analisi statistiche hanno successivamente dimostrato che l'uso della strategia del *coping* religioso; frequentare ogni giorno associazioni religiose; e l'esperienza di uno stretto rapporto con Dio, erano caratteristiche collegate ad una minore sintomatologia depressiva nelle femmine piuttosto che nei maschi. Questi risultati indicano, dunque, che la religione può essere una risorsa per contrastare l'insorgenza di sintomi depressivi, ma solo per

le donne; non sembra, invece, ricoprire una particolare importanza per gli uomini.

Questi risultati vengono interpretati alla luce delle precedenti ricerche, dalle quali risulta che le donne abbracciano maggiormente gli aspetti emotivi delle religioni, questo gli permette di esperire una maggiore vicinanza a Dio (Ozorak, 1996) e di costruirsi un'immagine di Dio più positiva (Miller & Stark, 2002) che risulta una maggiore fonte di aiuto soprattutto nei momenti di crisi.

Un'altra caratteristica che sembra più elevata nel sesso femminile è la capacità di perdonare, che a sua volta è collegata a minori livelli di depressione. La capacità di perdonare rifletterebbe, infatti, una visione del mondo che rispecchia un autentico rapporto con Dio. La possibilità di ricostruire, tramite il perdono, rapporti interrotti, permette di avere a disposizione maggiore supporto sociale e, quindi, maggiori risorse contro l'insorgenza delle psicopatologie.

I maschi sembrano trarre minori risorse dalla religione a causa della loro maggiore difficoltà ad abbracciare gli aspetti emotivi della religione stessa e ad impostare il loro rapporto con Dio in maniera più razionale e logica, questo porta in loro ad un'immagine più formale di Dio, inoltre, a causa del loro maggiore bisogno di autonomia e autoaffermazione tendono a riuscire a perdonare in misura minore e a trarre meno benefici dalla comunità di cui fanno parte (Desrosiers & Miller, 2007).

Lo studio di Perez, Little, e Henrich (2009), aveva come obiettivo quello di valutare se variabili come sesso, razza, o età mediavano il rapporto tra depressione e spiritualità all'interno di una popolazione non clinica di adolescenti. I risultati, hanno suggerito che la spiritualità permette di mantenere livelli più bassi di sintomi depressivi tra le adolescenti femmine, mentre tale esito non è risultato significativo per i maschi. Nessun effetto moderatore era stato riscontrato né per l'età, né per l'etnia.

Risultati simili per quanto riguarda il genere emergono anche dalla ricerca di Ellison, Finch, Ryan, e Salinas (2009) che hanno effettuato il proprio studio, però, in una popolazione di individui adulti. Ancora una volta emerge che la

religione rappresenta una risorsa contro l'insorgenza di sintomi depressivi, e che questo risultato sembra significativo soprattutto per le femmine.

Lo studio di Murphy, e Fitchett, (2009) è stato, invece, effettuato su 136 adulti che avevano ricevuto una diagnosi clinica di depressione. I soggetti hanno completato due test che rilevavano sintomi depressivi e credenze religiose, subito dopo la diagnosi e dopo otto settimane di trattamento. È risultato che quelli che presentavano una fede forte e decisa avevano una maggiore probabilità di risposta al trattamento per la depressione, rispetto a coloro che presentavano una fede più incerta. Poter fare affidamento su un Dio che ascolta e conosce i nostri pensieri più profondi, credere che questo accetti i suoi figli incondizionatamente può essere una risorsa che influisce sul trattamento (Bennet, 2001). Un'altra importante informazione è che tra coloro che non presentavano miglioramenti dopo otto settimane di trattamento c'era una maggiore probabilità di riscontrare dubbi e conflitti religiosi interiori.

### **1.4.3 Religione e ansia**

Mentre il collegamento tra religione e alcuni costrutti di salute mentale è stato ampiamente studiato in questi ultimo decennio, uno tra i più diffusi e invalidanti sintomi psicopatologici, l'ansia, è stato ignorato. Il numero di informazioni di cui si può disporre è, dunque, più esiguo.

Mentre le credenze e le pratiche religiose possono aiutare ad affrontare lo stress di malattie fisiche o psichiatriche, possono, in alcuni individui, anche indurre senso di colpa e paura.

Credenze religiose che hanno a che fare con spiriti maligni o minacce di ritorsioni da parte degli esseri divini possono aumentare l'ansia negli individui vulnerabili. Tuttavia, tali credenze, possono anche offrire conforto a coloro che sono timorosi, possono, inoltre, aumentare il senso di controllo e forniscono tranquillità aumentando la percezione nei soggetti di poter contare su una presenza superiore.



Koenig (2010) ha esaminato 76 studi che valutavano il rapporto tra religiosità e ansia, evidenziando come, nel 40% di questi studi fosse riportato un minore livello di ansia in coloro che riportavano livelli più elevati di fede, mentre dieci studi hanno dimostrato che riportavano livelli più elevati di religiosità, riportavano anche livelli più elevati di ansia.

Tutti questi studi, erano però degli studi trasversali, e considerando che l'ansia (che può derivare da un evento di vita stressante) può essere una motivazione forte per aumentare la propria credenza religiosa; potrebbe essere l'ansia stessa, quindi, la responsabile di questa associazione positiva.

Uno studio che può chiarire le idee al riguardo è quello di Wink e Scott (2005). In questa ricerca longitudinale sono stati seguiti 155 soggetti per quasi 30 anni per esaminare se le credenze spirituali nella mezza età siano predittori del livello di angoscia e paura della morte che si presenta in età avanzata. I risultati sono affascinanti, soprattutto perché è uno dei pochissimi studi che prende in considerazione anche individui atei.

Soggetti che hanno riportato livelli più elevati di religiosità e coloro che non erano religiosi affatto, erano quelli che riportavano minore ansia. Mentre coloro che riportavano livelli più elevati di ansia erano coloro che erano solo moderatamente religiosi, che credevano in Dio e nella vita dopo la morte, ma che non frequentavano associazioni spirituali e non prendevano parte a pratiche religiose. Gli autori hanno concluso che il grado di coinvolgimento spirituale era più importante della semplice credenza spirituale nella possibilità di scongiurare la sintomatologia ansiosa.

Proprio come alcune strategie di *coping* religioso possono ridurre l'ansia, altre possono acuirlo, soprattutto in situazioni di stress elevato.

Un recente studio condotto su donne affette da tumore ginecologico, ha trovato che coloro che esprimono dei conflitti religiosi interiori (per esempio la sensazione che Dio le stava punendo, che le avesse abbandonate, o che comunità

religiosa di cui facevano parte avesse abbandonate) riportavano livelli di ansia significativamente superiori alle donne che invece, non riportavano tali conflitti, o che non credevano affatto (Boscaglia, Clarke, Jobling, & Quinn, 2005).

Uno studio estremamente recente (Ellison, Burdette, & Hill, 2009) ha permesso di comprendere a fondo perché la religione possa essere un fattore benefico o un fattore negativo per la salute degli individui. Le ipotesi sono state testate sui dati reperiti nella città di Chicago tramite il “*General Social Survey*” dell’anno 1996.

I risultati mostrano che la frequenza con cui erano messe in atto le pratiche religiose e la credenza nella vita dopo la morte, sono inversamente associati con sentimenti di ansia e correlati positivamente con sensazioni di tranquillità. La frequenza con cui gli individui pregavano, invece, non aveva alcuna associazione, ne’ con l’ansia, ne’ con la tranquillità. Forti convinzioni sulla pervasività del peccato sono positivamente collegate con l’ansia, e negativamente correlati alla tranquillità.

Considerando la rilevanza di tali risultati, sembra pertinente comprendere i meccanismi e i processi specifici che sono alla base di questi modelli di salute.

Il coinvolgimento all’interno di un’organizzazione religiosa, misurato in termini di frequenza di partecipazione religiosa, è costantemente associato con esiti positivi per la salute.

Ci sono diverse spiegazioni possibili per questo risultato: la partecipazione rituale e collettiva ad attività di culto può migliorare l’esperienza del sacro; frequentare regolarmente un gruppo religioso può ridurre la sensazione di incertezza e di paura, e promuovere un senso di pace interiore e armonia (Idler, 1987); passare del tempo con persone che hanno gli stessi ideali permette di sperimentare un senso di comunione con gli altri, in un clima di fiducia e reciprocità, e questo può favorire una sensazione di rilassamento; incontri spirituali più intimi, come quelli che vengono effettuati in piccoli gruppi, possono offrire preziose indicazioni sul modo di vivere i precetti della propria fede (Krause, Ellison, Shaw, Marcum, & Jason, 2001). Fornendo dei confronti

favorevoli, queste interazioni possono ridurre la sensazione di incertezza e di insicurezza, per esempio, chiarendo le norme morali, e affermando che stili di vita che vengono messi in atto in funzione della morale religiosa, sono ragionevoli e adeguati (Ellison, 1993). Alcuni studiosi hanno suggerito che frequentare le funzioni religiose potrebbe dirigere e concentrare le energie e attenzione dei parrocchiani, coinvolgendo cognizioni, ma anche i sensi (ad esempio, attraverso i contenuti rituale, sermoni, cantando e pregando, ecc) in modo da favorire la liberazione catartica di emozioni negative (Idler & Kasl, 1992).

È necessario, inoltre, comprendere perché attività devozionali private (come la preghiera), non siano correlate né con l'ansia né con la tranquillità in condizioni di vita normali. Tuttavia, la preghiera sembra esplicare il ruolo di abbassamento dell'ansia in momenti particolarmente stressanti della vita, come durante una malattia fisica; questo sembra essere particolarmente vero quando altre possibili strategie di *coping* sembrano inaccessibili o inefficaci (Ellison & Taylor, 1996; Pargament, 1997). Questo effetto salutare può derivare da diversi fattori: la percezione di poter interagire con un'entità divina può offrire una preziosa fonte di significato per coloro che soffrono. Spiegazioni religiose dei motivi della sofferenza possono ridurre le emozioni negative, per esempio tramite la percezione di un controllo divino su questi problemi; oppure la sensazione di far parte di un piano divino può far credere di non stare soffrendo invano; oppure l'identificazione con figure delle sacre scritture può dare la sensazione che la sofferenza elevi verso il divino (Pargament, 1997).

Anche la credenza in una vita ultraterrena sembra essere collegata ad una ansia ridotta. Questi benefici possono derivare da un senso cosmico di giustizia divina, che permette di superare i problemi contingenti in funzione della promessa di ricompense spirituali future.

Tuttavia, credere in una vita ultraterrena non ha un effetto salutare per tutti gli individui, ma solo per coloro che vi credono fermamente. Coloro che hanno dei dubbi e non svolgono una vita secondo i precetti divini (tramite la pratica

religiosa), si immagineranno che nella vita dopo la morte gli spetterà una punizione (l'inferno), proprio perché non sono stati abbastanza ligi alle leggi sacre. Queste immagini negative porteranno ad un aumento dell'ansia e della paura che potrebbe esacerbare lo sviluppo di psicopatologie (Ellison, Bourdette & Hill, 2009).

Gli studi indicano, infatti, che credere nella vita ultraterrena può essere associato ad una minore o ad una maggiore ansia, la natura di tale legame dipende, infatti, dal contenuto delle credenze (Flannelly et al., 2008).

Dai risultati di Ellison, Buordette e Hill (2009), emerge anche che convinzioni forti circa l'esistenza del peccato sono positivamente correlati con l'ansia; sembrerebbe, infatti, che la nozione di peccato originale possa: (a) erodere risorse psicologiche positive, quali l'autostima e l'autoefficacia, (b) favorire l'insorgenza di sentimenti negativi come senso di colpa e vergogna, e (c) deviare energie dagli sforzi costruttivi necessari per lo sviluppo personale. Questo tipo di credenze, inoltre, può anche promuovere ipervigilanza per la paura di incorrere nella tentazione e nel successivo giudizio divino (Musick, 2000).

Queste ultime costatazioni dimostrano che oltre a quelli che possono essere gli aspetti positivi della pratica religiosa, esiste un "lato oscuro" della religione che non è affatto trascurabile (Exline, 2000; Pargament, 2002). In aggiunta alle credenze sul peccato, infatti, altri temi che possono provocare ansie, paure, o addirittura lo sviluppo di vere e proprie psicopatologie sono i dubbi religiosi cronici, i conflitti spirituali interiori, i rapporti negativi con Dio o relazioni sociali negative all'interno delle comunità religiose (Galek, Krause, Ellison, Kudler, & Flannelly, 2007; Bradshaw, Ellison, & Flannelly, 2008; Ellison & Lee, 2009).

#### **1.4.4 Religione, Condotte devianti e Abuso di Sostanze**

Uno dei dati più chiari che sembra emergere dalla letteratura è quello che la religione abbia un'influenza protettiva sullo stile di vita e una potenziale capacità dissuasiva dalla messa in atto di condotte devianti, impulsive e di abuso.

Koenig (2010) ha effettuato una rassegna sistematica degli studi che si sono occupati dell'influenza della religione sul comportamento di abuso di sostanze, e ne ha individuati 138. Il 90% di questi studi, ha riferito che l'uso e l'abuso di sostanze e alcol è significativamente meno comune tra le persone che presentano livelli più elevati di religiosità. Questo è particolarmente vero per gli studenti di scuole superiori e studenti universitari. A queste stesse conclusioni sono giunti i ricercatori del Centro Nazionale per le Tossicodipendenze e l'Abuso di Sostanze (CASA) presso la *Colombia University*. Utilizzando i dati provenienti da tre sondaggi nazionali degli Stati Uniti, hanno, infatti, scoperto che gli adulti che riportano livelli più bassi di religiosità, rispetto a coloro che riportano invece livelli elevati della stessa, hanno il 50% in più di possibilità di sviluppare una dipendenza da alcol e da sigarette, una probabilità tre volte superiore di abusare di alcol, una probabilità sei volte maggiore di fare uso di marijuana e una probabilità quattro volte maggiore di usare droghe pesanti (CASA Report, 2001). Tra i più giovani i risultati sono stati ancora più pronunciati.

Un altro studio condotto nel 2007 in Spagna da Hodge, Andereck, e Montoya (2007) conferma tali risultati, un gruppo di 249 soggetti è stato suddiviso in individui non religiosi né spirituali, soggetti spirituali ma non religiosi e soggetti religiosi e spirituali, (dove per spiritualità si intende la credenza dell'esistenza di Dio, e per religiosità si intende l'aderire a pratiche religiose) ed è stato dimostrato che i soggetti credenti praticanti riportano i più bassi livelli di: dipendenza da tabacco e alcol, e soldi spesi nel gioco d'azzardo. Un risultato sorprendente che emerge da questo studio è il fatto che coloro che riportano livelli più alti di dipendenza da tabacco e alcol e di gioco d'azzardo sono coloro che avevano livelli più alti di spiritualità ma più bassi di religiosità. Questi esiti

sono stati così interpretati: individui spirituali e religiosi hanno meno probabilità di sviluppare tali condotte devianti perché possono trovare conforto nella religione che permetterebbe un aumento dei livelli di autostima, delle abilità di *coping*, e ridurrebbe la probabilità che questi individui intrattengano relazioni con un gruppo dei pari che fa uso di sostanze. Su individui che invece sono caratterizzati da bassa religiosità e alta spiritualità agirebbero due meccanismi: una elevata spiritualità porterebbe i soggetti ad una elevata autostima che a sua volta sarebbe maggiormente correlata con l'impulsività e l'assunzione di rischi (Baumeister, Campbell, Krueger & Vohns, 2003). Questi individui in assenza di leggi divine da rispettare, quindi, sarebbero più facili prede delle dipendenze.

Un'altra spiegazione, che può essere fornita, in aggiunta alla precedente, per spiegare i risultati raggiunti, può essere quella detta di "assunzione del rischio". La tesi della "assunzione del rischio" afferma che, gli individui meno religiosi hanno maggiori probabilità di sviluppare comportamenti rischiosi, tra i quali intraprendere atti impulsivi e devianti (Miller & Hoffmann, 1995). Questa tesi si basa sul presupposto che le leggi religiose, nella maggior parte dei casi tendono a sanzionare i comportamenti devianti con punizioni che saranno scontate nella vita ultraterrena. L'idea di una condanna celeste funge da deterrente, però, solo in coloro che credono, i quali quindi, non si "assumono il rischio" di una punizione divina; coloro che non credono o coloro che credono ma non hanno convinzioni religiose forti, tendono a ignorare tali leggi e a concentrarsi sulla vita terrena, il che li renderebbe maggiormente inclini a seguire i propri impulsi e a sviluppare comportamenti devianti e condotte d'abuso (Liu, 2010). Una delle cinque nazioni studiata da Miller e Stark (2002) è stata proprio l'Italia, in cui è emerso che i cattolici praticanti, hanno minori probabilità di sviluppare comportamenti devianti proprio perché non si assumono il rischio di incorrere nella punizione divina. Il Cristianesimo, infatti, è definito dagli studiosi una religione "ad alto rischio" questo significa che è una dottrina che impone severi requisiti per l'adesione ai propri gruppi, impone la lealtà confessionale e la partecipazione collettiva ad attività religiose, inoltre, ha definito leggi severe

relative ai comportamenti devianti e alle condotte d'abuso. Tale differenza non si riscontra, invece, in paesi in cui le religioni vigenti sono l'Induismo o il Buddismo, che sembrano maggiormente tolleranti nei confronti di comportamenti impulsivi e rischiosi.

Lo studio di Rostosky, Danner, e Riggle (2007) ha riscontrato risultati simili ai precedenti, le persone religiose, infatti, riporterebbero percentuali minori di abuso di alcol, marijuana e sigarette. Non tutti gli individui più religiosi, però, hanno sviluppato minori comportamenti d'abuso, le persone omosessuali, infatti, non sembrano beneficiare dell'effetto protettivo della religione. Questo risultato, viene interpretato dagli autori basandosi sull'assunto che la popolazione omosessuale religiosa ha specifiche peculiarità. In particolare questi individui si sentono, soprattutto durante l'età adolescenziale (che generalmente vede l'emergere dell'identità omosessuale), rifiutati dalla comunità religiosa stessa. Una strategia di adattamento, può essere, quindi, lo sviluppo, negli individui più religiosi, di una certa avversione e rifiuto (di solito temporanea) della religione che si esprimerebbe nel rifiuto di alcune sue regole.

Dallo studio di Longshore, Anglin, e Bradley (2008) emerge che tra coloro che hanno ricevuto un trattamento professionale per risolvere il problema della dipendenza da sostanze, quegli individui che avevano partecipato a programmi che includevano gli aspetti spirituali nel trattamento (per esempio gruppi di Alcolisti Anonimi) erano avevano molte più probabilità di rimanere astinenti rispetto a coloro che avevano, invece, ricevuto soltanto un trattamento professionale.

Ci sono situazioni, tuttavia, in cui la religiosità può contribuire a sviluppare problematiche legate all'abuso di sostanze. Gli studi, indicano, infatti, che quando individui con credenze religiose conservative, che tendenzialmente condannano l'uso di alcol e droga, vengono coinvolti in tali attività, questi hanno maggiori probabilità di sviluppare severi pattern di dipendenza e abuso. Queste persone giungono, infatti, a recedere completamente dal loro coinvolgimento

religioso a causa della vergogna e del senso di colpa che sviluppano dal contravvenire alle leggi impostegli dal proprio credo, portandoli poi all'isolamento e al peggioramento della loro condizione d'abuso (Musick, Blazer, & Hays, 2000).

### **1.5 Una critica**

Gli studi sopracitati che si sono occupati della religione nel campo psicologico presentano, però, due problematiche non trascurabili: in primo luogo, la maggior parte delle ricerche è stata effettuata negli Stati Uniti, e non si può presumere che i risultati americani possano essere generalizzati ad altri paesi. Se si confrontano, infatti, gli Stati Uniti e l'Europa Occidentale, emerge che in quest'ultima nazione meno persone credono in Dio (Koenig, 1993) e che la religione ha un minor ruolo di "forza culturale nella società" (Koenig, 1999). In Italia, infatti, i dati Istat (2008) ed Eurispes (2010), mostrano come siano in diminuzione sia il numero di coloro che si definiscono cattolici praticanti, sia il numero di coloro che riferiscono di credere in Dio.

Ma l'omissione più grave che si presenta nella letteratura psicologica sulla religione è la mancanza di un confronto tra individui religiosi e individui atei. Questo potrebbe essere collegato anche allo stigma sociale che tocca ai non credenti nel paese americano, così come è stato dimostrato dallo studio di Edgell, Gerteis, e Hartman (2006); al punto che gli atei sarebbero più emarginati di tutte le altre minoranze sia etniche che religiose.

Più comunemente, dunque, gli studi si focalizzano sul confronto tra individui fortemente religiosi e praticanti, e individui che hanno un credo religioso più debole.

I risultati di questi studi vengono poi generalizzati anche alla popolazione atea, non tenendo conto del fatto che, invece, per quanto numericamente esigua, abbia le sue peculiari caratteristiche.



Mentre è noto che un sistema di credenze fortemente religioso abbia, nella maggior parte dei casi degli effetti positivi e funga da risorsa psicologica per i credenti convinti, è molto meno noto, invece, che un sistema di credenze filosofiche derivate dall'ateismo, sia paragonabile a un sistema di credenze religiose, e possa aiutare le persone a far fronte ai propri problemi. (Coleman, Ivani-Chalian, & Robinson, 2004).

Argomenti positivi a favore di una visione del mondo atea sono stati avanzati da alcuni studiosi (Dawkins, 2007; Hitchens, 2007), ma sono stati contrastati da alcune ricerche condotte negli Stati Uniti, che suggeriscono che le persone non religiose hanno un rischio maggiore di sviluppare i sintomi depressivi (McCullough & Larson, 1999). Questo studio, come tutti gli altri studi che effettuato generalizzazioni indiscriminate, è, però, viziato, dal fatto che non è stato condotto un confronto proprio con coloro che effettuano una confutazione cosciente e convinta delle credenze trascendentali, cioè, gli atei.

### **1.6 Alcune statistiche relative all' Italia**

Dai dati EURISPES del 2010 si può osservare come in maggioranza gli italiani si reputano e si dichiarano uomini e donne di fede cristiano cattolica. Tra questi, tuttavia, occorre distinguere tra praticanti, il 24,4%, e chi ammette però di non essere praticante (52,1%). Decisamente più bassa la percentuale di quanti si definiscono agnostici (10,7%) e di chi si ritiene ateo (7,8%).

Osservando i dati ISTAT sulla pratica religiosa relativa all'anno 2008 si può evincere che tra il 2001 e il 2008 decresce tendenzialmente la quota di persone che si recano una o più volte alla settimana nei luoghi di culto: si è passati dal 36,4 per cento del 2001 al 32,7 per cento del 2008, soprattutto perché aumenta la quota di persone che ci vanno solo qualche volta l'anno (dal 28,7 per cento al 29,6 per cento) e quella di coloro che non vi si recano mai, che passano dal 15,9 per cento nel 2001 al 19,3 per cento nel 2008. Rispetto al 2007, la quota di coloro che non frequentano cresce più un punto percentuale, in particolare tra i maschi

che passano dal 22,4 al 23,8 per cento. Il 39,7 per cento delle donne dichiara di frequentare luoghi di culto almeno una volta a settimana, mentre tra gli uomini la quota scende al 25,2 per cento. Questa maggiore assiduità delle donne risulta evidente in tutte le classi di età. La percentuale più alta di frequentatori assidui si riscontra per le donne tra i 65 e i 74 anni (il 57,7 per cento delle donne di questa fascia d'età dichiara di frequentare luoghi di culto almeno una volta a settimana) e tra i bambini (sia maschi che femmine) tra i 6 e i 13 anni. A livello territoriale, le quote più alte di frequentatori assidui si riscontrano nel Sud, dove il 38,9 per cento della popolazione si reca in un luogo di culto almeno una volta a settimana; la quota più bassa si osserva nel Centro, pari al 27,6 per cento della popolazione. Possiamo concludere, quindi, che in Italia, diminuisce il numero dei credenti praticanti e aumenta il numero di coloro che dichiarano di non credere. Chi sono, dunque, gli atei e gli agnostici?

### **1.7 Atei e Agnostici: una vita senza Dio**

Il termine ateismo (dal greco *atheos*, composto da *α-*, "senza", e *θεός*, "dio", cioè letteralmente "senza dio") indica in maniera non univoca una varietà di posizioni filosofiche aventi in comune l'essere opposte al teismo; in un senso molto stretto la parola *ateo* può indicare colui che afferma la non-esistenza di una divinità immanente, oppure colui che considera il concetto di *essere soprannaturale* come una costruzione mentale dell'uomo; all'estremo opposto, nell'accezione più ampia possibile *ateo* è sinonimo di non credente, nel senso per cui laddove il teista crede, e spesso afferma, l'esistenza del divino, l'ateo non lo fa.

In termini generici il termine agnosticismo (dal greco *a-gnothein* let. *non sapere*) indica un atteggiamento concettuale con cui si sospende il giudizio rispetto a un problema, poiché non se ne ha (o non se ne può avere) sufficiente conoscenza.

L'agnostico afferma cioè di non sapere la risposta, oppure afferma che non è umanamente conoscibile una risposta e che per questo non può esprimersi in

modo certo sul problema esposto. Nello specifico questa posizione è solitamente assunta rispetto al problema della conoscenza di [Dio](#).

### **1.7.1 L'etica degli Atei e la ricerca di un significato**

Si suole distinguere, quindi, riguardo alle persone non credenti in una [religione](#), tra [ateismo](#) e agnosticismo. La differenza sta nel fatto che, mentre l'agnostico afferma semplicemente l'impossibilità di conoscere la verità sull'esistenza di Dio o di altre forze [soprannaturali](#), l'ateo, al contrario, afferma con certezza che non esiste alcun Dio o qualsiasi altro tipo di entità o forza superiore.

L'ateismo e l'agnosticismo non sono una fede, una religione. Sono concezioni del mondo che uniscono gli atei e gli agnostici su un unico punto: rispettivamente, la non credenza in una o più divinità e l'opinione che sia impossibile pronunciarsi in merito alla sua esistenza.

È quindi evidente che ogni non credente si costruisce autonomamente la propria morale e, conseguentemente, che non può esistere una condivisa. L'eterogeneità è la maggior ricchezza della non credenza.

Proprio intorno a queste considerazioni, tuttavia, è sorta negli ultimi secoli una riflessione etica non religiosa, basata sul rispetto delle convinzioni personali dell'individuo. Da questo punto di vista, l'etica non religiosa è pressoché indistinguibile da un'etica laica: entrambe individuano uno spazio inviolabile, la coscienza dell'individuo, e uno spazio di confronto, in cui tutti possono esprimere pubblicamente le proprie opinioni.

Gli atei sono, però, ritenuti degli individui moralmente inferiori (Hunter, 2001). Un recente studio (Edgell, Gerteis, & Hartmann, 2006) condotto sulla popolazione americana ha dimostrato che i non credenti vengono ritenuti il

gruppo più problematico, e il divario tra l'accettazione degli atei e l'accettazione delle altre minoranze sia etniche che religiose è ampio e persistente.

In realtà alla base di questo rifiuto non c'è la conoscenza diretta di individui non credenti, bensì il basarsi su stereotipi che vedono lo sviluppo dell'ateismo come una corrente che può mettere a repentaglio le leggi morali di una società; per questo gli atei sono meno accettati anche delle altre minoranze religiose, perché queste vengono comunque ritenute portatrici di un qualche valore.

La realtà dei fatti sembra comunque essere diversa. Alcuni autori si sono prodigati nel dimostrare che tutti gli individui abbiano una moralità, sia i religiosi, sia i non religiosi.

Daniel Dennet nella sua opera "Romper l'incantesimo" (2007) cerca di dimostrare come non sia la religione che crea individui moralmente migliori. Ha dichiarato, infatti, che se fosse così, senza la promessa di una ricompensa eterna, le persone vagherebbero senza scopo e indulgerebbero nei desideri più vili. Ma questo ragionamento sottende una visione dell'umanità estremamente degradante che comunque i fatti smentiscono, dal momento che non c'è nessuna evidenza, che le persone (religiose o meno) che non credono nella ricompensa del paradiso o nella punizione dell'inferno abbiano una maggiore tendenza a uccidere, violentare, rubare, o non mantenere le promesse.

Anche Barret (1997) afferma che tutti gli individui abbiano delle capacità morali, sia coloro che sono religiosi, sia coloro che non lo sono.

Egli sostiene, tuttavia, che teisti abbiano il lusso di una certezza morale fornitogli dalla religione, mentre gli atei debbano crearsi da soli la propria etica.

Geertz e Markusson (2010) sostengono che gli atei creino la propria morale a partire dall'ideologia di una società giusta e dalla presenza in essa di regole che devono essere rispettate per la civile convivenza. Il rispetto verrebbe, dunque, portato alle altre persone piuttosto che ad un Dio, ma questo li porterebbe comunque a provare la compassione e a sviluppare doti altruistiche, che vengono considerate meccanismi di default affinati nel corso dell'evoluzione piuttosto che il frutto di leggi divine.

Ogni ateo e agnostico, così come si costruisce la propria morale, deve anche costruire un significato da dare alla propria vita.

Per molti, le credenze e le pratiche religiose sono in grado di fornire un senso e uno scopo alla propria esistenza, nonché una visione confortante che "implica qualche progetto già esistente al di fuori e superiore alla persona" (Yalom, 1980, p. 423). La credenza in una divinità teistica porta ad un senso di coerenza dell'universo, e per la maggior parte dei credenti, comporta una serie specifica di ideali a cui si può aspirare.

Non si può, però, per questo concludere che la vita dell'ateo sia priva di significato e caratterizzata da immoralità e disperazione.

Molti filosofi e studiosi, siano essi atei, agnostici, esistenzialisti, insistono sul fatto che non ci sono assunti assoluti nell'universo e che non si può fare affidamento sulle fondamenta traballanti della religione, al fine di trovare un significato autentico (Mitchel, 2009).

Yalom (1980) distingue, dunque, tra due tipi di significato: cosmico e terrestre. Il significato cosmico "implica qualche progetto già esistente al di fuori e superiore alla persona e si riferisce sempre a un ordine magico o spirituale dell'universo" (p. 423). Quasi tutti gli esempi di quella che viene comunemente considerata religione implica una qualche forma di significato cosmico. Il significato terrestre, d'altro canto, si riferisce alle fonti di significato che sono laiche in natura, e che non pretendono di essere assolute o universalmente applicabili. Tali tipi di significato permettono comunque che l'ateo possa dare un senso alla propria esistenza e trovare un conforto, anche in assenza di un potere superiore o di un ordine intelligente nell'universo.

Yalom (1980) parla di diverse fonti di significato per queste tipologie di persone : le relazioni sociali, l' altruismo, la creatività, la dedizione ad una causa, l'edonismo, l'auto-realizzazione, la scienza.

Mitchel (2009) nella sua ricerca, dopo aver effettuato delle interviste semistrutturate a cinque individui atei, sembra avere dimostrato che emergono

principalmente cinque delle categorie di significato individuate da Yalom (1980): l'edonismo, l'altruismo, le relazioni sociali, l'impegno nel fornire un contributo alla propria società e la scienza. In particolare dalle interviste di Mitchel emerge come il senso da attribuire alla propria vita, per gli atei, sia qualcosa di fugace e debba essere costantemente rinnovato. Per questi individui, infatti, il significato non è qualcosa di deterministicamente imposto, ma è un concetto relativo e specifico per ogni individuo.

Se la religione è un sistema condiviso di credenze e pratiche basate su una visione trascendente della vita, allora l'ateismo può essere attualmente inteso come un sistema di credenze condiviso basato su una concettualizzazione materialista dell'universo.

Di solito gli atei riferiscono una convinzione forte nella teoria del *big bang* e ritengono l'evoluzione darwiniana come la migliore spiegazione delle origini dell'universo e della vita. Il sistema di credenze che ne deriva comprende la convinzione che la moralità non abbia origini soprannaturali, ma naturali, che gli esseri umani sono esseri totalmente fisici e che con la morte cessano di esistere, e questo sistema di credenze sembra sufficiente a fare del bene, a godersi la vita, e a far fronte ai problemi dell'esistenza con le stesse risorse degli individui religiosi (Dawkins, 2007).

Anche Barret (1997) si è occupato di comprendere come faccia l'ateo a risolvere le questioni della malattia e della morte, arrivando alla conclusione che questi individui devono fare riferimento a credenze riflessive che non sono imposte dall'esterno ma che sono generate da sistemi intuitivi di conoscenza.

In realtà, però, se si parte dal presupposto che né l'ateismo né la religione siano dei sistemi innati, la loro capacità potenziale di rispondere alle domande e alle problematiche della vita degli individui saranno le stesse. Quello che sembra una sfida per gli atei lo è stato anche per i teisti (Geertz & Markusson, 2010).

Infatti, a dispetto della convinzione diffusa che la religione sia naturale mentre l'ateismo non lo sia, uno studio condotto da Geertz e Markusson (2010) dimostra come, in realtà, né l'ateismo né il teismo siano dei fenomeni naturali, non

esisterebbero, infatti, dei geni che ci spingano verso l'una o verso l'altra parte, ma che entrambe derivino dalla sinergia di meccanismi cognitivi, naturali e sociali.

### **1.7.2 Studi empirici condotti su individui atei**

Uno studio condotto da Bugge, Human, Bister, Nohe, Pfister e Schneider (2000b), ha analizzato un gruppo di 174 atei (furono scelti individui che avevano, durante la propria vita, ricevuto un'educazione religiosa, e si erano solo successivamente distaccati da questa) cercando di comprendere le caratteristiche di questa popolazione e le motivazioni e le conseguenze della loro scelta.

In primo luogo, gli autori, hanno dimostrato che, per il 92% dei soggetti, un'importanza centrale, per la decisione di intraprendere il cammino dell'ateismo, viene rivestito dalla *scienza*. Conoscenze conseguite mediante l'osservazione e la deduzione logica portano questi soggetti ad allontanarsi da figure soprannaturali la cui esistenza è indimostrabile. Solo per il 59% dei soggetti era divenuto ateo, a causa di esperienze negative con le istituzioni ecclesiastiche. Il 97% degli atei riteneva, inoltre, il pensiero scientifico e quello religioso inconciliabili. Era stata anche vagliata la propensione dei soggetti a rivolgersi a Dio in situazioni disperate. Il 79% di questi individui, dopo l'apostasia, non aveva ripensamenti neanche in situazioni critiche della vita.

Oltre che alle scienze, sembra che un ruolo centrale nel processo di separazione dalla religione spetti anche alla *sessualità*. Il 66% degli interrogati dichiarava, come principale punto di critica alla religione, "la repressione dell'autodeterminazione sessuale, generale e quella di una vita felice". Allo stesso modo il 66% dichiarava che, ad essi, era stata trasmessa l'idea che la sessualità fosse un peccato, sporca e negativa, cosicché più della metà degli interrogati aveva sofferto di gravi sensi di colpa derivati da fantasie ed attività sessuali. Sulla scia del superamento delle convinzioni religiose, il 46% era

riuscito (sempre secondo le loro dichiarazioni) a risolvere il problema e il 32% a vincere in parte i sensi di colpa sessuali basati sulla religione.

L'incremento dell'autodeterminazione sessuale trova la sua corrispondenza nell'aumento dell'autonomia in generale (dichiarata dall'87%) e dell'autocoscienza (dall'87%). In questo contesto hanno notevole importanza anche alcune asserzioni socio-demografiche: fra gli atei, il livello culturale e la formazione professionale erano molto elevati se confrontati con i corrispondenti gruppi d'età nell'ambito della popolazione totale: il 39% ha conseguito una laurea specialistica ed il 37% ha sostenuto l'esame di maturità. L'attitudine all'indipendenza personale si dimostrava, per esempio, nel fatto che il 60% dei partecipanti all'analisi non era sposato (lo studio è stato condotto a Friburgo, in Germania, il 60% della popolazione è, invece, sposata) ed il restante 13% è divorziato.

Anche dallo studio condotto da Frank, Dell, e Chopp (1999), in America, emerge che gli atei hanno un maggiore livello socioeconomico. Viene alla luce, inoltre, che le persone più istruite tendono a ritenere la religione meno importante.

E' vero, comunque, che anche molte persone colte sono credenti. La distinzione, infatti, non starebbe soltanto nel maggiore sapere quanto più nella diversa istruzione. Molti filosofi, ma anche alcuni scienziati come ad esempio i fisici sarebbero più religiosi, tra le categorie più atee invece sarebbero i biologi e gli studiosi di discipline sociali. Beit-Hallahmi (1997) suggerisce che questo potrebbe essere un risultato del tipo di lavoro che questi conducono: gli scienziati del sociale sono più avvezzi a guardare in un'ottica critica le istituzioni sociali, le norme e le credenze, mentre i fisici sono coinvolti in pensieri critici sulla natura e quindi hanno una distanza maggiore rispetto a alla religione, e questa loro capacità di mantenere le proprie conoscenze entro compartimenti stagni suggerisce la possibile compresenza di religione e scienza.

Il secondo studio che viene preso in considerazione è uno studio condotto da Bugge, Bister, Nohe, Schneider, e Uhmman, (2000a) nel quale è stato effettuato



un confronto tra i livelli di depressione di individui atei rispetto ai livelli di depressione degli individui religiosi.

I risultati dei test di 174 atei vengono confrontati con i risultati ottenuti allo stesso test da individui di fede cattolica.

Per quanto riguarda i risultati tra i diversi livelli di depressione è emerso che i cristiani più convinti e gli atei più convinti riportavano livelli minori di depressione in assoluto (in realtà il gruppo degli atei aveva riportato livelli minori anche dei credenti praticanti, ma la differenza non risultava significativa), mentre coloro che riportano livelli più alti di depressione sono i due gruppi di individui meno convinti rispetto alla proprie credenze, sia atee che religiose.

Inoltre l'analisi mostrava anche differenze presso la popolazione atea riguardo al grado d'autodeterminazione ed alla tendenza alla depressione. Il confronto statistico dei valori di depressione degli uomini e delle donne non presenta differenze; questo risultato è quindi degno di nota, perché le donne mediamente soffrono molto più spesso di depressione rispetto agli uomini.

Un'altra caratteristica è stata valutata in questo studio: gli autori sono partiti dal presupposto, evidente in letteratura (Pargament, 1997), che esista una relazione tra lo stato d'animo di un individuo e il contenuto della propria educazione religiosa; più precisamente possiamo affermare, che tanto più positivamente i credenti si rappresentano il proprio Dio e tanto migliore sarà il loro stato d'animo quotidiano, quanto più negativa sarà l'immagine che hanno del loro Dio tanto più sarà negativo il loro umore quotidiano. Per rendere possibile un confronto con gli atei, quindi, gli autori hanno incluso nella loro analisi solo i dati di quegli atei che, in passato, avevano ricevuto un'educazione religiosa; solo più tardi si erano distaccati dalla fede verso cui erano stati educati.

I risultati mostrano che lo stato d'animo quotidiano degli atei, era totalmente indipendente dai contenuti specifici dell'indottrinazione religiosa alla quale erano stati esposti durante l'infanzia. Questo significa che i partecipanti atei, nel momento in cui hanno cessato di credere in Dio, erano riusciti a liberarsi totalmente da quegli insegnamenti religiosi che avevano ricevuto da bambini, e

dalla possibilità che questi potessero avere un'influenza, anche latente, nella loro vita quotidiana.

Il terzo studio che viene esposto è quello di Wilkinson e Coleman (2009), il cui scopo è stato quello di esplorare, nel dettaglio, se le credenze atee hanno la stessa capacità delle convinzioni teiste di aiutare gli anziani a far fronte ai problemi connessi con il periodo dell'invecchiamento. In particolare è stata valutata la possibilità per le credenze atee di assolvere alle quattro funzioni che sembrano rendere la fede religiosa una risorsa per gli individui: "la possibilità di fornire: la spiegazione; la guida; il conforto; l'ispirazione" p. 347 (Dawkins, 2007).

Due gruppi di persone dai 60 anni in su, uno costituito da undici persone con forti convinzioni atee e uno costituito da otto persone con forti convinzioni teiste, sono stati sottoposti a due interviste che vagliavano la forza delle loro credenze e la funzione di queste stesse credenze nel fronteggiare situazioni stressanti tipiche della vecchiaia, è stato, infine, valutato il livello di ansia e depressione.

I risultati di questo studio suggeriscono che un *coping* che nasce a partire da convinzioni atee possa essere efficace quanto un *coping* religioso per fronteggiare i problemi che accompagnano l'invecchiamento.

Tutti i partecipanti, sembravano, infatti, indipendentemente dal loro credo, aver saputo affrontare in maniera positiva le sfide che l'età gli aveva imposto.

Questi risultati dimostrano, quindi, che forti convinzioni atee sono tanto efficaci quanto lo sono forti convinzioni religiose.

È importante, comunque, fare attenzione a non esagerare l'importanza del ruolo delle credenze nel *coping* visto che in alcuni casi questo può dipendere da altri fattori, quali l'ambiente in cui l'individuo è immerso, le risorse individuali (Pargament, 1997). Considerando le quattro funzioni che svolge la fede religiosa, riportate da Dawkins (2007) questo studio fornisce alcune prove che un forte sistema di credenze ateo svolge lo stesso ruolo nella vita delle persone di un forte sistema di credenze religioso in termini di spiegazioni e significati entro cui interpretare gli eventi della vita; di guida morale; di consolazione e di ispirazione.

Anche una visione atea della vita può essere, dunque, stimolante e di conforto, nei momenti bui dell'esistenza; Wilkinson e Coleman (2009) notano, infatti, come in tutte le interviste fatte alle persone atee queste affermino di trovare conforto nella scienza e nella percezione che occupano solo una infinitesima parte di un universo infinito; guardare il mondo in quest'ottica rende ogni problema relativo e superabile.

Questo sembra seguire la teoria di Pargament (1997), relativa alla credenze religiose, nella quale spiega come sia più efficace per il fronteggiamento dei problemi *come* le credenze vengano utilizzate, piuttosto che il *contenuto* delle credenze stesse.

E la modalità con cui le convinzioni vengono usate, dipende dalla forza o dal calibro del sistema di credenze dell'individuo. Un individuo con una chiara e forte visione del mondo può essere meglio equipaggiato per far fronte agli eventi stressanti a prescindere dalle specifiche sfumature della propria credenza.

## **1.8 Obiettivi e Ipotesi**

In Italia, come mostrano i dati Istat e Eurispes, con il passare degli anni si sta assistendo ad una diminuzione sia dei credenti praticanti che degli individui che si riconoscono in una fede religiosa, con il risultato che la maggioranza di coloro che si definiscono cattolici sono in realtà individui con una vaga convinzione che esista Dio, ma questa titubanza non li porta a mettere in atto comportamenti coerenti con tale idea. Questi individui ammettono di essere credenti ma di non praticare. Tale affermazione comporta, necessariamente una contraddizione, data dal fatto che il credente, per non vivere nel peccato, dovrebbe rispettare le leggi di Dio, che implicano, però, la pratica religiosa.

È necessario anche comprendere il perché di una tale scelta. Ovviamente i motivi sono i più disparati, ma dall'analisi della letteratura scientifica sarà possibile notare come molti credenti non praticanti hanno un'immagine di Dio negativa, percepiscono il proprio Dio lontano, non amorevole, giudicante e punitivo (Galek

et al., 2007; Bradshaw et al., 2008; Ellison & Lee, 2009). Questa immagine gli impedisce, dunque, di avvicinarsi a Dio e allo stesso tempo di allontanarsi da esso definitivamente. Una tale condizione non giova all'individuo che, nella migliore delle ipotesi si troverà nella condizione di avere minori risorse psicologiche del credente praticante e dell'ateo; nella peggiore delle ipotesi, invece, vivrà nella contraddizione e nella consapevolezza che un Dio giudicante è pronto a punire perché non si è vissuto secondo i suoi dettami, questo può portare all'esacerbarsi o all'aggravamento di eventuali psicopatologie (Ellison, Buordette & Hill, 2009).

La credenza del non praticante, derivata molto spesso dal retaggio culturale piuttosto che da una convinzione vera e propria, niente ha a che vedere con la convinzione del cattolico praticante o dell'ateo.

Come afferma Mary Douglas in "Credere e Pensare"(1994):

“Le persone organizzano la loro comprensione del mondo in categorie, in schemi interpretativi a seconda delle esperienze e delle pratiche sociali che hanno sperimentato ed accettano inconsapevolmente e implicitamente queste come le categorie. Ciò spiega perché tutti i concetti, compreso quello di sé, siano formati dall'ambiente socio-culturale in cui le persone vivono.”  
(p.21)

Le persone hanno bisogno di categorie entro cui interpretare il proprio mondo, ma mentre le categorie del credente praticante e dell'ateo sono categorie chiare e decise, le categorie entro cui il credente non praticante dà un significato alla propria realtà sono incerte e confuse. Per questi individui, dunque, nonostante si parli di fede, difficilmente sarà ipotizzabile di poter parlare della religione come una risorsa.

Ovviamente questo destino non tocca solo a chi ha una credenza lieve in Dio ma anche a coloro che, nello studio di Bugge e dei suoi colleghi (2000a), vengono definiti come “atei tiepidi”, cioè coloro che non sono propriamente convinti della non esistenza di Dio e non riescono, quindi, ad adottare tale paradigma come schema entro cui analizzare la propria realtà.

Lo scopo del presente studio è quello di porre a confronto, su diverse dimensioni della salute mentale, tre gruppi di individui: gli atei, i cattolici praticanti e i cattolici non praticanti.

In particolare con il termine cattolici praticanti si è inteso un gruppo di persone che non solo ha delle credenze religiose, ma che frequenta regolarmente ambienti religiosi, che è fortemente coinvolto all'interno della comunità religiosa stessa.

Con il termine cattolici non praticanti si è inteso un gruppo di individui che ha delle credenze religiose piuttosto incerte e che di conseguenza non frequenta ambienti religiosi ed è estraneo alla comunità religiosa stessa.

Con il termine atei si è inteso un gruppo di individui che non crede in alcun Dio e che fa parte di un'associazione che rispecchia i propri valori areligiosi.

A seguito dell'analisi attenta della letteratura scientifica, si parte dal presupposto che individui cattolici praticanti e atei riporteranno dei punteggi simili su diverse scale, non tanto a causa del contenuto delle proprie convinzioni, ma grazie alla forza delle proprie credenze. Questo per seguire sia la teoria di Pargament (1997), ma anche quella di Wilkinson e Coleman (2009) e di Green ed Elliot (2009), i quali partendo da presupposti totalmente diversi, sono giunti alla medesima conclusione, cioè non conta tanto il *contenuto* della credenza ma ciò che conta è che questo acquisisca una *forza* tale da poter ergersi a sistema di significato sicuro, entro cui l'individuo possa interpretare gli eventi della propria vita.

Un individuo con una chiara e forte visione del mondo può essere meglio equipaggiato per far fronte agli eventi stressanti a prescindere dalle specifiche sfumature della propria credenza.

Gli individui credenti non praticanti, invece, riporteranno dei punteggi inferiori agli altri due gruppi sulle scale riguardanti il benessere e superiori in quelle riguardanti le psicopatologie. Ancora una volta, questa differenza verrà attribuita alla teoria suddetta e verrà rinforzata dall'idea che l'individuo credente non praticante abbia maggiori probabilità di avere sviluppato quei conflitti interiori di cui parlavano Ellison e Lee (2009). Secondo questi studiosi Dio può apparire a

queste persone, infatti, come una figura lontana, che non risponde alle loro suppliche, o persino una figura vendicativa e punitiva. Altri individui possono convincersi del fatto che Dio li stia giudicando per i loro peccati, o per la loro ridotta spiritualità e pratica religiosa; per altri il dubbio logorante riguardo all'esistenza della figura divina mina la possibilità di sfruttare una potenziale risorsa spirituale; l'individuo viene privato di una visione del mondo coerente con cui interpretare e dare un senso alla propria vita quotidiana (Galek et al., 2007).

La questione generale è stata tradotta in cinque ipotesi specifiche:

Per quanto riguarda la relazione tra risorse psicologiche e religione gli studi sono giunti alla conclusione che: individui con maggiore zelo religioso e con conseguente maggiore probabilità di frequentare ambienti religiosi, godono di maggiore supporto sociale percepito (Peterson & Webb, 2006) e maggiore autoregolazione (Hill et al., 2007) rispetto a coloro che credono ma che non frequentano ambienti religiosi; altri studi hanno, inoltre, riportato che individui più religiosi tendono a riportare minore autostima, autoefficacia e senso di padronanza, rispetto a coloro che invece, fanno minore affidamento su Dio (Schieman et al., 2003; Greenfield et al., 2009).

Gli studi riportano, inoltre, che le donne cattoliche, hanno una maggiore probabilità di fruire della religione come risorsa, sia perché generalmente sono più praticanti, rispetto ai maschi, sia per le proprie caratteristiche psicologiche (Firori et al. 2006; Gauthier et al. 2006); in qualità della maggiore propensione delle donne di percepire maggiormente l'influenza religiosa si ipotizza, però, che avranno anche una maggiore probabilità di risentire della religione come perdita di senso di padronanza.

Gli studi sugli atei (Wilkinson & Coleman, 2009) giungono alla conclusione che questo gruppo di individui dovrebbe fruire della propria forte convinzione tanto da farne una risorsa per la propria vita.

## IPOTESI 1:

1. Si ipotizza che su tutte le scale della dimensione “risorse psicologiche” emergeranno delle differenze di genere. Le donne cattoliche praticanti riporteranno punteggi minori rispetto alle donne atee e simili alle donne cattoliche non praticanti nelle scale “autostima” e “autoefficacia”, mentre riporteranno punteggi maggiori nelle scale “supporto sociale percepito”, “tendenze creative” e “autoregolazione” rispetto alle donne atee e credenti non praticanti.
2. Si ipotizza che sulle scale “autostima” e “autoefficacia” della dimensione “risorse psicologiche” il gruppo degli atei riporterà dei punteggi maggiori rispetto al gruppo dei cattolici praticanti e a quelli dei cattolici non praticanti;
3. Si ipotizza che sulle scale “supporto sociale percepito”, e “autoregolazione” della dimensione “risorse psicologiche”, i cattolici praticanti e gli atei riporteranno punteggi simili, i cattolici non praticanti riporteranno punteggi minori rispetto agli altri due gruppi.

Gli studi che valutano la relazione tra religione e qualità della vita sono giunti alla conclusione che: coloro che credono e che frequentano maggiormente la chiesa e le associazioni ad essa correlate, presentano maggiori livelli di felicità, soddisfazione di vita e minori livelli di *distress* rispetto a coloro che sono cattolici ma non frequentano gli ambienti religiosi (Ferris, 2002).

Gli atei convinti, che non sono stati presi in considerazione nelle ricerche sulla qualità della vita, visti gli studi su depressione e capacità di *coping* (Bugge et al., 2000b; Wilkinson & Coleman, 2009), dovrebbero presentare dei livelli tanto elevati di soddisfazione di vita quanto lo sono quelli dei cattolici praticanti e tanto bassi di *distress* al pari dei cattolici praticanti.

Gli studi riportano, inoltre, che le donne credenti praticanti per le proprie caratteristiche psicologiche, hanno livelli più elevati di qualità della vita rispetto ai maschi del loro stesso gruppo (Firori et al. 2006; Gauthier et al. 2006).

## IPOSTESI 2

1. Si ipotizza che su tutte le scale della dimensione “ qualità della vita” emergeranno delle differenze di genere. Le donne credenti praticanti riporteranno punteggi più elevati rispetto agli uomini dello stesso gruppo. I punteggi dei credenti non praticanti e degli atei non dovrebbero differire in base al genere;
2. Si ipotizza che sulle scale della dimensione “qualità della vita” individui credenti praticanti e atei riporteranno punteggi simili; i credenti non praticanti riporteranno punteggi inferiori rispetto agli altri due gruppi.

Gli studi che valutano la relazione tra ansia e religione sono giunti alla conclusione che coloro che credono e che hanno un’immagine positiva di Dio e della comunità religiosa, tenderanno a frequentarla maggiormente, e riporteranno, pertanto, livelli meno elevati di ansia (Ellison, Buordette, & Hill, 2009) rispetto a coloro che hanno un’ immagine negativa di Dio o della comunità religiosa, quindi, coloro non frequentano gli ambienti religiosi tenderanno a sviluppare maggiori livelli di ansia (Ellison & Lee, 2009).

Lo studio di Wilk e Scott (2005) giunge alla conclusione che individui fortemente religiosi e individui atei riportano livelli di ansia simili, mentre i credenti più incerti riportano livelli più elevati di ansia.

Le donne che credono e che frequentano ambienti religiosi beneficiano più degli uomini della risorsa “religione” e tendono a riportare livelli più bassi di ansia (Desrosiers & Miller, 2008).



### IPOTESI 3

1. Si ipotizza che sulla scala “ansia” emergeranno delle differenze di genere. Le donne praticanti riporteranno punteggi più bassi rispetto agli uomini dello stesso gruppo. I punteggi degli atei e dei praticanti non dovrebbero differire in base al genere.
2. Si ipotizza che nella scala “ansia” i credenti praticanti e gli atei riporteranno punteggi simili; i credenti non praticanti riporteranno punteggi più elevati rispetto agli altri due gruppi;

Gli studi che valutano la relazione tra religione e depressione sono giunti alla conclusione che: i cattolici che riportano livelli più elevati di frequentazione degli ambienti religiosi presentano livelli più bassi di sintomi depressivi; coloro che credono ma che non frequentano ambienti religiosi hanno maggiori probabilità di sviluppare sintomi depressivi (Koenig, 2007b).

Gli atei riportano livelli di depressione minori rispetto ai cattolici poco convinti e livelli simili a coloro che credono e che frequentano gli ambienti religiosi (Bugge et al., 2000b).

Le femmine credenti praticanti riportano minori livelli di depressione rispetto ai maschi del loro stesso gruppo (Carleton et al., 2008). Le femmine atee riportano livelli di depressione simili rispetto ai maschi del loro stesso gruppo (Bugge et al., 2000b). Le femmine credenti non praticanti riportano livelli di depressione maggiore rispetto ai maschi del loro stesso gruppo (Piccinelli, & Wilkinson, 2000).

### IPOTESI 4

1. Si ipotizza che sulla scala “depressione” emergeranno delle differenze di genere. Le femmine credenti praticanti riporteranno punteggi più bassi dei maschi praticanti. Le femmine atee riporteranno dei punteggi simili a quelli dei maschi del loro stesso gruppo. Le femmine cattoliche non praticanti riporteranno dei punteggi maggiori rispetto ai maschi del loro stesso gruppo.
2. Si ipotizza che nella scala “depressione” gli individui credenti praticanti e gli atei riporteranno punteggi simili; i credenti non praticanti riporteranno dei punteggi più elevati rispetto agli altri due gruppi.

Gli studi che valutano la relazione tra religione e condotte devianti sono giunti alla conclusione che gli individui credenti praticanti riportano livelli più bassi di abuso di sostanze e di comportamenti devianti rispetto ai gruppi di individui atei e individui credenti non praticanti (Hodge et al., 2007).

#### IPOSTESI 5

- Si ipotizza che gli individui credenti praticanti dovrebbero riportare punteggi più bassi rispetto agli altri due gruppi sulle scale della dimensione “Sintomatologia : scale Esternalizzanti”.

Sono state, inoltre, condotte delle ANALISI ESPLORATIVE:

1. Si indaga come i tre gruppi differiscano rispetto ai punteggi nelle scale della dimensione “Validità del test”;
2. Si indaga come i tre gruppi differiscano rispetto ai punteggi nelle scale della dimensione “Tipologie di personalità”;

3. Si indaga come i tre gruppi differiscano rispetto ai punteggi nelle scale della dimensione “Stili di Attaccamento”;
4. Si indaga come i tre gruppi differiscano rispetto ai punteggi nelle scale della dimensione “Stili difensivi prevalenti”;
5. Si indaga come i tre gruppi differiscano rispetto ai punteggi nelle scale della dimensione “Indicatori negativi di trattamento”;
6. Si indaga come i tre gruppi differiscano rispetto ai punteggi nelle scale della dimensione “*Psychological mindedness*”.

## *Capitolo Secondo*

### **METODO**

#### **2.1 Partecipanti**

La modalità di campionamento utilizzata per il reclutamento dei partecipanti è di tipo non probabilistico. Tutti i partecipanti, infatti, sono stati reperiti in base alla propria disponibilità a collaborare.

Hanno partecipato a questo studio 318 soggetti.

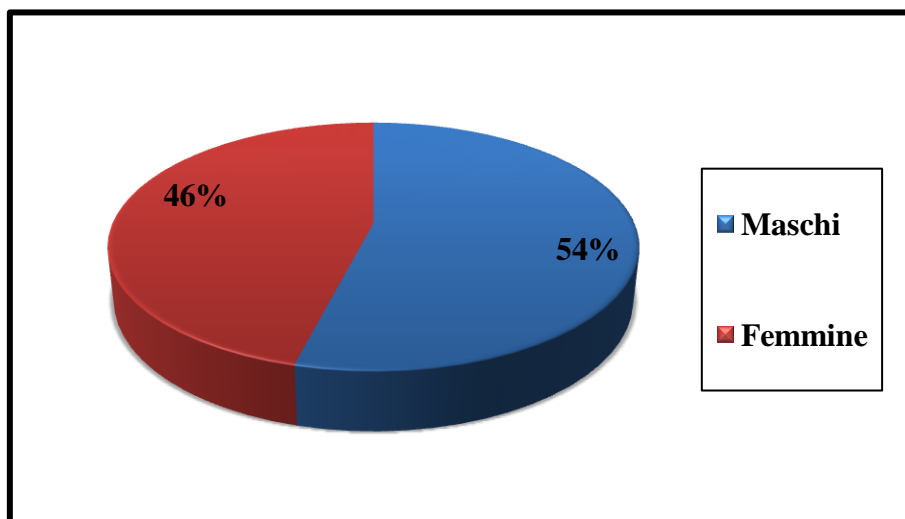
Il gruppo totale è stato suddiviso, in funzione della credenza religiosa e della frequentazione di associazioni o pratiche religiose, in tre gruppi.

Un primo gruppo è costituito da 107 partecipanti atei (33,6%), mentre i restanti 211 individui di fede cristiano-cattolica sono stati suddivisi in credenti praticanti (n=104; 32,7%) e in credenti non praticanti (n=107; 33,6%).

La verifica delle caratteristiche socio-demografiche dei tre gruppi ha previsto, tra le altre, l'indagine della variabile "sesso".

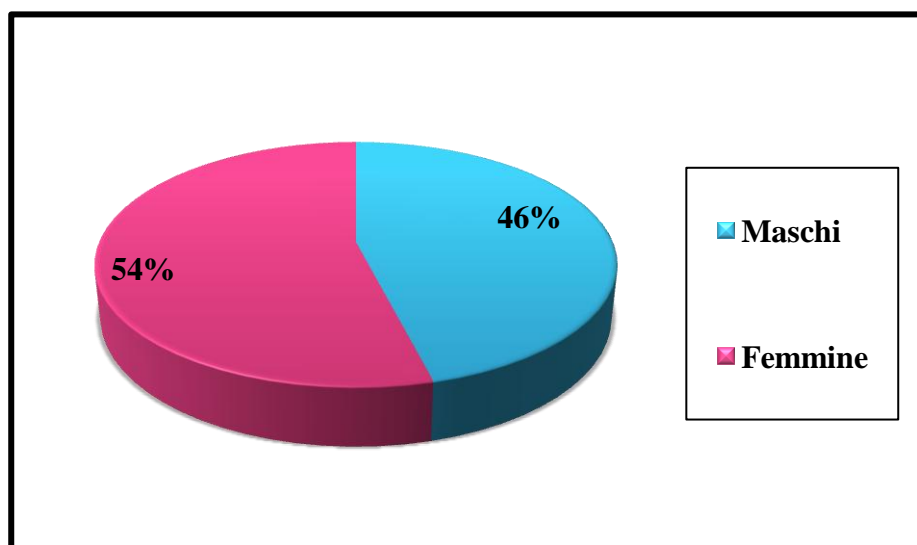
E' possibile, quindi, osservare come il gruppo degli atei, dei credenti praticanti e dei credenti non praticanti si distribuiscano secondo tale variabile (Figura 2.1, Figura 2.2 e Figura 2.3).

**Figura 2.1:** Percentuali della variabile "sesso" nel gruppo degli atei.



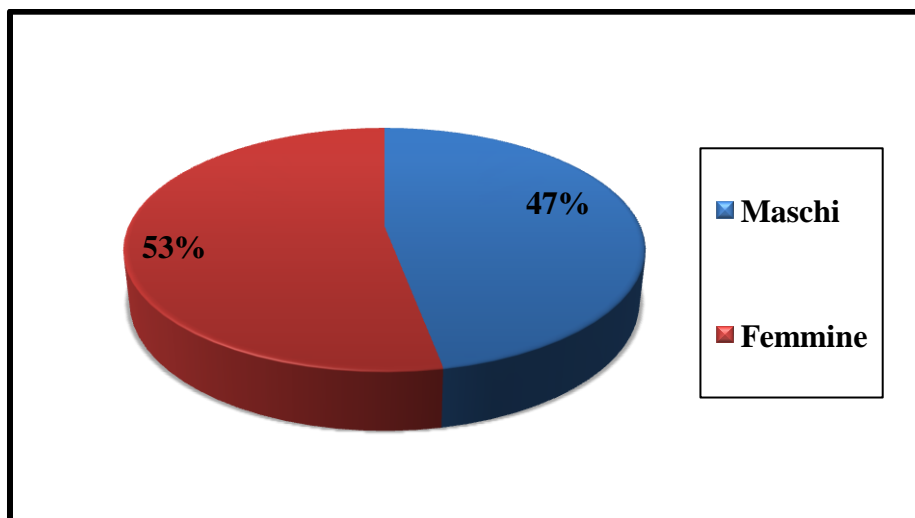
Il gruppo degli atei risulta, quindi, composto da 58 individui maschi (54%) e 49 femmine (46%).

**Figura 2.2:** Percentuali della variabile “sesso” nel gruppo dei cattolici praticanti.



Il gruppo dei cattolici praticanti è formato da 48 partecipanti maschi (46%) e 56 soggetti femmine (54%).

**Figura 2.3:** Percentuali della variabile “sesso” nel gruppo dei cattolici non praticanti.



Il gruppo dei cattolici non praticanti è costituito da 50 soggetti maschi (47%) e da 57 partecipanti femmine (53%).

Per quanto riguarda la variabile “età” i tre gruppi presentano le seguenti caratteristiche (Tabella 2.1).

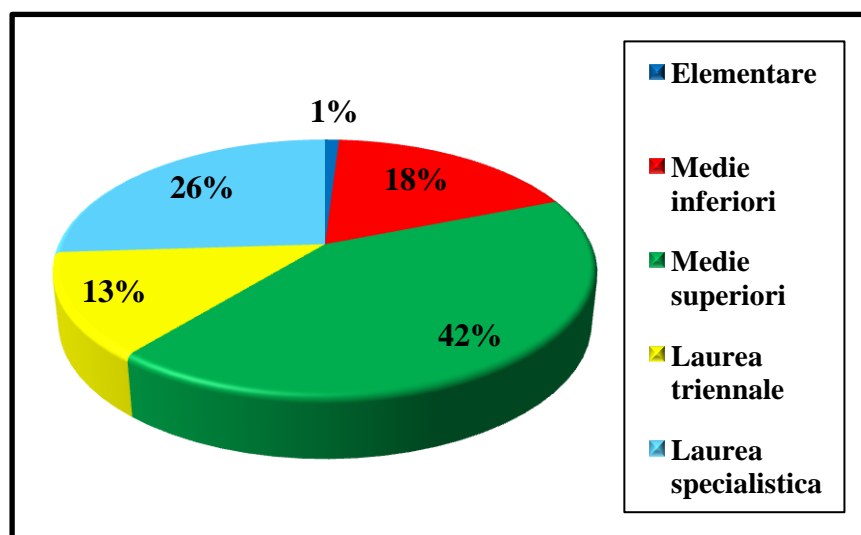
**Tabella 2.1 :** Statistiche descrittive della variabile “età” nei tre gruppi: atei, cattolici praticanti e cattolici non praticanti.

	M	DS	Minimo	Massimo	Range
Atei	39,46	14,68	19	78	59
Praticanti	38,96	14,24	18	73	55
Non praticanti	39,21	13,77	19	77	58

La tabella 2.1 mostra che l'età media di tutti e tre i gruppi è di 39 anni, mentre la deviazione standard è di 14,68 nel gruppo degli atei; di 14,24 nel gruppo dei cattolici praticanti e di 13,77 nel gruppo dei cattolici non praticanti.

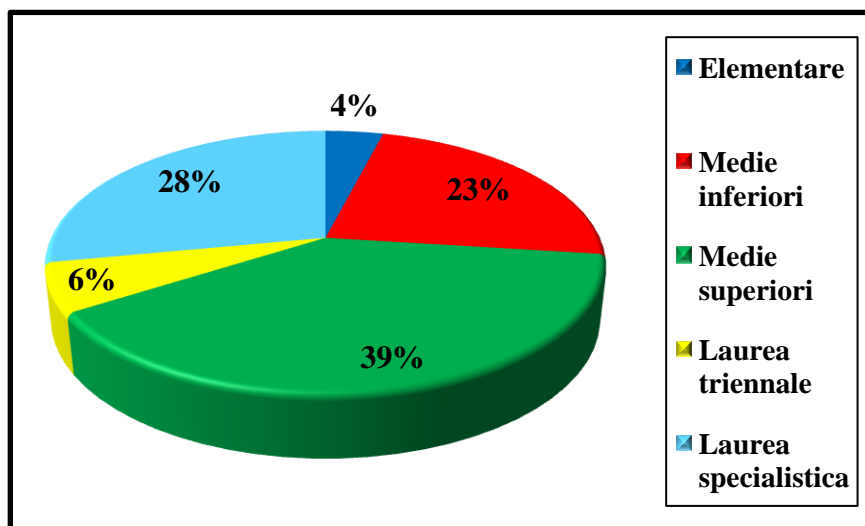
Per quel che concerne la variabile "titolo di studio", questa è così ripartita nei tre gruppi (Figura 2.4, Figura 2.5 e Figura 2.6).

**Figura 2.4:** Distribuzione percentuale del gruppo degli atei secondo la variabile "titolo di studio".



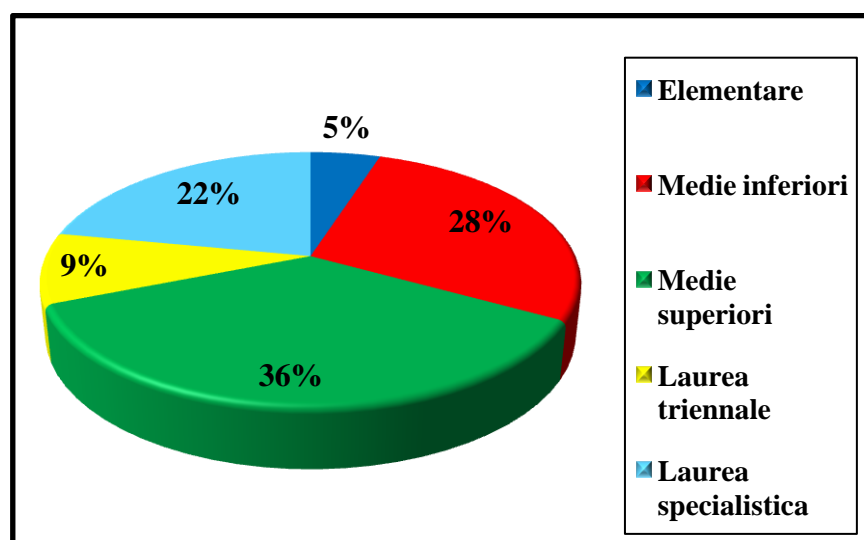
Nel gruppo degli atei, uno soltanto dei partecipanti ha ottenuto la licenza elementare (1%), 19 persone hanno acquisito la licenza media inferiore (18%), 45 soggetti sono in possesso di un diploma di scuola media superiore (42%), 14 persone hanno conseguito una laurea triennale (13%), mentre 28 persone sono in possesso di una laurea specialistica o quinquennale (26%).

**Figura 2.5:** Distribuzione percentuale del gruppo dei cattolici praticanti secondo la variabile "titolo di studio".



Nel gruppo dei credenti praticanti, 4 soggetti sono in possesso della licenza elementare (4%), 24 persone hanno acquisito la licenza media inferiore (23%), 41 partecipanti hanno conseguito un diploma di scuola media superiore (39%), 6 soggetti sono in possesso di una laurea triennale (6%) e, infine, 29 partecipanti hanno conseguito una laurea specialistica o quinquennale (4%).

**Figura 2.6:** Distribuzione percentuale del gruppo dei credenti non praticanti secondo la variabile “titolo di studio”.





Il gruppo dei credenti non praticanti è così distribuito secondo la variabile “titolo di studio”: 5 persone sono in possesso della licenza elementare (5%), 30 soggetti hanno acquisito la licenza media inferiore (28%), 39 partecipanti hanno conseguito un diploma di scuola media superiore (36%), 10 soggetti sono in possesso di una laurea triennale (9%) e, infine, 23 persone hanno conseguito una laurea quinquennale o specialistica (22%).

Per ciò che pertiene alla variabile “professione”, si può di seguito (Tabella 2.2) osservare come i tre gruppi si distribuiscono secondo tale variabile.

**Tabella 2.2** : Percentuale della variabile “professione” nei tre gruppi: atei, cattolici praticanti, cattolici non praticanti.

%	Atei	Credenti Praticanti	Credenti Non Praticanti
Studente	21	20	17
Operaio	20	11	26
Pensionato	9	7	5
Disoccupato	2	3	3
Libero Professionista	12	14	16
Impiegato	19	23	20
Artigiano	5	6	5
Casalinga	2	5	3
Insegnante	5	8	2
Ricercatore Univ.	5	3	3

Il gruppo degli atei è così distribuito secondo la variabile “professione”: 22 soggetti sono studenti (21%), 21 persone svolgono il lavoro di operaio (20%), 10 affermano di essere pensionati (9%), 2 individui sono attualmente disoccupati (2%), 13 persone fanno parte della categoria dei liberi professionisti (12%), 21

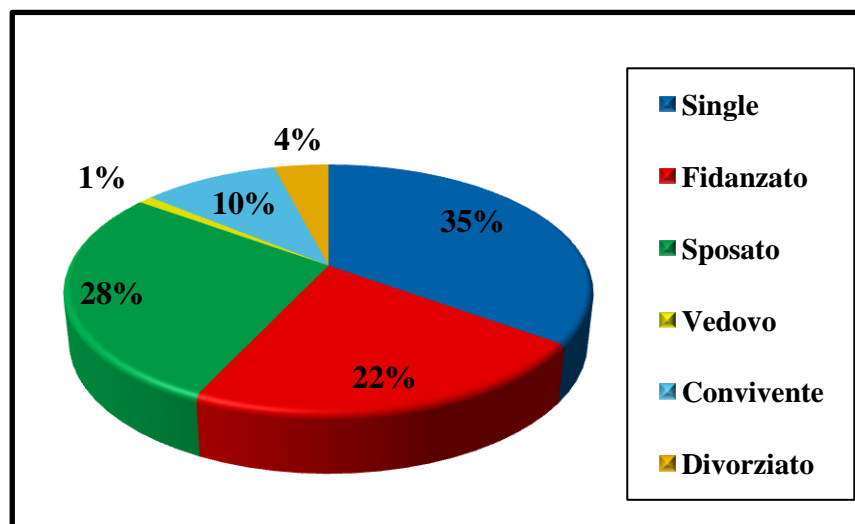
soggetti svolgono l'attività di impiegato (19%), 5 individui sono artigiani (5%), 2 persone affermano di essere casalinghe (2%), 6 individui dichiarano di essere un insegnante (5%) e 5 individui fanno parte della categoria dei ricercatori universitari (5%).

Il gruppo dei credenti praticanti è così distribuito secondo la variabile "professione": 22 soggetti sono studenti (20%), 11 persone svolgono il lavoro di operaio (11%), 7 affermano di essere pensionati (7%), 3 individui sono attualmente disoccupati (3%), 15 persone fanno parte della categoria dei liberi professionisti (14%), 24 soggetti svolgono l'attività di impiegato (23%), 6 individui sono artigiani (6%), 5 persone affermano di essere casalinghe (5%), 8 individui dichiarano di essere un insegnante (8%) e 3 individui fanno parte della categoria dei ricercatori universitari (3%).

Il gruppo dei credenti non praticanti è così distribuito secondo la variabile "professione": 18 soggetti sono studenti (17%), 28 persone svolgono il lavoro di operaio (26%), 6 affermano di essere pensionati (5%), 3 individui sono attualmente disoccupati (3%), 17 persone fanno parte della categoria dei liberi professionisti (16%), 21 soggetti svolgono l'attività di impiegato (20%), 6 individui sono artigiani (5%), 3 persone affermano di essere casalinghe (3%), 2 individui dichiarano di essere un insegnante (2%) e 3 individui fanno parte della categoria dei ricercatori universitari (3%).

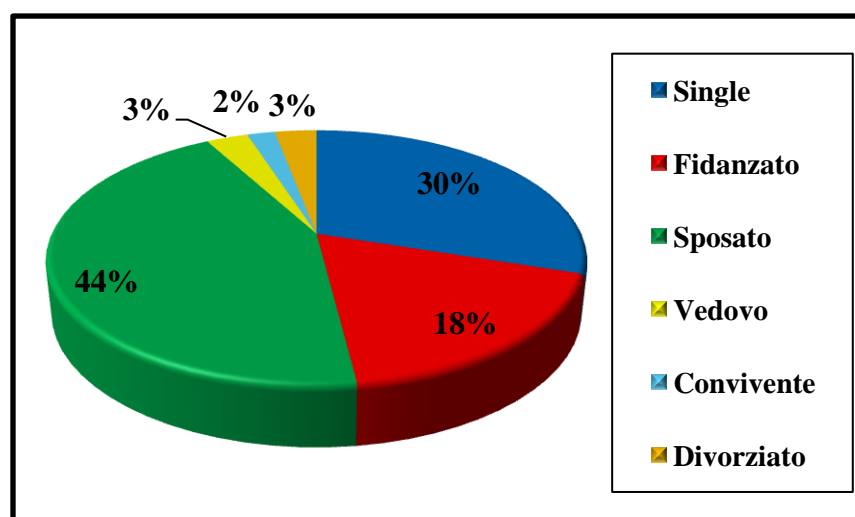
Tra le statistiche descrittive è utile presentare, infine, come si distribuiscono i gruppi secondo la variabile "stato civile" (Figura 2.7, Figura 2.8 e Figura 2.9).

**Figura 2.7:** Percentuali della variabile "stato civile" nel gruppo degli atei.



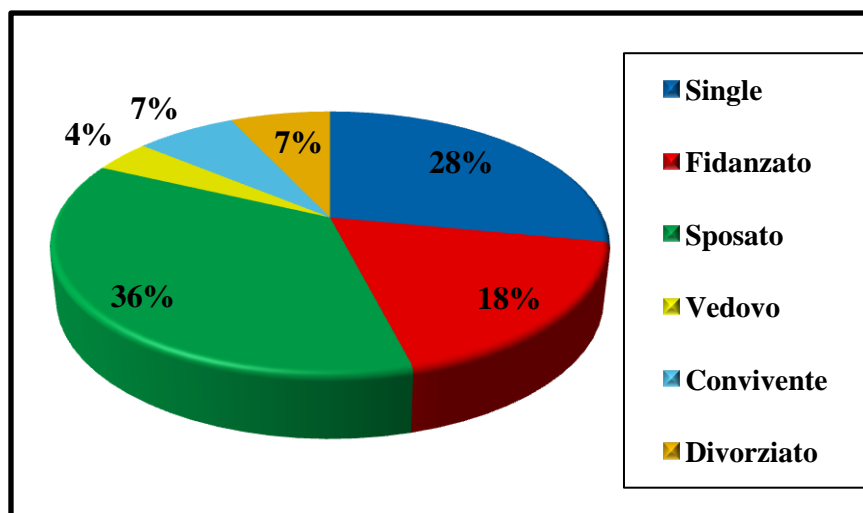
Nel gruppo degli atei: 37 persone sono single (35%), 24 partecipanti sono fidanzati (22%), 30 soggetti sono sposati (28%), un individuo è vedovo (1%), 11 persone sono conviventi (10%) e 4 persone sono divorziate (4%).

**Figura 2.8:** Percentuali della variabile “stato civile” nel gruppo dei credenti praticanti.



Nel gruppo dei credenti praticanti: 32 persone single (30%), 19 soggetti fidanzati (18%), 45 persone coniugate (44%), 3 individui vedovi (3%), 2 soggetti conviventi (2%), 3 individui divorziati (3%).

**Figura 2.9:** Percentuali della variabile “stato civile” nel gruppo dei credenti non praticanti.



Nel gruppo dei cattolici non praticanti: le persone single sono 30 (28%), 19 sono gli individui che dichiarano di essere fidanzati (18%), 39 persone sono sposate (36%), 4 soggetti sono vedovi (4%), 8 persone sono conviventi (7%) e, infine, 7 individui sono divorziati (7%).

## 2.2 Strumento

Lo strumento usato è stato lo *Psychological Treatment Inventory* (PTI; Gori, Giannini & Schuldberg, 2008).

Lo *Psychological Treatment Inventory* (PTI; Gori, Giannini, & Schuldberg, 2008; 2009; Giannini, & Gori, 2008; Gori, & Giannini, 2009) è un nuovo strumento di valutazione multidimensionale studiato per adattarsi a diverse finalità di ricerca e applicative, in particolare all'*assessment* e alla pianificazione del trattamento, allo studio del processo e alla valutazione dell'esito del trattamento psicologico (*process-outcome research*).

Si tratta di uno strumento *self-report* che si fonda sull'idea che la personalità e i suoi disturbi possano essere studiati e compresi da vari punti di vista, in linea con i recenti sviluppi della psicoterapia eclettico-integrata (Castonguay e Hill, 2006;

Ingram, 2006; Norcross e Goldfried, 2005; Stricker e Gold, 2006; Wachtel, 2008).

Il PTI è stato costruito in base ai seguenti criteri: 1) proprietà psicometriche adeguate (validità, attendibilità, e sensibilità al cambiamento); 2) utilizzo in fase di *assessment*, durante il trattamento e per la valutazione dell'esito; 3) facilità d'uso (somministrazione e *scoring*); 4) natura interdisciplinare (Trattamento Psicologico, Counseling, Psicoterapia).

Il PTI è stato realizzato attraverso un processo che ha previsto diverse fasi. Inizialmente sono stati analizzati i costrutti più rilevanti per formulare ipotesi diagnostiche e prognostiche, ossia le variabili per l'*assessment* e la pianificazione del trattamento (Beutler et al., 2004; cit. in Maurish, 2004), gli indici di cambiamento terapeutico (Lambert, 2004), le variabili sulla valutazione dell'esito (Hoagwood & Jensen, 1996; Slade et al., 1999). In un secondo momento, sono stati selezionati i costrutti più rilevanti, grazie ai quali, è stata possibile la costruzione degli item.

Nella scelta del formato di risposta è stato adottato un formato con scala Likert a cinque passi (1=per niente; 5=moltissimo); il punteggio alle risposte (opportunamente ordinato, in quanto l'ordine delle domande non è sequenziale per scala) viene poi sommato per ciascuna dimensione e confrontato con i singoli parametri descrittivi del campione normativo. La descrizione del profilo è ottenibile anche mediante rappresentazione grafica. Nella costruzione dello strumento è stata considerata l'interazione delle variabili biologiche, psicologiche e sociali (modello biopsicosociale) attraverso vari domini che si raggruppano in macroaree.

Le aree e i relativi costrutti d'interesse sono stati individuati sia attraverso una rigorosa analisi della letteratura (Maurish, 2004; Docherty & Streeter 1995; Hoagwood & Jensen 1996; Slade et al., 1999; Lambert, 2004; Lambert & Ogles, 2004) sia grazie al contributo di clinici di orientamenti diversi. Sono stati così identificati i fattori terapeutici comuni e i predittori più affidabili dell'esito del trattamento psicologico raggruppati nelle seguenti aree:

Cluster “*Risorse Psicologiche*”, formato dalle scale: 1) Auto-efficacia; 2) Autostima; 3) Supporto Sociale Percepito; 4) Tendenze Creative; 5) *Self-Regulation*.

Cluster “*Qualità di Vita*”, composto dalle scale: 1) Soddisfazione di vita; 2) Difficoltà Lavorative; 3) Problemi Familiari; 4) Introversione Sociale; 5) *Distress*.

Cluster “*Tipologie di Personalità*”: 1) Paranoide; 2) Schizoide; 3) Schizotipico; 4) Antisociale; 5) Borderline; 6) Istrionico; 7) Narcisista; 8) Evitante; 9) Dipendente; 10) Ossessivo Compulsivo; 11) Depressivo; 12) Sadico.

Area “*Sintomatologica*” articolata in 2 cluster: a) Scale Internalizzanti ; b) Scale Esternalizzanti.

Le sottoscale del gruppo Internalizzante sono: 1) Aspetti Depressivi; 2) Ansia Generale; 3) Ossessività e Compulsività; 4) Tratti Fobici; 5) Indice di Somatizzazione; 6) DPTS; 7) Ideazione Paranoide; 8) Pensiero Bizzarro; 9) Impulso alla Magrezza; 10) Insoddisfazione Corporea; 11) Disagio Sessuale.

Le sottoscale del gruppo Esternalizzante sono: 1) Devianza; 2) Dipendenza da Sostanze; 3) Impulsività; 4) Ipomania; 5) Pericolosità.

Il cluster “*Stili di Attaccamento*” si articola in quattro fattori indipendenti: 1) Sicuro; 2) Ansioso/Preoccupato; 3) Evitante; 4) Disorganizzato.

Il cluster “*Stili Difensivi Prevalenti*” è organizzato in quattro fattori indipendenti: 1) Stabile; 2) Instabile Ansioso/Preoccupato; 3) Instabile Evitante; 4) Instabile Disorganizzato.

Il cluster “*Indicatori Negativi di Trattamento*” raggruppa le scale: 1) Alessitimia; 2) Intolleranza alla Frustrazione; 3) Validità Sociale (Negative Self-presentation); 4) Resistenza al Cambiamento; 5) Manipolazione.

Il cluster “*Psychological Mindedness*” raggruppa le scale: 1) Empatia; 2) Propensione all’*Insight*; 3) Aspettativa verso il Trattamento; 4) *Ego Strength*; 5) Alleanza di Lavoro.

Il cluster “*Scale di validità*” raggruppa le scale: 1) Menzogna, 2) Attenzione , 3) *Compliance*.

Il test comprende anche una breve scheda per il clinico divisa in due parti: la prima parte “Indicazioni Generali di Trattamento” composta da 8 item ha lo scopo di verificare la concordanza del giudizio clinico con la valutazione del cliente e la seconda parte “Indicazioni sulle Modalità Affettive Interpersonali” ha lo scopo di identificare attraverso due schemi grafici il Rischio di Conflitto del clinico con il cliente attraverso l’analisi dei modelli interpersonali.

Per questa specifica ricerca, alla sezione iniziale del PTI, contenente i dati anagrafici, è stata aggiunta una parte comprendente domande sull’appartenenza religiosa dei soggetti; è stato chiesto ai partecipanti di affermare se fossero: 1) non credenti 2) cattolici praticanti, 3) cattolici non praticanti.

### **2.3 Procedura**

Il questionario sopra menzionato è stato somministrato ad un gruppo totale di 350 soggetti, ma a causa di alcune risposte omesse, 32 test sono stati scartati perché non utilizzabili.

In conclusione, dunque, la ricerca è stata condotta su 318 soggetti.

I questionari sono stati somministrati a cittadini italiani, per lo più residenti in province toscane (il 40% a Siena, il 25% a Firenze, il 13% ad Arezzo, il 5% a Pisa, il 3% a Lucca, il 3% a Livorno, il 6% a Pistoia, il 3% a Grosseto) e, una percentuale minima (2%), residenti nella provincia di Perugia.

Il gruppo degli atei è stato reperito, per circa l’ 85%, tra gli iscritti all’ UAAR (Unione Atei Agnostici Razionalisti) e al “Laboratorio per la Laicità di Firenze”.

Il gruppo dei cattolici praticanti è stato reperito tramite la somministrazione del questionario a persone facenti parti dell’ Azione Cattolica, di gruppi di preghiera e di altre associazioni Cristiano-Cattoliche (Gruppi di rinnovamento dello spirito, Gruppi Francescani).

Il gruppo dei cattolici non praticanti non è stato reperito, invece, all’interno di alcuna associazione ma in base alla maggiore disponibilità a collaborare dei soggetti.

La somministrazione dei questionari ai soggetti atei e ai soggetti praticanti, quindi, è avvenuta per lo più tra persone che facevano parte di un'associazione affine alla loro credenza religiosa o atea. Questo per aumentare la probabilità che emergessero delle differenze tra i gruppi stessi, grazie alla sicurezza (data dal mettere in atto un comportamento manifesto quale la frequentazione di un'associazione) che i soggetti atei e i soggetti praticanti fossero veramente tali. Per garantire l'omogeneità dei tre gruppi al loro interno secondo le caratteristiche socio-demografiche e per aumentare la possibilità di avere un campione rappresentativo della popolazione generale in base all'età, al genere, allo stato civile, e alla professione, sono state individuate associazioni molto diverse tra loro anche per reperire soggetti appartenenti alla stesso gruppo.

Ogni soggetto ha partecipato alla ricerca volontariamente e con la garanzia del completo anonimato.

La somministrazione è avvenuta in modo individuale e il tempo impiegato per ognuno è stato di circa un'ora. All'inizio di ogni somministrazione sono stati illustrati gli obiettivi della ricerca, in modo tale da motivare la persona alla collaborazione. Ad ogni partecipante è stato chiesto di rispondere a tutti gli item contenuti nel test in modo sincero, poiché non erano previste risposte giuste o sbagliate.

Conclusa la compilazione del test, si è provveduto alla raccolta dei questionari.

## **2.4 Analisi dei dati**

I dati raccolti sono stati inseriti in un package statistico per Windows (SPSS, *Statistical Package for the Social Science*, versione 16) che ha permesso di effettuare le analisi statistiche necessarie alla ricerca.

Per prima cosa è stata verificata l'omogeneità delle varianze tramite il test di Levene.

Sono state, quindi, effettuate una serie di Analisi della Varianza Fattoriale su tutte le scale della dimensione "risorse psicologiche", su tutte le scale della



dimensione “qualità della vita”, sulla scala che misura l’ “ansia” e sulla scala che misura la “depressione”.

L’Analisi della Varianza Fattoriale è stata condotta in funzione delle due variabili indipendenti “credenza e pratica religiosa” e “sesso” (ANOVA 2 X 3), per comprendere se fossero presenti delle differenze non solo tra i gruppi di atei, credenti praticanti e non praticanti, ma anche in base al genere all’interno dei gruppi stessi. Si è ipotizzato che questa procedura avrebbe fornito maggiori informazioni, aiutando nell’interpretazione dei risultati.

Successivamente sono state effettuate, su tutte le scale del PTI, una serie di Analisi della Varianza ad una via (ANOVA), per valutare se la differenza tra le medie dei punteggi riportati su tutte le dimensioni del test, dai tre gruppi di soggetti (atei, cattolici praticanti e cattolici non praticanti), fosse statisticamente significativa.

In quelle scale in cui, con l’Analisi della Varianza ad una via, si è evidenziata una differenza significativa, si è verificato quali gruppi effettivamente differissero tra loro e in che direzione tramite l’uso del Post Hoc “Scheffè”.

## *Capitolo terzo*

### **RISULTATI**

Per verificare le ipotesi di questa ricerca sono stati condotti dei confronti tra gruppi rispetto ai punteggi ottenuti da questi nelle scale del test *Psychological Treatment Inventory* (PTI, Gori, Giannini, & Shuldberg, 2008).

Sui dati è stato previamente condotto il test di Levene per valutare l'omogeneità delle varianze. I valori emersi dal test sono risultati tutti significativamente superiori al valore 0,05. Questo significa che le varianze sono omogenee e si è, quindi, proceduto con l'Analisi della Varianza.

Prima di tutto è stato effettuato un confronto tramite l'Analisi della Varianza Fattoriale in funzione delle due variabili indipendenti "credenza e pratica religiosa" e "sesso" (ANOVA 2 X 3), per comprendere se fossero presenti delle differenze non solo tra i gruppi di atei, credenti praticanti e non praticanti, ma anche in base al genere all'interno dei gruppi stessi.

Questo tipo di analisi è stato condotto, infatti, soltanto su alcune scale del PTI, con lo scopo di verificare quelle ipotesi che prendono in considerazione le differenze di genere.

Successivamente il campione totale è stato suddiviso in tre gruppi (atei, cattolici praticanti e cattolici non praticanti) così che questi potessero essere confrontati rispetto a tutte le dimensioni dello *Psychological Treatment Inventory* (PTI, Gori, Giannini & Shuldberg, 2008).

Sono state condotte, quindi, una serie di analisi della varianza ad una via (ANOVA), su tutte le sottoscale del PTI, per verificare l'esistenza di una differenza significativa tra le medie dei tre gruppi suddivisi in base alla variabile "credenza e pratica religiosa"

Infine, sulle sottoscale in cui è emersa una differenza significativa, è stato condotto il Post Hoc Scheffé, per comprendere come i gruppi differissero tra loro e in quale direzione.

### **3.1 ANOVA FATTORIALE**

Sono state condotte delle Analisi della Varianza Fattoriali (2 x 3) su tutte le sottoscale della dimensione “Risorse Psicologiche”, su tutte le sottoscale della dimensione “Qualità della vita”, sulle sottoscale “Ansia” e “Depressione” della dimensione “Sintomatologia: scale Internalizzanti”

Le variabili indipendenti prese in considerazione sono state la “Credenza e pratica religiosa” e il “Sesso”. La prima variabile è costituita da tre livelli (ateo, credente praticante e credente non praticante) mentre la seconda variabile è costituita da due livelli (maschi, femmine).

Il campione totale è stato, così, suddiviso in 6 gruppi così composti: atei Maschi (n=58), atee Femmine (n=49), cattolici praticanti Maschi (n=48), cattolici praticanti Femmine (n=56), cattolici non praticanti Maschi (n=50) e cattolici non praticanti Femmine (n=57) ed è stato verificato se esistessero delle differenze significative sulle sottoscale prese in considerazione.

I dati sono riassunti nelle tabelle (da Tabella 3.1 a Tabella 3.24).

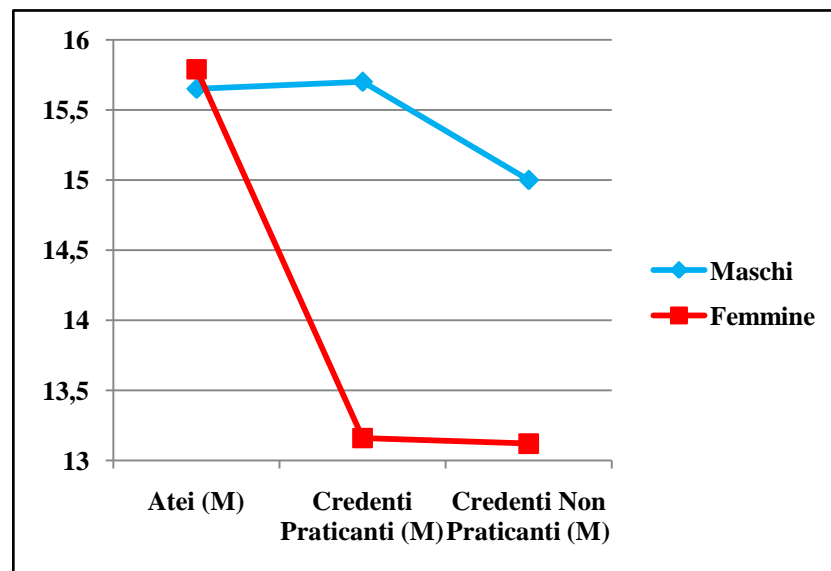
Sono, inoltre, stati creati dei grafici per permettere una migliore comprensione dell’andamento medio dei punteggi (da Figura 3.1 a Figura 3.7).

#### **3.1.1 ANOVA Fattoriale (2 X 3) per le scale della dimensione “Risorse Psicologiche”**

È stata effettuata, innanzitutto, un’ Analisi della Varianza Fattoriale sui punteggi ottenuti dai soggetti alla scala “Autostima” (Tabella 3.1;3.2).

Nella figura 3.1 si possono osservare i punteggi medi dei sei gruppi ottenuti sulla sottoscala “Autostima” della dimensione “Risorse Psicologiche”. Tale grafico è stato introdotto per rendere più chiaro l’andamento medio dei punteggi dei gruppi di soggetti suddivisi sia in base alla “credenza e pratica religiosa” sia in base al “sesso”.

**Figura 3.1:** Medie dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Autostima” della dimensione “Risorse Psicologiche” dai sei gruppi.



**Tabella 3.1:** Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Autostima” della dimensione “Risorse psicologiche”, in funzione della variabile “Credenza e pratica religiosa” e della variabile “Sesso”.

	N <sub>A</sub>	M <sub>A</sub>	DS <sub>A</sub>	N <sub>CP</sub>	M <sub>CP</sub>	DS <sub>CP</sub>	N <sub>CNP</sub>	M <sub>CNP</sub>	DS <sub>CNP</sub>
Maschi	58	15,65	3,85	48	15,70	6,75	50	15,00	3,78
Femmine	49	15,79	3,07	56	13,16	3,02	57	13,12	4,07

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti

**Tabella 3.2:** ANOVA fattoriale sulla sottoscala “Autostima” della dimensione “Risorse psicologiche” in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa”, della variabile “sesso” e dell’ interazione tra “credenza e pratica religiosa” e “sesso”.

	gdl	<i>F</i>	<i>p</i>
Credenza Religiosa	2	4,526	.05
Sesso	1	9,010	.01
Credenza Religiosa * Sesso	2	2,883	n.s.

Dalla tabella suddetta si può osservare che entrambi gli effetti principali presi in considerazione risultano statisticamente significativi: “Credenza religiosa” ( $F_{(2,315)}= 4,526, p<0,05$ ) e “Sesso” ( $F_{(1,315)}= 9,010, p<0,01$ ).

Non emerge, invece, una differenza significativa per l’interazione tra “credenza religiosa” e “Sesso” ( $F_{(2,315)}= 2,883, p=0,07$ ).

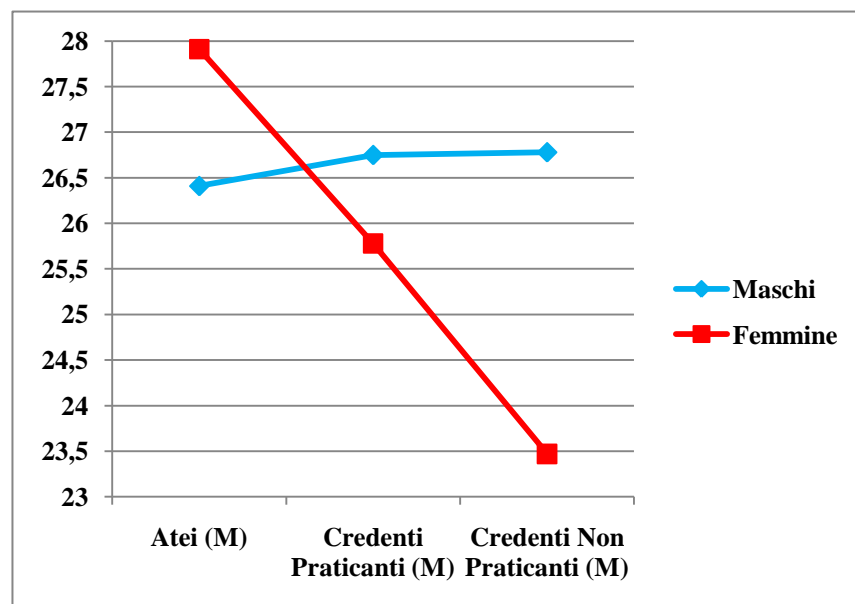
I risultati indicano, quindi, la presenza di un’influenza significativa sia della variabile “credenza e pratica religiosa” sia della variabile “sesso”. Dall’osservazione delle medie si può dedurre che gli individui atei sembrerebbero avere una maggiore autostima rispetto ai cattolici non praticanti. Emerge, inoltre, una maggiore autostima da parte degli uomini rispetto alle donne. La tendenza dei dati (nonostante non si sia rivelata un’ interazione “Credenza religiosa \* Sesso” significativa, anche se molto vicina al valore 0.05) porta ad affermare, inoltre, che le donne atee potrebbero avere un’autostima maggiore ( $M=15,79; DS=3,07$ ) sia rispetto alle donne credenti praticanti ( $M=13,16; DS=3,02$ ) sia rispetto alle donne credenti non praticanti ( $M=13,12; DS=4,07$ ), mentre tra i maschi non si evidenzia una differenziazione così forte. La media dei punteggi dei maschi atei ( $M=15,65; DS=3,85$ ) tende ad essere molto

simile a quella dei maschi credenti praticanti (M=15,70; DS=6,75), e anche a quella dei credenti non praticanti (M=15,00; DS=3,78).

È stata effettuata, poi, un' Analisi della Varianza Fattoriale sui punteggi ottenuti dai soggetti alla scala "Autoefficacia" (Tabella 3.2;3.3).

Nella figura 3.2 si possono osservare i punteggi medi ottenuti dai sei gruppi sulla sottoscala "Autoefficacia" della dimensione "Risorse Psicologiche". Tale grafico è stato introdotto per rendere più chiaro l'andamento medio dei punteggi dei sei gruppi suddivisi sia in base alla "credenza e pratica religiosa" sia in base al "sesso".

**Figura 3.2:** Medie dei punteggi ottenuti alla sottoscala "Autoefficacia" della dimensione "Risorse Psicologiche" dai sei gruppi.



**Tabella 3.3:** Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala "Autoefficacia" della dimensione "Risorse psicologiche", in funzione della variabile "Credenza e pratica religiosa" e della variabile "Sesso".

	N <sub>A</sub>	M <sub>A</sub>	DS <sub>A</sub>	N <sub>CP</sub>	M <sub>CP</sub>	DS <sub>CP</sub>	N <sub>CNP</sub>	M <sub>CNP</sub>	DS <sub>CNP</sub>
Maschi	58	26,41	4,87	48	26,75	5,68	50	26,78	6,11
Femmine	49	27,91	4,54	56	25,78	4,58	57	23,47	6,51

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti

**Tabella 3.4:** ANOVA fattoriale sulla sottoscala “Autoefficacia” della dimensione “Risorse psicologiche” in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa”, della variabile “sesso” e dell’ interazione tra “credenza e pratica religiosa” e “sesso”.

	gdl	<i>F</i>	<i>p</i>
Credenza Religiosa	2	3,758	.05
Sesso	1	2,272	n.s.
Credenza Religiosa * Sesso	2	5,205	.01

Dalla tabella suddetta si può osservare che solo uno degli effetti principali presi in considerazione risulta statisticamente significativo: “Credenza religiosa” ( $F_{(2,315)} = 3,758, p < 0,05$ ), mentre il “Sesso” ( $F_{(1,315)} = 2,272, p = 0,133$ ) non risulta tale.

Emerge, però, una differenza significativa per l’interazione tra “credenza religiosa” e “sesso” ( $F_{(2,315)} = 5,205, p < 0,01$ ).

I risultati indicano, quindi, un’influenza congiunta della variabile credenza e pratica religiosa e della variabile genere.

Oltre a notare, infatti, che gli individui atei sembrerebbero avere una maggiore autoefficacia rispetto ai cattolici non praticanti, si può notare, inoltre, come siano soprattutto le donne atee (M=27,91; DS=4,54) ad avere una maggiore

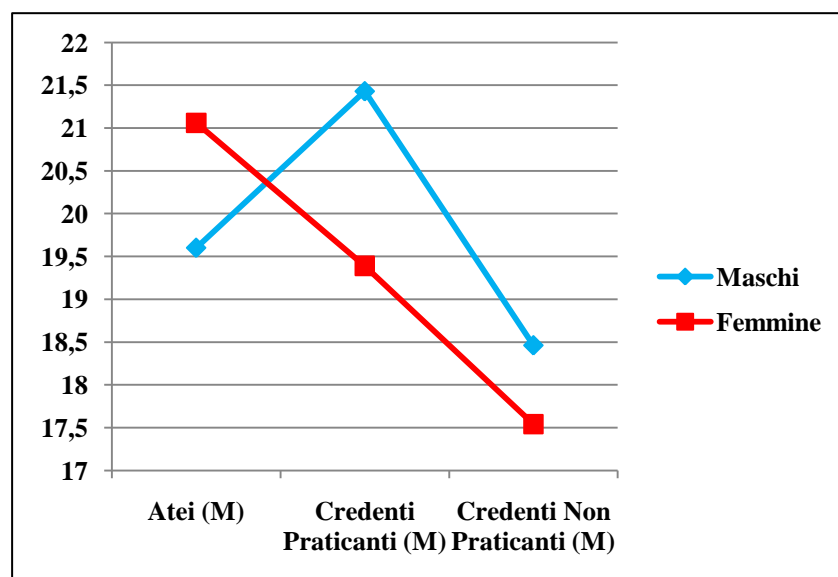
autoefficacia rispetto alle donne credenti non praticanti ( $M=23,47$ ;  $DS=6,51$ ) e alle donne credenti praticanti ( $M=25,78$ ;  $DS=4,58$ ), anche se, in questo ultimo caso, la differenza sia minore.

Tra i maschi le differenze intergruppo sono, invece, appena percettibili.

È stata, successivamente, effettuata un'Analisi della Varianza Fattoriale sulla scala "Supporto sociale percepito" (Tabella 3.5; 3.6).

Nella figura 3.3 si possono osservare i punteggi medi ottenuti dai sei gruppi sulla sottoscala "Supporto Sociale Percepito" della dimensione "Risorse Psicologiche". Tale grafico è stato introdotto per rendere più chiaro l'andamento medio dei punteggi dei sei gruppi suddivisi in base alla "credenza e pratica religiosa" e in base al "sesso".

**Figura 3.3:** Medie dei punteggi ottenuti alla sottoscala "Supporto Sociale Percepito" della dimensione "Risorse Psicologiche" dai sei gruppi.



**Tabella 3.5:** Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala "Supporto sociale percepito" della dimensione "Risorse psicologiche", in funzione della variabile "Credenza e pratica religiosa" e della variabile "Sesso".



	N <sub>A</sub>	M <sub>A</sub>	DS <sub>A</sub>	N <sub>CP</sub>	M <sub>CP</sub>	DS <sub>CP</sub>	N <sub>CNP</sub>	M <sub>CNP</sub>	DS <sub>CNP</sub>
Maschi	58	19,60	3,73	48	21,43	3,70	50	18,46	4,60
Femmine	49	21,06	4,25	56	19,39	4,91	57	17,54	5,48

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti

**Tabella 3.6:** ANOVA fattoriale sulla sottoscala “Supporto sociale percepito” della dimensione “Risorse psicologiche” in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa”, della variabile “sesso” e dell’ interazione tra “credenza e pratica religiosa” e “sesso”.

	gdl	<i>F</i>	<i>p</i>
Credenza Religiosa	2	9,754	.001
Sesso	1	0,973	n.s.
Credenza Religiosa * Sesso	2	4,124	.05

Dalla tabella suddetta si può osservare che solo uno degli effetti principali presi in considerazione risulta statisticamente significativo: “Credenza religiosa” ( $F_{(2,315)} = 9,754, p < 0,001$ ), mentre il “Sesso” ( $F_{(1,315)} = 0,973, p = 0,325$ ) non risulta tale.

Emerge, però, una differenza significativa per l’interazione tra “credenza religiosa” e “Sesso” ( $F_{(2,315)} = 4,124, p < 0,05$ ).

I risultati indicano, quindi, che sui punteggi di questa scala non influisce soltanto la variabile “credenza e pratica religiosa”, ma questa stessa variabile congiuntamente con la “variabile sesso”.

Dall'osservazione delle medie, oltre ad evincere che gli individui credenti non praticanti sembrerebbero avere un minore supporto sociale percepito sia rispetto agli atei sia rispetto ai credenti praticanti, si può notare, anche, come il gruppo delle donne atee (M=21,06; DS=4,25) sembrerebbe avere un supporto sociale percepito tanto alto quanto quello dei maschi credenti praticanti (M=21,43; DS=3,70); sembrano equivalersi anche le femmine praticanti (M=19,39; DS=4,91) e i maschi atei (M=19,60; DS=3,73); mentre sia le femmine (M=17,54; DS=5,48) che i maschi cattolici non praticanti (M=18,46; DS=4,60) sembrano avere un supporto sociale percepito minore rispetto degli altri quattro gruppi.

È stata, successivamente, effettuata un'Analisi della Varianza Fattoriale sulla scala "Tendenze creative" (Tabella 3.7;3.8).

**Tabella 3.7:** Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala "Tendenze creative" della dimensione "Risorse psicologiche", in funzione della variabile "Credenza e pratica religiosa" e della variabile "Sesso".

	N <sub>A</sub>	M <sub>A</sub>	DS <sub>A</sub>	N <sub>CP</sub>	M <sub>CP</sub>	DS <sub>CP</sub>	N <sub>CNP</sub>	M <sub>CNP</sub>	DS <sub>CNP</sub>
Maschi	58	19,65	4,18	48	18,50	6,38	50	17,12	5,72
Femmine	49	18,32	5,72	56	17,37	5,96	57	16,35	5,90

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti

**Tabella 3.8:** ANOVA fattoriale: sottoscala "Tendenze creative" della dimensione "Risorse psicologiche" in funzione della variabile "credenza e pratica religiosa", della variabile "sesso" e dell' interazione tra "credenza e pratica religiosa" e "sesso".

	gdl	<i>F</i>	<i>p</i>
Credenza Religiosa	2	4,226	.05
Sesso	1	2,845	n.s.
Credenza Religiosa * Sesso	2	0.067	n.s.

Dalla tabella suddetta si può osservare che solo uno degli effetti principali presi in considerazione risulta statisticamente significativo: “Credenza religiosa” ( $F_{(2,315)} = 4,226, p < 0,05$ ), mentre il “Sesso” ( $F_{(1,315)} = 2,845, p = 0,09$ ) non risulta tale. Non emerge neanche una differenza significativa per l’interazione tra “credenza religiosa” e “Sesso” ( $F_{(2,315)} = 0.067, p = 0,09$ ).

I risultati indicano quindi che gli individui credenti non praticanti sembrerebbero avere minori tendenze creative rispetto agli atei.

Non sembrano, però, esserci delle differenze peculiari che dipendano dal genere dei soggetti.

È stata, successivamente, effettuata un’Analisi della Varianza Fattoriale sulla scala “Autoregolazione” (Tabella 3.9;3.10).

**Tabella 3.9:** Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Autoregolazione” della dimensione “Risorse psicologiche”, in funzione della variabile “Credenza e pratica religiosa” e della variabile “Sesso”.

	$N_A$	$M_A$	$DS_A$	$N_{CP}$	$M_{CP}$	$DS_{CP}$	$N_{CNP}$	$M_{CNP}$	$DS_{CNP}$
Maschi	58	23,74	3,62	48	24,83	5,33	50	21,32	5,28
Femmine	49	23,85	4,69	56	23,37	4,60	57	20,54	5,50

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti

**Tabella 3.10:** ANOVA fattoriale sulla sottoscala “Autoregolazione” della dimensione “Risorse psicologiche” in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa”, della variabile “sesso” e dell’ interazione tra “credenza e pratica religiosa” e “sesso”.

	gdl	<i>F</i>	<i>p</i>
Credenza Religiosa	2	13,720	.001
Sesso	1	1,669	n.s.
Credenza Religiosa *			
Sesso	2	0.692	n.s.

Dalla tabella suddetta si può osservare che solo uno degli effetti principali presi in considerazione risulta statisticamente significativo: “Credenza religiosa” ( $F_{(2,315)}= 13,720$ ,  $p<0,001$ ), mentre il “Sesso” ( $F_{(1,315)}= 1,669$ ,  $p=0,197$ ) non risulta tale. Non emerge neanche una differenza significativa per l’interazione tra “credenza religiosa” e “sesso” ( $F_{(2,315)}= 0.692$ ,  $p=0,501$ ).

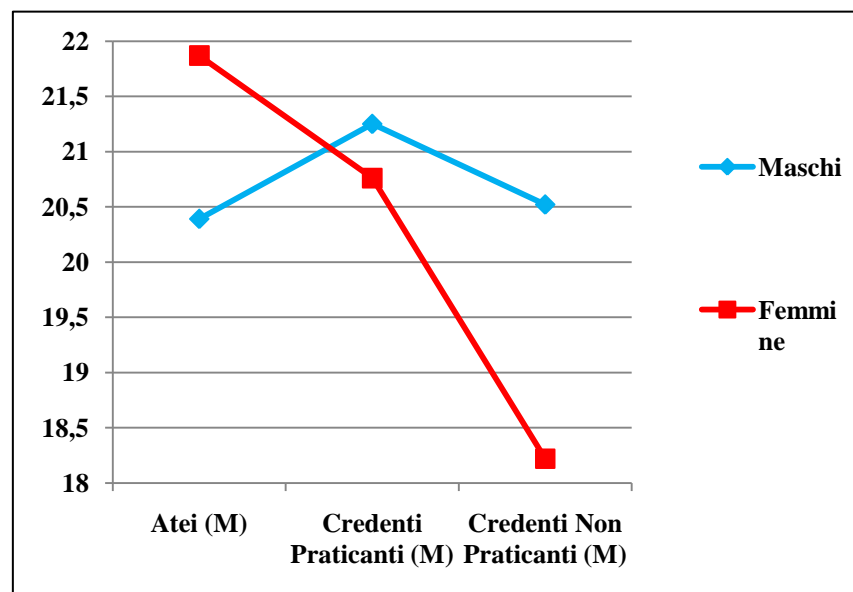
I risultati indicano, quindi, che le differenze nella capacità di autoregolazione tra i gruppi dipendano essenzialmente dalla credenza religiosa, piuttosto che dal genere dei soggetti. In particolare dall’osservazione delle medie sembrerebbe che siano individui credenti non praticanti ad avere minori capacità di autoregolazione rispetto agli atei e ai credenti praticanti.

### 3.1.2 ANOVA Fattoriale (2 X 3) per le scale della dimensione “Qualità della vita”

È stata, innanzitutto, effettuata un’Analisi della Varianza Fattoriale sulla scala “Soddisfazione di vita” (Tabella 3.11;3.12).

Nella figura 3.4 si possono osservare i punteggi medi ottenuti dai sei gruppi sulla sottoscala “Soddisfazione di vita” della dimensione “Qualità della vita”. Tale grafico è stato introdotto per rendere più chiaro l’andamento medio dei punteggi dei sei gruppi suddivisi in base alla “credenza e pratica religiosa” e in base al “sesso”.

**Figura 3.4:** Medie dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Soddisfazione di vita” della dimensione “Qualità della vita” dai sei gruppi.



**Tabella 3.11:** Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Soddisfazione di vita” della dimensione “Qualità della vita”, in funzione della variabile “Credenza e pratica religiosa” e della variabile “Sesso”.

	N <sub>A</sub>	M <sub>A</sub>	DS <sub>A</sub>	N <sub>CP</sub>	M <sub>CP</sub>	DS <sub>CP</sub>	N <sub>CNP</sub>	M <sub>CNP</sub>	DS <sub>CNP</sub>
Maschi	58	20,39	4,22	48	21,25	4,34	50	20,52	5,01
Femmine	49	21,87	4,18	56	20,76	4,35	57	18,22	5,35

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti.

**Tabella 3.12:** ANOVA fattoriale sulla sottoscala “Soddisfazione di vita” della dimensione “Qualità della vita” in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa”, della variabile “sesso” e dell’ interazione tra “credenza e pratica religiosa” e “sesso”.

	gdl	<i>F</i>	<i>p</i>
Credenza Religiosa	2	4,824	.01
Sesso	1	0,691	n.s.
Credenza Religiosa *	2	4,458	.05
Sesso			

Dalla tabella suddetta si può osservare che solo uno degli effetti principali presi in considerazione risulta statisticamente significativo: “Credenza religiosa” ( $F_{(2,315)} = 4,824, p < 0,01$ ), mentre il “Sesso” ( $F_{(1,315)} = 0,691, p = 0,325$ ) non risulta tale.

Emerge, però, una differenza significativa per l’interazione tra “credenza religiosa” e “Sesso” ( $F_{(2,315)} = 4,458, p < 0,05$ ).

I risultati sembrerebbero riportare innanzitutto una differenza significativa dei gruppi in base alla variabile credenza e pratica religiosa; dall’osservazione delle medie emerge, infatti, che gli individui credenti non praticanti sembrerebbero avere una minore soddisfazione di vita sia rispetto agli atei sia rispetto ai credenti non praticanti.

I risultati, inoltre, ci permettono di notare ulteriori differenze dovute all’interazione tra genere e credenza e pratica religiosa.

Si può vedere, infatti, come il gruppo delle donne atee ( $M = 21,87; DS = 4,18$ ) sembrerebbe avere una soddisfazione di vita molto più alta di tutti gli altri gruppi, e le donne credenti non praticanti ( $M = 18,22; DS = 5,35$ ) sembrano avere una soddisfazione di vita molto più bassa di tutti gli altri gruppi. La significatività dei risultati, quindi, non dipende soltanto dalla “credenza e pratica

religiosa” ma anche dal “genere” dei soggetti. Questo si evince anche osservando le medie dei risultati dei tre gruppi maschili, queste sono, infatti, molto simili tra loro.

È stata, successivamente, effettuata un’Analisi della Varianza Fattoriale sulla scala “Problemi lavorativi” (Tabella 3.13;3.14).

**Tabella 3.13:** Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Problemi lavorativi” della dimensione “Qualità della vita”, in funzione della variabile “Credenza e pratica religiosa” e della variabile “Sesso”.

	N <sub>A</sub>	M <sub>A</sub>	DS <sub>A</sub>	N <sub>CP</sub>	M <sub>CP</sub>	DS <sub>CP</sub>	N <sub>CNP</sub>	M <sub>CNP</sub>	DS <sub>CNP</sub>
Maschi	58	9,20	3,51	48	9,79	5,89	50	8,94	4,02
Femmine	49	8,24	3,17	56	8,12	2,81	57	9,75	5,25

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti

**Tabella 3.14:** ANOVA fattoriale sulla sottoscala “Problemi lavorativi” della dimensione “Qualità della vita” in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa”, della variabile “sesso” e dell’ interazione tra “credenza e pratica religiosa” e “sesso”.

	gdl	F	p
Credenza Religiosa	2	1,473	n.s.
Sesso	1	0,459	n.s.
Credenza Religiosa * Sesso	2	0,354	n.s.

Dalla tabella suddetta si può osservare che nessuno degli effetti principali presi in considerazione risulta statisticamente significativo: “Credenza religiosa” ( $F_{(2,315)} = 0,584, p=0,558$ ) e “Sesso” ( $F_{(1,315)} = 1,610, p=0,205$ )

Non emerge una differenza significativa neanche per l’interazione tra “credenza religiosa” e “Sesso” ( $F_{(2,315)} = 2,400, p=0,092$ ).

I risultati indicano, quindi, che i problemi lavorativi non sembrerebbero influenzati né dalla credenza e pratica religiosa, né dal genere dei soggetti.

È stata, successivamente, effettuata un’Analisi della Varianza Fattoriale sulla scala “Problemi familiari” (Tabella 3.15;3.16).

**Tabella 3.15:** Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Problemi familiari” della dimensione “Qualità della vita”, in funzione della variabile “Credenza e pratica religiosa” e della variabile “Sesso”.

	N <sub>A</sub>	M <sub>A</sub>	DS <sub>A</sub>	N <sub>CP</sub>	M <sub>CP</sub>	DS <sub>CP</sub>	N <sub>CNP</sub>	M <sub>CNP</sub>	DS <sub>CNP</sub>
Maschi	58	8,17	3,12	48	8,02	3,02	50	8,50	3,02
Femmine	49	7,53	2,70	56	7,85	2,90	57	8,57	4,01

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti.

**Tabella 3.16:** ANOVA fattoriale sulla sottoscala “Problemi familiari” della dimensione “Qualità della vita” in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa”, della variabile “sesso” e dell’ interazione tra “credenza e pratica religiosa” e “sesso”.



	gdl	<i>F</i>	<i>p</i>
Credenza Religiosa	2	1,473	n.s.
Sesso	1	0,459	n.s.
Credenza Religiosa *	2	0,354	n.s.
Sesso			

Dalla tabella suddetta si può osservare che nessuno degli effetti principali presi in considerazione risulta statisticamente significativo: “Credenza religiosa” ( $F_{(2,315)} = 1,473, p=0,231$ ) e “Sesso” ( $F_{(1,315)} = 0,459, p=0,499$ )

Non emerge una differenza significativa neanche per l’interazione tra “credenza religiosa” e “Sesso” ( $F_{(2,315)} = 0,354, p=0,702$ ).

I risultati indicano, quindi, che i problemi familiari non sembrerebbero influenzati ne’ dalla credenza e pratica religiosa, né dal genere dei soggetti.

È stata, successivamente, effettuata un’Analisi della Varianza Fattoriale sulla scala “Introversione sociale” (Tabella 3.17;3.18).

**Tabella 3.17:** Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Introversione sociale” della dimensione “Qualità della vita”, in funzione della variabile “Credenza e pratica religiosa” e della variabile “Sesso”.

	$N_A$	$M_A$	$DS_A$	$N_{CP}$	$M_{CP}$	$DS_{CP}$	$N_{CNP}$	$M_{CNP}$	$DS_{CNP}$
Maschi	58	8,82	3,64	48	9,14	4,99	50	9,46	4,41
Femmine	49	8,10	3,56	56	8,96	4,90	57	9,24	4,10

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti

**Tabella 3.18:** ANOVA fattoriale sulla sottoscala “Introversione sociale” della dimensione “Qualità della vita” in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa”, della variabile “sesso” e dell’ interazione tra “credenza e pratica religiosa” e “sesso”.

	gdl	<i>F</i>	<i>p</i>
Credenza Religiosa	2	1,175	n.s.
Sesso	1	0,598	n.s.
Credenza Religiosa *	2	0,133	n.s.
Sesso			

Dalla tabella suddetta si può osservare che nessuno degli effetti principali presi in considerazione risulta statisticamente significativo: “Credenza religiosa” ( $F_{(2,315)} = 1,175, p=0,310$ ) e “Sesso” ( $F_{(1,315)} = 0,598, p=0,440$ )

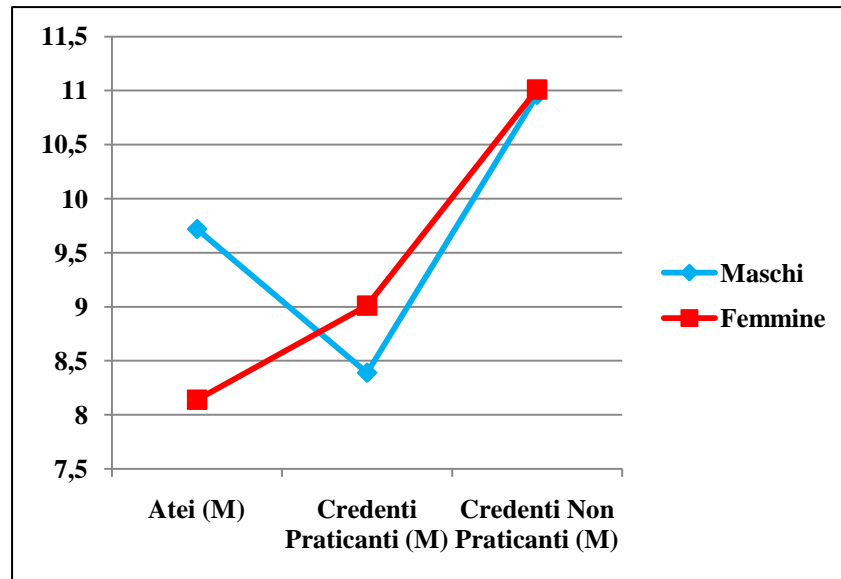
Non emerge una differenza significativa neanche per l’interazione tra “credenza religiosa” e “Sesso” ( $F_{(2,315)} = 0,133, p=0,875$ ).

I risultati indicano, quindi, che l’introversione sociale non sembrerebbe influenzata ne’ dalla credenza e pratica religiosa, né dal genere dei soggetti.

È stata, successivamente, effettuata un’Analisi della Varianza Fattoriale sulla scala “*Distress*” (Tabella 3.19;3.20).

Nella figura 3.5 si possono osservare i punteggi medi ottenuti dai sei gruppi sulla sottoscala “*Distress*” della dimensione “Qualità della vita”. Tale grafico è stato introdotto per rendere più chiaro l’andamento medio dei punteggi dei sei gruppi suddivisi sia in base alla “credenza e pratica religiosa” sia in base al “sesso”.

**Figura 3.5:** Medie dei punteggi alla sottoscala “*Distress*” della dimensione “Qualità della vita” dei sei gruppi.



**Tabella 3.19:** Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala “*Distress*” della dimensione “Qualità della vita”, in funzione della variabile “Credenza e pratica religiosa” e della variabile “Sesso”.

	$N_A$	$M_A$	$DS_A$	$N_{CP}$	$M_{CP}$	$DS_{CP}$	$N_{CNP}$	$M_{CNP}$	$DS_{CNP}$
Maschi	58	9,72	3,92	48	8,39	2,71	50	10,96	4,33
Femmine	49	8,14	2,58	56	9,01	2,31	57	11,01	4,66

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti

**Tabella 3.20:** ANOVA fattoriale sulla sottoscala “*Distress*” della dimensione “Qualità della vita” in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa”, della variabile “sesso” e dell’ interazione tra “credenza e pratica religiosa” e “sesso”.

	gdl	$F$	$p$
Credenza Religiosa	2	13,105	.001
Sesso	1	0,560	n.s.

Credenza Religiosa *	2	2,703	n.s.
Sesso			

---

Dalla tabella suddetta si può osservare che solo uno degli effetti principali presi in considerazione risulta statisticamente significativo: “Credenza religiosa” ( $F_{(2,315)}= 13,105$ ,  $p<0,001$ ), mentre il “Sesso” ( $F_{(1,315)}= 0,560$ ,  $p=0,455$ ) non risulta tale.

Non emerge neanche una differenza significativa per l’interazione tra “credenza religiosa” e “Sesso” ( $F_{(2,315)}= 2,703$ ,  $p=0,069$ ).

I risultati riportano, quindi, soltanto che gli individui credenti non praticanti sembrerebbero avere un maggiore *distress* sia rispetto agli atei sia rispetto ai credenti praticanti.

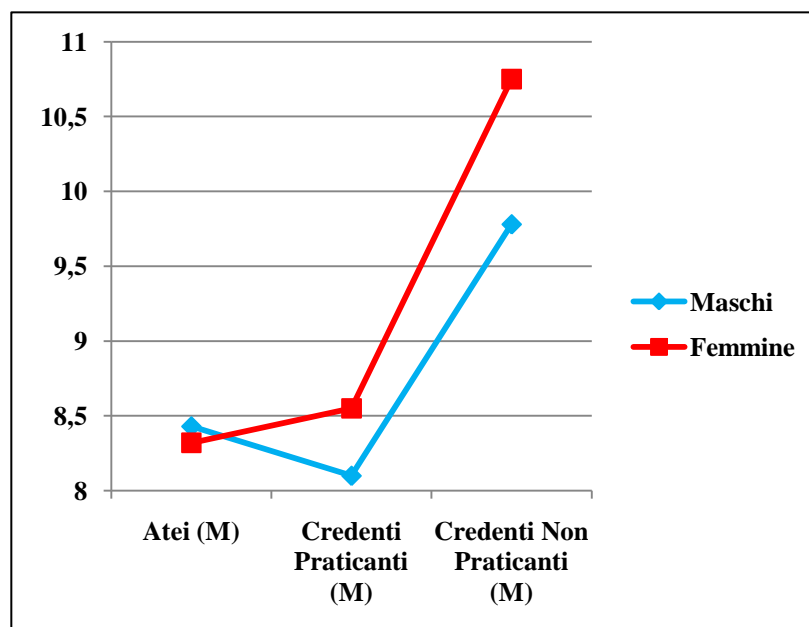
Le medie dei punteggi dei sei gruppi non sembrerebbero risentire molto delle differenze di genere e questo può portare a concludere che le uniche differenze riscontrate tra i soggetti nel *distress* riportato sono ascrivibili soltanto alla “credenza e pratica religiosa” e in nessuna misura al “genere”.

### **3.1.3 ANOVA Fattoriale (2 X 3) per le scale della dimensione “Sintomatologia:scale Internalizzanti”**

È stata, successivamente, effettuata un’Analisi della Varianza Fattoriale sulla scala “Ansia” (Tabella 3.21;3.22).

Nella figura 3.6 si possono osservare i punteggi medi ottenuti dai sei gruppi sulla sottoscala “Ansia” della dimensione “Sintomatologia: scale internalizzanti”. Tale grafico è stato introdotto per rendere più chiaro l’andamento medio dei punteggi dei sei gruppi suddivisi in base alla “credenza e pratica religiosa” e in base al “sesso”.

**Figura 3.6:** Medie dei punteggi ottenuti alla sottoscala sottoscala “Ansia generale” della dimensione “Sintomatologia: scale internalizzanti”.



**Tabella 3.21:** Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Ansia” della dimensione “Sintomatologia: scale Internalizzanti”, in funzione della variabile “Credenza e pratica religiosa” e della variabile “Sesso”.

	$N_A$	$M_A$	$DS_A$	$N_{CP}$	$M_{CP}$	$DS_{CP}$	$N_{CNP}$	$M_{CNP}$	$DS_{CNP}$
Maschi	58	8,43	4,60	48	8,10	2,99	50	9,78	3,80
Femmine	49	8,32	2,88	56	8,55	2,99	57	10,75	4,92

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti.

**Tabella 3.22:** ANOVA fattoriale sulla sottoscala “Ansia” della dimensione “Sintomatologia: scale internalizzanti” in funzione della variabile “credenza e

pratica religiosa”, della variabile “sesso” e dell’ interazione tra “credenza e pratica religiosa” e “sesso”.

	gdl	<i>F</i>	<i>p</i>
Credenza Religiosa	2	8,797	.001
Sesso	1	1,040	n.s.
Credenza Religiosa * Sesso	2	0,527	n.s.

Dalla tabella suddetta si può osservare che solo uno degli effetti principali presi in considerazione risulta statisticamente significativo: “Credenza religiosa” ( $F_{(2,315)} = 8,797, p < 0,001$ ), mentre il “Sesso” ( $F_{(1,315)} = 1,040, p = 0,309$ ) non risulta tale.

Non emerge neanche una differenza significativa per l’interazione tra “credenza religiosa” e “sesso” ( $F_{(2,315)} = 0,527, p = 0,591$ ).

I risultati indicano, quindi, che le differenze tra i gruppi sono dovute elusivamente alla variabile “credenza e pratica religiosa”; dalle medie dei soggetti si può, infatti, evincere che gli individui credenti non praticanti sembrerebbero avere un livello maggiore di ansia generale sia rispetto agli atei sia rispetto ai credenti praticanti.

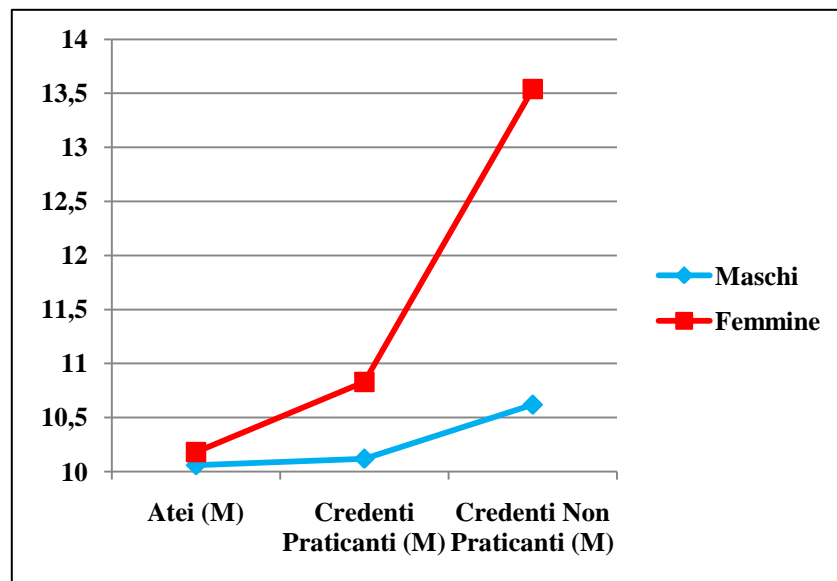
Le medie dei punteggi non sembrerebbero risentire molto delle differenze di genere e questo può portare a concludere che le differenze riscontrate tra i soggetti per quanto riguarda il livello di ansia riportata sono ascrivibili soltanto alla “credenza e pratica religiosa” e in nessuna misura al “genere”.

È stata, successivamente, effettuata un’Analisi della Varianza Fattoriale sulla scala “Depressione” (Tabella 3.23;3.24).

Nella figura 3.7 si possono osservare i punteggi medi ottenuti dai sei gruppi sulla sottoscala “Aspetti Depressivi” della dimensione “Sintomatologia: scale

internalizzanti”. Tale grafico è stato introdotto per rendere più chiaro l’andamento medio dei punteggi dei sei gruppi suddivisi in base alla “credenza e pratica religiosa” e in base al “sesso”.

**Figura 3.7:** Medie dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Aspetti depressivi” della dimensione “Sintomatologia: scale internalizzanti”.



**Tabella 3.23:** Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Aspetti depressivi” della dimensione “Sintomatologia: scale Internalizzanti”, in funzione della variabile “Credenza e pratica religiosa” e della variabile “Sesso”.

	N <sub>A</sub>	M <sub>A</sub>	DS <sub>A</sub>	N <sub>CP</sub>	M <sub>CP</sub>	DS <sub>CP</sub>	N <sub>CNP</sub>	M <sub>CNP</sub>	DS <sub>CNP</sub>
Maschi	58	10,06	3,75	48	10,12	4,09	50	10,62	4,49
Femmine	49	10,18	2,82	56	10,83	3,10	57	13,54	6,82

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti

**Tabella 3.24:** ANOVA fattoriale sulla sottoscala “Aspetti depressivi” della dimensione “Sintomatologia: scale internalizzanti” in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa”, della variabile “sesso” e dell’ interazione tra “credenza e pratica religiosa” e “sesso”.

	gdl	<i>F</i>	<i>p</i>
Credenza Religiosa	2	5,885	.01
Sesso	1	6,315	.05
Credenza Religiosa * Sesso	2	2,969	n.s.

Dalla tabella suddetta si può osservare che entrambi gli effetti principali presi in considerazione risultano statisticamente significativi: sia la “Credenza religiosa” ( $F_{(2,315)}= 5,885, p<0,01$ ), che il “Sesso” ( $F_{(1,315)}= 6,315, p<0,05$ ).

Non emerge, però, una differenza significativa per l’interazione tra “credenza religiosa” e “Sesso” ( $F_{(2,315)}= 2,969, p=0,53$ ).

Oltre ad indicare un’influenza significativa della variabile “credenza e pratica religiosa” (osservando le medie dei soggetti emergerebbe che gli individui credenti non praticanti abbiano un livello maggiore di aspetti depressivi sia rispetto agli atei sia rispetto ai credenti praticanti) sembrerebbe emergere un’ ulteriore differenza.

Compare, infatti, una maggiore tendenza a sviluppare aspetti depressivi nelle donne rispetto agli uomini. La tendenza dei dati (nonostante non si sia rivelata un’ interazione “Credenza religiosa \* Sesso” significativa, anche se il livello di significatività è di pochissimo superiore a 0,05) porta ad affermare, inoltre, che le donne atee ( $M=10,18; DS=2,82$ ) e le donne credenti praticanti ( $M=10,83; DS=3,10$ ) potrebbero avere livelli di depressione minori rispetto alle



donne del gruppo cattolico non praticante ( $M=13,54;DS=6,82$ ), mentre tra i maschi questa differenza sia presente solo in maniera molto più lieve.

### **3.2 ANOVA ad una via e Post Hoc**

Sono state condotte tante ANOVA ad una via quante sono le sottoscale del PTI in funzione della variabile indipendente “ credenza e pratica religiosa”.

Il campione totale di 318 soggetti è stato, quindi, suddiviso in tre gruppi: atei ( $n_A= 107$ ), credenti praticanti ( $n_{CP}= 104$ ) e credenti non praticanti ( $n_{CNP}= 107$ ).

I dati di tale analisi sono riportati in alcune tabelle (da Tabella 3.25 a Tabella 3.34).

Sono stati condotti, poi, su quelle sottoscale su cui sono risultate delle differenze significative, i confronti Post Hoc Scheffè, per comprendere quali gruppi differissero e in quale direzione.

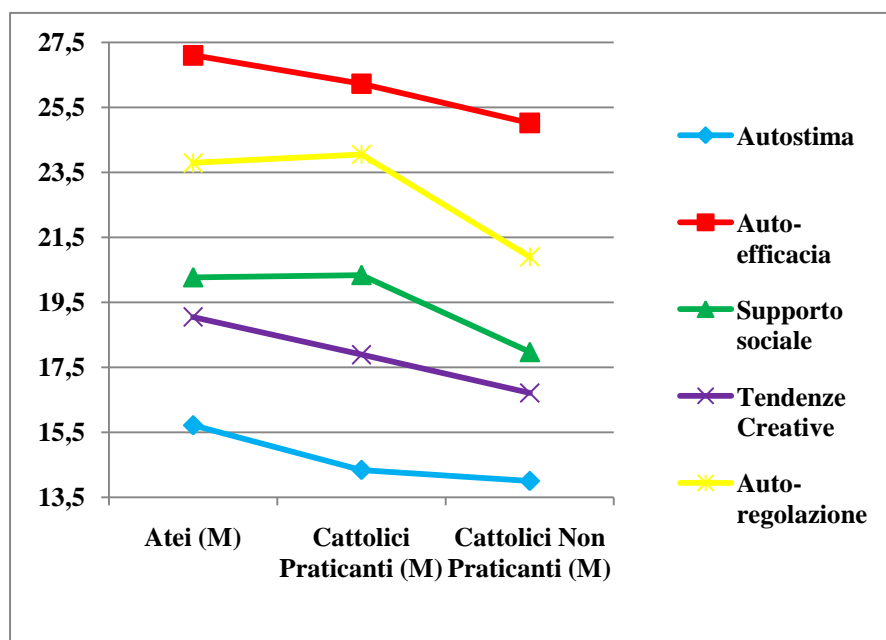
Per ogni dimensione del PTI è stato, inoltre, costruito un grafico che permettesse di comprendere meglio quale fosse la distribuzione media dei valori dei tre gruppi sulle sottoscale prese in considerazione (da Figura 3.8, a Figura 3.17).

In primo luogo sono state effettuate, quindi, le analisi statistiche su quelle scale che sono state prese in considerazione nelle ipotesi (da Paragrafo 3.2.1 a Paragrafo 3.2.4), successivamente, sono state condotte le analisi su quelle scale che non sono state prese in considerazione nelle ipotesi (da Paragrafo 3.2.5 a Paragrafo 3.2.10), ma i cui risultati potrebbero essere utili come spunto per analisi future.

### 3.2.1 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “Risorse Psicologiche”

Nella figura 3.8 si possono osservare i punteggi medi dei tre gruppi sulle sottoscale della dimensione “Risorse psicologiche”. Tale grafico è stato introdotto per rendere più chiaro l’andamento medio dei risultati sia per quelle scale in cui sono risultate delle differenze significative, sia in quelle in cui non si sono evidenziate tali differenze.

**Figura 3.8:** Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della dimensione “Risorse psicologiche” da atei, credenti praticanti e credenti non praticanti.



**Tabella 3.25:** Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione “Risorse Psicologiche”, in funzione della “Credenza e pratica religiosa”. ( $n_A= 107$ ;  $n_{CP}= 104$ ;  $n_{CNP}= 107$ ;  $N=318$ )

	M <sub>A</sub>	DS <sub>A</sub>	M <sub>CP</sub>	DS <sub>CP</sub>	M <sub>CNP</sub>	DS <sub>CNP</sub>	F <sub>2,315</sub>	p
Autostima	15,72	3,51	14,34	5,23	14	4,04	4,781	.01
Auto- efficacia	27,10	4,76	26,23	5,12	25,02	6,52	3,845	.05
Supporto sociale	20,27	4,03	20,34	4,49	17,97	5,09	9,291	.001
Tendenze Creative	19,05	4,97	17,89	6,16	16,71	5,81	4,555	.05
Auto- regolazione	23,79	4,12	24,05	4,98	20,90	5,39	13,713	.001

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti

La tabella 3.25 mostra l'esistenza di una differenza statisticamente significativa tra i punteggi dei tre gruppi considerati, su tutte le sottoscale della dimensione "Risorse psicologiche".

Esiste, infatti, una differenza significativa tra i gruppi, sui risultati della sottoscala "Autostima" ( $F_{(2,315)} = 4,781, p < 0,01$ ); sui punteggi della scala "Autoefficacia" ( $F_{(2,315)} = 3,845, p < 0,05$ ); sui punti della scala "Supporto Sociale Percepito" ( $F_{(2,315)} = 9,291, p < 0,001$ ); sui risultati della scala "Tendenze Creative" ( $F_{(2,315)} = 4,555, p < 0,05$ ); sui punteggi della scala "Auto-regolazione" ( $F_{(2,315)} = 13,713, p < 0,001$ ).

Più precisamente, dai confronti Post Hoc sulla scala "Autostima", emerge che tra gli atei e i cattolici non praticanti vi è una differenza statisticamente significativa (Scheffè=2,92,  $p < 0,05$ ): gli atei hanno un punteggio significativamente più alto rispetto ai cattolici non praticanti. I cattolici praticanti riportano, invece, un punteggio (M=14,34; DS=5,23) più alto dei credenti non praticanti (M=14; DS=4,04) ma più basso degli atei (M=15,72; DS=3,71). Le differenze di questo gruppo rispetto agli altri due non risultano, però, significative.

Dai confronti Post Hoc sulla scala “Autoefficacia” si può evincere che gli atei hanno dei risultati significativamente più alti rispetto ai credenti non praticanti (Scheffè=2,77,  $p<0,05$ ). I cattolici praticanti riportano, invece, un punteggio (M=26,23; DS=5,12) più alto dei credenti non praticanti (M=25,02; DS=6,52) ma più basso degli atei (M=27,10; DS=4,76). Le differenze di questo gruppo rispetto agli altri due non risultano, però, tali da essere considerate significative.

Effettuando i confronti Post Hoc sulla scala “Supporto Sociale Percepito” si può desumere che i soggetti del gruppo dei credenti non praticanti hanno dei punteggi significativamente più bassi sia rispetto agli atei (Scheffè= -3,70,  $p<0,01$ ), sia rispetto ai credenti praticanti (Scheffè= -3,75,  $p<0,01$ ).

Per quanto riguarda le “Tendenze Creative”, dai confronti Post Hoc compare un risultato significativamente maggiore degli atei rispetto ai cattolici non praticanti (Scheffè=3,04,  $p<0,05$ ). I cattolici praticanti riportano, invece, un punteggio (M=17,89; DS=6,16) più alto dei credenti non praticanti (M=16,71; DS=5,81) ma più basso degli atei (M=19,05; DS=4,97). Le differenze di questo gruppo rispetto agli altri due non risultano, però, significative.

Dai confronti Post Hoc sulla scala “Auto-regolazione” si può evincere la presenza di una differenza statisticamente significativa tra i tre gruppi: i cattolici non praticanti hanno un punteggio significativamente inferiore sia agli atei (Scheffè= -4,38,  $p<0,001$ ), sia ai credenti praticanti (Scheffè= -4,69,  $p<0,001$ ).

I risultati indicano, quindi, che gli atei sembrano avere livelli di autostima, autoefficacia e tendenze creative, maggiori dei credenti non praticanti e dei credenti praticanti, anche se la differenza con questi ultimi è molto lieve.

Si può evincere, inoltre, che i credenti praticanti abbiano livelli di supporto sociale percepito e autoregolazione maggiori sia dei credenti non praticanti, sia degli atei, anche se con questi ultimi la differenza è molto lieve.

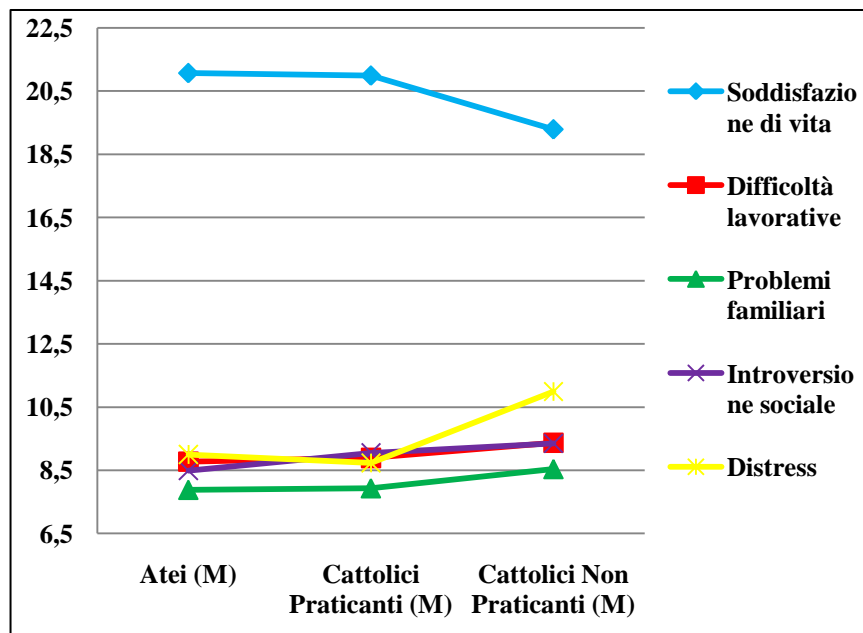
In conclusione, sembra possibile affermare che i credenti non praticanti, hanno risorse psicologiche molto più basse sia degli atei che dei credenti praticanti. Gli atei hanno maggiori risorse psicologiche rispetto ai cattolici non praticanti e

sembrano avere maggiore autostima, autoefficacia e tendenze creative dei credenti praticanti. I cattolici praticanti hanno risorse psicologiche maggiori dei credenti non praticanti, e sembrano avere maggiore supporto sociale percepito e autoregolazione degli atei.

### 3.2.2 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “Qualità della vita”

Nella figura 3.9 si possono osservare i punteggi medi dei tre gruppi sulle sottoscale della dimensione “Qualità della vita”. Tale grafico è stato introdotto per rendere più chiaro l’andamento medio dei risultati sia per quelle scale in cui sono risultate delle differenze significative, sia in quelle in cui non si sono evidenziate tali differenze.

**Figura 3.9:** Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della dimensione “Qualità della vita” da atei, credenti praticanti e credenti non praticanti.



**Tabella 3.26:** Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione “Qualità della vita”, in funzione della “Credenza e pratica religiosa”. ( $n_A= 107$ ;  $n_{CP}= 104$ ;  $n_{CNP}= 107$ ;  $N=318$ )

	$M_A$	$DS_A$	$M_{CP}$	$DS_{CP}$	$M_{CNP}$	$DS_{CNP}$	$F_{2,315}$	$p$
Soddisfazione di vita	21,07	4,25	20,99	4,33	19,29	5,30	4,930	.01
Difficoltà lavorative	8,77	3,38	8,89	4,56	9,37	4,72	0,604	n.s.
Problemi familiari	7,88	2,94	7,93	2,95	8,54	3,57	1,441	n.s.
Introversione sociale	8,49	3,61	9,05	4,92	9,35	4,24	1,085	n.s.
<i>Distress</i>	9	3,45	8,73	2,51	10,99	4,50	12,574	.001

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti

I dati sulla dimensione “Qualità della vita” presenti nella Tabella 3.26 palesano l’assenza di una differenza significativa nelle sottoscale delle “Difficoltà lavorative” ( $F_{(2,315)}= 0,604$ ,  $p=0,55$ ), “Problemi familiari” ( $F_{(2,315)}= 1,441$ ,  $p=0,24$ ) e “Introversione sociale” ( $F_{(2,315)}= 1,085$ ,  $p=0,34$ ) per i tre gruppi considerati.

La stessa tabella rivela, invece, la presenza di una differenza significativa sulle sottoscale “Soddisfazione di vita” ( $F_{(2,315)}= 4,930$ ,  $p<0,01$ ) e “*Distress*” ( $F_{(2,315)}= 12,574$ ,  $p<0,001$ ) tra i tre gruppi di soggetti presi in considerazione.

I confronti Post Hoc effettuati per la scala “Soddisfazione di vita” hanno permesso di comprendere come siano i punteggi dei cattolici non praticanti a differire significativamente dai punteggi degli atei (Scheffè= -2,78,  $p<0,05$ ), e dai

punteggi dei credenti praticanti (Scheffè= -2,64,  $p<0,05$ ), rivelandosi notevolmente inferiori ad essi.

Nella scala “*Distress*” i confronti Post Hoc hanno, invece, evidenziato che i punteggi dei cattolici non praticanti sono significativamente superiori sia agli atei (Scheffè=4,06,  $p<0,001$ ), sia ai credenti praticanti (Scheffè=4,61,  $p<0,001$ ).

I punteggi della scala “Difficoltà lavorative” dei credenti non praticanti (M=9,37; DS=4,72), risultano superiori dei punteggi ottenuti dai credenti praticanti (M=8,89; DS=4,56) e dei punteggi ottenuti dagli atei (M=8,77; DS=3,38), anche se nessuna di queste differenze risulta tale da poter essere considerata significativa.

I punteggi della scala “Difficoltà familiari” dei credenti non praticanti (M=8,54; DS=3,57), risultano superiori dei punteggi ottenuti dai credenti praticanti (M=7,93; DS=2,95) e dei punteggi ottenuti dagli atei (M=7,88; DS=2,94), anche se nessuna di queste differenze è tanto grande da poter essere considerata significativa.

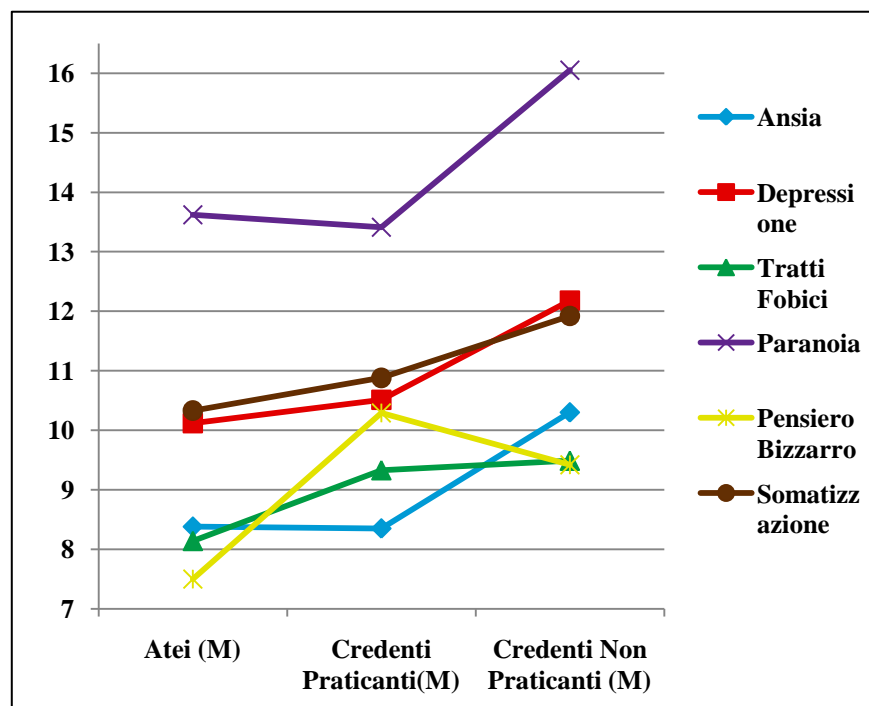
I punteggi della scala “Introversione sociale” dei credenti non praticanti (M=9,35; DS=4,24), risultano superiori dei punteggi ottenuti dai credenti praticanti (M=9,05; DS=4,92) e dei punteggi ottenuti dagli atei (M=8,49; DS=3,61), anche se nessuna di queste differenze può essere considerata significativa.

I risultati della dimensione “Qualità della vita” sembrano mostrare, quindi, che atei e cattolici praticanti abbiano un livello di qualità della vita molto simile; differirebbe, invece, da questi due gruppi, la qualità della vita dei credenti non praticanti, rivelandosi molto peggiore. Anche se le differenze sono elevate soltanto su due scale di questa dimensione, sembra utile sottolineare che anche quelle scale su cui le differenze non sono significative i punteggi seguono la stessa tendenza.

### 3.2.3 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “Sintomatologia: Scale Internalizzanti”

Nella figura 3.10 si possono osservare i punteggi medi dei tre gruppi sulle sottoscale della dimensione “Sintomatologia: Scale Internalizzanti”. Tale grafico è stato introdotto per rendere più chiaro l’andamento medio dei risultati per quelle scale in cui sono emerse delle differenze significative tra i tre gruppi di soggetti.

**Figura 3.10:** Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della dimensione “Sintomatologia: Scale Internalizzanti” su cui risultano differenze significative tra i tre gruppi di soggetti con ANOVA ad una via.



**Tabella 3.27:** Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione “Sintomatologia: Scale Internalizzanti”, in funzione della “Credenza e pratica religiosa”. ( $n_A= 107$ ;  $n_{CP}= 104$ ;  $n_{CNP}= 107$ ;  $N=318$ )



	M <sub>A</sub>	DS <sub>A</sub>	M <sub>CP</sub>	DS <sub>CP</sub>	M <sub>CNP</sub>	DS <sub>CNP</sub>	F <sub>2,315</sub>	p
Ansia	8,38	3,89	8,35	2,98	10,30	4,44	9,062	.001
Depression e Impulso alla magrezza	10,12	3,35	10,51	3,60	12,18	6,01	6,319	.01
Insoddisfaz. Corporea	6,16	2,96	6,13	2,51	6,90	3,56	2,182	n.s.
Ossessività Compuls.	13,22	4,42	12,69	4,42	14	4,68	2,468	n.s.
Dist. Post Traumatico	8,60	4,42	8,29	3,75	9,07	3,98	0,981	n.s.
Disagio Sessuale	6,66	2,54	7,21	3,16	7,06	2,58	1,101	n.s.
Tratti Fobici	8,14	2,82	9,33	4,13	9,49	3,55	4,621	.05
Ideazione							10,36	
Paranoide	13,62	4,91	13,41	4,14	16,05	5,01	8	.001
Pensiero Bizzarro	7,50	1,31	10,29	3,67	9,42	3,08	26,44 0	.001
Somatiz- zazione	10,33	3,29	10,88	3,62	11,92	4,25	4,976	.01

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti.

I dati sulla dimensione “Sintomatologia”, in particolare il cluster che raggruppa le “Scale Internalizzanti”, presenti nella Tabella 3.27, palesano l’assenza di una differenza significativa tra i tre gruppi nelle seguenti sottoscale: “Impulso alla magrezza” ( $F_{(2,315)}=1,860$ ,  $p=0,15$ ), “Insoddisfazione corporea” ( $F_{(2,315)}=2,182$ ,  $p=0,11$ ), “Ossessività e compulsività” ( $F_{(2,315)}= 2,468$ ,  $p=0,09$ ), “Disturbo Post-Traumatico” ( $F_{(2,315)}= 0,981$ ,  $p=0,38$ ) e “Disagio sessuale” ( $F_{(2,315)}= 1,101$ ,  $p=0,33$ ).

I dati rivelano, invece, la presenza di una differenza significativa tra i gruppi considerati sui punteggi della scale di: “Ansia Generale” ( $F_{(2,315)}=9,062$ ,  $p<0,001$ ); “Aspetti Depressivi” ( $F_{(2,315)}=6,319$ ,  $p<0,01$ ); “Tratti Fobici” ( $F_{(2,315)}=4,621$ ,  $p<0,001$ ); “Ideaione Paranoide” ( $F_{(2,315)}=10,368$ ,  $p<0,001$ ); “Pensiero Bizzarro” ( $F_{(2,315)}=26,440$ ,  $p<0,01$ ); “Somatizzazione” ( $F_{(2,315)}=4,976$ ,  $p<0,01$ ).

Ai confronti Post Hoc emerge che nella scala “ Ansia Generale” tra i cattolici non praticanti e gli altri due gruppi esiste una differenza statisticamente significativa: i cattolici non praticanti hanno un punteggio significativamente più alto sia rispetto agli atei (Scheffè= 3,67,  $p<0,01$ ), sia rispetto ai credenti praticanti (Scheffè= 3,68,  $p<0,01$ ).

Viene alla luce, inoltre, che nella scala “ Aspetti Depressivi” esiste una differenza significativa tra cattolici non praticanti e gli altri due gruppi: i cattolici non praticanti, infatti, hanno un punteggio più alto sia rispetto agli atei (Scheffè= 3,38,  $p<0,01$ ), sia rispetto ai credenti praticanti (Scheffè= 2,69,  $p<0,05$ ).

I confronti Post Hoc indicano, inoltre, una differenza significativa nella scala “ Tratti Fobici” tra credenti non praticanti e atei (Scheffè= 2,79,  $p<0,05$ ): i primi hanno un punteggio più alto rispetto ai secondi. I cattolici praticanti riportano, invece, un punteggio ( $M=9,33$ ;  $DS=4,13$ ) più basso dei credenti non praticanti ( $M=9,49$ ;  $DS=3,55$ ) ma più alto degli atei ( $M=8,14$ ;  $DS=2,82$ ). Le differenze di questo gruppo rispetto agli altri due non risultano, però, tali da essere considerate significative.

Per quanto riguarda la scala della "Paranoia", i confronti Post Hoc mettono in luce una differenza significativa tra i credenti non praticanti e gli altri due gruppi, in particolare i credenti non praticanti hanno punteggi più alti sia rispetto agli atei (Scheffè= 3,81,  $p<0,01$ ), sia rispetto ai credenti praticanti (Scheffè= 4,06,  $p<0,001$ ).

Per ciò che concerne la scala del "Pensiero Bizzarro", nei confronti Post Hoc emerge che gli atei hanno punteggi significativamente minori rispetto ai credenti praticanti (Scheffè= -7,15,  $p<0,001$ ), sia rispetto ai credenti non praticanti (Scheffè= -4,92,  $p<0,001$ ).

Infine, i confronti Post Hoc per la scala "Somatizzazione" esplicitano una differenza statisticamente significativa tra credenti non praticanti e atei (Scheffè= 2,79,  $p<0,01$ ): i primi hanno un punteggio significativamente più alto rispetto ai secondi. I cattolici praticanti riportano, invece, un punteggio ( $M=10,88$ ;  $DS=3,62$ ) più basso dei credenti non praticanti ( $M=11,92$ ;  $DS=4,25$ ) ma più alto degli atei ( $M=10,33$ ;  $DS=3,29$ ). Le differenze di questo gruppo rispetto agli altri due non risultano, però, tali da essere considerate significative.

I risultati delle analisi statistiche condotte indicano, quindi, che sulla dimensione "Sintomatologia: scale internalizzanti", solo su alcune scale, i tre gruppi risultano significativamente diversi tra loro.

In particolare sembra emergere che gli individui non praticanti abbiano livelli più alti di ansia generale, di aspetti depressivi e di paranoia, rispetto agli altri due gruppi, che sembrano invece, riportare risultati molto simili tra loro.

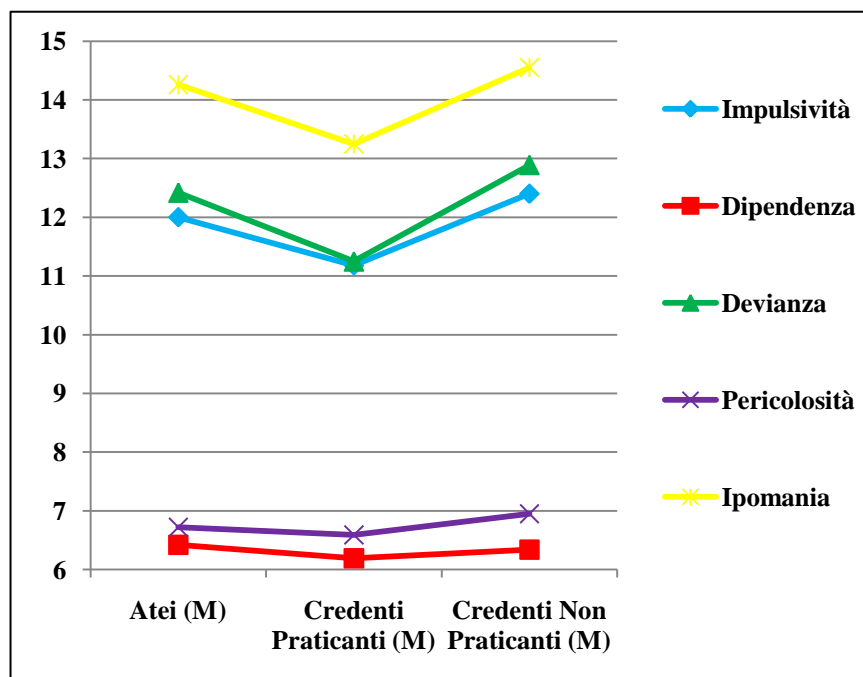
Sembra, inoltre, emergere che gli atei abbiano livelli più bassi di pensiero bizzarro rispetto ai due gruppi di individui cattolici.

Sembrerebbe, infine, che i credenti non praticanti abbiano livelli più alti rispetto agli atei sia di tratti fobici che di somatizzazione; anche i credenti praticanti riportano livelli più bassi dei non praticanti su queste sintomatologie, ma le differenze sono minori.

### 3.2.4 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “Sintomatologia: scale Esternalizzanti”

Nella figura 3.11 si possono osservare i punteggi medi dei tre gruppi sulle sottoscale della dimensione “Sintomatologia: scale Esternalizzanti”. Tale grafico è stato introdotto per rendere più chiaro l’andamento medio dei risultati sia per quelle scale in cui sono risultate delle differenze significative, sia in quelle in cui non si sono evidenziate tali differenze.

**Figura 3.11:** Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della dimensione “Sintomatologia: scale Esternalizzanti” da atei, credenti praticanti e credenti non praticanti.



**Tabella 3.28:** Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione “Sintomatologia: Scale Esternalizzanti”, in funzione della “Credenza e pratica religiosa”. ( $n_A=107$ ;  $n_{CP}=104$ ;  $n_{CNP}=107$ ;  $N=318$ )

	M <sub>A</sub>	DS <sub>A</sub>	M <sub>CP</sub>	DS <sub>CP</sub>	M <sub>CNP</sub>	DS <sub>CNP</sub>	F <sub>2,315</sub>	p
Impulsività	12,00	4,01	11,18	3,99	12,40	4,95	2,153	n.s.
Dipendenza	6,42	1,13	6,19	0,61	6,34	0,97	1,635	n.s.
Devianza	12,42	3,25	11,25	2,72	12,89	3,44	7,507	.05
Pericolosità	6,72	1,54	6,59	1,10	6,95	1,65	1,725	n.s.
Ipomania	14,26	4,07	13,25	4,48	14,55	4,27	2,686	n.s.

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti.

Osservando la tabella 3.28, relativa alla dimensione “Sintomatologia”, in particolare il cluster che raggruppa le “Scale Esternalizzanti”, si può evincere che esiste una differenza significativa, tra i gruppi presi in considerazione, solo per quanto riguarda la sottoscala “Devianza” ( $F_{(2,315)} = 7,507, p < 0,05$ ).

La stessa tabella, evidenzia, infatti, come non esista, invece, una differenza statisticamente significativa tra i gruppi presi in considerazione, nei punteggi delle sottoscale: “Impulsività” ( $F_{(2,315)} = 2,153, p = 0,12$ ), “Dipendenza da sostanze” ( $F_{(2,315)} = 1,635, p = 0,20$ ), “Pericolosità” ( $F_{(2,315)} = 1,725, p = 0,18$ ) e “Ipomania” ( $F_{(2,315)} = 2,686, p = 0,07$ ).

I punteggi della scala “Impulsività” dei credenti non praticanti (M=12,40; DS=4,95), risultano superiori dei punteggi ottenuti dai credenti praticanti (M=11,18; DS=3,99) e dei punteggi ottenuti dagli atei (M=12,00; DS=4,01), anche se nessuna di queste differenze risulta tale da poter essere considerata significativa.

I punteggi della scala “Dipendenza da sostanze” degli atei (M=6,42; DS=1,13), risultano superiori dei punteggi ottenuti dai credenti praticanti (M=6,19; DS=0,61) e dei punteggi ottenuti dai credenti non praticanti (M=6,34; DS=0,97), anche se nessuna di queste differenze è significativa.

I punteggi della scala “Pericolosità” dei credenti non praticanti ( $M=6,95$ ;  $DS=1,65$ ), risultano superiori dei punteggi ottenuti dai credenti praticanti ( $M=6,59$ ;  $DS=1,10$ ) e dei punteggi ottenuti dagli atei ( $M=6,72$ ;  $DS=1,54$ ), anche se nessuna di queste differenze risulta tanto grande da poter essere considerata significativa.

I punteggi della scala “Ipomania” dei credenti non praticanti ( $M=14,55$ ;  $DS=4,27$ ), risultano superiori dei punteggi ottenuti dai credenti praticanti ( $M=13,25$ ;  $DS=4,48$ ) e dei punteggi ottenuti dagli atei ( $M=14,26$ ;  $DS=4,07$ ), anche se nessuna di queste differenze risulta tale da poter essere considerata significativa.

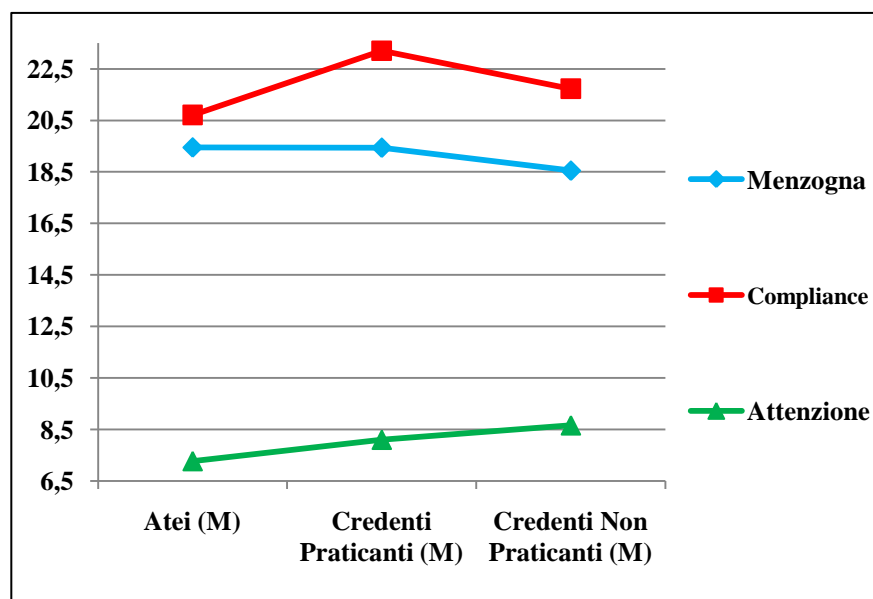
I confronti Post Hoc indicano che, sulla sottoscala della “Devianza” vi è una differenza statisticamente significativa tra i credenti praticanti e gli altri due gruppi: i primi, infatti, hanno un punteggio significativamente più basso rispetto agli atei (Scheffè=  $-2,72$ ,  $p<0,05$ ) e ai credenti non praticanti (Scheffè=  $-3,81$ ,  $p<0,01$ ).

I risultati relativi alle “scale Esternalizzanti” sembrerebbero indicare che non ci siano molte differenze tra i tre gruppi relativamente ai costrutti ivi contenuti. Seppur minime, sembrano essere presenti comunque delle peculiarità, soprattutto rispetto al gruppo dei credenti praticanti che in tutte le scale riporta i punteggi più bassi. Questo porta ad affermare, che la diversa credenza religiosa non sembri influenzare eccessivamente i punteggi delle scale esternalizzanti, che, invece, sembrano essere influenzati dalla pratica religiosa. I cattolici praticanti, infatti, sembrano avere livelli più bassi di devianza, ma anche, seppur in misura minore e non significativa, di impulsività, dipendenza da sostanze, pericolosità e ipomania.

### 3.2.5 ANOVA ad una via e Post Hoc per le sottoscale della dimensione “Validità del Test”

Nella figura 3.1 si possono osservare i punteggi medi dei tre gruppi sulle sottoscale della dimensione “Validità del test”. Tale grafico è stato introdotto per rendere più chiaro l’andamento medio dei risultati sia per quelle sottoscale in cui sono risultate delle differenze significative, sia in quelle in cui non si sono evidenziate tali differenze, per comprenderne comunque la tendenza.

**Figura 3.12:** Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della dimensione “Validità del test” da atei, credenti praticanti e credenti non praticanti.



**Tabella 3.29:** Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione “Validità”, in funzione della “Credenza e pratica religiosa”. ( $n_A= 107$ ;  $n_{CP}= 104$ ;  $n_{CNP}= 107$ ;  $N=318$ )

	M <sub>A</sub>	DS <sub>A</sub>	M <sub>CP</sub>	DS <sub>CP</sub>	M <sub>CNP</sub>	DS <sub>CNP</sub>	F <sub>2,315</sub>	p
Menzogna	19,45	3,34	19,44	3,36	18,55	3,57	2,420	n.s.
<i>Compliance</i>	20,71	4,61	23,20	4,85	21,73	3,99	8,170	.001
Attenzione	7,27	2,55	8,10	3,25	8,66	3,92	4,855	.01

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti

Dalla Tabella 3.1 si può chiaramente evincere che mentre atei, cattolici praticanti e cattolici non praticanti, non differiscono nei punteggi ottenuti nella sottoscala “Menzogna” ( $F_{(2,315)} = 2,420$ ,  $p=0,91$ ), esiste una differenza statisticamente significativa, tra i tre gruppi, nel punteggio conseguito alla sottoscala “*Compliance*” ( $F_{(2,315)} = 8,170$ ,  $p<0,001$ ) e alla sottoscala “Attenzione” ( $F_{(2,315)} = 4,855$ ,  $p<0,01$ ).

Ai confronti Post Hoc sulla scala “*Compliance*” emerge che tra gli atei e i credenti praticanti vi è una differenza statisticamente significativa: i cattolici praticanti hanno un punteggio più alto rispetto agli atei (Scheffè=4,02,  $p<0,001$ ). I confronti Post Hoc sulla scala “Attenzione”, inoltre, indicano una differenza statisticamente significativa tra cattolici non praticanti e atei: i primi hanno un punteggio significativamente più alto rispetto ai secondi (Scheffè=3,09,  $p<0,01$ ).

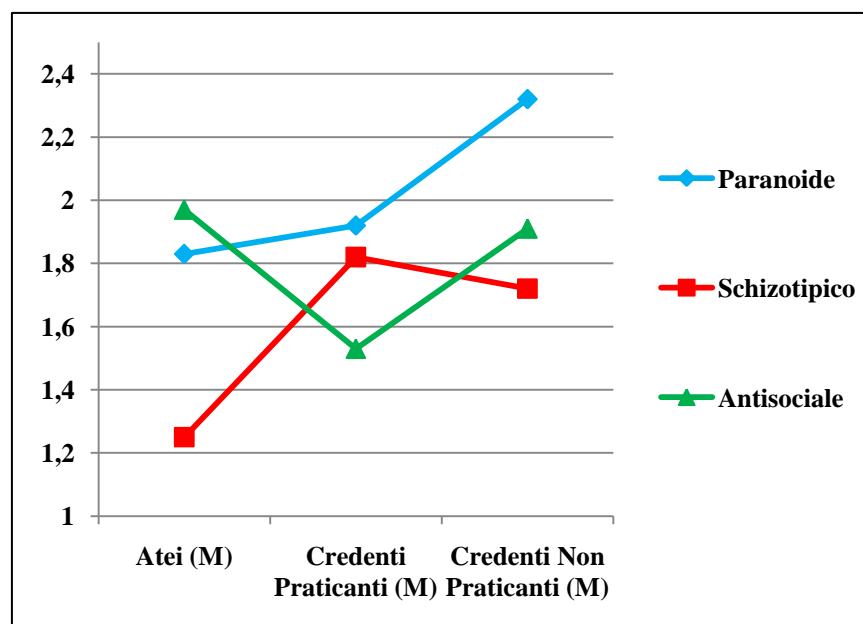
Questi risultati, riguardanti la “Validità” del questionario, portano l’indicazione che i tre gruppi, durante la compilazione del test, avrebbero la stessa tendenza alla “Menzogna”, mentre per quanto riguarda la “*Compliance*” questa sembrerebbe più alta nei cattolici praticanti, e l’ “Attenzione” sembrerebbe maggiore nei credenti non praticanti.



### 3.2.6 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “Tipologie di personalità”

Nella figura 3.4 si possono osservare i punteggi medi dei tre gruppi sulle sottoscale della dimensione “Tipologie di personalità”. Tale grafico è stato introdotto per rendere più chiaro l’andamento medio dei risultati per quelle scale in cui sono emerse delle differenze significative tra i tre gruppi di soggetti.

**Figura 3.13:** Medie dei punteggi ottenuti agli item della dimensione “Tipologie di personalità” su cui risultano differenze significative tra i tre gruppi di soggetti con l’analisi ANOVA ad una via.



**Tabella 3.30:** Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione “Tipologie di personalità”, in funzione della “Credenza e pratica religiosa”. ( $n_A=107$ ;  $n_{CP}=104$ ;  $n_{CNP}=107$ ;  $N=318$ )

	M <sub>A</sub>	DS <sub>A</sub>	M <sub>CP</sub>	DS <sub>CP</sub>	M <sub>CNP</sub>	DS <sub>CNP</sub>	F <sub>2,315</sub>	p
Paranoide	1,83	1,12	1,92	0,97	2,32	1,21	5,820	.01
Schizoide	1,49	0,75	1,44	0,83	1,54	0,86	0,394	n.s.
Schizotipico	1,25	0,60	1,82	1	1,72	0,89	13,418	.001
Antisociale	1,97	1,07	1,53	0,88	1,91	1,01	6,068	.01
Borderline	1,40	0,87	1,34	0,75	1,45	0,85	0,493	n.s.
Istrionico	2,27	0,99	2,06	1,09	2,06	1,10	1,135	n.s.
Narcisista	2,28	0,96	2,14	1,08	2,15	1,02	0,608	n.s.
Evitante	1,60	0,95	1,73	1,14	1,92	1,13	2,368	n.s.
Dipendente	1,71	0,84	1,96	1,04	1,87	0,93	1,935	n.s.
Ossessivo	2,50	1,09	2,46	1,15	2,55	1,21	0,161	n.s.
Depressivo	1,55	0,92	1,59	1,02	1,79	1,16	1,570	n.s.
Sadico	1,27	0,61	1,31	0,62	1,32	0,73	0,149	n.s.

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti;

La tabella 3.4 mostra i confronti tra le medie dei punteggi agli item della dimensione “Tipologie di Personalità “ dei tre gruppi di soggetti.

Non è evidenziata, tra i gruppi di soggetti, una differenza significativa tra le medie dei punteggi degli item che riguardano la tendenza a sviluppare una personalità “Schizoide” ( $F_{(2,315)} = 0,394$ ,  $p=0,67$ ), “Borderline” ( $F_{(2,315)} = 0,493$ ,  $p=0,61$ ), “Istrionico” ( $F_{(2,315)} = 1,135$ ,  $p=0,32$ ), “Narcisista” ( $F_{(2,315)} = 0,608$ ,  $p=0,54$ ), “Evitante” ( $F_{(2,315)} = 2,368$ ,  $p=0,09$ ), “Dipendente” ( $F_{(2,315)} = 1,935$ ,  $p=0,14$ ), “Ossessivo” ( $F_{(2,315)} = 0,161$ ,  $p=0,85$ ), “Depressivo” ( $F_{(2,315)} = 1,570$ ,  $p=0,21$ ), “Sadico” ( $F_{(2,315)} = 0,149$ ,  $p=0,86$ ).

Esiste, invece, una differenza statisticamente significativa tra i gruppi presi in considerazione, nei punteggi degli item “Paranoide” ( $F_{(2,315)} = 5,820$ ,  $p<0,01$ ),

“Schizotipico” ( $F_{(2,315)}= 13,418, p<0,001$ ), “Antisociale” ( $F_{(2,315)}= 6,068, p<0,001$ ).

Ai confronti Post Hoc emerge che i credenti non praticanti hanno un punteggio significativamente più alto all’item “Paranoide” rispetto agli atei (Scheffè=3,22,  $p<0,01$ ), e ai credenti praticanti (Scheffè=2,60,  $p<0,05$ ).

I confronti Post Hoc indicano, inoltre, una differenza statisticamente significativa tra gli atei e i due gruppi dei soggetti cattolici: i primi, infatti, hanno un punteggio minore all’item “Schizotipico” sia rispetto ai credenti praticanti (Scheffè= -4,83,  $p<0,001$ ), sia rispetto ai credenti non praticanti (Scheffè= -4,03,  $p<0,001$ ).

Infine, per l’item “Antisociale”, i confronti Post Hoc , hanno evidenziato una differenza statisticamente significativa tra i credenti praticanti e gli altri due gruppi: i primi, infatti, hanno un punteggio minore sia degli atei (Scheffè= -3,23,  $p<0,01$ ), che dei credenti non praticanti (Scheffè= -2,76,  $p<0,05$ ).

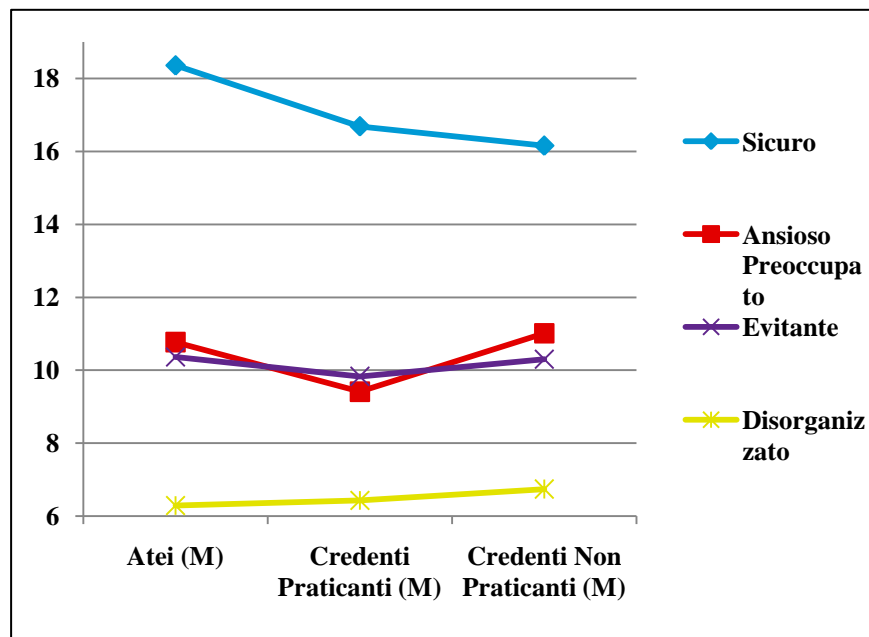
I risultati indicano, quindi, che negli item che creano la dimensione “Tipologie di personalità” non emergono differenze significative, se non in tre casi. L’analisi di questi porterebbe a concludere che i credenti non praticanti abbiano una maggiore tendenza a sviluppare un personalità “Paranoide” rispetto agli altri due gruppi; gli atei abbiano un minore tendenza a sviluppare una personalità “Schizoide” rispetto ai gruppi dei cattolici; e i credenti praticanti abbiano una minore tendenza a sviluppare una personalità “Antisociale” rispetto agli atei e ai credenti non praticanti.

### **3.2.7 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “Stili di Attaccamento”**

Nella figura 3.7 si possono osservare i punteggi medi dei tre gruppi sulle sottoscale della dimensione “Stili di Attaccamento”. Tale grafico è stato

introdotto per rendere più chiaro l'andamento medio dei risultati sia per quelle scale in cui sono risultate delle differenze significative, sia in quelle in cui non si sono evidenziate tali differenze.

**Figura 3.14:** Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della dimensione “Stili di Attaccamento” da atei, credenti praticanti e credenti non praticanti.



**Tabella 3.31:** Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione “Stili di attaccamento”, in funzione della “Credenza e pratica religiosa”. ( $n_A= 107$ ;  $n_{CP}= 104$ ;  $n_{CNP}= 107$ ;  $N=318$ ).

	$M_A$	$DS_A$	$M_{CP}$	$DS_{CP}$	$M_{CNP}$	$DS_{CNP}$	$F_{2,315}$	$p$
Sicuro	18,36	3,91	16,69	4,61	16,16	4,34	7,671	.01
Ansioso-Preoccup.	10,77	4,03	9,41	3,49	11,01	4,29	4,964	.01
Evitante	10,36	3,71	9,83	4,78	10,30	4,37	0,494	n.s.

Disorga      6,29      0,93      6,43      1,13      6,74      1,64      3,480      .05  
nizzato

---

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti.

Sulla tabella 3.7 è riportata la presenza o meno di differenze significative nei punteggi, dei tre gruppi di soggetti studiati, sulle sottoscale della dimensione “Stili di Attaccamento”.

La tabella 3.7 ci rivela che, per quanto riguarda la dimensione “Stili di Attaccamento” soltanto sulla sottoscala che rappresenta lo stile di attaccamento “Evitante” non si riscontrano, tra i gruppi, delle differenze significative ( $F_{(2,315)}= 0,494$ ,  $p=0,61$ ), che sono invece presenti nella sottoscala che rappresenta lo stile di attaccamento “Sicuro” ( $F_{(2,315)}= 7,671$ ,  $p<0,01$ ); nella sottoscala che rappresenta lo stile di attaccamento “Ansioso/Preoccupato” ( $F_{(2,315)}= 4,964$ ,  $p<0,01$ );e nella sottoscala che rappresenta lo stile di attaccamento “Disorganizzato” ( $F_{(2,315)}= 3,480$ ,  $p<0,05$ ).

Per quanto riguarda la sottoscala dello stile di attaccamento “Sicuro”, i confronti Post Hoc indicano una differenza significativa tra gli atei e gli altri due gruppi: i primi, infatti, hanno un punteggio significativamente più alto sia rispetto ai credenti praticanti (Scheffè= 2,83,  $p<0,05$ ), sia rispetto ai credenti non praticanti (Scheffè= 3,73,  $p<0,01$ ).

Per quanto concerne lo stile di attaccamento “Ansioso/Preoccupato” ai confronti Post Hoc emerge che i credenti praticanti hanno dei punteggi significativamente più bassi rispetto agli atei (Scheffè= -2,50,  $p<0,05$ ) e rispetto ai credenti non praticanti (Scheffè= -2,94,  $p<0,05$ ).

Infine, i confronti Post Hoc per la sottoscala dello stile di attaccamento “Disorganizzato” mostrano che tra credenti non praticanti e atei vi è una differenza statisticamente significativa (Scheffè= 2,65,  $p<0,05$ ): i credenti non praticanti hanno un punteggio più alto rispetto ai secondi.

Dalle analisi statistiche condotte sulle sottoscale della dimensione “Stili di Attaccamento” risulta, quindi, che i tre gruppi non sembrerebbero differire per quanto riguarda lo stile di attaccamento evitante, mentre sembrerebbero esserci forti differenze rispetto alle altre scale.

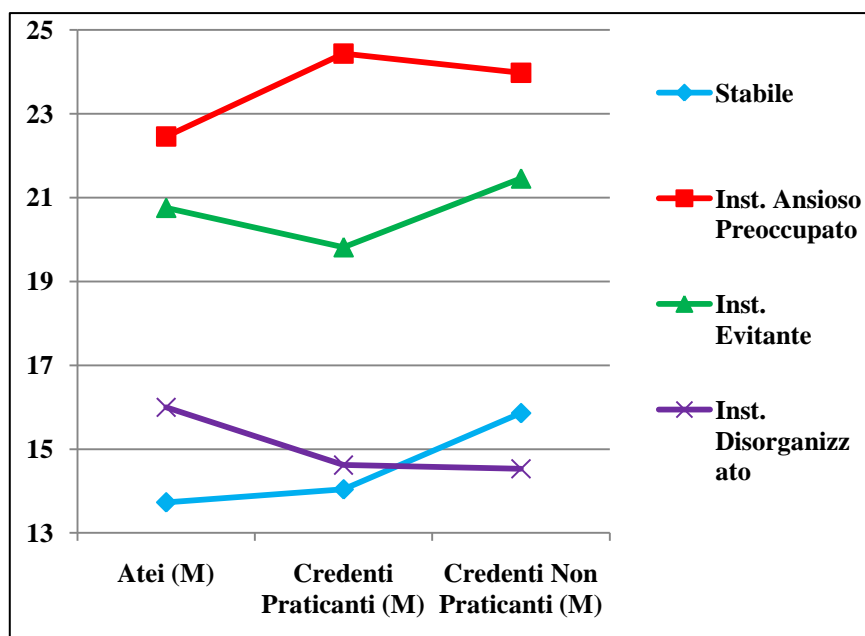
Gli atei, infatti, sembrerebbero avere una maggiore tendenza a sviluppare un attaccamento sicuro rispetto ai due gruppi di individui cattolici e una minore tendenza a sviluppare un attaccamento disorganizzato rispetto ai credenti non praticanti.

Gli individui cattolici praticanti sembrerebbero, invece, distinguersi per una minore tendenza a sviluppare un attaccamento ansioso-preoccupato rispetto agli altri due gruppi.

### **3.2.8 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “Stili difensivi”**

Nella figura 3.8 si possono osservare i punteggi medi dei tre gruppi sulle sottoscale della dimensione “Stili difensivi”. Tale grafico è stato introdotto per rendere più chiaro l’andamento medio dei punteggi di tutte le scale della suddetta dimensione.

**Figura 3.15:** Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della dimensione “Stili difensivi” da atei, credenti praticanti e credenti non praticanti.



**Tabella 3.32:** Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione “Stili difensivi”, in funzione della “Credenza e pratica religiosa”. ( $n_A= 107$ ;  $n_{CP}= 104$ ;  $n_{CNP}= 107$ ;  $N=318$ )

	$M_A$	$DS_A$	$M_{CP}$	$DS_{CP}$	$M_{CNP}$	$DS_{CNP}$	$F_{2,315}$	$p$
Stabile	13,73	3,44	14,04	3,67	15,86	4,92	8,546	.001
Inst. Ansioso o-Preoccup.	22,46	4,48	24,44	5,03	23,98	4,42	5,299	.01
Instabile Evitante	20,76	4,75	19,82	4,51	21,46	4,42	3,433	.05
Instabile Disorganiz.	16	3,58	14,62	3,72	14,53	3,83	5,335	.01

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti.

Dalla tabella 3.8 si può chiaramente evincere come i tre gruppi oggetto di studio abbiano riportato valori che differiscono significativamente su tutte le sottoscale della dimensione “Stili difensivi”.

Esiste, quindi, una differenza significativa tra i gruppi presi in considerazione, sia nella sottoscala dello stile difensivo “Stabile” ( $F_{(2,315)} = 8,546, p < 0,001$ ), sia “Instabile: Ansioso/Preoccupato” ( $F_{(2,315)} = 5,299, p < 0,01$ ), sia nello “Instabile Evitante” ( $F_{(2,315)} = 3,433, p < 0,05$ ), sia nella sottoscala dello stile difensivo “Instabile Disorganizzato” ( $F_{(2,315)} = 5,335, p < 0,01$ ).

Ai confronti Post Hoc, effettuati sulla sottoscala dello stile difensivo “Stabile”, emerge che tra i credenti non praticanti e gli altri due gruppi vi è una differenza statisticamente significativa: i credenti non praticanti hanno, infatti, un punteggio più alto sia degli atei (Scheffè = 3,80,  $p < 0,01$ ), sia dei credenti praticanti (Scheffè = 3,25,  $p < 0,01$ ).

Per quanto riguarda la sottoscala dello stile difensivo “Instabile: Ansioso/Preoccupato”, i confronti Post Hoc lasciano vedere come il gruppo degli atei differisca dal gruppo dei credenti praticanti riportando un punteggio significativamente minore (Scheffè = -3,09,  $p < 0,01$ ).

Per ciò che concerne la sottoscala dello stile difensivo “Instabile Evitante”, ai confronti Post Hoc viene alla luce una differenza significativa tra i credenti praticanti e i credenti non praticanti: i primi, infatti, hanno un punteggio minore rispetto ai secondi (Scheffè = -2,60,  $p < 0,05$ ).

I confronti Post Hoc effettuati, infine, sulla sottoscala dello stile difensivo “Instabile Disorganizzato”, rivelano una netta differenza tra i punteggi del gruppo degli atei e gli altri due gruppi di individui cattolici: i primi, infatti, mostrano un risultato significativamente maggiore sia rispetto ai credenti praticanti (Scheffè = 2,72,  $p < 0,05$ ) sia rispetto ai credenti non praticanti (Scheffè = 2,88,  $p < 0,05$ ).



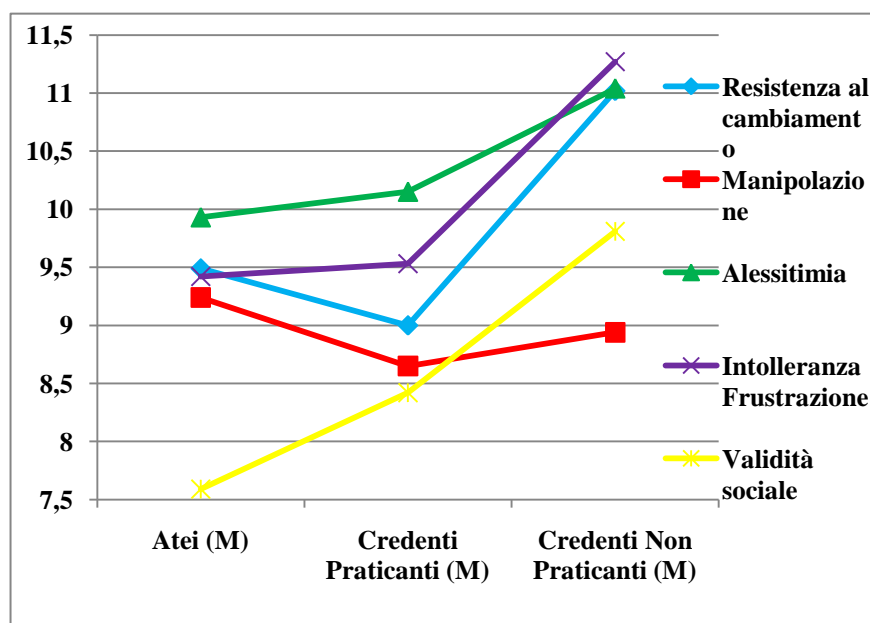
I risultati indicano, quindi, che i credenti non praticanti sembrerebbero riportare uno stile difensivo prevalentemente di tipo “Sicuro”, gli atei, invece, sembrerebbero prediligere uno stile difensivo “Instabile Disorganizzato”, mentre i credenti praticanti riportano punteggi minori rispetto ai non praticanti nello stile “Instabile Evitante”, ma punteggi maggiori rispetto agli atei sullo stile “Instabile Ansioso Preoccupato”.

### 3.2.9 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “Indicatori negativi di trattamento”

Nella figura 3.16 si possono osservare i punteggi medi dei tre gruppi sulle sottoscale della dimensione “Indicatori negativi di trattamento”.

Tale grafico è stato introdotto per rendere più chiaro l’andamento medio dei punteggi di tutte le scale della suddetta dimensione.

**Figura 3.16:** Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della dimensione “Indicatori negativi di trattamento” da atei, credenti praticanti e credenti non praticanti.



**Tabella 3.33:** Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione “Indicatori negativi di trattamento”, in funzione della “Credenza e pratica religiosa”. ( $n_A= 107$ ;  $n_{CP}= 104$ ;  $n_{CNP}= 107$ ;  $N=318$ )

	$M_A$	$DS_A$	$M_{CP}$	$DS_{CP}$	$M_{CNP}$	$DS_{CNP}$	$F_{2,315}$	$p$
Resistenza al camb.	9,49	3,40	9	3,28	11,02	4,46	8,347	.001
Manipolaz.	9,24	3,12	8,65	3,26	8,94	3,52	0,837	n.s.
Alessitimia	9,93	3,95	10,15	3,99	11,04	4,45	2,190	n.s.
Intoll.alla frustrazione	9,42	3,73	9,53	3,26	11,27	4,51	7,654	.01
Validità sociale	7,59	2,42	8,42	3,14	9,81	4,29	11,851	.001

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti.

La tabella 3.9 evidenzia la presenza di differenze significative tra i tre gruppi su tre delle cinque sottoscale della più ampia dimensione degli “Indicatori negativi di trattamento”.

Esiste, infatti una differenza significativa tra i punteggi di atei, credenti praticanti e credenti non praticanti sulla sottoscala della “Resistenza al cambiamento” ( $F_{(2,315)}= 8,347$ ,  $p<0,001$ ), sulla sottoscala della “Intolleranza alla frustrazione” ( $F_{(2,315)}= 7,654$ ,  $p<0,01$ ) e sulla sottoscala della “Validità Sociale” ( $F_{(2,315)}= 11,851$ ,  $p<0,001$ ); mentre non esistono differenze significative sulla sottoscala della “Manipolazione” ( $F_{(2,315)}= 0,837$ ,  $p=0,43.$ ) e della ”Alessitimia” ( $F_{(2,315)}= 2,190$ ,  $p=0,11$ ).

Per quanto riguarda la sottoscala della “Resistenza la cambiamento”, ai confronti Post Hoc è emerso che i credenti non praticanti hanno dei punteggi

significativamente diversi rispetto agli altri due gruppi: i primi, infatti, hanno un punteggio più alto sia rispetto agli atei (Scheffè= 3,00,  $p<0,05$ ), sia rispetto ai credenti praticanti (Scheffè= 3,88,  $p<0,01$ ).

I confronti Post Hoc, effettuati sulla sottoscala della “Intolleranza alla frustrazione”, mostrano come i punteggi del gruppo dei credenti non praticanti siano significativamente maggiori sia dei punteggi del gruppo degli atei (Scheffè= 3,49,  $p<0,01$ ), sia dei punteggi del gruppo dei credenti praticanti (Scheffè= 3,28,  $p<0,01$ ).

Anche per ciò che concerne la sottoscala della “Validità Sociale” emerge una differenza significativa nei punteggi dei cattolici non praticanti, ancora una volta questi sono maggiori sia rispetto ai punteggi del gruppo degli atei (Scheffè= 4,83,  $p<0,001$ ) sia a quelli del gruppo dei credenti praticanti (Scheffè= 3,02,  $p<0,05$ ).

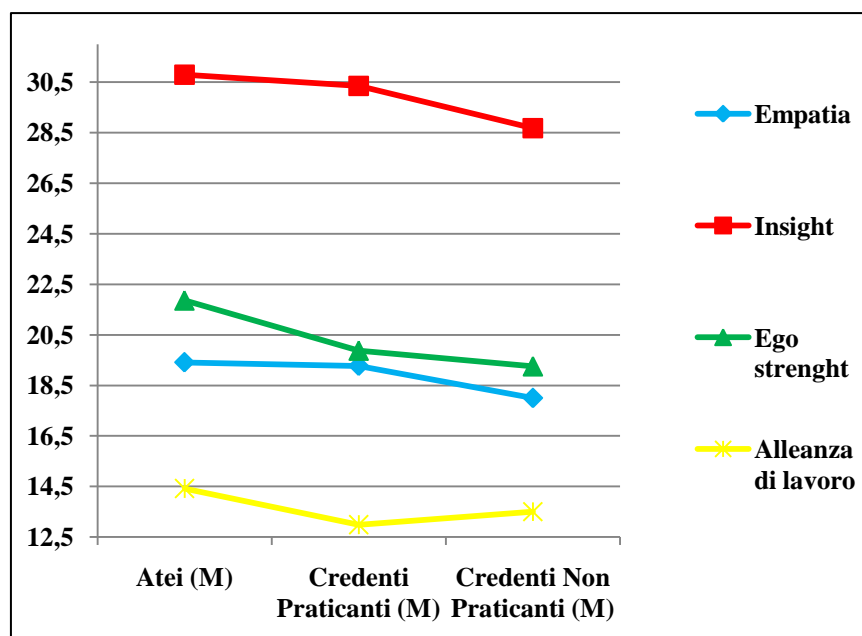
I risultati indicano, dunque, che i credenti non praticanti sembrano avere una maggiore tendenza rispetto sia al gruppo degli atei sia al gruppo dei credenti praticanti a presentare “Indicatori negativi di trattamento” e questa differenza si presenterebbe soprattutto con una maggiore propensione alla “Resistenza al cambiamento”, alla “Intolleranza alla frustrazione” e alla “Validità Sociale”.

### **3.2.10 ANOVA ad una via e Post Hoc per le scale della dimensione “*Psychological Mindedness*”**

Nella figura 3.10 si possono osservare i punteggi medi dei tre gruppi sulle sottoscale della dimensione “*Psychological Mindedness*”.

Tale grafico è stato introdotto per rendere più chiaro l’andamento medio dei punteggi di tutte le sottoscale della suddetta dimensione.

**Figura 3.17:** Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della dimensione “*Psychological Mindedness*” da atei, credenti praticanti e credenti non praticanti.



**Tabella 3.34:** Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione “*Psychological Mindedness*”, in funzione della “Credenza e pratica religiosa”. ( $n_A=107$ ;  $n_{CP}=104$ ;  $n_{CNP}=107$ ;  $N=318$ )

	$M_A$	$DS_A$	$M_{CP}$	$DS_{CP}$	$M_{CNP}$	$DS_{CNP}$	$F_{2,315}$	$p$
Empatia	19,41	3,75	19,27	4,78	18	4,47	3,423	n.s.
<i>Insight</i>	30,79	5,01	30,35	6,19	28,68	6,19	3,880	.05
<i>Ego</i>								
<i>Strenght</i>	21,86	4,46	19,88	5,01	19,26	5,58	7,755	.01
Alleanza								
di lavoro	14,42	5,92	12,99	5,58	13,50	4,67	2,164	n.s.

Legenda: A: atei; CP: Cattolici Praticanti; CNP: Cattolici Non Praticanti.

La tabella 3.10 mostra come, relativamente alla dimensione della “*Psychological Mindedness*”, i tre gruppi riportino delle differenze statisticamente significative

su due sottoscale: la “Propensione all’*Insight*” ( $F_{(2,315)}= 3,880, p<0,05$ ), e l’ ”*Ego Strenght*” ( $F_{(2,315)}= 7,755, p<0,01$ ); mentre non differiscono sulle due restanti scale della “Empatia” ( $F_{(2,315)}= 3,423, p=0,06$ ) e della “ Alleanza di lavoro” ( $F_{(2,315)}= 2,164, p=0,12$ ).

Per quanto riguarda la scala della “Propensione all’ *Insight*”, ai confronti Post Hoc emerge una differenza significativa tra gli atei e i credenti non praticanti, in particolare i primi hanno un punteggio maggiore rispetto a i secondi (Scheffè= 2,63,  $p<0,05$ ).

I confronti Post Hoc mostrano, inoltre, che sulla scala dell’ ”*Ego-strenght*” i punteggi del gruppo degli atei sono significativamente maggiori, sia rispetto al gruppo dei credenti praticanti (Scheffè= 2,87,  $p<0,05$ ), sia rispetto al gruppo dei credenti non praticanti (Scheffè= 3,77,  $p<0,01$ ).

I risultati indicano, quindi, che i tre gruppi presentano delle differenze notevoli sulla dimensione della “*Psychological Mindedness*”, in particolare gli individui atei presentano una maggiore tendenza all’*Insight* e una maggiore “*Ego strenght*” rispetto ai due gruppi di cattolici.

## *Capitolo quarto*

### **DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**

#### **4.1 Discussione**

Da un'analisi della letteratura emerge quanto sia cresciuto negli ultimi anni l'interesse della psicologia nei confronti della religione più precisamente ciò che gli studiosi cercano di indagare è quale valore possa essere attribuito all'esperienza religiosa.

Scorrendo le ricerche in maniera superficiale queste sembrerebbero riservare sempre lo stesso risultato: una maggiore frequentazione degli ambienti religiosi sarebbe associata con una migliore salute fisica e mentale.

Leggendo attentamente, però, è facile rendersi conto che i risultati di queste ricerche offrono risultati contrastanti e per certi versi lacunosi.

Mentre secondo alcuni, il valore che la religione può avere per la vita delle persone è indiscusso, per altri questo stesso fattore acquisisce un ruolo negativo e potenzialmente psicopatogeno.

La lacuna più evidente che si può riscontrare negli studi suddetti, è la mancanza di un confronto tra gli individui religiosi e gli individui atei, i quali vengono molto spesso erroneamente accomunati a coloro che credono ma che non sono molto convinti e che di conseguenza non frequentano gli ambienti religiosi.

Questo studio si è posto l'obiettivo di indagare in maniera esauriente il ruolo della religione nella vita delle persone per comprendere come questo fattore possa cambiare fortemente il proprio valore e i conseguenti effetti che può avere nella vita delle persone, in base alle persone stesse.

Tale studio si è posto anche l'obiettivo di confrontare gli individui credenti con la popolazione atea, che seppur numericamente esigua, presenta delle caratteristiche peculiari.

Con tali presupposti, il presente lavoro, ha cercato di verificare se esistessero delle differenze significative, per quanto riguarda le risorse psicologiche, la qualità della vita, la sintomatologia depressiva, la sintomatologia ansiosa e la messa in atto di comportamenti devianti, tra tre gruppi di soggetti: cattolici praticanti, cattolici non praticanti e atei.

Nello specifico, con il termine cattolici praticanti si è inteso un gruppo di persone che non solo ha delle credenze religiose, ma che frequenta regolarmente ambienti religiosi, che è, di conseguenza, fortemente coinvolto all'interno della comunità religiosa stessa.

Con il termine cattolici non praticanti si è inteso un gruppo di individui che ha delle credenze religiose piuttosto incerte e che di conseguenza non frequenta ambienti religiosi ed è estraneo alla comunità religiosa stessa.

Con il termine atei si è inteso un gruppo di individui che non crede in alcun Dio, e che fa parte di un'associazione che rispecchi i proprio valori areligiosi.

A questi tre gruppi di soggetti è stato somministrato il test "*Psychological Treatment Inventory*" (PTI, Gori, Giannini & Shuldberg, 2008) e, per prima cosa tramite l'Analisi della Varianza Fattoriale (Religione X Sesso), è stato verificato se ci fossero delle differenze significative non solo in base alla credenza e pratica religiosa, ma anche in base al genere, su tutte le scale della dimensione "risorse psicologiche", su tutte le scale della dimensione "qualità della vita", sulla scala della "sintomatologia depressiva" e sulla scala della "sintomatologia ansiosa".

Successivamente sono state condotte una serie di Analisi della varianza ad una via e una serie di Post hoc per verificare se ci fossero differenze significative tra i tre gruppi (atei, cattolici praticanti e cattolici non praticanti) in base alla credenza e pratica religiosa, su tutte le scale del PTI.

Dall'esame della letteratura emerge, infatti, che coloro che possono fruire dei vantaggi della religione sono quelli che nel presente studio sono definiti "credenti

praticanti” (Ferris, 2002; Peterson & Webb, 2006), coloro che, invece, traggono degli svantaggi da una fede che può essere definita “tiepida”, sono coloro che in questo studio vengono definiti “credenti non praticanti” (Galek, Krause, Ellison, Kudler, & Flannelly, 2007; Bradshaw, Ellison & Flannelly, 2008; Ellison & Lee, 2009). Gli individui atei, invece, possono trarre vantaggi, dalla loro stessa convinzione, purché questa sia tanto forte da poter divenire il sistema di credenze entro cui analizzeranno gli eventi della propria vita (Wilkinson & Coleman, 2009).

L’assunto principale del presente lavoro deriva ,infatti, dall’integrazione dei risultati raggiunti da Pargament (1997), ma anche da Wilkinson e Coleman (2009) e da Green ed Elliot (2009), i quali partendo da presupposti totalmente diversi, sono giunti alla medesima conclusione, cioè non conta tanto il *contenuto* della credenza, ciò che conta è che questa acquisisca una *forza* tale da poter ergersi a sistema di credenza sicuro, entro cui l’individuo possa interpretare gli eventi della propria vita.

È da questa teoria generale che nascono le cinque ipotesi specifiche su cui si basa lo studio e che verranno testate con l’analisi dei dati sopracitata.

Per quanto riguarda il primo tipo di analisi condotta sulla scala “ autostima” della dimensione “risorse psicologiche”, questa non confermerebbe l’ipotesi 1 (punto 1), vista l’assenza di un’interazione significativa “Credenza religiosa \* Sesso” per quanto riguarda la scala presa in considerazione.

La tendenza dei dati (si è rivelata un’interazione “Credenza religiosa \* Sesso” non significativa, anche se molto vicina al valore 0.05) va, però, nella direzione ipotizzata: le donne atee avrebbero livelli di autostima maggiori rispetto alle donne credenti praticanti sia rispetto alle donne credenti non praticanti, mentre tra i gruppi maschili non si evidenzia una differenziazione così forte, indice quest’ultimo del fatto che l’ideologia religiosa o atea abbia un maggiore effetto sulle donne piuttosto che su individui di sesso maschile.



In linea con quanto riportato in letteratura, dunque, le donne credenti praticanti risentirebbero maggiormente dell'influenza della religione nella propria vita rispetto ai maschi praticanti (Firori et al. 2006; Gauthier et al. 2006), in questo caso questa influenza le porterebbe ad una minore padronanza e ad una minore autostima (Schieman et al., 2003; Greenfield et al., 2009); questa maggiore influenza dell'ideologia, però, si riscontrerebbe anche tra le donne credenti non praticanti e tra le donne atee, questo potrebbe significare che l'ideologia influenza i gruppi femminili in generale piuttosto che riferire tale risultato solo alle donne credenti praticanti. A causa della carenza di letteratura che abbia come oggetto le donne atee e come questa ideologia potrebbe influenzarle non si possono dare interpretazioni, su questi risultati, che risulterebbero arbitrarie, sembra però necessario effettuare altre ricerche in tale direzione.

L' Anova Fattoriale condotta sulla scala "autoefficacia" della dimensione "risorse psicologiche" riporta una interazione significativa "Credenza religiosa \* Sesso", questo risultato confermerebbe l'ipotesi 1 (punto 1): sono soprattutto le donne atee ad avere una maggiore autoefficacia rispetto alle donne credenti non praticanti e alle donne credenti praticanti, anche se, in questo ultimo confronto, la differenza è minore.

Tra i maschi le differenze intergruppo sono, invece, appena percettibili.

Ancora una volta i risultati indicano che l'ideologia religiosa e atea riporterebbe maggiormente il proprio influsso sulle persone di sesso femminile.

L' Anova Fattoriale condotta sulla scala "supporto sociale percepito" della dimensione "risorse psicologiche" riporta una interazione significativa "Credenza religiosa \* Sesso", tale risultato non confermerebbe, però, l'ipotesi 1 (punto 1).

I risultati indicano, infatti, che il gruppo delle donne atee sembrerebbe avere un supporto sociale percepito tanto alto quanto quello dei maschi credenti praticanti; sembrano equivalersi anche le femmine praticanti e i maschi atei; mentre sia le femmine che i maschi cattolici non praticanti sembrano avere un supporto sociale percepito minore rispetto degli altri quattro gruppi.

Questo è in contraddizione con gli studi di Firori e colleghi (2006) e Gauthier e colleghi (2006) che hanno evidenziato come le donne praticanti traggano maggiore beneficio dal supporto sociale derivato dall'ambiente religioso rispetto agli uomini e, dunque, rispetto a tutti gli altri individui che non praticano. In realtà chi sembra riportare livelli più alti di supporto sociale sono i maschi praticanti e le donne atee. I bassi livelli di supporto sociale percepito dei credenti non praticanti potrebbero derivare dal fatto che non fanno parte di alcuna associazione mentre gli individui degli altri due gruppi fanno parte di un'associazione (religiosa o atea). Questi risultati potrebbero mostrare come non solo le associazioni cattoliche possano fornire un ruolo di sostegno, ma potrebbero fornire lo stesso sostegno anche le associazioni atee; in mancanza di letteratura, però, prima di trarre conclusioni affrettate si vede necessario condurre future analisi in questa direzione.

L' Anova Fattoriale condotta sulla scala "tendenze creative" della dimensione "risorse psicologiche" non confermerebbe l'ipotesi 1 (punto 1). I risultati indicano, infatti, che le differenze nelle tendenze creative tra i gruppi dipendano essenzialmente dalla credenza religiosa, piuttosto che dal genere dei soggetti.

L' Anova Fattoriale condotta sulla scala "autoregolazione" della dimensione "risorse psicologiche" non confermerebbe l'ipotesi 1 (punto 1). I risultati indicano, infatti, che le differenze nella capacità di autoregolazione tra i gruppi dipendano essenzialmente dalla credenza religiosa, piuttosto che dal genere dei soggetti.

Ancora una volta questi ultimi due risultati non confermano le analisi condotte da Firori e colleghi (2006) e Gauthier e colleghi (2006), i quali hanno evidenziato come le donne praticanti traggano maggiore beneficio dalla pratica religiosa. Sembrerebbe, invece, che almeno per quanto riguarda le ultime variabili presentate non ci siano differenze tra gruppi maschili e femminili dimostrando come la pratica religiosa, in questi casi sia un fattore che influenza uniformemente donne e uomini.

Si può, pertanto, concludere che dall'analisi condotta per verificare l'influenza congiunta di credenza religiosa e della variabile genere emerge un risultato molto interessante. L'influenza della pratica religiosa si esplicherebbe soprattutto a livello femminile come riportato dalla letteratura, (Firori et al., 2006; Gauthier et al., 2006), ma solo per quanto riguarda una minore padronanza di sé, il che potrebbe indicare che le donne ripongono maggiormente la vita nelle mani di Dio (rispetto agli uomini praticanti). Questo non avverrebbe, invece alle donne atee che dimostrano di avere livelli di autostima e autoefficacia più elevati. Per quanto riguarda le altre scale non si evidenzia la stessa tendenza di maggiore influenza sulle donne praticanti che confermi, dunque, gli studi in letteratura. Sono necessari comunque ulteriori studi per comprendere appieno tali risultati, soprattutto per ciò che emerge per il gruppo delle femmine atee.

Per quanto riguarda i punti 2 e 3 dell'ipotesi 1, questi sono stati testati tramite l'Analisi della Varianza ad una via ed il Post Hoc Scheffè che sono stati condotti in funzione della variabile indipendente "credenza e pratica religiosa".

Dal confronto tra i tre gruppi sulle scale della dimensione "risorse psicologiche" emerge che: gli atei sembrano avere livelli di autostima, autoefficacia e tendenze creative, maggiori dei credenti non praticanti e dei credenti praticanti, anche se la differenza con questi ultimi è molto lieve.

Si può evincere, inoltre, che i credenti praticanti abbiano livelli di supporto sociale percepito e autoregolazione maggiori sia dei credenti non praticanti, sia degli atei, anche se con questi ultimi la differenza è molto piccola.

In conclusione, sembra possibile affermare che i credenti non praticanti, abbiano risorse psicologiche molto più basse sia degli atei che dei credenti praticanti. Gli atei hanno maggiori risorse psicologiche rispetto ai cattolici non praticanti e sembrano avere maggiore autostima, autoefficacia e tendenze creative dei credenti praticanti. I cattolici praticanti hanno risorse psicologiche maggiori dei credenti non praticanti, e sembrano avere maggiore supporto sociale percepito e autoregolazione degli atei.

Questi risultati confermano, dunque, sia il punto 2 che il punto 3 della prima ipotesi.

Emerge, infatti, in linea con i risultati ottenuti da Greenfield, Vaillant e Marks (2009), che coloro che credono e che frequentano in misura maggiore le associazioni o istituzioni religiose, riportano livelli più alti di risorse psicologiche rispetto a coloro che credono ma che non frequentano le pratiche religiose; in particolare emerge un maggiore supporto sociale percepito: Krause e Wulff (2005) spiegano, infatti, il migliore benessere degli individui credenti praticanti grazie allo sviluppo di un forte senso di appartenenza alla comunità religiosa e alla percezione del sostegno emotivo che ne deriva; in linea con i risultati di Wilkinson e Coleman (2009) gli atei mostrano che la convinzione irreligiosa è tanto forte da essere divenuta una risorsa per la loro vita; in linea con i risultati di Ellison, Buordette e Hill (2009) , gli individui credenti non praticanti hanno minori risorse psicologiche perché non possono fruire di una forte convinzione entro cui interpretare il mondo, e allo stesso tempo le proprie credenze “tiepide” potrebbero creare dei sensi di colpa che possono erodere risorse psicologiche positive, quali l'autostima e l'autoefficacia, e deviare energie dagli sforzi costruttivi necessari per lo sviluppo personale.

Si denota, inoltre, che i credenti praticanti abbiano minori livelli di autostima e di autoefficacia, rispetto agli atei, in linea con lo studio di Schieman, Nguyen, e Elliott (2003), che hanno riscontrato una riduzione del “senso di padronanza”, nei cattolici più ferventi, i quali tenderebbero ad attribuire a Dio eventi e situazioni negative, che non ritengono, quindi, di avere sotto il proprio controllo, questo secondo gli autori, provocherebbe come effetto secondario un abbassamento dell'autostima e dell'autoefficacia.

Per quanto riguarda l'ipotesi 2 punto 1 questa sembrerebbe non essere confermata dall'analisi statistica condotta in proposito.

L'Anova Fattoriale (Religione X Sesso) condotta sulla scala "soddisfazione di vita" della dimensione "qualità della vita" non confermerebbe l'ipotesi 2 (punto 1).

I risultati riportano un' interazione significativa "credenza religiosa\*sesso", ma non nella direzione ipotizzata (Firori et al., 2006; Gauthier et al., 2006): la differenza tra i maschi e le femmine praticanti sarebbero appena percettibili mentre le differenze maggiori si riscontrerebbero proprio tra i gruppi femminili; le donne atee riportano livelli di soddisfazione di vita più elevati rispetto agli altri due gruppi femminili; le donne credenti non praticanti sembrano avere livelli di soddisfazione di vita molto scarsi, mentre le donne credenti praticanti riportano livelli di qualità della vita intermedi rispetto a questi altri due gruppi. I gruppi maschili, riportano, all'opposto, medie molto simili tra loro, lasciando, dunque, comprendere che l'influenza delle credenze abbia effetti rilevanti sulla qualità della vita della popolazione femminile. Questi risultati non sono in linea con la letteratura (Firori et al., 2006; Gauthier et al., 2006) visto che le donne credenti praticanti avrebbero dovuto beneficiare maggiormente proprio della pratica religiosa rispetto agli uomini, ma sono coerenti con i risultati riscontrati nelle scale precedenti. Ancora una volta a causa dell'esiguità di letteratura che riguarda gli atei sembra necessario rimandare interpretazioni più articolate a studi futuri.

Il secondo tipo di analisi condotto sulla scala "problemi lavorativi" della dimensione "qualità della vita" non confermerebbe l'ipotesi 2 (punto 1).

I risultati indicano, quindi, che i problemi lavorativi non sembrerebbero influenzati né dalla credenza e pratica religiosa, né dal genere dei soggetti.

Il secondo tipo di analisi condotto sulla scala "problemi familiari" della dimensione "qualità della vita" non confermerebbe l'ipotesi 2 (punto 1).

I risultati indicano, quindi, che i problemi familiari non sembrerebbero influenzati né dalla credenza e pratica religiosa, né dal genere dei soggetti.

Il secondo tipo di analisi condotto sulla scala "introversione sociale" della dimensione "qualità della vita" non confermerebbe l'ipotesi 2 (punto 1).

I risultati indicano, quindi, che l'introversione sociale non sembrerebbe influenzata né dalla credenza e pratica religiosa, né dal genere dei soggetti.

Il secondo tipo di analisi condotto sulla scala “*distress*” della dimensione “qualità della vita” non confermerebbe l'ipotesi 2 (punto 1).

I risultati riportano, infatti, che le medie dei punteggi dei sei gruppi non sembrerebbero risentire molto delle differenze di genere e questo può portare a concludere che le uniche differenze riscontrate tra i soggetti nel *distress* riportato sono ascrivibili soltanto alla “credenza e pratica religiosa” e in nessuna misura al “genere”.

L'ipotesi 2 (punto 1) non viene, dunque, confermata; i risultati, infatti, non confermano i dati presenti in letteratura, secondo i quali le donne cattoliche praticanti trarrebbero maggiore giovamento dei maschi del loro stesso gruppo (Firori et al., 2006; Gauthier et al., 2006). Emergono, però, delle differenze inaspettate: le donne atee riportano livelli più elevati di soddisfazione di vita rispetto sia alle donne credenti non praticanti, sia alle donne credenti praticanti (anche se con queste la differenza emersa è minore). I punteggi riportati dalle donne credenti non praticanti sono i più bassi in assoluto, questo permette di desumere che l'effetto negativo di una fede “tiepida” si espliciti soprattutto sulle donne.

Questi risultati sembrano essere coerenti con quelli riportati dai gruppi femminili su alcune scale della dimensione precedente. Ancora una volta sarà necessario rimandare a possibili sviluppi futuri di tale indagine l'interpretazione di questo risultato.

Per quanto riguarda il secondo punto della ipotesi 2, l'analisi dei dati sembra confermarlo.

Dal confronto tra i tre gruppi sulle scale della dimensione “qualità della vita” emerge che: atei e cattolici praticanti abbiano un livello di qualità della vita molto simile; differirebbe, invece, da questi due gruppi, la qualità della vita dei

credenti non praticanti, rivelandosi molto peggiore. Anche se le differenze sono elevate soltanto su due scale di questa dimensione ( “soddisfazione di vita” e “*distress*”), sembra utile sottolineare che anche quelle scale su cui le differenze non sono significative i punteggi seguono la stessa tendenza.

Emerge, infatti, in linea con i risultati di Ferris (2002) che coloro che credono e che frequentano maggiormente la chiesa e le associazioni ad essa correlate, presentano maggiori livelli di felicità, soddisfazione di vita e minori livelli di *distress* rispetto a coloro che sono cattolici ma non frequentano gli ambienti religiosi. Peterson e Webb (2006) danno una spiegazione esauriente del perché la maggiore partecipazione religiosa permetta un miglioramento della qualità della vita. I servizi religiosi, secondo gli autori, hanno caratteristiche che possono essere considerate benefiche per la salute degli individui: la pratica della preghiera e della meditazione indurrebbe un maggiore rilassamento e tranquillità, la sensazione di far parte di una rete sociale (che è una risorsa per ogni individuo, Ellison, 1991), credere e fare propri un insieme di valori che scoraggiano comportamenti a rischio o insalubri (per esempio fumo, alcol e infedeltà). La possibilità di avere a disposizione un sostegno spirituale (l'idea che ci sia un Dio a che vigila su di loro), e la percezione di avere uno scopo e un significato nella vita; tutti questi fattori sono importanti per tamponare gli effetti negativi di depressione, ansia e stress, per le persone religiose.

Emerge, inoltre, in linea con i risultati di Wilkinson e Coleman (2009) che gli atei convinti, presentano dei livelli tanto elevati di soddisfazione di vita quanto lo sono quelli dei cattolici praticanti e minori livelli di *distress*, al pari dei cattolici praticanti. Emerge, dunque, che coloro i quali, non hanno un paradigma entro cui interpretare gli eventi della propria vita, e che non possono, quindi, utilizzare una convinzione forte come risorsa, abbiano minori livelli di soddisfazione di vita e maggiori livelli di *distress* (Pargament, 1997).

Per quanto riguarda l'ipotesi 3 (punto 1), questa non verrebbe confermata dall'Analisi della Varianza Fattoriale condotta sulla scala "ansia" della dimensione "sintomatologia: scale internalizzanti", dal momento che l'interazione "Credenza religiosa \* Sesso" non è significativa.

I risultati indicano, quindi, che i punteggi non sembrerebbero risentire delle differenze di genere. Tale esito non è in linea con quello riportato in letteratura da Desrosiers e Miller (2008), secondo i quali, le donne che frequentano con maggiore assiduità gli ambienti religiosi, tenderebbero a beneficiare più degli uomini degli effetti positivi di questi luoghi e per questo riporterebbero risultati più bassi di ansia. Ricerche future potrebbero chiarire tali incongruenze.

Per quanto riguarda l'ipotesi 3 (punto 1) questa è confermata dai risultati emersi dall'analisi statistica condotta in funzione della variabile indipendente "credenza e pratica religiosa".

Dal confronto tra i tre gruppi sulla scala che misura l' "ansia" emerge, infatti, che gli individui credenti non praticanti riportano punteggi significativamente più alti rispetto agli altri due gruppi, i quali riportano, invece, risultati simili.

Questo esito è in linea con quanto viene riportato dalla letteratura scientifica.

Emerge, infatti, che coloro che credono e che hanno un'immagine positiva di Dio e della comunità religiosa, tenderanno a frequentarla maggiormente, e riporteranno, quindi, livelli meno elevati di ansia (Ellison, Buordette & Hill, 2009) rispetto a coloro che hanno un' immagine negativa di Dio o della comunità religiosa, quindi, coloro che non frequentano gli ambienti religiosi tenderanno a sviluppare maggiori livelli di ansia (Ellison & Lee, 2009).

Ci sono diverse spiegazioni possibili del fatto che la frequentazione di ambienti religiosi contribuisca ad abbassare i livelli di ansia: la partecipazione rituale e collettiva ad attività di culto può mostrare l'entità divina in un luce più favorevole; frequentare regolarmente un gruppo religioso può ridurre la sensazione di incertezza e di paura, e promuovere un senso di pace interiore e



armonia (Idler, 1987); passare del tempo con persone che hanno gli stessi ideali permette di sperimentare un senso di comunione con gli altri, in un clima di fiducia e reciprocità, e questo può favorire una sensazione di rilassamento; incontri spirituali più intimi, come quelli che vengono effettuati in piccoli gruppi, possono offrire preziose indicazioni sul modo di vivere i precetti della propria fede (Krause et al. 2001). Fornendo dei confronti favorevoli, queste interazioni possono ridurre la sensazione di incertezza e di insicurezza, per esempio, chiarendo le norme morali, e affermando che stili di vita che vengono messi in atto in funzione della morale religiosa, sono ragionevoli e adeguati (Ellison, 1993).

Altre sono le spiegazioni che vengono fornite per spiegare maggiori livelli di ansia negli individui cattolici non praticanti: credere in una vita ultraterrena non ha un effetto salutare per tutti gli individui, ma solo per coloro che vi credono fermamente. Coloro che hanno dei dubbi e non svolgono una vita secondo i precetti divini (tramite la pratica religiosa), si immagineranno che nella vita dopo la morte gli spetterà una punizione (l'inferno), proprio perché non sono stati abbastanza ligi alle leggi sacre. Queste immagini negative porteranno ad un aumento dell'ansia e della paura che potrebbe esacerbare lo sviluppo di psicopatologie (Ellison, Bourdette, & Hill, 2009).

Per quanto riguarda gli atei, anche i loro risultati sarebbero in linea con la letteratura, dallo studio di Wilk e Scott (2005) si evince, infatti, che i non credenti avevano riportato punteggi simili a quelli dei praticanti; punteggi più bassi furono, invece, riportati dai non praticanti.

Questo risultato può essere interpretato alla luce di quello che è il *fil rouge* di questa ricerca: non conta tanto il *contenuto* della credenza, ciò che conta è che questa acquisisca una *forza* tale da poter ergersi a sistema di credenza sicuro, entro cui l'individuo possa interpretare gli eventi della propria vita (Pargament, 1997; Green & Elliot, 2009; Wilkinson & Coleman, 2009).

Per quanto riguarda l'ipotesi 4 (punto 1), questa non viene confermata dall'analisi statistica condotta sulla scala "depressione".

L'Anova Fattoriale condotta sulla scala "depressione" della dimensione "sintomatologia: scale internalizzanti" non confermerebbe l'ipotesi 3 (punto 2) visto che la "Credenza religiosa \* Sesso" non è significativa (anche se il livello di significatività è di poco superiore al valore 0,05).

Sembra, comunque, interessante osservare l'andamento dei dati; compare, infatti, una maggiore tendenza a sviluppare aspetti depressivi nelle donne rispetto agli uomini. La tendenza dei dati porta ad affermare, inoltre, che le donne atee e le donne credenti praticanti potrebbero avere livelli di depressione minori rispetto alle donne del gruppo cattolico non praticante, mentre tra i maschi questa differenza sia presente solo in maniera molto più lieve. Tra le donne atee e i maschi atei, inoltre, non si osserverebbe nessuna differenza di punteggio, simili risultano anche i punteggi delle donne praticanti e dei maschi praticanti, mentre diversi e nettamente a sfavore delle donne sembrano quelli delle femmine non praticanti.

Per quanto si parli soltanto di differenze non significative, l'andamento dei dati dei gruppi praticanti non sembra confermare i risultati in letteratura che vorrebbe che le femmine che frequentano ambienti religiosi abbiano minori sintomi depressivi rispetto agli uomini dello stesso gruppo (Carleton, Esparza, Thaxter & Grant, 2008).

Verrebbe, invece, confermato lo studio di Buggle e colleghi (2000b), nel quale sono riportati risultati simili tra donne praticanti e donne atee che trarrebbero un maggior giovamento dalle loro credenze rispetto agli uomini dei gruppi di cui loro stesse fanno parte. I dati, infine, riportano un minore livello di sintomi depressivi nei maschi rispetto alle femmine credenti non praticanti, in linea con lo studio di Piccinelli e Wilkinson (2000), secondo il quale il sesso femminile, in generale, sarebbe più incline a sviluppare sintomi depressivi, a prescindere dalle proprie credenze.

Per quanto riguarda il punto 2 dell'ipotesi 4, questa sembra confermata dall'analisi dei dati condotta in funzione della variabile indipendente "credenza e pratica religiosa".

Dal confronto tra i tre gruppi sulla scala "depressione" della dimensione "Sintomatologia: scale internalizzanti" emerge che: gli individui non praticanti hanno livelli significativamente superiori di sintomi depressivi rispetto agli altri due gruppi, i quali sembrano, invece, riportare punteggi molto simili tra loro.

Questo esito è in linea con i risultati emersi in letteratura: i credenti che riportano livelli più elevati di frequentazione degli ambienti religiosi presentano livelli più bassi di sintomi depressivi di coloro che credono ma che non frequentano ambienti religiosi (Koenig, 2007b). Poter fare affidamento su un Dio che ascolta e conosce i loro pensieri più profondi, credere che questo accetti i suoi figli incondizionatamente può essere una risorsa che influisce anche sul trattamento psicologico della depressione (Bennet, 2001).

Gli atei che sono convinti della propria scelta riportano livelli di depressione minori rispetto a coloro che sono credenti poco convinti e livelli uguali ai cattolici che frequentano sistematicamente gli ambienti religiosi (Bugge et al., 2000b).

Ancora una volta si possono interpretare le differenze emerse tra i tre gruppi sulla base di quello che è ormai il *leitmotiv* di questa ricerca: non conta tanto il *contenuto* della credenza, ciò che conta è che questa acquisisca una *forza* tale da poter ergersi a sistema di credenza sicuro, entro cui l'individuo possa interpretare gli eventi della propria vita (Pargament, 1997; Green & Elliot, 2009; Wilkinson & Coleman, 2009).

Per quanto riguarda le scale della dimensione "Sintomatologia: scale internalizzanti" emergono però anche altre differenze significative, che, per quanto non siano state comprese nelle ipotesi sembra utile osservare.

Gli individui non praticanti hanno livelli più alti non solo di ansia generale, e di sintomi depressivi ma anche di paranoia, rispetto agli altri due gruppi, che sembrano invece, riportare risultati molto simili tra loro.

Sembra, inoltre, emergere che gli atei abbiano livelli più bassi di pensiero bizzarro rispetto ai due gruppi di individui cattolici.

Sembrerebbe, infine, che i credenti non praticanti abbiano livelli più alti rispetto agli atei sia di tratti fobici che di somatizzazione; anche i credenti praticanti riportano livelli più bassi dei non praticanti su queste sintomatologie, ma le differenze sono minori.

Questi risultati sembrerebbero in linea con lo studio di McConnell e i suoi colleghi (2006) che afferma di aver riscontrato livelli superiori di ansia, ansia fobica, depressione, ideazione paranoide, disturbo ossessivo-compulsivo e la somatizzazione in un campione nazionale di individui adulti; questi risultati sono stati interpretati dagli autori secondo l'idea che dubbi o conflitti spirituali interiori provochino stati d'animo negativi che porterebbero all'esacerbarsi di psicopatologie.

Ricerche future potrebbero riguardare proprio i conflitti interiori e la diffusione di questi nella popolazione italiana per comprendere quanta influenza possano avere nella vita delle persone e nello sviluppo delle suddette psicopatologie.

Per quanto riguarda l'ipotesi 5, questa sembra, in parte, essere confermata dall'analisi dei dati condotta sui punteggi dei tre gruppi.

I risultati relativi alle "scale Esternalizzanti" sembrerebbero indicare che non ci siano molte differenze tra i tre gruppi relativamente ai costrutti ivi contenuti. Seppur minime, sembrano essere presenti comunque delle peculiarità, soprattutto rispetto al gruppo dei credenti praticanti che in tutte le scale riporta i punteggi più bassi. Questo porta ad affermare, che la diversa credenza religiosa non sembri influenzare eccessivamente i punteggi delle scale esternalizzanti, che, invece, sembrano essere influenzati dalla pratica religiosa. I cattolici praticanti, infatti,

sembrano avere livelli più bassi di devianza, ma anche, seppur in misura minore e non significativa, di impulsività, dipendenza da sostanze, pericolosità e ipomania.

Questo risultato è pienamente in linea con la letteratura studiata (Hodge, Andereck, & Montoya, 2007): gli individui credenti praticanti riportano livelli più bassi di abuso e dipendenza da sostanze, e di comportamenti devianti rispetto ai gruppi di individui atei e individui credenti non praticanti. Questi risultati possono essere interpretati alla luce della spiegazione fornita da Hill, Ellison, Burdette e Musick (2007), i quali hanno affermato che il coinvolgimento spirituale potrebbe portare a stili di vita più sani, esponendo le persone religiose a una dottrina che scoraggia specifici comportamenti negativi per la salute (per esempio, prescrizioni bibliche contro ebbrezza e la gola).

In particolare sembra essere confermata quella che viene definita la tesi della “assunzione del rischio” che afferma che gli individui meno religiosi hanno maggiori probabilità di sviluppare comportamenti rischiosi, tra i quali intraprendere atti impulsivi e devianti (Miller & Hoffmann, 1995). Questa tesi si basa sul presupposto che le leggi religiose, nella maggior parte dei casi tendono a sanzionare i comportamenti devianti con punizioni che saranno scontate nella vita ultraterrena. L’idea di una condanna celeste funge da deterrente, però, solo in coloro che credono, i quali quindi, non si “assumono il rischio” di una punizione divina; coloro che non credono o coloro che credono ma non hanno convinzioni religiose forti, tendono a ignorare tali leggi e a concentrarsi sulla vita terrena, il che li renderebbe maggiormente inclini a seguire i propri impulsi e a sviluppare comportamenti devianti e condotte d’abuso (Liu, 2010).

In realtà nell’interpretazione di questi risultati è necessario tenere conto del fatto che solo una scala su cinque di quelle analizzate, riporterebbe tali esiti. Prima di incorrere, dunque, in indebite generalizzazioni sarà necessario analizzare anche altre variabili che potrebbero avere influenzato il risultato dell’unica scala in cui emergono differenze significative. Una variabile che sarebbe importante testare in ricerche future potrebbe essere l’età dei soggetti e il sesso degli stessi visto che

la letteratura riporta differenze in tal senso (CASA Report, 2001). Ricerche future potranno chiarire tali risultati.

Indagini ESPLORATIVE sono state condotte sulle altre dimensioni del test PTI:

1. I risultati, riguardanti la “Validità” del questionario, portano l’indicazione che i tre gruppi, durante la compilazione del test, avrebbero la stessa tendenza alla “Menzogna”, mentre per quanto riguarda la “*Compliance*” questa sembrerebbe più alta nei cattolici praticanti, e l’ “Attenzione” sembrerebbe maggiore nei credenti non praticanti. Dal momento che si tratta della scala di validità del questionario sembra utile tenere in considerazione per interpretare gli altri risultati se ci possano essere state delle differenze tra i tre gruppi. Sembra emergere, infatti, una maggiore tendenza all’accondiscendenza nel gruppo dei credenti praticanti, rispetto agli altri due gruppi, e una maggiore tendenza a rispondere in maniera grossolana, senza attenzione da parte del gruppo dei credenti non praticanti rispetto agli altri due gruppi.
2. I risultati indicano, quindi, che negli item che creano la dimensione “Tipologie di personalità” non emergono differenze significative, se non in tre casi. L’analisi di questi porterebbe a concludere che i credenti non praticanti abbiano una maggiore tendenza a sviluppare un personalità “Paranoide” rispetto agli altri due gruppi; gli atei abbiano un minore tendenza a sviluppare una personalità “Schizoide” rispetto ai gruppi dei cattolici; e i credenti praticanti abbiano una minore tendenza a sviluppare una personalità “Antisociale” rispetto agli atei e ai credenti non praticanti.
3. Dalle analisi statistiche condotte sulle sottoscale della dimensione “Stili di Attaccamento” risulta, quindi, che i tre gruppi non sembrerebbero differire

per quanto riguarda lo stile di attaccamento evitante, mentre sembrerebbero esserci forti differenze rispetto alle altre scale. Gli atei, infatti, sembrerebbero avere una maggiore tendenza a sviluppare un attaccamento sicuro rispetto ai due gruppi di individui cattolici e una minore tendenza a sviluppare un attaccamento disorganizzato rispetto ai credenti non praticanti. Gli individui cattolici praticanti sembrerebbero, invece, distinguersi per una minore tendenza a sviluppare un attaccamento ansioso-preoccupato rispetto agli altri due gruppi.

4. I risultati indicano, quindi, che i credenti non praticanti sembrerebbero riportare uno stile difensivo prevalentemente di tipo “Sicuro”, gli atei, invece, sembrerebbero prediligere uno stile difensivo “Instabile Disorganizzato”, mentre i credenti praticanti riportano punteggi minori rispetto ai non praticanti nello stile “Instabile Evitante”, ma punteggi maggiori rispetto agli atei sullo stile “Instabile Ansioso Preoccupato”.
5. I risultati indicano, dunque, che i credenti non praticanti sembrano avere una maggiore tendenza rispetto sia al gruppo degli atei sia al gruppo dei credenti praticanti a presentare “Indicatori negativi di trattamento” e questa differenza si presenterebbe soprattutto con una maggiore propensione alla “Resistenza al cambiamento”, alla “Intolleranza alla frustrazione” e alla “Validità Sociale”.
6. I risultati indicano, quindi, che i tre gruppi presentano delle differenze notevoli sulla dimensione della “*Psychological Mindedness*”, in particolare gli individui atei presentano una maggiore tendenza all’*Insight* e una maggiore “*Ego strenght*” rispetto ai due gruppi di cattolici.

## 4.2 Conclusioni

Dall'analisi dei dati viene alla luce che gran parte delle ipotesi su cui si fonda questo studio sono confermate.

Emerge, infatti, che individui credenti praticanti abbiano maggiori risorse e maggiori qualità della vita dei cattolici non praticanti, evidentemente questo è in linea sia con quegli studi che parlano della religione come una risorsa incondizionata per coloro che sono fortemente convinti e impegnati nelle comunità cattoliche, sia con quegli studi che parlano di un lato oscuro della religione per coloro che riportano una fede incerta.

Il dubbio religioso, infatti, secondo lo studio di Galek e i suoi colleghi (2007) mina la possibilità di sfruttare una potenziale risorsa spirituale; l'individuo viene privato di una visione del mondo coerente con cui interpretare e dare un senso alla propria vita quotidiana, così, quegli individui, la cui fede è incerta, sono privati di una risorsa significativa.

L'esperienza del dubbio religioso può essere inquietante per molte persone; il dubbio cronico, e i processi cognitivi ed emotivi che ne derivano, può far perdere tante energie che dovrebbero essere impegnate nel perseguimento di obiettivi costruttivi.

La spiegazione degli effetti della frequentazione di ambienti religiosi, affezionata e partecipe deriva dallo studio di Peterson e Webb (2006). I servizi religiosi, secondo gli autori, hanno caratteristiche che possono essere considerate benefiche per la salute degli individui: la pratica della preghiera e della meditazione indurrebbe un maggiore rilassamento e tranquillità, la sensazione di far parte di una rete sociale (che è una risorsa per ogni individuo; Ellison, 1991), credere e fare propri un insieme di valori che scoraggiano comportamenti a rischio o insalubri (per esempio fumo, alcol e infedeltà). La possibilità di avere a disposizione un sostegno spirituale (l'idea che ci sia un Dio a che vigila su di loro), e la percezione di avere uno scopo e un significato nella vita; tutti questi



fattori sono importanti per tamponare gli effetti negativi di depressione, ansia e stress, per le persone molto religiose.

Da questo studio, emerge, inoltre che gli atei, non solo non riportano dei livelli di risorse psicologiche e qualità della vita, inferiori agli altri gruppi (come invece, spesso viene dato per scontato che sia), ma addirittura superiori a questi.

Questo studio conferma, dunque, l'ipotesi più generale, derivata dall'integrazione dei risultati raggiunti da Pargament (1997), ma anche da Wilkinson e Coleman (2009) e da Green ed Elliot (2009) i quali partendo da presupposti totalmente diversi, sono giunti alla medesima conclusione, cioè non conta tanto il *contenuto* della credenza, ciò che conta è che questa acquisisca una *forza* tale da poter ergersi a sistema di significato sicuro, entro cui l'individuo possa interpretare gli eventi della propria vita.

Alcune ipotesi non vengono, però, confermate: quelle relative alle differenze di genere all'interno dei gruppi. Non è emersa, infatti la differenza tra donne praticanti e uomini praticanti, dimostrando come non sia sostenuta l'ipotesi che queste beneficino più dei maschi delle pratiche religiose.

Emergono, invece, due realtà estremamente interessanti: in primo luogo che chi risente di più dell'aver sviluppato una convinzione forte o incerta (sia questa religiosa o meno) sono le donne. Queste riportano, infatti, dei punteggi molto più marcati e diversi tra loro, rispetto ai punteggi dei gruppi maschili, che invece si attestano su risultati più simili.

In secondo luogo, un altro aspetto interessante, è il fatto che le donne atee riportano livelli di risorse e qualità della vita molto più elevati delle femmine degli altri gruppi. Purtroppo, la carenza di letteratura sulla popolazione atea impedisce di fare delle inferenze che risulterebbero arbitrarie ma può essere importante analizzare tali risultati in ricerche future.

Prospettive di ricerche future possono derivare anche dall'analisi esplorativa che è stata fatta delle restanti scale del PTI, da cui emergono molti dati significativi, potrebbe, dunque, essere interessante comprendere come e perché differiscano

questi tre gruppi in base agli stili di attaccamento, agli stili difensivi prevalente, agli indicatori negativi di trattamento, e alla *Psychological Mindedness*.

Ricerche future potrebbero anche indagare tramite domande più specifiche, che invece, non erano presenti nel test qui utilizzato, i dubbi e i conflitti spirituali interiori. Questo ambito di studio sembra estremamente interessante, soprattutto perché anche i dati empirici sembrano supportarlo.

Due fattori che potrebbero rappresentare un limite per la generalizzabilità dei risultati ottenuti in questo studio, sono che il metodo tramite cui è stato reperito il gruppo di soggetti è stato, infatti, usato, un metodo non probabilistico e, inoltre, il fatto che emergano delle differenze significative tra i tre gruppi su due delle scale di validità del test. Più precisamente i credenti praticanti riportano un maggiore livello di accondiscendenza rispetto agli altri due gruppi; mentre i credenti non praticanti riportano una maggiore tendenza a rispondere in maniera grossolana (senza attenzione). Queste differenze potrebbero avere influenzato i risultati del test.

Il presente studio, per quanto con i suddetti limiti, sembra però dimostrare quanto possano essere importanti le credenze religiose (e non) per gli individui. Queste hanno effetti anche molto forti, su diversi aspetti della salute dell'individuo, per questo è importante che un clinico che entra in contatto con un cliente abbracci un approccio olistico, che tenga in conto anche delle sue credenze e eventualmente dei suoi bisogni spirituali.

Essere consapevoli di quali convinzioni abbia una persona, è fondamentale per un psicologo, perché in alcuni casi queste acquisiscono un'importanza tale da divenire parte del problema, mentre in altri possono divenire una parte della sua soluzione (Pargament, 1997).

## INDICE DELLE FIGURE

Figura 2.1: Percentuali della variabile “sesso” nel gruppo degli atei.....	68
Figura 2.2: Percentuali della variabile “sesso” nel gruppo dei cattolici praticanti.....	69
Figura 2.3: Percentuali della variabile “sesso” nel gruppo dei cattolici non praticanti.....	70
Figura 2.4: Distribuzione percentuale del gruppo degli atei secondo la variabile “titolo di studio”.....	71
Figura 2.5: Distribuzione percentuale del gruppo dei cattolici praticanti secondo la variabile “titolo di studio”.....	71
Figura 2.6: Distribuzione percentuale del gruppo dei credenti non praticanti secondo la variabile “titolo di studio”. .....	72
Figura 2.7: Percentuali della variabile “stato civile” nel gruppo degli atei.....	74
Figura 2.8: Percentuali della variabile “stato civile” nel gruppo dei credenti praticanti.....	75
Figura 2.9: Percentuali della variabile “stato civile” nel gruppo dei credenti non praticanti.....	76

Figura 3.1: Medie dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Autostima” della dimensione “Risorse Psicologiche” dai sei gruppi.....	84
Figura 3.2: Medie dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Autoefficacia” della dimensione “Risorse Psicologiche” dai sei gruppi.....	85
Figura 3.3: Medie dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Supporto sociale” della dimensione “Risorse Psicologiche” dai sei gruppi.....	88
Figura 3.4: Medie dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Soddisfazione di vita” della dimensione “Qualità della vita” dai sei gruppi...	93
Figura 3.5: Medie dei punteggi ottenuti alla sottoscala “ <i>Distress</i> ” della dimensione “Qualità della vita” dai sei gruppi.....	98
Figura 3.6: Medie dei punteggi ottenuti alla sottoscala sottoscala “Ansia generale” della dimensione “Sintomatologia: scale internalizzanti”.....	101
Figura 3.7: Medie dei punteggi ottenuti alla sottoscala sottoscala “Depressione” della dimensione “Sintomatologia: scale internalizzanti”.....	103
Figura 3.8: Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della dimensione “Risorse psicologiche” da atei, credenti praticanti e credenti non praticanti.....	106

Figura 3.9: Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della dimensione “Qualità della vita” da atei, credenti praticanti e credenti non praticanti.....	109
Figura 3.10: Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della dimensione “Sintomatologia: Scale Internalizzanti” da atei, credenti praticanti e credenti non praticanti.....	112
Figura 3.11: Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della dimensione “Sintomatologia: Scale Esternalizzanti” da atei, credenti praticanti e credenti non praticanti.....	116
Figura 3.12: Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della dimensione “Validità del test” da atei, credenti praticanti e credenti non praticanti.....	119
Figura 3.13: Medie dei punteggi ottenuti agli item della dimensione “Tipologie di personalità” su cui risultano differenze significative tra i tre gruppi di soggetti, con l’analisi ANOVA ad una via.....	121
Figura 3.14: Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della dimensione “Stili di Attaccamento” da atei, credenti praticanti e credenti non praticanti.....	124
Figura 3.15: Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della dimensione “Stili difensivi” da atei, credenti praticanti e credenti non praticanti.....	126

Figura 3.16: Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della  
dimensione “Indicatori negativi di trattamento” da  
atei, credenti praticanti e credenti non praticanti.....129

Figura 3.17: Medie dei punteggi ottenuti alle sottoscale della  
dimensione “*Psychological Mindedness*” da atei,  
credenti praticanti e credenti non praticanti.....131

## INDICE DELLE TABELLE

Tabella 2.1: Statistiche descrittive della variabile “età” nei tre gruppi: atei, cattolici praticanti e cattolici non praticanti.....	70
Tabella 2.2: Percentuale della variabile “professione” nei tre gruppi: atei, cattolici praticanti, cattolici non praticanti.....	73
Tabella 3.1: Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Autostima” della dimensione “Risorse psicologiche”, in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa” e della variabile “sesso”.....	84
Tabella 3.2: ANOVA fattoriale sulla sottoscala “Autostima” della dimensione “Risorse psicologiche” in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa”, della variabile “sesso” e dell’ interazione tra “credenza e pratica religiosa” e “sesso”.....	85
Tabella 3.3: Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Autoefficacia” della dimensione “Risorse psicologiche”, in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa” e della variabile “sesso”.....	86
Tabella 3.4: ANOVA fattoriale sulla sottoscala “Autoefficacia” della dimensione “Risorse psicologiche” in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa”, della variabile “sesso” e	

dell' interazione tra "credenza e pratica religiosa" e "sesso".....87

Tabella 3.5: Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala "Supporto sociale percepito" della dimensione "Risorse psicologiche", in funzione della variabile "credenza e pratica religiosa" e della variabile "sesso".....88

Tabella 3.6: ANOVA fattoriale sulla sottoscala "Supporto sociale percepito" della dimensione "Risorse psicologiche" in funzione della variabile "credenza e pratica religiosa", della variabile "sesso" e dell' interazione tra "credenza e pratica religiosa" e "sesso".....89

Tabella 3.7: Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala "Tendenze creative" della dimensione "Risorse psicologiche", in funzione della variabile "credenza e pratica religiosa" e della variabile "sesso".....90

Tabella 3.8: ANOVA fattoriale: sottoscala "Tendenze creative" della dimensione "Risorse psicologiche" in funzione della variabile "credenza e pratica religiosa", della variabile "sesso" e dell' interazione tra "credenza e pratica religiosa" e "sesso".....90

Tabella 3.9: Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala "Autoregolazione" della dimensione "Risorse psicologiche", in funzione della variabile "credenza e pratica religiosa" e della variabile "sesso".....91



Tabella 3.10: ANOVA fattoriale sulla sottoscala “Autoregolazione” della dimensione “Risorse psicologiche” in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa”, della variabile “sesso” e dell’ interazione tra “credenza e pratica religiosa” e “sesso” .....	92
Tabella 3.11: Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Soddisfazione di vita” della dimensione “Qualità della vita”, in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa” e della variabile “sesso” .....	93
Tabella 3.12: ANOVA fattoriale sulla sottoscala “Soddisfazione di vita” della dimensione “Qualità della vita” in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa”, della variabile “sesso” e dell’ interazione tra “credenza e pratica religiosa” e “sesso” .....	94
Tabella 3.13: Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Problemi lavorativi” della dimensione “Qualità della vita”, in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa” e della variabile “sesso” .....	95
Tabella 3.14: ANOVA fattoriale sulla sottoscala “Problemi lavorativi” della dimensione “Qualità della vita” in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa”, della variabile “sesso” e dell’ interazione tra “credenza e pratica religiosa” e “sesso” .....	95

- Tabella 3.15: Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala “Problemi familiari” della dimensione “Qualità della vita”,  
in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa”  
e della variabile “sesso” .....96
- Tabella 3.16: ANOVA fattoriale sulla sottoscala “Problemi familiari” della  
dimensione “Qualità della vita” in funzione della variabile  
“credenza e pratica religiosa”, della variabile “sesso” e dell’  
interazione tra “credenza e pratica religiosa” e  
“sesso” .....96
- Tabella 3.17: Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala  
“Introversione sociale” della dimensione “Qualità della vita”, in  
funzione della variabile “credenza e pratica religiosa” e della  
variabile “sesso” .....97
- Tabella 3.18: ANOVA fattoriale sulla sottoscala “Introversione sociale” della  
dimensione “Qualità della vita” in funzione della variabile  
“credenza e pratica religiosa”, della variabile “sesso” e dell’  
interazione tra “credenza e pratica religiosa” e  
“sesso” .....98
- Tabella 3.19: Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala “*Distress*”  
della dimensione “Qualità della vita”,  
in funzione della variabile “credenza e pratica religiosa”  
e della variabile “sesso” .....99
- Tabella 3.20: ANOVA fattoriale sulla sottoscala “*Distress*” della dimensione  
“Qualità della vita” in funzione della variabile “credenza e pratica  
religiosa”, della variabile “sesso” e

dell' interazione tra "credenza e pratica religiosa"  
e "sesso" .....99

Tabella 3.21: Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala "Ansia"  
della dimensione "Sintomatologia: scale Internalizzanti", in  
funzione della variabile  
"Credenza e pratica religiosa" e della  
variabile "Sesso" .....101

Tabella 3.22: ANOVA fattoriale sulla sottoscala "Ansia" della dimensione  
"Sintomatologia: scale internalizzanti" in funzione della variabile  
"credenza e pratica religiosa", della variabile "sesso" e dell'  
interazione tra "credenza e pratica religiosa"  
e "sesso" .....101

Tabella 3.23: Andamento medio dei punteggi ottenuti alla sottoscala "Aspetti  
depressivi" della dimensione "Sintomatologia: scale  
Internalizzanti", in funzione della variabile "Credenza e pratica  
religiosa" e della variabile  
"Sesso" .....103

Tabella 3.24: ANOVA fattoriale sulla sottoscala "Aspetti depressivi" della  
dimensione "Sintomatologia: scale internalizzanti" in funzione  
della variabile "credenza e pratica religiosa", della variabile "sesso"  
e dell' interazione tra "credenza e pratica religiosa" e  
"sesso" .....104

Tabella 3.25: Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione "Risorse  
Psicologiche", in funzione della "Credenza e  
pratica religiosa" .....106

Tabella 3.26: Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione “Qualità della vita”, in funzione della “Credenza e pratica religiosa” .....	110
Tabella 3.27: Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione “Sintomatologia: Scale Internalizzanti”, in funzione della “Credenza e pratica religiosa” .....	112
Tabella 3.28: Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione “Sintomatologia: Scale Esternalizzanti”, in funzione della “Credenza e pratica religiosa” .....	116
Tabella 3.29: Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione “Validità”, in funzione della “Credenza e pratica religiosa” .....	119
Tabella 3.30: Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione “Tipologie di personalità”, in funzione della “Credenza e pratica religiosa” .....	121
Tabella 3.31: Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione “Stili di attaccamento”, in funzione della “Credenza e pratica religiosa” .....	124
Tabella 3.32: Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione “Stili difensivi”, in funzione della “Credenza e pratica religiosa” .....	127

Tabella 3.33: Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione  
“Indicatori negativi di trattamento”, in funzione della “Credenza e  
pratica religiosa” .....130

Tabella 3.34: Analisi della varianza per le sottoscale della dimensione  
“*Psychological Mindedness*”, in funzione della  
“Credenza e pratica religiosa” .....132

## BIBLIOGRAFIA

- Aletti, M. (1992). The psychology of religion in Italy. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 2, 171-189.
- Aletti, M. (1998). Psicoterapia, psicoanalisi e religione. Spunti per un dibattito. «*Formazione Psichiatrica*», 19 (3), 135-150.
- Aletti, M. (1999). I linguaggi del legame. Nuovi modelli per una lettura psicoanalitica del vissuto religioso. In M. Aletti & G. Rossi (Ed.), *Ricerca di sé e trascendenza. Approcci psicologici all'identità religiosa in una società pluralista* (pp. 27-31). Torino: Centro Scientifico Editore.
- Aletti, M., & Rossi, G.(2001). Presentazione. In M. Aletti & G. Rossi (Eds.), *L'illusione religiosa: rive e derive*. (pp.11-14).Torino: Centro Scientifico Editore.
- Allport, G.W. (1950). *The individual and his religion*. New York: Macmillan (trad. it. L'individuo e la sua religione, La Scuola, Brescia, 1972).
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A metaanalysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461–480.
- Anson, O., Carmel, S., Bonneh, D. H., Levenson, A., & Maoz, B. (1990). Recent life events, religiosity, and health: An individual or collective effect. *Human Relations*, 43, 1051–1066.

- Argyle, M., & Beit-Hallahuni, B. (1975). *The social psychology of religion*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Barrett, J. (2000). Exploring the natural foundations of religion. *Trends in Cognitive Science*, 4, 29–34.
- Barrett, J.(2007). Is the spell really broken? Bio-psychological explanations of religion and theistic belief. *Theology and Science*, 5 (1), 57–72.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohns, K. D., (2003). Does high couse better self-performance, international success, success, or healthier lifestyles?. *Psychological science in the public interest*, 4, 1-44.
- Beit-Hallahmi, B. (1997). Biology, destiny and change: Women's religiosity and economic development. *Journal of Institutional and Theoretical Economics*, 153, 166–178.
- Belzen, J. A. (1997). The historic-cultural approach in the psychology of religion: perspectives for interdisciplinary research. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36, 358-371.
- Bergin, A. E. (1980). Psychotherapy and religious values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 95-105.
- Boscaglia, N., Clarke, D. M., Jobling, T. W., & Quinn, M. A. (2005). The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 15, 755–761.

- Bradshaw, M., Ellison, C. G., & Flannelly, K. J. (2008). Prayer, God Imagery, and Symptoms of Psychopathology. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 47(4), 644–659.
- Buggle, F., Bister, D., Nohe, G., Schneider, W., & Uhmman, K. (2000a). Are atheist more depressed than religious people?. *Free Inquiry*, 20 (4), 50-54.
- Buggle, F., Bister, D., Nohe, G., Pfister, D., Schneider, W., & Uhmman, K. (2000b). *Risultati di un inchiesta condotta sugli atei*. Retrieved February 3, 2010, from [http://www.uaar.it/uaar/ateo/archivio/2000\\_4\\_art1.html](http://www.uaar.it/uaar/ateo/archivio/2000_4_art1.html)
- Carleton, R. A., Esparza, P., Thaxter, P. J., & Grant, K. E. (2008). Stress, Religious Coping Resources, and Depressive Symptoms in an Urban Adolescent Sample. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 47(1), 113–121.
- CASA Report. (2001). *Spirituality and religion reduce risk of substance abuse*. Retrieved March 22, 2010, from <http://www.casacolumbia.org/absolutenm/templates/PressReleases.asp?articleid=115&zoneid=48>
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2006). *L'insight in psicoterapia. La scoperta illuminante nell'interazione terapeutica*. Roma: Sovera Multimedia.
- Chen, H., Cheal, K., Herr, R. C., Zubritsky, C., & Levkoff, S. (2007). Religious participation as a predictor of mental health status and treatment outcomes in older persons. *International Journal of geriatric psychiatry*, 22, 144-153.



- Coleman, P. G., Ivani-Chalian, C. & Robinson, M. (2004). Religious attitudes among British older people: stability and change in a 20-year longitudinal study. *Ageing & Society*, 24 (2),167–88.
- Cotton, S., Larkin, E., Hoopes, A., Cromer, B.A., & Rosenthal, S.L. (2005). The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 36 (6), 529.
- Cox, H. & Hammonds, A. (1988). Religiosity, aging and life satisfaction. *Journal of Religion and Aging*, 5(2), 1–21.
- Courtney, B.G., Poon, L. W., Maretin, P., Clayton, G. M., & Johnson, M. A. (1992). Religiosity and adaptation in the oldest-old. *International Journal of Aging and Human Development*, 34(1), 47–56.
- Dawkins, R. (2007). *L'illusione di Dio. Le ragioni per non credere*. Milano: Arnoldo Mondadori Editore.
- Dennett, D. (2007). *Rompere l'incantesimo. La religione come fenomeno naturale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Desrosiers, A., & Miller, L. (2007). Relational Spirituality and Depression in Adolescent Girls. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (10), 1021–1037.
- Dew, R. E., Daniel, S. S., Armstrong, T. D., Goldston, D. B., Triplett, M. F., & Koenig, H. G., (2008). Religion/spirituality and adolescent psychiatric symptoms: a review. *Child Psychiatry and Human Development*, 39 (4), 381–398.

- Dew, R. E., Daniel, S. S., Goldston, D. B., McCall, W. V., Kuchibhatla, M., Schleifer, C., et al. (2010). A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients. *Journal of affective disorders, 120* (3), 149-157.
- Dezutter, J., Soenens, B., & Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences, 40*, 807–818.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology, 24*, 25–41.
- Docherty, J. P., & Streeter, M. J. (1995). Measuring outcomes. In, Sederer, L. I., & Dickey, B. (Ed), *Outcomes Assessment in Clinical Practice* (pp. 8-18). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Donahue, M. J. (1985). Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 400–419.
- Douglas, M. (1994). *Credere e pensare*. Bologna: Il Mulino.
- Edgell, P., Gerteis, J., & Hartmann, D. (2006). Atheists As "Other": Moral Boundaries and Cultural Membership in American Society. *American Sociological Review, 71* (2), 211-234.
- Eliassen, A. H., Taylor, J., & Lloyd, D. A. (2005). Subjective religiosity and depression in the transition to adulthood. *Journal for the Scientific Study of Religion, 44*, 187–19.

- Ellis, A. (1980). Psychotherapy and atheistic values: A response to A.E. Bergin's "Psychotherapy and human values." *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 635–639.
- Ellis, A. (1986). *The case against religion: A psychotherapist's view and the case against religiosity*. Austin, TX: American Atheist Press.
- Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior, 32*, 80–99.
- Ellison, C. G. (1993). Religious involvement and self-perception among Black Americans. *Social Forces, 71*, 1027–1055.
- Ellison, C. G., Burdette, A. M., & Hill, T. D. (2009). Blessed assurance: Religion, anxiety, and tranquility among US adults. *Social Science Research, 38*, 656–667.
- Ellison, C. G., Finch, B. K., Ryan, D. N., & Salinas, J. J. (2009). Religious involvement and depressive symptoms among Mexican-origin adults in California. *Journal of Community Psychology, 37*(2), 171-193.
- Ellison, C. G., & Lee, J. (2009). Spiritual Struggles and Psychological Distress: Is There a Dark Side of Religion?. *Social Indicators Research, 94* (3), 378-395.
- Ellison, C. G., & Taylor, R. J. (1996). Turning to prayer: social and situational antecedents of religious coping among African Americans. *Review of Religious Research, 38*, 111–131.

- EURISPES (2010). Rapporto Italia 2010. “Gli italiani e la fede”. Retrieved March 25, 2010 from [http://www.eurispes.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1095:rapporto-italia-2010&catid=47:rapporto-italia&Itemid=222](http://www.eurispes.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1095:rapporto-italia-2010&catid=47:rapporto-italia&Itemid=222)
- Exline, J. J., Yali, A. M., & Lobel, M. (1999). When God disappoints: Difficulty forgiving God and its role in negative emotion. *Journal of Health Psychology, 4*, 365–379.
- 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.
- Ferris, A. L. (2002). Religion and quality of life. *Journal of Happiness Studies, 3*, 199–215.
- Firori, K. L., Brown, E. E., Cortina, K. S., & Antonucci, T. C. (2006). Locus of control as a mediator of the relationship between religiosity and life satisfaction: Age, race, and gender differences. *Mental Health, Religion & Culture, 9*, 239–263.
- Fitchette, G., Rybarczyk, B. D., DeMarco, G. A., & Nicholas, J. J. (1999). The role of religion in rehabilitation outcomes: A longitudinal study. *Rehabilitation Psychology, 44*, 1–22.
- Flannelly, K. J., Ellison, C. G., Galek, K., & Koenig, H.G. (2008). Beliefs about life-after-death, psychiatric symptomology, and cognitive theories of psychopathology. *Journal of Psychology and Theology 36*, 94–103.

- Frank, E., Dell, M. L., & Chopp, R. (1999). Religious characteristics of US women physicians. *Social Science & Medicine*, 49, 1717-1722.
- Freud, S., & Pfister, O. (1927). *Die Zukunft einer Illusion*. (trad. it. L'avvenire di un'illusione. L'illusione di un avvenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1990).
- Fromm, E. (1950). *Psychoanalysis and Religion*. New Haven: Yale University Press. (trad. it. Psicanalisi e religione. Ed. Comunità, Milano, 1982).
- Galek, K., Krause, N., Ellison, C. G., Kudler, T., & Flannelly, K. J. (2007). Religious Doubt and Mental Health Across the Lifespan. *Journal of adult development*, 14, 16–25.
- Gallup, G., Jr. (1994). *The Gallup poll: Public opinion 1993*. Wilmington, DE: Scholarly Resources.
- Gauthier, K. J., Christopher, A. N., Walter, M. I., Mourad, R., & Marek, P. (2006). Religiosity, religious doubt, and the need for cognition: Their interactive relationship with life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 7, 139–154.
- Geertz, A. W., & Markusson, G. I. (2010). Religion is natural, atheism is not: On why everybody is both right and wrong. *Religion*, 17, 1–14.
- Giannini, M., & Gori, A. (2008). *Psychological Treatment Inventory - PTI: la Scala Autostima dell'Area "Risorse Psicologiche"*. *Counseling. Giornale Italiano di Ricerca e Applicazioni*, 1 (3), 373-376.

- Gori, A., Giannini, M., & Schuldberg, D. (2008, May). *Mind and Body together? A new measure for planning treatment and assessing psychotherapy outcome*. Paper presented at the SEPI XXIV Annual Meeting, Boston.
- Gori, A., & Giannini, M. (2008a). *Una nuova misura dell'Autostima nel Career Counseling: Proprietà Psicometriche della PTI Self-Esteem Scale*. Presentazione al X° Congresso Nazionale di Orientamento: Research, Training, Applications. Firenze -ITALY- , May 16, 2008.
- Gori A., & Giannini, M. (2008b). *Psychological Treatment Inventory - PTI - : una nuova misura per la pianificazione e la valutazione del trattamento psicologico*. Poster presentato al Congresso Nazionale della sezione di Psicologia Clinica e Dinamica (A.I.P.). Padova - ITALY-, September, 13, 2008.
- Gori, A., & Giannini M. (2008c). *Psychological Treatment Inventory - PTI - . Un nuovo strumento di misura multidimensionale*. *Simposio, Rivista di Psicologi e Psicoterapeuti*, 4 (2), 24-27.
- Gori, A., Giannini, M., & Schuldberg, D. (2009). *Attachment as a principal link of the main psychotherapy models: Psychometric Properties of the Psychological Treatment Inventory Attachment Styles Scale (PTI-ASS)*. Presentazione al Congresso Internazionale della Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI), Seattle, WA – May 15-17, 2009.
- Gori, A., Giannini, M., & Schuldberg, D. (2009). *Insight as a common factor in psychotherapy. Psychometric Properties of the Psychological Treatment Inventory Propensity to Insight Scale (PTI-PIS)*. Presentazione al 40°

SPR International Annual Meeting, Santiago de Chile, June 24-27, 2009.

Gori, A., & Giannini, M. (2009). Misurare gli Stili di Attaccamento: proprietà psicometriche della scala Stili di Attaccamento dello *Psychological Treatment Inventory* (PTI-ASS). Presentazione al Congresso Nazionale - sezione SPR Italia - Urbino, 20-21 Novembre, 2009.

Grant, K. E., J. H. O’Koon, T. H. Davis, N. A. Roache, L. M. Poindexter, M. L. Armstrong, et al.(2000). Protective factors affecting low-income urban African American youth exposed to stress. *Journal of Early Adolescence*, 20(4),388–417.

Green, M., & Elliott, M. (2009). Religion, Health, and Psychological Well-Being. *Journal of Religion and Health*, 49 (2), 149-163.

Greenfield E. A., Vaillant, G. E., & Marks, N. F., (2009). Do Formal Religious Participation and Spiritual Perceptions Have Independent Linkages with Diverse Dimensions of Psychological Well-Being? *Journal of Health and Social Behavior*, 50, 196–212.

Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1960). *Americans view their mental health: A nationwide interview survey*. New York: Basic.

Hadaway, C.K., & Roof, W. E. (1978). Religious commitment and the quality of life in American Society. *Review of Religious Research*, 19 (3), 295–307.

- Hill, T. D., Ellison, C. G., Burdette, A. M., & Musick, M. A. (2007). Religious Involvement and Healthy Lifestyles: Evidence from the Survey of Texas Adults. *Annals of Behavioral Medicine, 34*(2), 217–222.
- Hitchens, C. (2007). *The Portable Atheist : Essential Reading for the Nonbeliever*. London: Da Capo.
- Hoagwood, K., & Jensen, A. (1996). Outcomes of mental health care for children and adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 1055-1063.
- Hodge, D. R., Andereck, K. & Montoya, H. (2007). The protective influence of spiritual—religious lifestyle profiles on tobacco use, alcohol use, and gambling. *Journal of Social Service Research, 34*(1), 43-54.
- Hood, R.W., Spilka, B., Hunsberger, B., & Gorsuch, R. (1996). *The psychology of religion*. New York: Gilford Press.
- Hummer, R.A., Rogers, R. G., Nam, C. B., & Ellison, C. G. (1999). Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography, 36*(2), 273–285.
- Hunter, J.A. (2001). Self-esteem and in-group bias among members of a religious social category. *Journal of Social Psychology, 141*(3), 401-411.
- Idler, E. L. (1987). Religious involvement and the health of the elderly: some hypotheses and an initial test. *Social Forces, 66*, 226–238.
- Idler, E. L., Boulifard, D. A., Labouvie, E., Chen, Y. Y., Krause, T. J., & Contrada, R. J. (2009). Looking Inside the Black Box of “Attendance at Services”: New Measures for Exploring an Old Dimension in Religion



and Health Research. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 19, 1-20.

Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1992). Religion, disability, depression, and the timing of death. *American Journal of Sociology*, 97, 1052–1079.

Ingram, B. L. (2006). *Clinical Case Formulations: Matching the Integrative Treatment Plan to the Client*. New Jersey: Wiley & Sons Press.

Istat. (2010). Indagine multiscopo annuale sulle famiglie. “Aspetti della vita quotidiana”. Retrieved March 25, 2010 from [http://www.istat.it/dati/catalogo/20100319\\_01/](http://www.istat.it/dati/catalogo/20100319_01/)

James, W. (1902). *The Varieties of Religious Experience*. Cambridge: Ma., Harvard University (trad. it. Le varie forme dell’esperienza religiosa. Morcelliana Edizioni, 2009).

Jung, C. G. (1938-1940). *Psychology and Religion*, New Haven: Yale University Press. (trad. it. Psicologia e religione, Bollati Boringhieri, Torino, 1981).

Kark, J. D., Shemi, G., Friedlander, Y., Martin, O., Manor, O., & Blondheim, S. H. (1996). Does religious observance promote health? Mortality in secular vs. religious kibbutzim in Israel. *American Journal of Public Health*, 86, 341–346.

Koenig, H. G. (1993). Religion and aging. *Reviews in Clinical Gerontology*, 3 (2), 195–203.

Koenig, H.G. (1999). Religiosity as a protective factor in depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156 (5) 802-810.

- Koenig, H. G. (2007a). Religion and depression in older medical inpatients. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 15*, 282–291.
- Koenig, H. G. (2007b). Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 389–395.
- Koenig, H. G. (2010). Spirituality and mental health. *International journal of applied psychoanalytic studies, 7*(2),116-122
- Koenig, H.G., McCullough, M. E., & Larson, D. B.( 2001). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, 513–521.
- Krause, N., Ellison, C. G., Shaw, B.A., Marcum, J.P., & Jason D. (2001). Church-based social support and religious coping. *Journal for the Scientific Study of Religion, 40*, 637–656.
- Krause, N., & Wulff, K. M. (2005). Church-based social ties, a sense of belonging in a congregation, and physical health status. *The International Journal for the Psychology of Religion, 15*, 73–93.
- Lambert, M. J. (Eds.) (2004). *Handbook of Psychotherapy and behaviour change* (5th ed.). New York: J. Wiley, & Sons Press.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and*

*behaviour change* (5th ed., pp. 16-43). New York: J. Wiley, & Sons Press.

Leuba, J. H. (1925). *The Psychology of Religious Mysticism*, New York: Harcourt, Brace.

Longshore, D., Anglin, M. D., & Bradley, T. C. (2008). Are Religiosity a Spirituality Useful Constructs in Drug Treatment Research? [Special Issue]. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36 (2), 131-136.

Liu, E. Y. (2010). Are Risk-Taking Persons Less Religious? Risk Preference, Religious Affiliation, and Religious Participation in Taiwan. Are Risk-Taking Persons Less Religious? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 49(1), 172–178.

Markides, K.S. (1983). Aging, religiosity, and adjustment: a longitudinal analysis'. *Journal of Gerontology*, 38, 621–625.

Maurish, M. E. (2004). *The use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment* (3rd ed., vol.1). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

McConnell, K., Pargament, K. I., Ellison, C. G., & Flannelly, K. J. (2006). Examining the links between spiritual struggles and psychopathology in a national sample. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1469–1484.

McCullough, M. E. & Larson, D. B. (1999). Religion and depression: a review of the literature. *Twin Research*, 2 (2) 126–136.

- Meisenheider, J. B. (2003). Gender differences in religiosity and functional health in the elderly. *Geriatric Nursing, 24* (7) 343-352.
- Miller, A. S., & Hoffmann, J. P. (1995). Risk and religion: An explanation of gender differences in religiosity. *Journal for the Scientific Study of Religion, 34*(1),63–75.
- Miller, A. S., & Stark, R. (2002). Gender and religiousness: Can socialization explanation be saved? *American Journal of Sociology, 107*(6), 1399–1423.
- Mitchel, I. M. (2009). *Finding meaning in a godless universe: a qualitative exploration of atheist sources of meaning*. Unpublished master's thesis, Faculty of Saybrook Graduate School and Research Center in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts (MA) in Psychology. San Francisco, California.
- Mortimer, P. M., Ward L., & Winefield, H. (2008). Successful ageing by whose definition? Views of older, spiritually affiliated women. *Australasian Journal on Ageing, 27*(4) 200–204.
- Murphy, P. E., & Fitchett, G. (2009). Belief in a Concerned God Predicts Response to Treatment for Adults With Clinical Depression. *Journal of Clinical Psychology, 65*(9), 1000-1008.
- Musick, M. A. (2000). Theodicy and life satisfaction among Black and White Americans. *Sociology of Religion, 61*, 267–287.
- Musick, M. A., Blazer, D. G., & Hays, J. C. (2000). Religious activity, alcohol use, and depression in a sample of elderly Baptists. *Research on Aging, 22*, 91–116.

- Nelsen, H. M., Cheek Jr., N. H., & Au, P. (1985). Gender differences in images of God. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 24(4), 396–402.
- Neighbors, H.W., Jackson, J. S., Bowman, P. J., & Gurin, G. (1983). Stress, coping, and black mental health: Preliminary findings from a national study. In R. Hess & J. Hermalin (Eds.) *Innovation in prevention* (pp. 5–29). New York: Haworth.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.) (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). New York: Oxford.
- Oxman, T. E., Freeman, D. H., & Manheimer, E. D. (1995). Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic Medicine*, 57, 5–15.
- Ozorak, E. W. (1996). The power, but not the glory: How women empower themselves through religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 35, 17–29.
- Pargament, K. I. (1997). [\*The psychology of religion and coping: Theory, research, practice\*](#). New York: Guilford.
- Pargament, K. I. (1999). The psychology of religion *and* spirituality? Yes and no. *International Journal for the Psychology of Religion*, 9, 3–16.
- Pargament, K. I. (2002). The Bitter and the Sweet: An Evaluation of the Costs and Benefits of Religiousness. *Psychological Inquiry*, 13(3), 168–181.

- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90–104.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519–543.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tasakeshwas, N., & Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*, 161, 1881–1885.
- Pargament, K. I., Murray-Swank, N., Magyar, G. M., & Ano, G. G. (2005). Spiritual struggle: A phenomenon of interest to psychology and religion. In W. R. Miller & H. D. Delaney (Ed.), *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature, motivation, and change* (pp. 245–268). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710–724.
- Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, B. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 486–492.

- Perez, J. E., Little, T. D., & Henrich, C. C., (2009). Spirituality and Depressive Symptoms in a School-Based Sample of Adolescents: A Longitudinal Examination of Mediated and Moderated Effects. *Journal of Adolescent Health, 44*, 380–386.
- Peterson, M., & Webb, D. (2006). Religion and Spirituality in Quality of Life Studies. *Applied Research in Quality of Life, 1*, 107–116.
- Pollner, M. (1989). Divine relations, social relations, and well-being. *Journal of Health and Social Behavior, 30*, 92–104.
- Powell, A. (2005). Spirituality, healing and the mind. *Spirituality and health international, 3*, 166-172.
- Primi, C. (2005). *Guida ad una tesi di ricerca in psicologia*. Firenze: Edizioni CUSL.
- Richards, A. T., Acree, M., & Folkman, S. (1999). Spiritual aspects of loss among partners of men with AIDS: Post-bereavement follow-up. *Death Studies, 23*, 105-127.
- Richards, P. S., Rector, J.M., & Tjeltveit, A.C.(1999).Values, spirituality, and psychotherapy. InW.R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 133–160).Washington, DC: American Psychological Association.
- Rizzuto, A. M.(1979). *The birth of the living God. A psychoanalytic study*. Chicago-London: The University of Chicago Press. (trad. it. La nascita del Dio vivente. Studio psicoanalitico. Roma, Borla, 1994).

- Rostosky, S. S., Danner, F., & Riggle, E. D. B. (2007). Is Religiosity a Protective Factor Against Substance Use in Young Adulthood? Only If You're Straight! *Journal of Adolescent Health, 40*, 440–447.
- Ryan, R. M., Rigby, S., & King, K. (1993). Two types of religious internalization and their relations to religious orientations and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 586–596.
- Schieman, S., Nguyen, K., & Elliott, D. (2003). Religiosity, Socioeconomic Status, and the Sense of Mastery. *Social Psychology Quarterly, 66* (3), 202-221.
- Shreve-Neiger A. K., & Edelstein, B. A. (2004). Religion and anxiety: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review 24*, 379–397.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan.
- Slade, M., Thornicroft, G., & Glover, G. (1999). The feasibility of routine outcome measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*, 243-249.
- Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin, 129*, 614–636.
- St.George, A., & McNamera, P. H. (1984). Religion, race, and psychological well-being. *Journal for the Scientific Study of Religion, 23*, 351–363
- Stricker, G., & Gold, J. (Eds.) (2006). *A Casebook of Psychotherapy Integration*. Washington, DC: American Psychological Association.



- Vergote, A. (1993). What the psychology of religion is and what it is not. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 3, 73-86.
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: Guilford.
- Wilkinson, P. & Coleman, P. (2009). Strong beliefs and coping in old age: a case-based comparison of atheism and religious faith. *Ageing & Society* 30, 337–361.
- Wink, P., & Scott, J. (2005). Does religiousness buffer against the fear of death and dying in late adulthood? Findings from a longitudinal study. *Journal of Gerontology*, 60, 207–214.
- Witter, R. A., Stock, W. A., Okum, M. A., & Harding, M. J. (1985). Religion and subjective well-being in adulthood: a quantitative synthesis. *Review of Religious Research*, 36(4), 332–342.
- Wulff, D.M., Stano, E., & Starr, E. (1997). *Psychology of Religion: Classic and Contemporary*. New York: Wiley.
- Yakushko, O. (2005). Influence of social support, existential well-being, and stress over sexual orientation on self esteem of gay, lesbian, and bisexual individuals. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 27, 131–143.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.