

Autori :

Paolo Soraci – Associazione Psicoterapia Cognitivo Comportamentale di Gruppo,
Rome, Italy – paolo.soraci85@gmail.com

Fulvia Lagattolla - Servizio di Psiconcologia, IRCCS Istituto Tumori "Giovanni
Paolo II" di Bari, Italia - f.gattolla@oncologico.bari.it

Elena Del Fante - Department of Psychology, Università degli Studi di Torino –
UNITO, Turin, Italy - elena.delfante@edu.unito.it

Francesco A. Abbiati - Department of Psychology, Università degli Studi di
Torino – UNITO, Turin, Italy - francesco.abbiati@edu.unito.it

Grazia Parente – Ricercatrice Indipendente - Parente.grazia70@gmail.com

Roberta Cimaglia - Ricercatrice Indipendente -
robertacimagliagualtieri@yahoo.it

Rosanna De Pace - ASP - CSM SUD, Reggio Calabria, Italy -
Rosannadepace@libero.it

Antonino Urso - Facoltà di Scienze Sociali, Pontificia Università San Tommaso,
Rome, Italy
antonino.urso@tim.it

Riassunto

In situazioni di emergenza particolarmente stressanti, come quella scaturita dalla pandemia del Covid-19, è naturale che le persone siano portate ad avere tendenzialmente più paura ed ansia rispetto che in situazioni di normalità. Per far fronte a questo genere di eventi, e alle emozioni che ne conseguono, la persona può utilizzare uno stile di coping. La letteratura contemporanea suggerisce che tali strategie di coping potrebbero essere influenzate positivamente dalla presenza di una dimensione di spiritualità nell'individuo. Nel presente studio, effettuato su un campione di n = 209 partecipanti, sono state analizzate le diverse tipologie di coping adottate dai partecipanti (mediante il test COPE-NVI) durante la pandemia di Covid-19 in relazione all'Orientamento Religioso. I risultati suggeriscono che non vi sia una relazione significativa tra i vari orientamenti religiosi (Ateo, Agnostico, Credente) e i punteggi medi ottenuti nei test dell'Ansia, Fobia Specifica e Paura del Covid-19.

Parole Chiavi: Coping, Religione, Covid19, Comportamento

Summary

During particularly stressful emergency situations, such as the one resulting from the Covid-19 pandemic, people are likely to have more fear and anxiety than normal. In order to deal with this kind of events and with the consequent emotions, the person can adopt a coping style. Contemporary literature suggests that coping strategies could be positively influenced by the presence of spirituality in the individual. This study, carried out on a sample of n = 209 participants, investigated the different types of coping adopted by the participants (through the COPE-NVI test) during the Covid-19 pandemic in relation with Religious Orientation. The results suggest that doesn't exist a significant relationship between the religious orientation (Atheist, Agnostic, Believer) and the average scores obtained in the Anxiety, Specific Phobia and Fear tests of Covid-19.

Keywords: Coping, Religion, Covid19, Behaviors

Titolo: Relazione tra situazioni di emergenza, stili di coping e religione/spiritualità
Relationship between emergency situations, coping styles and religion/spirituality

Introduzione:

Lo studio dei rituali e delle pratiche religiose è stato argomento di interesse della psicologia sin dai suoi albori. Tuttavia, la religione viene spesso sottovalutata all'interno del dominio clinico. I dati empirici indicano, infatti, che aspetti specifici della religiosità sono correlati allo stato di salute mentale (James & Wells, 2003). William James, nel libro *The Varieties of Religious Experience* (1902), definì la religione e la fede come degli strumenti ottimali per migliorare e prevenire alcune forme di malattie (James, 1961). Una malattia, causando un disturbo nella dimensione bio-psico-sociale influenza le altre dimensioni ed è per questo che una cura efficace deve considerare tutte le dimensioni e la relazione tra loro. Il modello biopsicosociale-spirituale considera, infatti, l'intera esistenza di una persona e invita gli operatori sanitari a tenere conto dell'intera persona (Besharat, Ramesh & Moghimi, 2018). Anche l'OMS (Organizzazione mondiale della salute) sottolinea l'importanza degli effetti della dimensione spirituale sulla salute generale e sulla felicità delle persone (Besharat, Ramesh & Moghimi, 2018).

Religione e spiritualità

Il termine religione fa riferimento a tutti gli aspetti delle relazioni umane con il divino o il trascendente (James, 2009). L'adesione a una religione implica un'esperienza condivisa di spiritualità che si esprime con l'appartenenza a una comunità, mediante l'utilizzo di un insieme di ritualismi e pratiche formalizzate. La religiosità è, di fatto, un costrutto multidimensionale e, per questo, diversi aspetti possono essere esaminati in relazione alla salute (Lewis, Lanigan, & Stephen de Fockert, 1997; Dreger, 1952; Hackney & Sanders, 2003).

Oltre che sul termine “religiosità”, è bene soffermarsi sul concetto di spiritualità, spesso erroneamente considerato sinonimo. La spiritualità è un concetto al di là della religione e dell'adesione religiosa (Besharat, Ramesh & Moghimi, 2018). Nel linguaggio comune esso è considerato come ricerca del trascendente. Il termine spiritualità fa riferimento all'esistenza di un livello per l'appunto spirituale, che può includere la fede in poteri soprannaturali (come la religione), ma sempre tenendo in considerazione il valore personale e fenomenologico dell'esperienza (Rizzuto, 2005). L'esistenza di una spiritualità soggettiva non implica necessariamente la presenza di una dimensione religiosa: di fatto, la spiritualità può esistere anche in assenza di ritualismi specifici. La spiritualità può essere vista come un “modo d'essere” che denota un'attenzione per un piano dell'esistenza non esclusivamente materiale.

In letteratura si è osservata una correlazione moderata tra religione e spiritualità nel miglioramento dello status di salute psicofisico (Rizzuto, 2005).

Risulta, quindi, necessaria una struttura di ricerca che si mantenga ben definita nel tempo, per delineare le specifiche variabili che in una persona religiosa possono essere correlate alla salute.

La religione può promuovere l'autocontrollo e la capacità di autoregolazione, influenzare il modo in cui gli obiettivi vengono selezionati, perseguiti e organizzati (McCullough & Willoughby, 2009). La letteratura suggerisce una correlazione tra longevità, salute e adesione a una comunità religiosa (Hummer, Rogers, Nam & Ellison, 1999). Si è osservato inoltre che, in studenti universitari con impegni religiosi, i livelli di benessere psicologico fossero significativamente maggiori rispetto ai colleghi non religiosi. (Bonderud, & Fleisher, 2004) (12). Ancora, la religione sembra promuovere un minor consumo di alcool e tabacco (Turner-Musa & Lipscomb, 2007) e favorire una miglior gestione di diagnosi ospedaliera (National Cancer Institute, 2007), migliorando dunque la capacità di affrontare una malattia e l'eventuale recupero (Besharat, Ramesh & Moghimi, 2018).

Kendler, Gardner e Prescott (1997) evidenziarono come la religiosità sia correlata a livelli minori di ansia e di paura della morte, soprattutto nei soggetti di sesso femminile che partecipano attivamente alle funzioni religiose. Altri studi hanno, inoltre, dimostrato come le persone religiose possano superare più agevolmente un'esperienza traumatica, rispetto a soggetti non religiosi (Strawbridge, Cohen, Shema & Kaplan, 1997).

In contrapposizione al concetto di religiosità, è bene definire i concetti di Ateismo e di Agnosticismo. L'enciclopedia Garzanti di filosofia (Garzanti, 1981) definisce l'ateismo come “la posizione di chi non afferma

l'esistenza di Dio", opposta al teismo in generale. Si definisce ateo chi non crede in alcuna divinità negandone la pretesa specifica esistenza come realtà trascendente l'uomo (Cliteur, 2009). Il termine Agnostico è, invece, definibile come un atteggiamento di sospensione del giudizio rispetto a un problema (in questo caso, l'esistenza o meno di una dimensione divina) per mancanza di sufficiente conoscenza.

Coping Religioso

A seguito di un evento stressante, i soggetti con religiosità elevata ricorrono ad uno stile di coping più funzionale per affrontare le difficoltà, trovando supporto nelle loro comunità religiose di appartenenza (Greenberg & Witzum, 2001; Koenig, McCullough & Larson, D.,2001; Salsman, Brown, Rechting, & Carlson, 2005) o mediante comportamenti, come preghiere o gestualità con significati intrinseci, atti a ridurre lo stress. La religione, dunque, può essere un fattore protettivo anche in situazioni drammatiche o stressanti, incidendo positivamente sulla salute psicologica e fisica dei soggetti e divenendo, all'occorrenza, un vero e proprio stile di coping.

Il termine coping (traducibile dall'inglese come "strategia di adattamento") viene definito da Lazarus (1984) come l'insieme di meccanismi cognitivi e comportamentali messi in atto dagli individui per fronteggiare lo stress o situazioni particolarmente difficili (Lazarus & Folkman, 1984). Questi meccanismi intrapsichici non si limitano solo alla capacità dell'individuo di risolvere una determinata situazione problematica, ma anche e soprattutto alla capacità di gestione delle emozioni scaturite dalla situazione (Taylor & Stanton, 2007). Infatti, lo scopo delle strategie di coping è di ridurre o tollerare lo stress ed il conflitto (Lazarus & Folkman, 1984), con un conseguente impatto significativo sulla salute mentale e fisica.

Pargament definì il costrutto multidimensionale di coping religioso riferendosi a tre particolari strategie che possono essere utilizzate (Hathaway & Pargament, 1990). Queste possono essere connesse e focalizzate sulla risoluzione del problema, sulle emozioni e sui fattori e dimensioni collegati. In linea generica, possiamo ricondurre il modo di usare il coping religioso a tre comportamenti prototipici. Il primo riguarda le strategie utilizzate dall'individuo che coinvolge altri membri di una determinata istituzione religiosa e tutte le pratiche ad essa connesse (esempio volontariato ed assistenza nella chiesa che si frequenta). Il

secondo tipo si riferisce o all'uso della preghiera o lettura e studio delle sacre scritture, infine, l'ultima tipologia di coping riguarda la meditazione o contemplazione (Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998; Spilka & Schmidt, 1983; Gall, 2003). La religione potrebbe dunque, prevenire la depressione, la frustrazione, l'autolesionismo e le tendenze suicide, facilitare la gestione delle emozioni negative e aiutare la persona nei periodi di difficoltà (Besharat, Ramesh & Moghimi, 2018).

Situazione di Emergenza-Covid-19

L'11 marzo 2020, l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha dichiarato lo stato di emergenza a causa della pandemia per il COVID-19. Il nuovo virus, i cui sintomi includono febbre, stanchezza, tosse secca, mialgia e dispnea (Wang, Hu, Hu, Zhu, Liu et al., 2020), ha colpito l'essere umano in 135 paesi dal 14 marzo 2020 (World Health Organization, 2020). Vista la natura di trasmissione del nuovo virus tramite droplets durante uno stretto contatto non protetto con soggetti infetti (Nussbaumer-Streit, Mayr, Dobrescu, Chapman, Persad, Klerings, Wagner, Siebert, Christof, Zachariah & Gartlehner, 2020), per contrastarne la diffusione si è resa necessaria la sospensione di numerose attività commerciali, educative e non di prima necessità, come anche i luoghi di culto, per diversi paesi, fra cui anche l'Italia. Infatti, la popolazione italiana è stata invitata e forzata in uno stato di isolamento e di distanziamento sociale e, ove possibile, è stato chiesto di svolgere le proprie attività lavorative in una modalità differente (es. smartworking).

Studi svolti su precedenti epidemie e pandemie hanno evidenziato come alcuni aspetti psicologici dell'individuo si trovino spesso in comorbidità con la paura, come ansia, depressione, qualità del sonno peggiorata e fobie che possono influenzare negativamente la qualità della vita delle persone (Ford, Yolken, Dickerson, Teague, Irwin, Paulus & Savitz, 2018).

Le caratteristiche della malattia (e.g: la velocità e le modalità di trasmissione, la sua morbilità e mortalità, l'incertezza sugli esiti), il lockdown imposto dai governi per proteggere la salute della popolazione e i danni economici lavorativi conseguenti al lockdown stesso, possono portare ad una percezione di paura (Guan, Ni, Hu, Liang & Zhong, 2020), un aumento di sentimenti di stress e ansia (Akhigbe, 2020). A tal proposito, è stata rilevata una significativa correlazione tra livelli d'ansia e la pandemia, sia nei pazienti sintomatici che asintomatici. Ciò potrebbe, inoltre, influire negativamente sulla salute mentale dei pazienti

affetti da Covid-19 (Akhigbe, 2020). Una recente review ha evidenziato, infatti, che la quarantena può avere effetti psicologici negativi come sintomi di stress post-traumatico, confusione e rabbia, che possono portare conseguenze psicologiche a lungo termine (Brooks, 2020). Si è osservato, inoltre, un generale decremento della qualità del sonno.

Alla luce di queste considerazioni, l'obiettivo del presente studio è di indagare la possibile relazione che intercorre tra le strategie di coping e la gestione della situazione di stress causata dalla pandemia COVID-19, la quale ha costretto la popolazione italiana ad una situazione di distanziamento sociale e di isolamento. Nello specifico, è stata valutata l'efficacia di uno stile di coping religioso nella situazione di emergenza dovuta alla pandemia.

Sono stati misurati gli stili di coping mediante i cinque fattori del test COPE-NVI 25 (Caricati, Foà, Fruggeri & Tonarelli 2015): Orientamento Trascendente, Evitamento, Orientamento al Problema, Ricerca supporto sociale, Attitudine Positiva e la situazione di difficoltà dovuta alla pandemia da COVID-19.

Strumenti Utilizzati

Domande socio-demografiche: Il questionario comprendeva domande relative agli aspetti sociodemografici dei partecipanti (ad es. sesso, età e livello di istruzione). Inoltre, è stato chiesto ai soggetti di valutare la qualità del sonno durante questo periodo di quarantena con la seguente domanda: "Come valuti la tua qualità del sonno? (Considerando gli ultimi 15 giorni?)", valutata su una scala di tipo likert da 0 a 3 punti, dove 0 è molto scarsa e 3 è molto buona. Abbiamo inserito questa domanda, in quanto la qualità del sonno (e della vita in generale) sono state messe in relazione in precedenti ricerche descritte nell'introduzione.

Domande specifiche su Religione e Preoccupazione per il Covid-19. Sono state poste due domande specifiche, ideate ad-hoc per questo studio per indagare il tipo di religione (Ateo, Credente, Agnostico) e la preoccupazione percepita riguardo il Covid-19 (Poco preoccupato, Moderatamente preoccupato, Molto preoccupato). Le domande poste sono le seguenti: "Rispetto alla situazione che stiamo vivendo oggi (quarantena e Covid-19) ti senti: Poco preoccupato, Moderatamente preoccupato, Molto preoccupato" e "Il tuo orientamento Religioso/Spirituale? Ateo, Credente/Spirituale, Agnostico". Vista la natura esplorativa del presente studio, gli autori hanno preferito non diversificare per tipo di religione

(come ad esempio cattolica) o credenza spirituale ma creare solamente le tre macro-categorie evidenziate.

COPE-NVI 25: Il test COPE-NVI (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) è uno strumento largamente utilizzato in ambito italiano per la misurazione degli stili di coping (versione italiana a cura di Caricati, Foà, Fruggeri, Tonarelli, 2015). Esso è composto da 25 Item e valuta 5 dimensioni (Strategie di evitamento, Orientamento trascendente, Attitudine positiva, Sostegno sociale, Orientamento al problema). Un punteggio più elevato in un fattore indica lo stile di coping utilizzato dal soggetto. Ogni item sulla misura è valutato su una scala a 5 punti (0 = Mai; 1 = Occasionalmente; 2 = Qualche volta; 3 = La maggior parte del tempo e 4 = Sempre). Esempi di item sono “Cerco qualcosa di positivo in ciò che è accaduto”; “Ripongo la mia speranza in Dio”. Nel nostro studio la coerenza interna, misurata con l'alfa di Cronbach era di 0.86. La scelta di questo strumento è dovuta alla capacità dello stesso di misurare gli stili di coping in funzione degli obiettivi dello studio (nello specifico la capacità di misurare lo stile di coping trascendente).

Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S): Il test FCV-19S (Ahorsu, Lin, Imani, Saffari, Griffiths & Pakpour 2020) è costituito da una scala di sette item che valuta la Fear of COVID-19 (versione italiana analizzata da Sorac., Ferrari, Abbiati, Del Fante, Pace, Urso & Griffiths, 2020). I sette item (ad esempio, "Ho molta paura del Covid-19") sono segnati tra 1 (fortemente in disaccordo) e 5 (fortemente d'accordo) con punteggi che vanno da 7 a 35. Più alto è il punteggio, maggiore è la paura di Covid-19. Nel nostro studio la coerenza interna, misurata con l'alfa di Cronbach era di 0.84. Questo strumento è stato scelto in quanto riesce a dare un risultato quantitativo sulla paura specifica da Covid-19.

La misura di gravità per fobia specifica — Adulto (GFS-A Craske, Wittchen, Bogels, Stein, Andrews & Lebeu 2013) è una misura in 10 item che valuta la gravità della fobia specifica in soggetti di età pari o superiore a 18 anni (versione italiana: Fossati, Borroni e Del Corno, 2015). Ogni item chiede all'individuo di valutare la gravità della sua fobia specifica negli ultimi 7 giorni. Ogni item sulla misura è valutato su una scala a 5 punti (0 = Mai; 1 = Occasionalmente; 2 = Qualche volta; 3 = La maggior parte del tempo e 4 = Sempre). Il punteggio totale può variare da 0 a 40 con punteggi più alti che indicano una maggiore gravità della fobia specifica. Esempi di item sono “... ho avuto momenti di improvviso terrore, paura o angoscia in queste situazioni” e “... ho avuto bisogno di aiuto per far fronte a queste situazioni (per es., con alcol o farmaci, oggetti portafortuna o altre persone)”. L'alfa di Cronbach nel presente studio era 0.81 Questo strumento è stato scelto in quanto la Fobia è una particolare tipologia di

Paura ed è quindi stata utilizzata per avere uno strumento di convergenza nelle analisi statistiche.

Adult PROMIS Emotional Distress / Anxiety-Short Form (APEDA-SF): L'APEDA-SF in sette item (Pilkonis, Choi, Reise et al., 2011; versione italiana: Fossati, Borroni e Del Corno, 2015) (valuta l'ansia tra soggetti di età pari o superiore a 18 anni. I sette item (ad es. "Mi sento ansioso") sono valutati su una scala da 1 (mai) a 5 (molto frequentemente) con punteggi che vanno da 7 a 35, con un punteggio più alto che indica un livello più alto di ansia. Nel nostro studio la coerenza interna, misurata con l'alfa di Cronbach era di 0.91. Questo strumento è stato scelto in quanto, l'Ansia è stata, nelle precedenti ricerche, una variabile presente nelle situazioni di Paura e di situazioni particolarmente stressanti, come quella della pandemia da Covid-19.

Analisi descrittive

Prima di analizzare i dati ottenuti dal campione, la normalità univariata dei dati è stata verificata utilizzando le linee guida proposte da Kim (2013) e Muthén e Kaplan (1985) (vale a dire asimmetria e curtosi nel range di -1; +1). Per i dati categoriali sono stati calcolati gli indici statistici più comuni (ad esempio frequenze percentuali), così come per i dati continui (ad esempio media e deviazione standard [SD]). Per la relazione tra le variabili invece, sono stati utilizzati diversi indici, tra i quali, ad esempio, il coefficiente di correlazione di Bravais-Pearson (r), il rho di Spearman (ρ), il coefficiente di determinazione (R^2). L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando i seguenti pacchetti statistici: SPSS Statistics v.25 (IBM Corporation, 2017) ed il software "R" (R Core Team, 2014).

Etica

Lo studio è stato approvato dall'Associazione Italiana Psicoterapia Cognitivo Comportamentale di Gruppo (AIPCCG). Il consenso informato è stato ottenuto da tutti i partecipanti. L'anonimato delle persone e delle organizzazioni partecipanti alla ricerca è stato garantito. La partecipazione allo studio è stata volontaria. Inoltre, tutti gli individui erano pienamente consapevoli dello scopo dello studio. Tutte le procedure eseguite in questo studio che coinvolgono partecipanti umani erano conformi alla

Dichiarazione di Helsinki del 1975. Tutte le procedure seguite erano conformi agli standard etici della Società Psicologica Italiana.

Partecipanti e procedura

I partecipanti (n= 209) sono stati reclutati (con un campionamento di tipo accidentale, la scelta è ricaduta su questo tipo di campionamento in quanto, in questo periodo particolare di pandemia è uno dei metodi più sicuri per poter raggiungere i partecipanti, oltre ad essere uno dei migliori metodi per raggiungere più persone possibili in diverse zone d'Italia) pubblicando un sondaggio online nei forum online italiani e nelle comunità dei social network (ad esempio Facebook). Un totale di 209 partecipanti volontari (dai 18 ai 80 anni) ha risposto al sondaggio online, che ha richiesto circa 10-15 minuti per essere completato. Il periodo di raccolta dei dati si è protratto dal 10 Aprile 2020 al 24 Aprile 2020. I criteri di inclusione utilizzati sono stati :(i) almeno 18 anni e (ii) comprendere la lingua italiana. Tutti i partecipanti hanno completato il sondaggio in forma anonima e hanno dato il loro consenso informato online.

Risultati

Statistiche descrittive

Per prima cosa sono state analizzate le caratteristiche socio-demografiche (di seguito approssimate all'unità) del campione (n = 209) ed i partecipanti del presente studio erano così distribuiti: il 74% (n = 154) era di genere femminile, mentre il 26 % (n = 55) di genere maschile, per un totale di 209 partecipanti. Il 66 % (n = 138) aveva un titolo universitario, il 29.7 % (n = 62) un titolo di scuola superiore ed il 4.3% (n = 9) un titolo di scuola media. Il 53 % dei partecipanti (n = 112) era un lavoratore (o pensionato), mentre il 33.5 % (n = 70) era uno studente, il 12.9 % (n = 27) era disoccupato mentre l'8.6 % (n = 18) era lavoratore (le % superano il 100 % in quanto, era possibile selezionare più opzioni). Il 60.3 % era di orientamento religioso/spirituale (n = 126), mentre il 17.2 % era agnostico (n = 36) ed il 22.5 % era ateo (n = 47). L'età media dei partecipanti era di 38.11 con deviazione standard (SD) di ± 14.17 . Per quanto riguarda le statistiche descrittive dei test utilizzati abbiamo avuto i seguenti risultati: APEDA-SF media = 16.41 SD ± 7.22 con errore standard della media

(E.S.) = 0.43 Asimmetria= 0.63 Curtosi = -0.30, GFS-A media = 19.29 SD \pm 5.43 con errore standard della media (E.S.) = 0.37 Asimmetria = 0.63 Curtosi = 0.30 , FCV-19S media = 14.07 SD \pm 5.07 con errore standard della media (E.S.) = 0.35 Asimmetria = 1.23 Curtosi = 1.54, e per le 5 dimensioni del COPE NVI-25: Strategie di evitamento media = 10.95 SD \pm 4.24 con errore standard della media (E.S.) = 0.29 Asimmetria = 0.95 Curtosi = 0.79, Orientamento trascendente media= 11.18 SD \pm 7.22 con errore standard della media (E.S.) = 0.49 Asimmetria = 0.52 Curtosi = -1.19, Attitudine positiva media = 28.21 SD \pm 6.55 con errore standard della media (E.S.) = 0.45 Asimmetria = -0.76 Curtosi= -0.10, Sostegno sociale media = 18.84 SD \pm 6.22 con errore standard della media (E.S.) = 0.43 Asimmetria = -0.12 Curtosi = -0.85, Orientamento al problema media = 19.64 SD \pm 5.54 con errore standard della media (E.S.) = 0.38 Asimmetria = -0.10 Curtosi = -0.64.

Per quanto riguarda la normalità univariata, tutti i test presentati (APEDA-SF, GFS-A, FCV-19S e le cinque dimensioni del COPE NVI – 25) si distribuiscono in modo non normale (i test di Kolmogorov Smirnov e Shapiro-Wilk risultano infatti significativi per $p. = 0.01$) anche se la maggior parte dei totali dei test rientrano nel range di ± 1 di Asimmetria e Curtosi e richiamando la teoria del limite centrale, con il campione di $n = 209$ possiamo considerare i test utilizzati nello studio come distribuiti sostanzialmente (nessun item e nessun totale dei test, mostra asimmetria o curtosi > 3 e > 8 (Kline, 2011) in modo normale con i seguenti intervalli di confidenza (99%) per la media: APEDA-SF 16.41 ± 1.29 , GFS-A 19.29 ± 0.967 , FCV-19S ± 0.903 , Strategie di evitamento 10.95 ± 0.755 , Orientamento trascendente 11.18 ± 1.29 , Attitudine positiva 28.21 ± 1.17 , Sostegno sociale 18.84 ± 1.11 , Orientamento al problema 19.64 ± 0.987 .

Tabella 1. Statistiche descrittive Livello Istruzione partecipanti

	Frequenza	Percentuale
Scuola Media	9	4.3
Scuola Superiore	62	29.7
Titolo Universitario	138	66.0
Totale	209	100.0

Tabella 2. *Statistiche descrittive Orientamento Religioso partecipanti*

	Frequenza	Percentuale
Agnostico	36	17.2
Ateo	47	22.5
Credente	126	60.3
Totale	209	100.0

Tabella 3. *Statistiche descrittive dei test utilizzati*

	N	Media	SD
Fear Covid	209	14.08	5.08
Phobia	209	19.29	5.43
Ansia	209	16.41	6.33

Inoltre, sono state analizzate le statistiche descrittive delle cinque dimensioni del COPE NVI-25 rispetto all'orientamento religioso con i seguenti risultati:

Agnostici: Strategie di evitamento Media 10.80 SD \pm 3.92, Orientamento trascendente Media 6.0 SD \pm 3.17, Attitudine positiva Media

26.9 SD ± 6.54, Sostegno sociale Media 19.19 SD ± 6.35, Orientamento al problema Media 18.33 SD ± 5.74.

Atei: Strategie di evitamento Media 11.85 SD ± 4.74, Orientamento trascendente Media 4.59 SD ± 3.01, Attitudine positiva Media 27.80 SD ± 6.16, Sostegno sociale Media 18.21 SD ± 7.25, Orientamento al problema Media 19.68 SD ± 5.70.

Credenti/Spirituali: Strategie di evitamento Media 10.66 SD ± 4.12, Orientamento trascendente Media 15 SD ± 6.40, Attitudine positiva Media 28.70 SD ± 6.68, Sostegno sociale Media 18.97 SD ± 5.79, Orientamento al problema Media 20.02 SD ± 5.42.

Successivamente, sono state analizzate le statistiche descrittive dei test utilizzati (FCV-19S, APEDA-SF, GFS-A) rispetto all'orientamento religioso con i seguenti risultati: (da fare).

FCV-19S: Credenti/Spirituali Media 14.50 SD ± 5.01, Atei Media 14.10 SD ± 6.01, Agnostici Media 12.5 SD ± 5.31

GFS-A: Credenti/Spirituali Media 18.90 SD ± 5.00, Atei Media 20.06 SD ± 6.54, Agnostici Media 19.70 SD ± 5.31

APEDA-SF: Credenti/Spirituali Media 16.00 SD ± 6.08, Atei Media 17.00 SD ± 7.24, Agnostici Media 17.16 SD ± 6.00

Tabella 4. Statistiche descrittive strategie di coping partecipanti

	Trascendente	Evitamento	Problema	Sociale	Positivo
Media	11.19	10.96	19.65	18.84	28.21
Deviazione std.	7.22	4.25	5.55	6.22	6.55

Tabella 5. Tabella 4. Statistiche descrittive rispetto al genere

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
--	-----------	-------------	--------------------	------------------------

Valido	Femmina	154	73.7	73.7	73.7
	Maschio	55	26.3	26.3	100.0
	Totale	209	100.0	100.0	

Analisi relazioni tra i test e variabili

L'obiettivo dello studio era di indagare se vi fosse un'associazione tra le variabili "Rispetto alla situazione che stiamo vivendo oggi (quarantena e Covid-19) ti senti: poco, moderatamente, molto preoccupato" e "Orientamento Religioso: Ateo, Agnostico, Credente/Spirituale" tramite l'indice di connessione χ^2 ed i risultati sono stati i seguenti (risultati basati sul test χ^2 , test esatto di Fisher e V di Cramer): $\chi^2 = 7.8$ gradi di libertà (gdl) = 6 $p. = 0.253$ (non significativo per $p. = 0.01$) $F = 8.0$ $p. = 0.153$ (non significativo per $p. = 0.01$) $V = 0.153$ $p. = 0.253$ (non significativo per $p. = 0.01$).

Successivamente si è indagato se vi fosse una differenza tra le medie dei credenti/spirituali, agnostici ed atei nei seguenti test (sul punteggio totale, differenze tra medie, test T):

FCV-19S: Agnostici ed Atei mostrano una differenza tra le medie non statisticamente significativa ($t = 1.41$, $p. = 0.16$) con gli atei che hanno una media più elevata. Agnostici e Credenti/Spirituale mostrano invece una differenza tra le medie statisticamente significativa per $p = 0.05$ ($t = 2.1$, $p. = 0.03$, Effect size 0.40 considerato come medio, variando tra 0 e 1, dove 0 è nullo e 1 è massimo) con i Credenti/Spirituale con una media più elevata. Atei e Credenti/Spirituale mostrano una differenza non statisticamente significativa per $p = 0.05$ ($t = 0.33$, $p = 0.7$) con una media più elevata per i credenti/spirituali. Utilizzando l'ANOVA ad una via e prendendo in considerazione i tre gruppi assieme, la differenza tra le medie dei gruppi risulta non statisticamente significativa con $f = 2.23$ e $p. = 0.10$. La dimensione dell'effetto osservato f è piccola e ciò indica che l'entità della differenza tra le medie è bassa.

APEDA-SF: Agnostici ed Atei mostrano una differenza tra le medie non statisticamente significativa ($t = 0.12$, $p. = 0.89$) con gli Agnostici che hanno una media più elevata. Agnostici e Credenti/Spirituale mostrano una differenza tra le medie non statisticamente significativa per ($t = 1.11$, $p = 0.26$) con gli Agnostici che mostrano una media più elevata. Atei e

Credenti/Spirituali mostrano una differenza non statisticamente significativa ($t = 0.98$, $p. = 0.32$) con una media più elevata per gli atei. Utilizzando l'ANOVA ad una via e prendendo in considerazione i tre gruppi assieme, la differenza tra le medie dei gruppi risulta non statisticamente significativa con $f = 0.73$ e $p. = 0.48$. La dimensione dell'effetto osservato f è piccola e ciò indica che l'entità della differenza tra le medie è bassa.

GFS-A: Agnostici ed Atei mostrano una differenza tra le medie non statisticamente significativa ($t = 0.025$, $p. = 0.89$) con gli Atei che hanno una media più elevata. Agnostici e Credenti/Spirituali mostrano una differenza tra le medie non statisticamente significativa per ($t = 0.84$, $p. = 0.39$). con gli Agnostici che mostrano una media più elevata. Atei e Credenti/Spirituali mostrano una differenza non statisticamente significativa ($t = 1.26$, $p. = 0.20$) con una media più elevata per gli atei. Utilizzando l'ANOVA ad una via e prendendo in considerazione i tre gruppi assieme, la differenza tra le medie dei gruppi risulta non statisticamente significativa con $f = 0.91$ e $p. = 0.40$. La dimensione dell'effetto osservato f è piccola e ciò indica che l'entità della differenza tra le medie è bassa.

COPE NVI-25: Strategie di evitamento: Agnostici ed Atei mostrano una differenza tra le medie non statisticamente significativa ($t = 0.025$, $p. = 0.89$) con gli Atei che hanno una media più elevata. Agnostici e Credenti/Spirituali mostrano una differenza tra le medie non statisticamente significativa per ($t = 0.84$, $p. = 0.39$) con gli Agnostici che mostrano una media più elevata. Atei e Credenti/Spirituali mostrano una differenza non statisticamente significativa ($t = 1.26$, $p. = 0.20$) con una media più elevata per gli atei. Utilizzando l'ANOVA ad una via e prendendo in considerazione i tre gruppi assieme, la differenza tra le medie dei gruppi risulta non statisticamente significativa con $f = 0.91$ e $p. = 0.40$. La dimensione dell'effetto osservato f è piccola e ciò indica che l'entità della differenza tra le medie è bassa.

COPE NVI-25: Orientamento Trascendente: Agnostici ed Atei mostrano una differenza tra le medie non statisticamente significativa ($t = 1.55$, $p. = 0.90$) con gli Agnostici che hanno una media più elevata. Agnostici e Credenti/Spirituali mostrano una differenza tra le medie statisticamente significativa ($t = 8.15$, $p. = 0.00$) con i Credenti/Spirituali che mostrano una media più elevata. Atei e Credenti mostrano una differenza statisticamente significativa ($t = 10.69$, $p. = 0.00$) con una media più elevata per i Credenti/Spirituali. Utilizzando l'ANOVA ad una via e prendendo in considerazione i tre gruppi assieme, la differenza tra le medie dei gruppi risulta è statisticamente significativa con $f = 86.83$ e $p. = 0.00$.

La dimensione dell'effetto osservato f è grande (0.92 con $\eta^2 = 0.46$) e ciò indica che l'entità della differenza tra le medie è alta.

COPE NVI-25: *Attitudine positiva*: Agnostici ed Atei mostrano una differenza tra le medie non statisticamente significativa ($t = 1.55, p = 0.90$) con gli Agnostici che hanno una media più elevata. Agnostici e Credenti/Spirituali mostrano una differenza tra le medie statisticamente significativa ($t = 8.15, p = 0.00$) con i Credenti/Spirituali che mostrano una media più elevata. Atei e Credenti mostrano una differenza statisticamente significativa ($t = 10.69, p = 0.00$) con una media più elevata per i Credenti. Utilizzando l'ANOVA ad una via e prendendo in considerazione i tre gruppi assieme, la differenza tra le medie dei gruppi risulta non statisticamente significativa con $f = 2.24$ e $p = 0.10$. La dimensione dell'effetto osservato f è piccola e ciò indica che l'entità della differenza tra le medie è bassa.

COPE NVI-25: *Sostegno Sociale*: Agnostici ed Atei mostrano una differenza tra le medie non statisticamente significativa ($t = 0.64, p = 0.52$) con gli Atei che hanno una media più elevata. Agnostici e Credenti/Spirituali mostrano una differenza tra le medie statisticamente non significativa ($t = 0.19, p = 0.84$) con gli Agnostici che mostrano una media più elevata. Atei e Credenti mostrano una differenza non statisticamente significativa ($t = 0.71, p = 0.47$) con una media più elevata per i Credenti. Utilizzando l'ANOVA ad una via e prendendo in considerazione i tre gruppi assieme, la differenza tra le medie dei gruppi risulta non statisticamente significativa con $f = 0.35$ e $p = 0.73$. La dimensione dell'effetto osservato f è piccola e ciò indica che l'entità della differenza tra le medie è bassa.

COPE NVI-25: *Orientamento al Problema*: Agnostici ed Atei mostrano una differenza tra le medie non statisticamente significativa ($t = 1.02, p = 0.30$) con gli Atei che hanno una media più elevata. Agnostici e Credenti/Spirituali mostrano una differenza tra le medie statisticamente non significativa ($t = 1.03, p = 0.10$) con i Credenti/spirituali che mostrano una media più elevata. Atei e Credenti mostrano una differenza non statisticamente significativa ($t = 0.39, p = 0.69$) con una media più elevata per i Credenti. Utilizzando l'ANOVA ad una via e prendendo in considerazione i tre gruppi assieme, la differenza tra le medie dei gruppi risulta non statisticamente significativa con $f = 1.30$ e $p = 0.27$. La dimensione dell'effetto osservato f è piccola e ciò indica che l'entità della differenza tra le medie è bassa.

Infine, si è analizzata la qualità del sonno rispetto al tipo di Orientamento Religioso ed abbiamo avuto i seguenti risultati: Agnostici Media 1.22 $SD \pm 0.48$, Atei Media 1.42 $SD \pm 0.71$ e Credenti/Spirituali

Media 1.35 $SD \pm 0.67$. La differenza tra i gruppi (ANOVA) non è statisticamente significativa ($f = 1.02$, $p. = 0.36$). Nello specifico, utilizzando il test T e confrontando due medie per volta, abbiamo che Atei e Agnostici hanno una differenza tra le medie non statisticamente significativa ($p. = 0.41$), Atei ed Credenti/Spirituali hanno una differenza tra le medie non statisticamente significativa ($p. = 0.38$) ed infine Credenti/Spirituali ed Agnostici hanno una differenza tra le medie non statisticamente significativa ($p. = 0.77$). La qualità del sonno (sul campione totale, $n = 209$), inoltre è stata messa in relazione ai test APEDA-SF, GFS-A e FCV-19S ottenendo i seguenti risultati: Qualità del sonno e APEDA-SF $r = -0.153$ (significativo per $p. = 0.05$), Qualità del sonno e GFS-A $r = -0.213$ (significativo per $p. = 0.01$), Qualità del sonno e FCV-19S $r = -0.123$ (non significativo per $p. = 0.05$).

Tabella 6. Medie dei test utilizzati rispetto all'Orientamento Religioso.

TEST	Il tuo orientamento Religioso/Spirituale	Media	Errore std.	Intervallo di confidenza 95%	
				Limite inferiore	Limite superiore
FC19SF	Agnostico	12.583	.842	10.923	14.244
	Ateo	14.106	.737	12.653	15.559
	Credente	14.492	.450	13.605	15.379
GFS-A	Agnostico	19.694	.906	17.909	21.480
	Ateo	20.064	.793	18.501	21.626
	Credente	18.889	.484	17.935	19.843
APEDA-SF	Agnostico	17.167	1.056	15.084	19.249
	Ateo	16.979	.924	15.156	18.801
	Credente	15.984	.565	14.871	17.097

Discussioni

L'obiettivo di questo studio di ricerca era di verificare se durante l'emergenza Covid-19 l'appartenenza a un credo religioso o meno potesse incidere in modo significativo sull'efficacia delle strategie di coping impiegate, sull'ansia/paura Covid-19 e sulla fobia specifica. Nello specifico, sono stati valutati i punteggi nei test riguardanti l'ansia generalizzata, la fobia specifica, la paura per il Covid-19 e il tipo di coping (riferito al test COPE-NVE-25). I risultati dimostrano che nella maggior parte dei test, l'essere Credente/Spirituale, Agnostico o Ateo non porta ad una differenza significativa tra le medie. Contrariamente all'ipotesi iniziale, nei test APEDA-SF e GFS-A riguardanti l'ansia e la fobia specifica non si è osservata una differenza significativa tra le medie, in nessuno dei tre gruppi di soggetti. Solo nel test della paura per COVID-19 (FCV-19S) si è osservata una differenza significativa tra Agnostici e Credenti (con i Credenti con una media più elevata) ma non tra Atei e Credenti/Spirituale o

Atei e Agnostici. Per quanto concerne il Coping, in quattro dei cinque fattori (Strategie di evitamento, Attitudine positiva, Sostegno sociale, Orientamento al problema del test COPE-NVE 25) non sono state osservate differenze statisticamente significative tra i diversi gruppi (Ateo/Agnostico/Credente). Questi risultati potrebbero essere spiegati dall'unicità della condizione in cui si è svolto lo studio: l'inaccessibilità ai luoghi di culto per via dell'epidemia di Covid-19 ha reso impossibile l'aggregazione comunitaria tipica di molte religioni teiste, la quale potrebbe rappresentare uno dei "punti forti" nel rafforzamento delle strategie di coping individuali. Di fatto, l'emergenza Covid-19 anche in Italia ha causato l'interruzione delle pratiche religiose in tutti i luoghi di culto (Presidenza del Consiglio dei Ministri, Decreto 8 marzo 2020).

L'unica differenza significativa è stata trovata in uno dei cinque fattori (*Orientamento Trascendente*) tra il gruppo dei Credenti/Spirituali e i gruppi Atei/Agnostici. Tale risultato è in linea con le nostre ipotesi di partenza, e suggerisce che i Credenti potrebbero trarre beneficio dall'affidamento alle credenze relative all'esistenza di una divinità nelle situazioni di emergenza. Infatti, in diversi studi qualitativi dei bisogni durante l'emergenza Covid-19 (Maslow, 1943; Poston, 2009; Frankl, 1996; Wesley, Wildman, Bulbulia, Sosis, & Schjoedt, 2020), si evince che il bisogno maggiormente espresso risulta essere quello di sicurezza, e nel caso dei Credenti/Spirituali verso un'entità superiore. Per sopperire a questa mancanza (accessibilità nei luoghi di culto) sono stati attivati dei servizi online delle pratiche religiose comunitarie e questo ha permesso di mantenere il contatto con la propria sfera religiosa/spirituale e quindi utilizzare maggiormente lo stile di coping trascendente, rispetto agli altri (Wesley, Wildman, Bulbulia, Sosis, & Schjoedt, 2020).

Per quanto riguarda la qualità del sonno, essa non sembra essere influenzata dal tipo di orientamento religioso, ed in generale tutti e tre i gruppi hanno avuto una media bassa nella qualità del sonno percepito. Nello specifico, essa è correlata negativamente e in modo significativo sia al test dell'Ansia, sia al test della Fobia specifica ed è correlata negativamente ma non in modo significativo alla paura del Covid-19. Infatti, in una situazione di particolare ansia la qualità della vita in generale diminuisce (Terri, Barrera & Norton, 2009).

Il presente studio non è esente da limiti. Innanzitutto, non è stato possibile delineare una differenza netta tra "spiritualità" e "religiosità" all'interno del questionario. Di fatto, benché siano termini facilmente confondibili, l'esistenza di una spiritualità non presuppone necessariamente l'appartenenza a comunità religiosa, ma si rifà più che altro al concetto di "trascendenza" e di estensione verso l'immaterialità. Inoltre, la categoria

“credenti” non include necessariamente l’appartenenza a una comunità religiosa (es. cattolici non praticanti) e quindi non coinvolge in maniera univoca tutti quei ritualismi tipici che potrebbero fornire un coping religioso più efficace.

Ricerche future potrebbero per l’appunto fornire una descrizione più accurata delle differenze che esiste tra soggetti Religiosi/Credenti e soggetti “Spirituali” non Religiosi, così come per distinguere tra soggetti “Praticanti” e “non Praticanti” per aiutare i soggetti sperimentali a inserirsi più agilmente in una delle categorie proposte. A tal proposito, suggeriamo la possibilità di integrare un questionario iniziale che indaghi per l’appunto l’orientamento religioso/spirituale e inserisca ogni soggetto sperimentale all’interno di una delle categorie proposte. Inoltre, studi futuri potrebbero includere un campione più vario di religioni presenti sul territorio nazionale (e.g: Cristiani Ortodossi, Induisti, ecc..). Infine, i prossimi studi potrebbero tentare di identificare le differenze qualitative negli stili di coping per le religioni più diffuse. Inoltre, sarebbe utile tentare di estrapolare alcune caratteristiche pregnanti tra le religioni stesse (e.g: aggregazione, ritualismi, meditazione,) per poter capire quali di questi stili di coping religioso possono essere più o meno efficaci.

Riferimenti bibliografici

- Abdulah, Deldar & Musa, Dildar. (2020). Insomnia and Stress of Physicians during COVID-19 Outbreak. *Sleep Medicine*: X. 100017. 10.1016/j.sleepx.2020.100017.
- Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation [published online ahead of print, 2020 Mar 27]. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020;1-9. doi:10.1007/s11469-020-00270-8
- Akhigbe T., (2020) Anxiety and Coping with Anxiety in Patients with COVID-19: A review of the existing literature. *JMIR Mental Health*
- Besharat MA, Ramesh S, Moghimi E. *Health Psychol Open*. 2018 Spiritual health mediates the relationship between ego-strength and adjustment to heart disease. 18;5 (1)
- Bonderud, K., & Fleisher, M. (2004). New Study of College Students finds connection between spirituality, religiousness and mental health. *Spirituality in Higher Education*.
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. (2020) The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Available from SSRN: ssrn.com/abstract=3532534 2020
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cliteur, P.B. (2009) *Journal of Religion and Society*. Vol. 11 1-23
- Caricati L., Foà C., Fruggeri L., Tonarelli A. (2015). COPE-NVI-25: validazione italiana della versione ridotta della Coping Orientation to the Problems Experienced (COPE-NVI). *PSICOLOGIA DELLA SALUTE*. 123-140. DOI: 10.3280/PDS2015-002007
- Craske M, Wittchen U, Bogels S, Stein M, Andrews G, & Lebeu R (2013). Severity Measure for Social Anxiety Disorder (Social Phobia)—Child Age 11–17 [Measurement instrument
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2) 561-574
- Dreger, R. M. (1952). Some personality correlates of religious attitudes as determined by projective techniques. *Psychological Monographs*, 66, 335 Editore: Garzanti, Libri Collana: Le Garzantine 1981
- Ford, B. N., Yolken, R. H., Dickerson, F. B., Teague, T. K., Irwin, M. R., Paulus, M. P., & Savitz, J. (2018). Reduced immunity to measles in adults with major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 49(2), 243-249.
- Fossati, A., Borroni, S., & Del Corno, F. (2015). Scale di valutazione Adulti - American Psychiatric Association - Raffaello Cortina Editore - Ebook Raffaello Cortina Editore. Retrieved March 22, 2020, from <http://www.raffaellocortina.it/scheda-ebook/american-psychiatric-association/scale-di-valutazione-adulti-9788860307668-2150.html>
- Gall, T. L. (2003). The Role of Religious Resources for Older Adults Coping with Illness. *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, 57(2), 211-224
- Greenberg D., & Witzum E. (2001) *Sanity and Sanctity: Mental Health Work Amongst the Ultra-Orthodox in Jerusalem*. New Haven: Yale University Press.
- Guan, W., Ni, Z., Hu, Y., Liang, W., Ou, C., He, J., ... Zhong, N. (2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*. doi:10.1056/nejmoa2002032
- Hackney, C. H., & Sanders, G. S.(2003). Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42 (1), 43-55

- Hathaway, W. L. & K. I. Pargament. (1990). Intrinsic Religiousness, Religious Coping, and Psychological Competence: A Covariance Structure Analysis. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27(3): 339-410. DOI: 10.2307/1387310
- Hummer, R. A., Rogers, R. G., Nam, C. B., & Ellison, C. G. (1999). Religious involvement and U. S. adult mortality. *Demography*, 36, 273-285
- IBM Corp. (2017). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- James A., & Wells A. (2003) Religion and mental health: towards a cognitive-behavioural framework. *Br J Health Psychol.*; 8(Pt 3):359–76. doi:10.1348/135910703322370905
- James M. Nelson, *Psychology, Religion and Spirituality*, Springer (2009). https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-87573-6_5
- James, W. (1961). The varieties of religious experience. New York: Collier Books. (Original work published 1902). *Journal of Psychology and Theology*, 32, (1), 62-63
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (1997). Religion, Psychopathology, and Substance Use and Abuse: a Multimeasure, Genetic-Epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 154, 322-329. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.3.322>
- Kim, Y., Sohn, D. & Choi, S. (2011). Cultural difference in motivations for using social network sites: A comparative study of American and Korean college students. *Computers in Human Behavior*, 27, 365-372.
- Kline, R. B. (2011). *Methodology in the social sciences. Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York: Guilford Press
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., & Larson, D.B. (2001). *Handbook and religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lewis, C. A., Lanigan, C., & Stephen de Fockert, J. (1997). Religiosity and happiness: No evidence for an association among undergraduates. *Personality and Individual Differences*, 22, (1), 119-121
- Maslow A. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50: 370-396.
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19 (3), 211-222
- McCullough, M. E., & Willoughby, B. L. B. (2009). Religion, self-regulation, and self-control: Associations, explanations, and implications. *Psychological Bulletin*, 135(1), 69–93. <https://doi.org/10.1037/a0014213>
- Muthén, B., & Kaplan, D. (1985). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38(2), 171–189. doi.org/10.1111/j.2044-8317.1985.tb00832.x
- National Cancer Institute (2007). *Spirituality in Cancer Care*, Health Professional Version. <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/day-to-day/faith-and-spirituality/spirituality-hp-pdq>
- Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, Wagner G, Siebert U, Christof C, Zachariah C, Gartlehner G. (2020) Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD013574.
- Pilkonis, P.A., Choi, S.W., Reise, S.P., Stover, A.M., Riley, W.T., Cella, D., & PROMIS Cooperative Group. (2011). Item banks for measuring emotional distress from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®): Depression, anxiety, and anger. *Assessment*, 18(3), 263-283
- Poston, B. (2009). Maslow's hierarchy of needs. *Surgical Technologist*, 41 (8): 347–353
- Frankl, V. E. (1996). *Uno psicologo nei Lager*. Edizioni Ares

- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Decreto 8 marzo 2020, Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, Pubblicato nella G.U. 8 marzo 2020, n. 59, Edizione straordinaria
- R Core Team (2014). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria
- Rizzuto, A.-M. (2005). Psychoanalytic considerations about spiritually oriented psychotherapy. In L. Sperry & E. P. Shafranske (Eds.), *Spiritually oriented psychotherapy* (p. 51-50). Washington, DC: American Psychological Association
- Salsman, J.M., Brown, T.L., Brechting, E.H., & Carlson, C.R. (2005). The link between religion and spirituality and psychological adjustment: The mediating role of optimism and social support. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 522-535. doi:10.1177/0146167204271563
- Soraci, P., Ferrari, A., Abbiati, F. A., Del Fante, E., Pace, R. D., Urso, A., & Griffiths, M. D. (2020). Validation and Psychometric Evaluation of the Italian Version of the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*. doi: 10.1007/s11469-020-00277-1
- Spilka, B., & Schmidt, G. (1983). General Attribution Theory for the Psychology of Religion: The Influence of Event-Character on Attributions to God. *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 22, No. 4 - 326-339
- Strawbridge, W., Cohen, R., Shema, S., & Kaplan, G. A. (1997). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*, 87,(6) 957-961. doi: 10.2105/ajph.87.6.957
- Taylor S.E., & Stanton AL. (2007); Coping resources, coping processes, and mental health. *Annu Rev Clin Psychol*. (3):377-401. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520
- Terri L. Barrera, Peter J. Norton, Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, Volume 23, Issue 8, 2009, Pages 1086-1090
- Turner-Musa, J. & Lipscomb, L. S. (2007). Spirituality and social support on health behaviors of african american undergraduates. *American Journal of health behavior*, 31(5),495-501
- Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., ... Peng, Z. (2020). Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. doi:10.1001/jama.2020.1585
- Wildman, W., Bulbulia, J., Sosis R., & Schjoedt U., (2020) Religion and the Covid-19 pandemic, *Religion, Brain & Behavior*, 10:2, 115-117, DOI: 10.1080/2153599X.2020.1749339
- World Health Organization (2020). Coronavirus disease (COVID-2019): Situation report-54. Retrieved March 16, 2020, from: https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/situation-reports/20200314-sitrep-54-covid19.pdf?sfvrsn=dcd46351_2

