

**Giovanni Boccia, Luna Carpinelli, Pierpaolo Cavallo,
Giuseppina Marsico, Giulia Savarese**

REPORT DI RICERCA

**Indagine conoscitiva su
stress, qualità della vita, rischi, somatizzazione
negli studenti dell'Università di Salerno**



Impaginazione e grafica di Giulia Savarese

*Pubblicazione finanziata con i fondi del Centro di Counseling di Ateneo
dell'Università di Salerno*

Questa opera è protetta dalla Legge sul diritto d'autore (Legge n. 633/1941: http://www.giustizia.it/cassazione/leggi/1633_41.html). Tutti i diritti, in particolare quelli relativi alla traduzione, alla citazione, alla riproduzione in qualsiasi forma, all'uso delle illustrazioni, delle tabelle e del materiale software a corredo, alla trasmissione radiofonica o televisiva, alla registrazione analogica o digitale, alla pubblicazione e diffusione attraverso la rete Internet sono riservati, anche nel caso di utilizzo parziale. La riproduzione di questa opera, anche se parziale o in copia digitale, è ammessa solo ed esclusivamente nei limiti della Legge ed è soggetta all'autorizzazione dell'Editore.

La violazione delle norme comporta le sanzioni previste dalla Legge.

ISBN 978-88-95028-95-8

Copyright CUES ©2011

Cooperativa Universitaria Editrice Studi

via Ponte Don Melillo - Università di Salerno - Fisciano (SA)

Tel. 089964500 pbx - Fax 089964360

www.cues.it, e-mail: info@cues.it

*A chi ci ha insegnato ad ascoltare e a rispettare tutti...
a Michele Tesaro,
che è sempre nei nostri cuori*

(Giulia e Pina)

Indice

| | |
|---|--------------|
| Presentazione | p. 1 |
| Introduzione | p. 3 |
| L'indagine | p. 7 |
| Conclusioni | p. 23 |
| Bibliografia | p. 25 |
| Appendice 1: Il questionario | p. 29 |
| Appendice 2: Tabelle delle frequenze | p. 35 |

PRESENTAZIONE

L'indagine riporta i risultati di uno studio esplorativo, condotto da un gruppo di psicologi e medici da me coordinati, durante l'anno accademico 2010-2011. Essa rappresenta un primo approccio per indagare il benessere/malessere, nelle sue molteplici manifestazioni psichiche e fisiche, che gli studenti del nostro Ateneo presentano.

La finalità è stata eseguire uno screening sulla salute psicologica dei giovani, per meglio programmare le attività del Centro di Counseling di Ateneo, di recente riattivazione. Il volume si inserisce, perciò, proprio nelle attività del suddetto Centro.

*Giulia Savarese
co-direttore del Centro di Ateneo di Counseling Psicologico
dell'Università di Salerno*

Fisciano, 20/10/2011

INTRODUZIONE

(di Giulia Savarese e Luna Carpinelli)

In letteratura scientifica è largamente condivisa l'idea che il benessere fisico influisca notevolmente sugli stati d'animo e sulle emozioni di ciascun individuo e che questi, a loro volta, abbiano una certa ripercussione sul corpo.

Per queste ragioni, il vecchio concetto di malattia -intesa come effetto di una causa- è stato sostituito con una visione multifattoriale, secondo la quale ogni evento (e quindi anche una affezione organica) è conseguente all'intrecciarsi di molti fattori, come quello psicologico. Quest'ultimo, inoltre, in base alla sua natura, agisce favorendo l'insorgenza di una malattia o, al contrario, favorendo la guarigione.

Nello specifico, la psicosomatica pone in relazione la mente con il corpo, ossia congiunge il mondo emotivo ed affettivo con il corpo sofferente (soma), rivelando l'influenza che l'emozione esercita sul corpo e le sue affezioni.

Da questo punto di vista, come scrive Galimberti (1992), la medicina psicosomatica guarda all'uomo come un tutto unitario, dove la malattia si manifesta a livello organico quale sintomo, e a livello psicologico quale disagio. Secondo quest'ottica, è possibile distinguere malattie per le quali i fattori biologici, tossico-infettivi, traumatici o genetici hanno un ruolo preponderante, e malattie per le quali i fattori psico-sociali, sotto forma di emozioni, di conflitti attuali o remoti, sono caratteristici.

Per quanto riguarda i sintomi psicosomatici, pur non organizzandosi in vere e proprie malattie, si esprimono attraverso il corpo, coinvolgono il sistema nervoso e forniscono una risposta vegetativa a situazioni di disagio psichico o di stress. In tal caso, possono manifestarsi diverse sindromi cliniche, come colon irritabile, ulcera peptica, disturbi cutanei, bruxismo, etc.

È possibile affermare, quindi, che le malattie somatiche sono quelle che più strettamente realizzano uno dei meccanismi difensivi arcaici, con cui si attua un'espressione diretta del disagio psichico attraverso il corpo. In queste malattie l'ansia, la sofferenza e le emozioni, troppo dolorose per poter essere vissute e sentite, trovano una modalità di espressione immediata nel soma (il corpo). Spesso si tratta di persone che hanno difficoltà a far venire alla luce le proprie emozioni, che

4 *Report di ricerca*

separano dalle cose razionali ogni elemento di fantasia. Tutte le loro capacità difensive tendono a tener lontani contenuti psichici giudicati inaccettabili, a costo di distruggere il proprio corpo.

Quanto detto finora vuole essere una base scientifica di supporto agli obiettivi dell'indagine effettuata, che ha voluto identificare le problematiche, i fattori ambientali e le cause che possono rendere disfunzionale lo stile di vita di un giovane adulto.

Anche eventi di normale vita quotidiana possono portare a cambiamenti, talvolta radicali, dovuti all'adattamento. Quest'ultimo, malgrado ciò, è un'attività complessa, che si articola nella messa in atto di azioni finalistiche, destinate alla gestione o alla soluzione dei problemi, alla luce della risposta emotiva soggettiva suscitata da tali eventi.

La capacità di indirizzare le azioni adattative implica sia la possibilità di azioni, finalizzate a modificare l'ambiente in funzione delle necessità del soggetto, sia l'eventualità di intraprendere una modificazione di caratteristiche soggettive, per ottenere un migliore adattamento all'ambiente stesso.

L'adattamento dipende dalle capacità di *problem solving*, ma anche dalla presenza di opportuni elementi ambientali, economici o relazionali.

Per inquadrare la capacità di adattamento, occorre anche un asse temporale, composto di più varianti: l'età del soggetto, il suo tempo di reazione e quello richiesto dall'evento per ottenere un esito risolutivo efficace.

La prevedibilità, la conoscenza e la gravità degli eventi giocano un ruolo fondamentale nella possibilità di instaurare delle strategie adattative atte a gestirli.

Il maggiore o minore successo dei processi di adattamento è dato dal bilancio tra le caratteristiche qualitative e quantitative degli eventi che li suscitano e le risorse personali del soggetto coinvolto. Un individuo può essere capace di affrontare determinati eventi, ma non essere in grado di fronteggiare e gestire in modo adattativo, con gli stessi esiti, eventi differenti. Una risposta mal adattativa a un evento stressante può determinare l'insorgenza di un quadro patologico.

Tutti noi sperimentiamo molti eventi stressanti nel corso di una giornata, di una settimana o di un mese, come ad esempio sostenere un esame, fare un colloquio professionale o semplicemente guidare per recarsi al lavoro. Alcune circostanze possono, però, risultare più stressanti di altre. Molte persone riescono a fronteggiare livelli ordinari, e talvolta persino elevati, di stress in modo efficace; altre persone sono, invece, più vulnerabili, presentando talvolta sintomi di ansia generalizzata, attacchi di panico, depressione e malattie psicosomatiche.

Nel caso del bruxismo, esso rappresenta una patologia psicosomatica che consiste nel “digrignamento dei denti” durante il sonno, oppure un serramento dei denti che può avvenire, in modo più o meno consapevole, durante il giorno. Dal punto di vista psicologico, il bruxismo è legato ad un’elevata tensione emotiva e a stati d’ansia generalizzata. Dal punto di vista psicodinamico, si afferma che l’attività “parafunzionale” rappresenta una regressione fino alla fase orale dello sviluppo (o il permanere patologico della stessa), nella quale la bocca e la faccia sono utilizzate per sfogare la frustrazione, lo stress e la rabbia.

La presente indagine ha avuto il fine di individuare, in un campione di studenti universitari, il livello di stress, somatizzazione, disagio psicologico percepito e quali potessero essere i fattori che causano tali sofferenze.

Inoltre, la scelta di focalizzare l’attenzione sugli studenti universitari non è casuale, ma risiede nel fatto che essi si trovano in una fase particolarmente delicata e importante della vita, la prima età adulta, nella quale, oltre a ricevere una formazione culturale e delle specifiche competenze professionali, vivono anche un momento decisivo per lo sviluppo della propria identità. Basti pensare al passaggio dalla scuola superiore all’università e, per alcuni ragazzi, alle difficoltà che si possono incontrare in seguito all’allontanamento dalla città d’origine, al distacco dall’ambiente familiare, alla ricerca di nuovi punti di riferimento, con la necessità di affrontare la crescente autonomia nella gestione del tempo, dello studio e dei rapporti sociali.

L'INDAGINE

*(di Giovanni Boccia, Luna Carpinelli, Pierpaolo Cavallo,
Giuseppina Marsico, Giulia Savarese)*

1. OBIETTIVI

Obiettivo dell'indagine è stato quello di determinare la prevalenza di:

- Bruxismo;
- Stress percepito;
- Vulnerabilità allo stress;
- Percezione del benessere;
- Valutazione della qualità della vita correlata alla salute

in un gruppo di studenti di alcuni Corsi di Laurea dell'Università di Salerno, precisamente Medicina e Chirurgia, Scienze della Formazione Primaria, Ingegneria Civile, Informatica.

I dati raccolti sono stati posti in relazione con i diversi tipi di "stressors" (accademici, fisici, psicologici, sociali, economici) che influenzano, nella maggior parte dei casi, la vita dello studente universitario.

Le finalità sono state quelle di:

- individuare il livello di stress e di disagio psicologico percepito dal campione esaminato;
- delineare un profilo dei soggetti maggiormente vulnerabili allo stress;
- conseguentemente, individuare quali siano i fattori che più di tutti influiscono sullo sviluppo del disagio, in modo tale da identificarne le cause e prevenirlo.

8 *Report di ricerca*

2. STRUMENTO E PROCEDURE

Lo strumento di indagine utilizzato è stato un questionario autocompilato in forma anonima (vedi Allegato 1).

Il questionario era composto di sei schede, ognuna delle quali caratterizzata da un'area di indagine:

- 1) anagrafica;
- 2) stressors;
- 3) scala dello stress percepito (PSS-14);
- 4) scala della vulnerabilità allo stress (SVS);
- 5) valutazione della qualità della vita e del benessere (EQ-5D/ MSWBI);
- 6) bruxismo.

Vediamole nel dettaglio:

- 1) **ANAGRAFICA:** comprende informazioni strutturali quali sesso, età, corso di laurea, anno di iscrizione, stato civile, nonché quelle variabili indipendenti che possono influenzare (in modo positivo e/o negativo) lo stile di vita dello studente: frequentare l'università da "fuori sede", praticare sport regolarmente, avere un'attività sessuale regolare, consumare tabacco e/o alcol e/o droga, sentirsi in forma, dormire regolarmente.
- 2) **STRESSORS:** scheda costruita ad hoc, comprende l'elenco dei fattori che possono produrre stress. Per ogni stressor è stato richiesto di attribuire un peso ("quanto") ed una frequenza ("quando"). Da tali indici è stato possibile calcolare il "total stress score" (TSS = peso x frequenza), ossia il punteggio complessivo di stress per ciascun soggetto (Ross, Niebling, Heckert, 1999; Misra, Castillo, 2004; Lee, Kang, Yum, 2005).

3) **PSS-14 (Perceived Stress Score-14):** è una scala, composta da 14 item, che valuta lo stress percepito (Cohen et al., 1983).

4) **SVS (Stress Vulnerability Scale):** questo strumento di indagine (Sheehan et al., 1990), già usato in una precedente ricerca su studenti dell'Università di Roma (Armando et al., 2008), ha come scopo la valutazione della vulnerabilità allo stress, attraverso uno score complessivo (SVS), dal quale è possibile ricavare 3 sottoscale, che sono:

- tensione;
- demoralizzazione;
- ridotto supporto sociale.

5) **MSWBI (Medical Student Well Being Index) e EQ-5D (Health Related Quality of Life):**

- il MSWBI (Drybye et al., 2010) è una scala di benessere sintetica (7 item) realizzata per la valutazione del well-being negli studenti;
- l'EQ-5D (EuroQOL Group, 1990) è una scala utilizzata -sia nella pratica clinica che sugli out come- per indagare il benessere correlato alla qualità della vita. E' costituita da 5 item (riferiti alla mobilità, self-care, usual activities, dolore/fastidio e ansia/depressione), con indice complessivo (EQ-index) ed una scala generale in formato visivo (EQ-VAS).

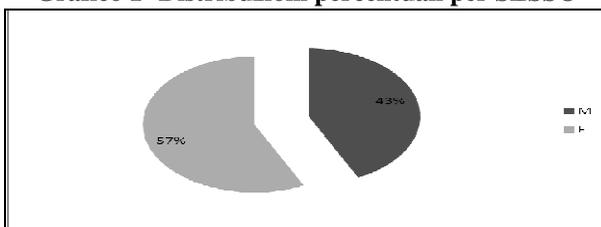
6) **BRUXISMO:** scheda costruita ad hoc, comprendente una scala composta da 13 item a risposta Likert a 5 livelli, con un supplemento di 6 domande accessorie (Eftekharian, Raad, Gholami-Ghasri, 2008; Falace, 2007).

Il questionario è stato somministrato agli intervistati in un'unica seduta, in presenza di più assistenti all'indagine, il cui compito è stato fornire eventuali chiarimenti e precisazioni.

3. PARTECIPANTI

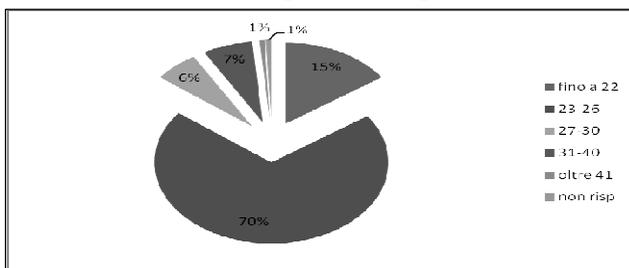
Il campione di indagine è composto da 274 studenti, di cui 117 maschi e 157 femmine (vedi Grafico 1).

Grafico 1- Distribuzioni percentuali per SESSO



Di questi, il 70% rientra nella fascia d'età tra i 23 e i 26 anni (vedi Grafico 2).

Grafico 2 – Distribuzioni percentuali per FASCIA D'ETÀ



L'indagine si è svolta presso alcuni Corsi di laurea dell' Università di Salerno. Come si può notare dal Grafico 3, il 49% dei partecipanti frequenta Scienze della Formazione Primaria, il 22% Informatica, il 17% Ingegneria Civile, il 12% Medicina e Chirurgia.

Tutti gli studenti sono iscritti al terzo anno di corso.

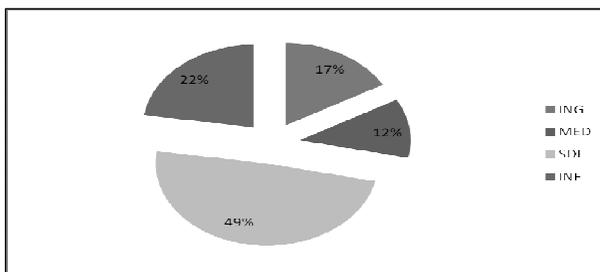
Inoltre, i Corsi di Laurea in oggetto sono stati suddivisi in due gruppi (vedi Grafico 4):

- **HELPING PROFESSIONS** (ovvero relativi alle cosiddette “professioni di aiuto”) (61% del campione): Medicina e Chirurgia (MED) – Scienze della Formazione Primaria (SDF)
- **NON-HELPING PROFESSIONS** (39% del campione): Ingegneria Civile (ING) – Informatica (INF).

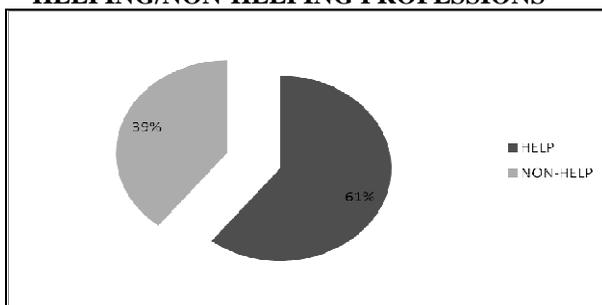
Tale differenziazione è risultata utile ai fini della ricerca, volendo approfondire il problema delle strategie di *coping* impiegate per fronteggiare lo stress nelle cosiddette “helping professions”. Nello specifico, le “helping professions” sono le professioni che si occupano di aiutare il prossimo nella sfera sociale e psicologica. Queste figure sono caricate da una duplice fonte di stress: il proprio e quello della persona aiutata.

L’azione patogena degli “stressors”, protratta nel tempo, può indurre *burnout* lavorativo e manifestazioni sintomatologiche dell’ansia, nelle sue molteplici espressioni psicosomatiche.

Grafico 3 – Distribuzioni percentuali per CORSI DI LAUREA

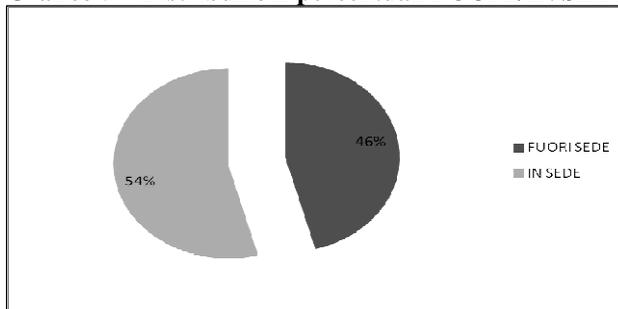


**Grafico 4 – Distribuzioni percentuali per Corsi di Laurea
HELPING/NON-HELPING PROFESSIONS**



Il 54% del campione è composto da studenti “in sede”, mentre il 46% sono gli studenti “fuori sede” (vedi Grafico 5). L’omogeneità tra i due gruppi ha permesso l’identificazione e la conseguente discriminazione dei fattori intrinseci al “mondo universitario”, fattori che possono influenzare la qualità della vita dello studente. Infatti, non solo sostenere gli esami, preparare la tesi di laurea, frequentare i corsi di lezione, influenza la qualità della vita dello studente, ma anche i cambiamenti che seguono, in genere, il trasferimento presso la sede universitaria, come il cambio dell’abitazione (per i fuori sede), l’inserimento in nuovi gruppi amicali, la gestione autonoma del denaro, etc.

Grafico 5 – Distribuzioni percentuali FUORI/IN SEDE



4. PROCEDURE STATISTICHE

I dati sono stati elaborati con il programma di analisi statistica STATSDIRECT. Dapprima è stata eseguita un'analisi delle frequenze statistiche (vedi Allegato 2), nella quale, ai vari valori del carattere preso in considerazione (sia qualitativo che quantitativo), è stata associata la corrispondente frequenza assoluta o relativa. In seguito, è stata eseguita l'Analisi della Varianza (ANoVA), per confrontare due o più gruppi di dati, raffrontando la variabilità *interna* a questi gruppi con la variabilità *tra* i gruppi stessi. Infine, sono state approfondite le correlazioni tra le variabili prese in esame. Nello specifico, per l'analisi di correlazione è stato utilizzato il coefficiente TAU di Kendall, ossia un metodo non parametrico di significatività che lavora anche su piccoli gruppi di soggetti.

5. ANALISI DEI DATI

a) DATI GENERALI RELATIVI ALLE VARIABILI STRUTTURALI ¹

Emerge che il 50,7% dei soggetti pratica regolarmente sport ($M^*=63,2\%$; $F^*=41,4\%$), il 65,3% ha una vita sessuale regolare ($M^*=68,4\%$; $F^*=63,1\%$), il 24,5% è tabagista ($M^*=23,1\%$; $F^*=25,5\%$). Di quest'ultimo dato, relativo al consumo di tabacco, è utile evidenziare che il 5,8% del campione è composto da ex-fumatori.

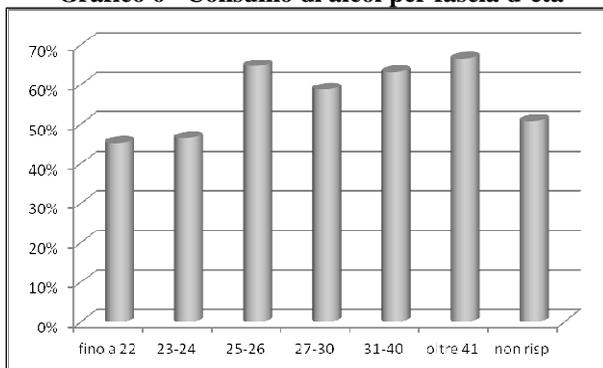
Per quanto riguarda il consumo di bevande alcoliche, è emerso che il 50,4% degli studenti fa uso di alcol ($M^*=69,2\%$; $F^*=36,3\%$). Nello specifico, abbiamo approfondito le analisi, correlando il consumo di alcol con la variabile "Corsi di Laurea". È stato riscontrato, così, che nei Corsi di Laurea "non helping professions", il consumo di alcol è superiore rispetto ai Corsi di Laurea "helping professions": infatti, nei

¹ Le frequenze in percentuale indicate con tale simbolo (*) si riferiscono al gruppo relativo al genere sessuale, nella fattispecie: M= 117, F= 157

14 *Report di ricerca*

primi il consumo è del 69,6% per gli studenti di Ingegneria Civile e del 66,1% per gli studenti di Informatica, mentre tale percentuale diminuisce (seppure il dato risulta comunque importante) al 50% per gli studenti di Medicina e Chirurgia e del 36,6% per i frequentanti di Scienze della Formazione Primaria. È ipotizzabile che ad influenzare tale consumo elevato non sia solo la variabile “sesso” ($M^*=69,2\%$; $F^*=36,3\%$), come spesso la letteratura in materia riporta, ma anche le conoscenze che ciascuno studente ha dei rischi di assunzione. Tali conoscenze possono essere acquisite durante il percorso di studi, soprattutto se si tratta di Corsi di Laurea che si occupano del benessere e della cura della persona (ovvero quelli “helping professions”). Inoltre, è importante evidenziare anche il dato relativo all’età degli studenti che consumano alcol. Come si può notare dal Grafico 6, la fascia d’età maggiormente a rischio è quella che oscilla tra i 18 ed i 26 anni. Nel processo di crescita appare primaria la costruzione e il rafforzamento della propria identità: il consumo di alcol spesso permette di sentirsi adulti e serve, talvolta, alla fuga e all’evasione dalle difficoltà.

Grafico 6 – Consumo di alcol per fascia d’età



Per quanto concerne il consumo di droghe, il 19,7% del campione, dichiara di far uso di droghe, soprattutto di cannabis. La giovane età

adulta risulta, infatti, essere maggiormente esposta al fenomeno dell'uso e dell'abuso di stupefacenti. Spesso è l'uso precoce di tabacco o alcol a rappresentare il primo passo che porta verso le “sostanze”. Le droghe producono e stimolano sensazioni di piacere, apprezzate dai giovani, poiché incidono sulle emozioni, sulle prestazioni personali, sul tono dell'umore, rispondendo, così, al bisogno di divertimento, di integrarsi in un gruppo, di demarcare l'ingresso in un mondo più adulto e autonomo, alla curiosità di spingersi oltre il limite, di sfuggire ad una realtà percepita come problematica.

Infine, il 58% degli studenti dichiara di “sentirsi in forma”; il 62,4% di “dormire bene”; l'88,3% “fa qualcosa per divertirsi almeno una volta a settimana” ed il 69% non ha difficoltà ad organizzare efficientemente il “proprio tempo”.

b) DIFFERENZE STATISTICHE PER VARIABILI

Come già detto, è stata eseguita l'Analisi della Varianza, per definire le differenze tra i gruppi rispetto alle variabili indagate e, in seguito, è stata compiuta un'analisi correlazione tra i vari strumenti di ricerca utilizzati.

 **VARIABILE SESSO:** sono emerse differenze di genere (vedi Tabella 1), non solo per quanto riguarda la frequenza degli esami, che influenzano la *vita universitaria* di ciascuno studente, ma la percezione di stress di ognuno (PSS-14: $p=0,0082$). Nello specifico, le femmine hanno maggiore sensibilità e vulnerabilità allo stress (SVS: $p=0,026$), facendo registrare un'aprezzabile significatività statistica in particolare nella sub-scala della demoralizzazione (SVS DEM: $p=0,0005$). Esaminando indipendentemente i gruppi (maschi e femmine), si evidenzia per i maschi una significatività statistica maggiore sia per quanto concerne la percezione e la vulnerabilità allo stress, sia per l'effetto che questo, sovente, comporta, ovvero una patologia psicosomatica, nel nostro caso il bruxismo (vedi Tabella 2). Di contro, queste significatività statistiche non emergono nelle risposte del gruppo delle femmine (vedi Tabella 2).

16 Report di ricerca

Tabella 1 – Analisi della Varianza per i gruppi maschi - femmine

| Risultati ANOVA M vs. F | M | F | F | P | S/NS |
|-------------------------------------|-------------|------------|-----------|--------|------|
| ANOVA M-F ETA' (anni) | 24,393162 | 24,941935 | 1,347763 | 0,2467 | NS |
| ANOVA M-F Stressors TOT PESO (no 9) | 73,111111 | 80,324841 | 6,821368 | 0,0095 | ** |
| ANOVA M-F Stressors TOT FREQ (no 9) | 43,213675 | 45,866242 | 3,91384 | 0,0489 | * |
| ANOVA M-F TSS (no 9) | 3333,068376 | 3849,75159 | 5,807939 | 0,0166 | * |
| ANOVA M-F Stress perc. PSS-14 | 45,65812 | 47,407643 | 7,089987 | 0,0082 | ** |
| ANOVA M-F PSS-10 | 31,871795 | 32,872611 | 4,317359 | 0,0387 | * |
| ANOVA M-F PSS-4 | 12,247863 | 12,656051 | 2,634538 | 0,1057 | NS |
| ANOVA M-F Vuln. Stress SVS | 12,512821 | 13,433121 | 5,011431 | 0,026 | * |
| ANOVA M-F SVS TEN | 4,247863 | 4,904459 | 12,068848 | 0,0006 | ** |
| ANOVA M-F SVS DEM | 3,923077 | 4,585987 | 12,358693 | 0,0005 | ** |
| ANOVA M-F SVS SUP | 4,34188 | 3,942675 | 6,389506 | 0,012 | * |
| ANOVA M-F Stress studente MSWBI | 9,675214 | 10,363057 | 3,258151 | 0,0722 | NS |
| ANOVA M-F EQ-5D EQ score | 1,174359 | 1,26242 | 8,441607 | 0,004 | ** |
| ANOVA M-F EQ-5D EQ VAS | 64,880342 | 62,044586 | 0,585657 | 0,4448 | NS |
| ANOVA M-F Brux SCORE | 20,538462 | 22,484076 | 3,729507 | 0,0545 | NS |

Tabella 2 – Correlazione TSS per i vari test utilizzati

| Risultati Kendall per TSS Vs. Strumenti | M conc | M dip | S/NS | F conc | F dip | S/NS |
|---|---------|---------|------|---------|---------|------|
| PSS-14 | 0,0009 | 0,0017 | ** | 0,1701 | 0,3401 | NS |
| SVS | <0,0001 | <0,0001 | ** | <0,0001 | <0,0001 | ** |
| MSWBI | <0,0001 | <0,0001 | ** | 0,0264 | 0,0528 | * |
| EQ-5D | <0,0001 | <0,0001 | ** | 0,0969 | 0,1938 | NS |
| BRUX | 0,0004 | 0,0008 | ** | 0,1758 | 0,3515 | NS |



VARIABILE HELPING/NON HELPING PROFESSIONS:

risulta una sensibile significatività statistica tra i punteggi ottenuti al PSS-14 (vedi Tabella 3): la media dei punteggi è maggiore nelle “helping professions”. Ne consegue che, in tali professioni, è maggiore il rischio di somatizzazione, perché, evidentemente, maggiore è la percezione dello stress. Questo discorso vale anche per le correlazioni tra i punteggi ottenuti ai vari strumenti di ricerca utilizzati (vedi Tabella 4).

Tabella 3 – Analisi della Varianza tra i gruppi helping/non-helping professions

| Risultati ANOVA HELP vs. NON-HELP | H | NON-H | F | P |
|--|-------------|-------------|-----------|--------|
| ANOVA H-NONH ETA' (anni) | 25,237805 | 23,898148 | 8,037906 | 0,0049 |
| ANOVA H-NONH Stressors TOT PESO (no 9) | 77,373494 | 77,046296 | 0,013362 | 0,9081 |
| ANOVA H-NONH Stressors TOT FREQ (no 9) | 44,39759 | 45,25 | 0,389431 | 0,5331 |
| ANOVA H-NONH TSS (no 9) | 3606,771084 | 3663,481481 | 0,066877 | 0,7961 |
| ANOVA H-NONH Stress perc. PSS-14 | 47,536145 | 45,314815 | 11,324473 | 0,0009 |
| ANOVA H-NONH PSS-10 | 32,96988 | 31,638889 | 7,539464 | 0,0064 |
| ANOVA H-NONH PSS-4 | 12,76506 | 12,046296 | 8,132265 | 0,0047 |
| ANOVA H-NONH Vuln. Stress SVS | 12,981928 | 13,12963 | 0,123763 | 0,7253 |
| ANOVA H-NONH SVS TEN | 4,740964 | 4,444444 | 2,319831 | 0,1289 |
| ANOVA H-NONH SVS DEM | 4,355422 | 4,222222 | 0,466618 | 0,4951 |
| ANOVA H-NONH SVS SUP | 3,885542 | 4,462963 | 13,374204 | 0,0003 |
| ANOVA H-NONH Stress studente MSWBI | 9,987952 | 10,194444 | 0,283484 | 0,5949 |
| ANOVA H-NONH EQ-5D EQ score | 1,233735 | 1,211111 | 0,528447 | 0,4679 |
| ANOVA H-NONH EQ-5D EQ VAS | 62,156627 | 64,944444 | 0,552367 | 0,458 |
| ANOVA H-NONH Brux SCORE | 22,343373 | 20,592593 | 2,939007 | 0,0876 |

Tabella 4 – Correlazione TSS per i vari test utilizzati

| Risultati Kendall per TSS Vs. Strumenti | H conc | H dip | S/NS | NON-H conc | NON-H dip | S/NS |
|---|---------|---------|------|------------|-----------|------|
| PSS-14 | 0,1851 | 0,3703 | NS | <0,0001 | <0,0001 | ** |
| SVS | <0,0001 | <0,0001 | ** | 0,0001 | 0,0002 | ** |
| MSWBI | 0,0007 | 0,0015 | ** | 0,0003 | 0,0006 | ** |
| EQ-5D | 0,0049 | 0,0098 | ** | 0,0005 | 0,001 | ** |
| BRUX | 0,0175 | 0,0349 | * | 0,0007 | 0,0014 | ** |

✚ **VARIABILE ALCOL:** tra le differenze riscontrate, si evidenzia la principale significatività statistica emersa nella sottoscala dello Stress Vulnerability Score ($p=0,008$) (vedi Tabella 5). Negli studenti che consumano alcol, infatti, si notano correlazioni tra la vulnerabilità allo stress e la percezione negativa della propria qualità di vita, il rischio di somatizzazione ed alti valori di percezione dello stress (vedi Tabella 6).

Da qualche tempo, la letteratura scientifica ha evidenziato come il consumo/abuso di alcol, anche nella prima età adulta, sia strettamente connesso con il bisogno di approvazione sociale, di identificazione di gruppo, di autostima. Ciò emerge anche dall'analisi dei nostri dati: gli studenti intervistati che dichiarano di far uso di alcol, presentano sovente tensione psicologica e demoralizzazione (vedi Tabella 7). Questo dato evidenzia la necessità di prevenzione e il bisogno, spesso, di un supporto psicologico.

**Tabella 5 - Analisi della Varianza tra i gruppi
alcol/non-alcol**

| Risultati ANOVA ALC_Si vs. ALC_NO | ALC_Si | ALC_NO | F | P | S/NS |
|---|-----------|-----------|----------|---------|------|
| ANOVA ALC_Si-NO ETA' (anni) | 24,985401 | 24,503937 | 1,000739 | 0,3181 | NS |
| ANOVA ALC_Si-NO Stressors TOT PESO (no 9) | 77,42029 | 78,09375 | 0,059109 | 0,8081 | NS |
| ANOVA ALC_Si-NO Stressors TOT FREQ (no 9) | 45,057971 | 44,757812 | 0,049354 | 0,8244 | NS |
| ANOVA ALC_Si-NO TSS (no 9) | 3656,6594 | 3662,9297 | 0,000835 | 0,977 | NS |
| ANOVA ALC_Si-NO Stress perc. PSS-14 | 46,07971 | 47,289062 | 3,281943 | 0,0712 | NS |
| ANOVA ALC_Si-NO PSS-10 | 32,15942 | 32,765625 | 1,53484 | 0,2165 | NS |
| ANOVA ALC_Si-NO PSS-4 | 12,224638 | 12,78125 | 4,902437 | 0,0277 | * |
| ANOVA ALC_Si-NO Vuln. Stress SVS | 12,637681 | 13,414062 | 3,502636 | 0,0624 | NS |
| ANOVA ALC_Si-NO SVS TEN | 4,507246 | 4,703125 | 1,05893 | 0,3044 | NS |
| ANOVA ALC_Si-NO SVS DEM | 4,065217 | 4,578125 | 7,143396 | 0,008 | ** |
| ANOVA ALC_Si-NO SVS SUP | 4,065217 | 4,132812 | 0,179941 | 0,6718 | NS |
| ANOVA ALC_Si-NO Stress studente MSWBI | 9,73913 | 10,398438 | 3,046653 | 0,00821 | NS |
| ANOVA ALC_Si-NO EQ-5D EQ score | 1,217391 | 1,229688 | 0,160398 | 0,6891 | NS |
| ANOVA ALC_Si-NO EQ-5D EQ VAS | 62,572464 | 63,570312 | 0,071474 | 0,7894 | NS |
| ANOVA ALC_Si-NO Brux SCORE | 21,717391 | 21,640625 | 0,005562 | 0,9406 | NS |

Tabella 6 – Correlazioni TSS per i vari test utilizzati

| Risultati Kendall per TSS Vs. Strumenti | ALC_Si conc | ALC_Si dip | S/NS | ALC_NO conc | ALC_NO dip | S/NS |
|---|-------------|------------|------|-------------|------------|------|
| PSS-14 | 0,0003 | 0,0007 | ** | 0,15 | 0,2999 | NS |
| SVS | <0,0001 | <0,0001 | ** | <0,0001 | <0,0001 | ** |
| MSWBI | <0,0001 | <0,0001 | ** | 0,004 | 0,008 | ** |
| EQ-5D | 0,0001 | 0,0003 | ** | 0,0306 | 0,0611 | NS |
| BRUX | 0,0005 | 0,0009 | ** | 0,0784 | 0,1568 | NS |

Tabella 7 – Correlazioni TSS per Sottoscale SVS

| Addendum Kendall per TSS Vs. sub-scale SVS | ALC_Si conc | ALC_Si dip | S/NS | ALC_NO conc | ALC_NO dip | S/NS |
|--|-------------|------------|------|-------------|------------|------|
| SVS TEN | <0,0001 | <0,0001 | ** | 0,0023 | 0,0046 | ** |
| SVS DEM | <0,0001 | <0,0001 | ** | <0,0001 | <0,0001 | ** |
| SVS SUP | 0,0595 | 0,119 | NS | 0,0104 | 0,0208 | * |

 **VARIABILE FUMO:** è emersa un'apprezzabile significatività nella sottoscala della *demoralizzazione* del SVS (Stress Vulnerability Scale) ($p=0,01$) (vedi Tabella 8). Esaminando nello specifico i due gruppi (fumatori - non fumatori), emergono correlazioni tra il punteggio totale di stress (TSS) ed i valori degli altri strumenti di ricerca utilizzati. Infatti, diversamente da quanto si potrebbe

ipotizzare, i nostri dati ci dicono che sono gli studenti non fumatori a dichiarare di essere esposti maggiormente allo stress e alle sue conseguenti somatizzazioni (vedi Tabella 9). Ciò, probabilmente, perché il fumo, spesso, acquisisce il significato simbolico di una modalità “ritualizzata” di detenere le tensioni. Inoltre, sia nei dati concernenti la scala *tensione* che in quella del *supporto sociale*, emerge una maggiore significatività delle risposte dei non fumatori (vedi Tabella 10).

Tabella 8 - Analisi della Varianza tra i gruppi fumo/non-fumo

| Risultati ANOVA FUM_SI vs. FUM_NO | FUM_SI | FUM_NO | F | P | S/NS |
|---|------------|-----------|---------|--------|------|
| ANOVA FUM_SI-NO ETA' (anni) | 24,731343 | 24,516129 | 0,18607 | 0,6666 | NS |
| ANOVA FUM_SI-NO Stressors TOT PESO (no 9) | 78,074627 | 77,968085 | 0,00106 | 0,974 | NS |
| ANOVA FUM_SI-NO Stressors TOT FREQ (no 9) | 46,38806 | 44,196809 | 1,92417 | 0,1666 | NS |
| ANOVA FUM_SI-NO TSS (no 9) | 3828,13433 | 3612,1809 | 0,71868 | 0,3974 | NS |
| ANOVA FUM_SI-NO Stress perc. PSS-14 | 46,492537 | 46,62766 | 0,02919 | 0,8645 | NS |
| ANOVA FUM_SI-NO PSS-10 | 32,61194 | 32,297872 | 0,29926 | 0,5848 | NS |
| ANOVA FUM_SI-NO PSS-4 | 12,268657 | 12,484043 | 0,52989 | 0,4673 | NS |
| ANOVA FUM_SI-NO Vuln. Stress SVS | 12,656716 | 13,239362 | 1,42207 | 0,2342 | NS |
| ANOVA FUM_SI-NO SVS TEN | 4,701493 | 4,632979 | 0,09113 | 0,763 | NS |
| ANOVA FUM_SI-NO SVS DEM | 3,910448 | 4,494681 | 6,74457 | 0,01 | ** |
| ANOVA FUM_SI-NO SVS SUP | 4,044776 | 4,111702 | 0,12912 | 0,7196 | NS |
| ANOVA FUM_SI-NO Stress studente MSWBI | 9,970149 | 10,047872 | 0,03122 | 0,8599 | NS |
| ANOVA FUM_SI-NO EQ-5D EQ score | 1,2 | 1,226596 | 0,56712 | 0,4521 | NS |
| ANOVA FUM_SI-NO EQ-5D EQ VAS | 65,208955 | 63,393617 | 0,18126 | 0,6707 | NS |
| ANOVA FUM_SI-NO Brux SCORE | 22,014925 | 21,244681 | 0,43112 | 0,512 | NS |

Tabella 9 – Correlazioni TSS per i vari test utilizzati

| Risultati Kendal per TSS Vs. Strumenti | FUM_SI conc | FUM_SI dip | S/NS | FUM_NO conc | FUM_NO dip | S/NS |
|--|-------------|------------|------|-------------|------------|------|
| PSS-14 | 0,0047 | 0,0095 | ** | 0,0156 | 0,0313 | * |
| SVS | 0,0082 | 0,0164 | * | <0,0001 | <0,0001 | ** |
| MSWBI | 0,1634 | 0,3268 | NS | <0,0001 | <0,0001 | ** |
| EQ-5D | 0,6262 | 0,7476 | NS | <0,0001 | <0,0001 | ** |
| BRUX | 0,1109 | 0,2218 | NS | 0,002 | 0,004 | ** |

20 Report di ricerca

Tabella 10 – Correlazioni TSS per Sottoscale SVS

| Addendum Kendall per TSS Vs. sub-scale SVS | FUM_Si conc | FUM_Si dip | S/NS | FUM_NO conc | FUM_NO dip | S/NS |
|--|-------------|------------|------|-------------|------------|------|
| SVS TEN | 0,0849 | 0,1698 | NS | <0,0001 | <0,0001 | ** |
| SVS DEM | 0,0002 | 0,0005 | ** | <0,0001 | <0,0001 | ** |
| SVS SUP | 0,2928 | 0,5856 | NS | 0,0053 | 0,0106 | * |

 **VARIABILE SONNO:** tale variabile appare con maggiore interesse epidemiologico all'interno dell'indagine, vista l'alta percentuale di studenti che dichiara di avere un sonno disturbato (35%). Il sonno, infatti, è influenzato dal particolare valore emotivo-stressogeno che gli studenti spesso danno agli esami universitari e anche per la tensione, demoralizzazione e somatizzazione che è conseguente a tali prove di valutazione (vedi Tabella 11). Gli studenti che dichiarano di avere un sonno disturbato o difficoltà di addormentamento, infatti, risultano avere maggiore vulnerabilità allo stress e si rappresentano maggiormente in maniera negativa la propria qualità della vita.

**Tabella 11 – Analisi della Varianza tra i gruppi
sonno/non-sonno**

| Risultati ANOVA SON_Si vs. SON_NO | SON_Si | SON_NO | F | P | S/NS |
|---|-----------|----------|----------|---------|------|
| ANOVA SON_Si-NO ETA' (anni) | 24,538012 | 25,01064 | 0,915231 | 0,3396 | NS |
| ANOVA SON_Si-NO Stressors TOT PESO (no 9) | 73,403509 | 84,16667 | 14,12417 | 0,0002 | ** |
| ANOVA SON_Si-NO Stressors TOT FREQ (no 9) | 43,181287 | 47,67708 | 10,78233 | 0,0012 | ** |
| ANOVA SON_Si-NO TSS (no 9) | 3342,4035 | 4160,708 | 13,74044 | 0,0003 | ** |
| ANOVA SON_Si-NO Stress perc. PSS-14 | 46,02924 | 47,63542 | 5,346945 | 0,0215 | * |
| ANOVA SON_Si-NO PSS-10 | 32,064327 | 32,96875 | 3,190506 | 0,0752 | NS |
| ANOVA SON_Si-NO PSS-4 | 12,502924 | 12,40625 | 0,131507 | 0,7172 | NS |
| ANOVA SON_Si-NO Vuln. Stress SVS | 12,116959 | 14,64583 | 38,34139 | <0,0001 | ** |
| ANOVA SON_Si-NO SVS TEN | 4,274854 | 5,21875 | 23,6231 | <0,0001 | ** |
| ANOVA SON_Si-NO SVS DEM | 3,912281 | 5,010417 | 33,03965 | <0,0001 | ** |
| ANOVA SON_Si-NO SVS SUP | 3,929825 | 4,416667 | 8,727172 | 0,0034 | ** |
| ANOVA SON_Si-NO Stress studente MSWBI | 9,538012 | 10,85417 | 11,55549 | 0,0008 | ** |
| ANOVA SON_Si-NO EQ-5D EQ score | 1,180117 | 1,308333 | 16,69281 | <0,0001 | ** |
| ANOVA SON_Si-NO EQ-5D EQ VAS | 65,169591 | 59,82292 | 1,908696 | 0,1683 | NS |
| ANOVA SON_Si-NO Brux SCORE | 20,853801 | 23,23958 | 5,262447 | 0,0226 | * |

Tabella 12 – Correlazioni TSS per i vari test utilizzati

| Risultati Kendall per TSS Vs. Strumenti | SON_SI conc | SON_SI dip | S/NS | SON_NO conc | SON_NO dip | S/NS |
|---|----------------|---------------|------|----------------|---------------|------|
| PSS-14 | 0,0177 | 0,0355 | * | 0,0323 | 0,0646 | NS |
| SVS | <0,0001 | <0,0001 | ** | 0,0041 | 0,0083 | ** |
| MSWBI | 0,0001 | 0,0002 | ** | 0,02 | 0,04 | * |
| EQ-5D | 0,013 | 0,0261 | * | 0,0092 | 0,0185 | * |
| BRUX | 0,0072 | 0,0144 | * | 0,2319 | 0,4638 | NS |

CONCLUSIONI

*(di Giulia Savarese, Giuseppina Marsico,
Luna Carpinelli)*

La letteratura esistente e i dati emersi da questa indagine evidenziano lo stato di sofferenza psicologica associata alla percezione di un elevato livello di stress nei “giovani adulti”, che vivono una fase di sviluppo particolarmente significativa rispetto alla definizione della propria identità. La tappa evolutiva della giovinezza, infatti, ridefinisce, attraverso importanti cambiamenti, alcuni fattori di riferimento del giovane, quali la vita relazionale e sociale, il rapporto con la famiglia di origine, il bisogno di approvazione sociale e di affermazione della propria identità.

Nel corso degli anni '40, Erik Erickson si occupò a lungo della questione dell'identità, definendola come il tentativo dell'individuo di rappresentarsi se stesso come persona unica ed emotivamente indipendente. Per Erickson (1986), la ricerca dell'identità rappresenta un bisogno umano fondamentale, che comincia a manifestarsi nell'adolescenza. Soprattutto, però, nella prima età adulta, il giovane cerca di affermare se stesso come individuo e, allo stesso tempo, di mantenere dei legami con gli elementi significativi del passato, nonché di accettare i valori di un gruppo sociale di riferimento. La conquista dell'identità introduce all'età adulta, poiché fa da ponte tra le esperienze dell'adolescenza e gli obiettivi, i valori e le decisioni che permettono ad ogni giovane di “trovare” il suo posto nella società. Tuttavia, questa crescita psicologica è messa in discussione, spesso, da un'ampia gamma di fattori che minacciano lo sviluppo del giovane. Ci riferiamo, per esempio, alla sperimentazione del rischio che alcuni ragazzi ricercano in azioni pericolose, quali, ad esempio, l'uso di droghe e il consumo eccessivo di alcol. Di queste tendenze vi è traccia in molti studi e sembrerebbe che la causa che spinge il giovane a rifugiarsi in questi “mondi” rischiosi sia non solo la scarsa capacità di giudizio, ma anche il tentativo di allontanarsi dai propri problemi, nonché la volontà di sperimentare i propri “limiti”.

In tal senso, questa sperimentazione di comportamenti rischiosi, se circoscritta nelle modalità e limitata nel tempo, assolverebbe ad una funzione evolutiva, contribuendo, a qualche livello, alla definizione

24 *Report di ricerca*

della propria identità. In caso contrario, un eccesso di alcol o il consumo di droga rappresentano pesanti fattori negativi a carico del processo di crescita.

I dati emersi dalla nostra indagine evidenziano che la prima età adulta, quella della giovinezza, è fondamentale per lo sviluppo dell'individualità della persona, ma anche che questo sviluppo viene, spesso, ad essere influenzato da numerose problematiche ambientali e personali. Ogni giovane adulto -che deve compiere le proprie scelte rispetto agli obiettivi professionali, alle relazioni sociali e alla condotta morale- di solito trova questi aspetti dell'indipendenza tutt'altro che facili da gestire. Per la maggior parte dei giovani, infatti, le decisioni e i cambiamenti sono fonte di sofferenza psicologica, poiché, indipendentemente da quali siano i ruoli della vita adulta che essi scelgono di adottare, è inevitabile che tali processi decisionali comportino una quota di stress, tensione, sconfitte e ripensamenti.

All'interno di questa prospettiva, il supporto psicologico può essere uno strumento per affrontare nel migliore dei modi le problematiche di crescita e per fornire al giovane adulto nuove risorse e strategie di *coping*, atte a migliorare la qualità della propria vita.

BIBLIOGRAFIA

- Armando, M. et al.(2008).Valutazione del disagio mentale e dello stress percepito tra gli studenti universitari. *Rivista di psichiatria*, **43**, 5.
- Charpentier, G. (2003). *Le malattie e le loro emozioni: come comprendere le reazioni psicosomatiche*. Vicenza: Il punto d'incontro.
- Cohen, S., Kamarch, T., Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, **24**(4), 385-396
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A. (2003). Prevalence and development of disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, **60**, 837-844.
- Del Corno, F., Lang, M. (2005). *Elementi di Psicologia Clinica*. Milano: FrancoAngeli.
- Drybye, L.N., Szydlo, D.W., Downing, S.M., Sloan J.A., Shanafelt, T.D. (2010). Development and preliminary psychometric properties of a well-being index for medical students. *BMC Medical Education* 10:8 (web URL <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/10/8>)
- Eftekharian, A., Raad, N., Gholami-Ghasri, N. (2008). Bruxism and adenotonsillectomy. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, **72**, 509-511.
- Eisenberg, D., Golberstein, E., Gollust, S.E. (2007). Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Medical Care*, **45**, 594-601.
- Eisenberg, D., Gollust, S.E., Golberstein, E. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, **77**, 534-542.
- Erikson, E. H. (1986). *I cicli della vita*. Roma: Armando Ed.

26 *Report di ricerca*

- EuroQOL Group (1990). EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. Dec., **16**(3), 199-208.
- Falace, D.A. (2007). *Bruxism*, in Pagel, J.F. and Pandi-Perumal S.R. (Eds.), "Current Clinical Practice: Primary Care Sleep Medicine: A Practical Guide", Humana Press Inc., Totowa, NJ, USA.
- Gabbard, G. O. (2007). *Psichiatria Psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Galimberti, U. (1992). *Dizionario di Psicologia*. Torino: UTET.
- Giberti, F., Rossi, R. (2007). *Manuale di Psichiatria*. Padova: Piccin Nuova Libreria s.p.a.
- Goleman, D. (1997). *Intelligenza emotiva*. Milano: Rizzoli.
- Gray, P. (2004). *Psicologia*. Bologna: Zanichelli.
- Hyun, J.K., Quinn, B.C., Madon, T., Lustig, S. (2006). Graduate student mental health: needs assessment and utilization of counseling services. *Journal of College Student Development*, **47**, 247-266.
- Johnson, R. (2003). *Effetti delle emozioni sulla salute* . Milano: Tecniche Nuove.
- Knapp, M., McCrone, P., Fombonne, E., Beecham, J., Wostear, G. (2002). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. *British Journal of Psychiatry*, **180**, 19-23.
- Lee, D.H., Kang, S. Yum, S. (2005). A qualitative assessment of personal and academic stressors among Korean College students: an exploratory study. *College Student Journal*, **39**(3), Sep, 434-443.
- Misra, R., Castillo, L.G. (2004). Academic Stress Among College Students: Comparison of American and International

Students. *International Journal of Stress Management*, **11**(2), 132-148.

- Mitscherlich, A. (1977). *Malattia come conflitto*. Milano: Feltrinelli.
- Mojtabai, R., Olfson, M., Mechanic, D. (2002). Perceived need and helpseeking in adults with mood, anxiety or substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, **59**, 77-84.
- Murray, M. T. (1996). *Stress, ansia e insonnia*. Como: Red.
- Oyebode, F. (2009). *Introduzione alla psicopatologia descrittiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Padalino, S. (2010). *Aspetti eziologici, clinici e terapeutici del bruxismo*. Dental Cadmos, Maggio, **78**(5).
- Parker, S., Lewis, S. (2006). Identification of young people at risk of psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment*, **12**, 249-255.
- Patel, V., Flisher, A., Hetrick, S., McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, **369**, 1302-1313.
- Petrides, K.V., & Furnham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, **29**, 313-320.
- Ross, S.E., Niebling, B.C., Heckert, T.M. (1999) Sources of stress among college students. *College Student Journal*, **33**(2), Jun, 312-318.
- Sheehan, D.V., Raj, A.B., Harnett Sheehan, K. (1990). Is buspirone effective for panic disorder? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, **10**, 3-11.
- Stassen Berger, K. (1996). *Lo sviluppo della persona*. Bologna: Zanichelli.

30 Report di ricerca

Scheda 2

Nella tabella che segue troverai l'elenco di una serie di fattori che ti possono produrre stress.

Per indicare QUANTO ti dà fastidio, puoi mettere un voto da 1 a 10: un fattore di stress che ti dà poco fastidio avrà un voto basso, un fattore di stress che ti dà molto fastidio avrà un voto alto.

Più è alto il fastidio che ricevi, più vicino a 10 sarà il voto.

Per indicare QUANDO questo accade metti una crocetta in una delle caselle marcate da 1 a 5.

| Fattore di stress | Quanto ti pesa? | Quando ti pesa? | | | | |
|--|-------------------------|-----------------|-----------|---------------|-----------|-----|
| | (dai un voto da 1 a 10) | Quasi sempre | Di solito | Qualche volta | Quasi mai | Mai |
| 1. La frequenza degli esami | | | | | | |
| 2. I risultati (voti) dei miei esami | | | | | | |
| 3. Le lezioni poco utili per imparare | | | | | | |
| 4. Il poco tempo libero che ho | | | | | | |
| 5. La competizione con i colleghi | | | | | | |
| 6. La mancanza di sostegno dai docenti | | | | | | |
| 7. Troppe attese dei genitori | | | | | | |
| 8. Problemi in famiglia | | | | | | |
| 9. La solitudine e la lontananza da casa (solo per chi è "fuori sede") | | | | | | |
| 10. Situazione politica del paese | | | | | | |
| 11. Le relazioni con l'altro sesso | | | | | | |
| 12. Le difficoltà nei viaggi da per casa | | | | | | |
| 13. Le difficoltà finanziarie | | | | | | |
| 14. Le difficoltà a socializzare coi colleghi | | | | | | |
| 15. La qualità del cibo a mensa | | | | | | |
| 16. La disabilità fisica | | | | | | |
| 17. Il mio peso e/o la mia altezza | | | | | | |

Scheda 3

Nella tabella che segue troverai l'elenco di una serie di situazioni critiche.

Per ogni frase segna con una crocetta (X), su una delle caselle corrispondenti, la risposta che meglio descrive come ti sei sentito/a nell'ultimo mese.

| Situazione | Quasi sempre | Di solito | Qualche volta | Quasi mai | Mai |
|--|--------------|-----------|---------------|-----------|-----|
| 1) Nell'ultimo mese, quando sei stato/a turbato/a a causa di qualcosa che è accaduto in modo imprevisto? | | | | | |
| 2) Nell'ultimo mese, quando hai sentito che non eri in grado di controllare le cose importanti della tua vita? | | | | | |
| 3) Nell'ultimo mese, quando ti sei sentito nervoso e "stressato/a"? | | | | | |
| 4) Nell'ultimo mese, quando hai affrontato con successo i problemi ed i fastidi di ogni giorno? | | | | | |
| 5) Nell'ultimo mese, quando hai sentito che riuscivi efficacemente far fronte alle sfide importanti presenti nella tua vita? | | | | | |
| 6) Nell'ultimo mese, quando ti sei sentito fiducioso sulla tua capacità di gestire i tuoi problemi personali? | | | | | |
| 7) Nell'ultimo mese, quando hai sentito che le cose stavano andando nel modo in cui volevi tu? | | | | | |
| 8) Nell'ultimo mese, quando ti sei reso/a conto che non potevi far fronte a tutte le cose che dovevi fare? | | | | | |
| 9) Nell'ultimo mese, quando sei stato/a in grado di controllare le cose irritanti della tua vita? | | | | | |
| 10) Nell'ultimo mese, quando hai sentito che ti trovavi al massimo delle tue capacità? | | | | | |
| 11) Nell'ultimo mese, quando ti sei arrabbiato/a per via del fatto che erano successe cose al di fuori del tuo controllo? | | | | | |
| 12) Nell'ultimo mese, quando ti sei trovato/a a pensare alle cose che devi ancora portare a termine? | | | | | |
| 13) Nell'ultimo mese, quando sei stato/a in grado di controllare il modo in cui trascorrevi il tuo tempo? | | | | | |
| 14) Nell'ultimo mese, quando hai sentito che le difficoltà si stavano accumulando così tanto da non poterle superare? | | | | | |

32 Report di ricerca

Scheda 4

Leggerai alcune frasi che rispecchiano comuni stati d'animo, reazioni fisiche o situazioni.
Per ogni frase segna con una crocetta (X), su una delle caselle corrispondenti, la risposta che meglio descrive come ti senti adesso e come ti sei sentito/a nell'ultimo mese.

| Frase | Per nulla | Levemente | Abbastanza | Molto |
|---|-----------|-----------|------------|-------|
| 1. Mi sento spesso irritabile | | | | |
| 2. Mi sento irrequieto | | | | |
| 3. Avverto dei malesseri fisici (mal di testa, dolori muscolari, senso di oppressione al torace, palpazioni) che penso siano dovuti alla tensione nervosa | | | | |
| 4. Sono preoccupato perché non riesco a gestire cose importanti della mia vita | | | | |
| 5. Mi sento scoraggiato perché non riesco a superare le difficoltà | | | | |
| 6. Sono giù di morale | | | | |
| 7. Ho persone con cui parlare che capiscono le mie difficoltà | | | | |
| 8. Vivo un po' isolato dagli altri | | | | |
| 9. Trascorro bene il mio tempo libero | | | | |

Leggerai alcune domande che riguardano la tua condizione di studente.
Per ogni frase segna con una crocetta (X), su una delle caselle corrispondenti, la risposta che meglio descrive come ti sei sentito/a nell'ultimo mese.

| Domanda | Per nulla | Levemente | Abbastanza | Molto |
|--|-----------|-----------|------------|-------|
| 1. Ti senti esaurito/a dal Corso di Studi che frequenti? | | | | |
| 2. Ti preoccupi del fatto che il Corso che frequenti ti stia rendendo più freddo e cinico/a sul piano emotivo? | | | | |
| 3. Nell'ultimo mese ti sei sentito spesso infastidito perché provavi abbattimento, depressione o disperazione? | | | | |
| 4. Nell'ultimo mese ti sei addormentato/a mentre eri fermo nel traffico o mentre guidavi? | | | | |
| 5. Nell'ultimo mese, hai sentito che tutte le cose che dovevi fare si stavano accumulando tanto che non saresti riuscito/a a superarle? | | | | |
| 6. Nell'ultimo mese, sei stato/a infastidito/a da problemi emotivi (come il provare ansia, depressione o irritabilità)? | | | | |
| 7. Nell'ultimo mese, la tua salute fisica ha interferito con la tua abilità di svolgere la tua attività giornaliera a casa o fuori casa? | | | | |

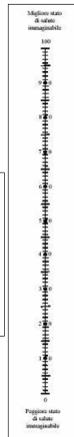
Scheda 5

Indica quale delle seguenti affermazioni descrive meglio il tuo stato di salute oggi, segnando con una crocetta (X) una sola casella di ciascun gruppo.

| | |
|---|---|
| <p>1) Capacità di Movimento Non ho difficoltà nel camminare <input type="checkbox"/> Ho qualche difficoltà nel camminare <input type="checkbox"/> Sono costretto/a a letto <input type="checkbox"/></p> | <p>4) Dolore o Fastidio Non provo alcun dolore o fastidio <input type="checkbox"/> Provo dolore o fastidio moderati <input type="checkbox"/> Provo estremo dolore o fastidio <input type="checkbox"/></p> |
| <p>2) Cura della Persona Non ho difficoltà nel prendermi cura di me stesso <input type="checkbox"/> Ho qualche difficoltà nel lavarmi o vestirmi <input type="checkbox"/> Non sono in grado di lavarmi o vestirmi <input type="checkbox"/></p> | <p>5) Ansia o Depressione Non sono ansioso o depresso <input type="checkbox"/> Sono moderatamente ansioso o depresso <input type="checkbox"/> Sono estremamente ansioso o depresso <input type="checkbox"/></p> |
| <p>3) Attività abituali (per es. lavoro, studio, lavori domestici, attività familiari o di svago) Non ho difficoltà nello svolgimento delle attività abituali <input type="checkbox"/> Ho qualche difficoltà nello svolgimento delle attività abituali <input type="checkbox"/> Non sono in grado di svolgere le mie attività abituali <input type="checkbox"/></p> | |

Per aiutarti ad esprimere il tuo stato di salute attuale, abbiamo disegnato una scala graduata (simile ad un termometro) sulla quale il migliore stato di salute immaginabile è contrassegnato dal numero 100 ed il peggiore dallo 0.

Vorremmo che indicassi su questa scala quale è, secondo te, il livello del tuo stato di salute oggi, tracciando un segno sul punteggio che meglio lo descrive.



34 *Report di ricerca*

Scheda 6

Leggerai alcune *domande che riguardano il bruxismo*, cioè quel fenomeno che consiste nel serrare i denti involontariamente, e che può capitare quando si dorme o anche da svegli

Per ogni frase segna con una crocetta (X), su una delle caselle corrispondenti, la risposta che meglio descrive la tua situazione.

| Domanda | Quasi sempre | Di solito | Qualche volta | Quasi mai | Mai |
|--|--------------|-----------|---------------|-----------|-----|
| 1. Ti sei mai accorto di serrare fortemente i denti quando sei sveglio? | | | | | |
| 2. Ti sei mai accorto di serrare fortemente i denti nel sonno? | | | | | |
| 3. Qualcuno (genitori, parenti, amici etc.) ti ha mai detto che stavi serrando fortemente i denti nel sonno? | | | | | |
| 4. Soffri di mal di testa? | | | | | |
| 5. Soffri di dolori al collo? | | | | | |
| 6. Soffri di dolori alla mandibola? | | | | | |
| 7. Soffri di dolori alle orecchie? | | | | | |
| 8. Soffri di vertigini? | | | | | |
| 9. Soffri di dolori alla faccia? | | | | | |
| 10. Soffri di dolore quando mastichi? | | | | | |
| 11. Soffri di dolore quando inghiotti? | | | | | |
| 12. Soffri di dolore quando spalanchi la bocca? | | | | | |
| 13. Senti uno schiocco alla mandibola aprendo la bocca? | | | | | |

14. Hai mai sofferto alle tonsille o alle adenoidi?

SI, da piccolo/a SI, negli anni scorsi SI, tuttora ne soffro NO

15. Sei stato operato/a alle tonsille o alle adenoidi?

SI, solo alle tonsille SI, solo alle adenoidi SI, entrambe NO

16. Hai mai avuto un trattamento di ortodonzia? ("macchinetta" dei denti) SI NO

17. Hai mai usato un BITE per i denti? SI, in passato SI, anche adesso NO

18. Hai mai seguito trattamenti con psicofarmaci? SI NO

19. Hai mai fatto una psicoterapia? SI NO

ALLEGATO 2 – TABELLE DELLE FREQUENZE

| FREQUENZE PER SESSO | | |
|---------------------|------|--------|
| GENERE | freq | freq % |
| M | 117 | 42,7% |
| F | 157 | 57,3% |
| TOT | 274 | 100,0% |

| FREQUENZE PER ETA' | | | | | | |
|--------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| GRUPPO | tot | freq % | M | freq % | F | freq % |
| fino a 22 | 42 | 15,3% | 29 | 24,8% | 13 | 8,3% |
| 23-24 | 158 | 57,7% | 55 | 47,0% | 103 | 65,6% |
| 25-26 | 34 | 12,4% | 20 | 17,1% | 14 | 8,9% |
| 27-30 | 17 | 6,2% | 7 | 6,0% | 10 | 6,4% |
| 31-40 | 19 | 6,9% | 4 | 3,4% | 15 | 9,6% |
| oltre 41 | 2 | 0,7% | 2 | 1,7% | 0 | 0,0% |
| non risp | 2 | 0,7% | 0 | 0,0% | 2 | 1,3% |
| totale | 274 | 100,0% | 117 | 100,0% | 157 | 100,0% |

| FREQUENZE PER FACOLTA' | | | | | | |
|------------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| FAC | tot | freq % | M | freq % | F | freq % |
| ING | 46 | 16,8% | 40 | 34,2% | 6 | 3,8% |
| MED | 32 | 11,7% | 17 | 14,5% | 15 | 9,6% |
| SDF | 134 | 48,9% | 7 | 6,0% | 127 | 80,9% |
| INF | 62 | 22,6% | 53 | 45,3% | 9 | 5,7% |
| totale | 274 | 100,0% | 117 | 100,0% | 157 | 100,0% |

| FREQUENZE PER HELPING/NON-HELPING PROFESSIONS | | | | | | |
|---|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| H-PROF | tot | freq % | M | freq % | F | freq % |
| HELP | 166 | 60,6% | 24 | 20,5% | 142 | 90,4% |
| NON-H | 108 | 39,4% | 93 | 79,5% | 15 | 9,6% |
| totale | 274 | 100,0% | 117 | 100,0% | 157 | 100,0% |

| FREQUENZE PER FUORI/IN - SEDE | | | | | | |
|-------------------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| F-SEDE | tot | freq % | M | freq % | F | freq % |
| SI (f-sede) | 125 | 45,6% | 46 | 39,3% | 79 | 50,3% |
| NO (in sede) | 148 | 54,0% | 71 | 60,7% | 77 | 49,0% |
| non risp | 1 | 0,4% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% |
| totale | 274 | 100,0% | 117 | 100,0% | 157 | 100,0% |

| FREQUENZE PER ATTIVITA' SPORTIVA | | | | | | |
|----------------------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| SPORT | tot | freq % | M | freq % | F | freq % |
| SI | 139 | 50,7% | 74 | 63,2% | 65 | 41,4% |
| NO | 129 | 47,1% | 41 | 35,0% | 88 | 56,1% |
| non risp | 6 | 2,2% | 2 | 1,7% | 4 | 2,5% |
| totale | 274 | 100,0% | 117 | 100,0% | 157 | 100,0% |

36 Report di ricerca

| FREQUENZE PER VITA SESSUALE REGOLARE | | | | | | |
|--------------------------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| VI_SES | tot | freq % | M | freq % | F | freq % |
| SI | 179 | 65,3% | 80 | 68,4% | 99 | 63,1% |
| NO | 81 | 29,6% | 36 | 30,8% | 45 | 28,7% |
| non risp | 14 | 5,1% | 1 | 0,9% | 13 | 8,3% |
| totale | 274 | 100,0% | 117 | 100,0% | 157 | 100,0% |

| FREQUENZE PER CONSUMO TABACCO | | | | | | |
|-------------------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| FUMO | tot | freq % | M | freq % | F | freq % |
| SI | 67 | 24,5% | 27 | 23,1% | 40 | 25,5% |
| NO | 188 | 68,6% | 78 | 66,7% | 110 | 70,1% |
| EX_FUM | 16 | 5,8% | 9 | 7,7% | 7 | 4,5% |
| non risp | 3 | 1,1% | 3 | 2,6% | 0 | 0,0% |
| totale | 274 | 100,0% | 117 | 100,0% | 157 | 100,0% |

| FREQUENZE PER CONSUMO ALCOOL | | | | | | |
|------------------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| ALCOOL | tot | freq % | M | freq % | F | freq % |
| SI | 138 | 50,4% | 81 | 69,2% | 57 | 36,3% |
| NO | 128 | 46,7% | 33 | 28,2% | 95 | 60,5% |
| non risp | 8 | 2,9% | 3 | 2,6% | 5 | 3,2% |
| totale | 274 | 100,0% | 117 | 100,0% | 157 | 100,0% |

| FREQUENZE CONSUMO ALCOOL PER FACOLTA' | | | | | | |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--|
| ALCOOL-freq | ING | MED | SDF | INF | TOT | |
| SI | 69,6% | 50,0% | 36,6% | 66,1% | 50,4% | |
| NO | 28,3% | 40,6% | 61,2% | 32,3% | 46,7% | |
| non risp | 2,2% | 9,4% | 2,2% | 1,6% | 2,9% | |
| totale | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

| FREQUENZE CONSUMO ALCOOL PER ETA' | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------|--------|--------|--------|--------|----------|----------|
| ALCOOL-freq | fino a 22 | 23-24 | 25-26 | 27-30 | 31-40 | oltre 41 | non risp |
| SI | 45,2% | 46,5% | 64,7% | 58,8% | 63,2% | 66,7% | 50,7% |
| NO | 50,0% | 50,3% | 32,4% | 41,2% | 36,8% | 33,3% | 46,4% |
| non risp | 4,8% | 3,1% | 2,9% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 2,9% |
| totale | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

| FREQUENZE PER CONSUMO DROGA | | | | | | |
|-----------------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| DROGA | tot | freq % | M | freq % | F | freq % |
| SI | 54 | 19,7% | 35 | 29,9% | 19 | 12,1% |
| NO | 211 | 77,0% | 80 | 68,4% | 131 | 83,4% |
| non risp | 9 | 3,3% | 2 | 1,7% | 7 | 4,5% |
| totale | 274 | 100,0% | 117 | 100,0% | 157 | 100,0% |

| FREQUENZE PER "SENTIRSI IN FORMA" | | | | | | |
|-----------------------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| FORMA | tot | freq % | M | freq % | F | freq % |
| SI | 159 | 58,0% | 82 | 70,1% | 77 | 49,0% |
| NO | 109 | 39,8% | 34 | 29,1% | 75 | 47,8% |
| non risp | 6 | 2,2% | 1 | 0,9% | 5 | 3,2% |
| totale | 274 | 100,0% | 117 | 100,0% | 157 | 100,0% |

| FREQUENZE PER QUALITA' SONNO | | | | | | |
|------------------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| SONNO | tot | freq % | M | freq % | F | freq % |
| SI | 171 | 62,4% | 79 | 67,5% | 92 | 58,6% |
| NO | 96 | 35,0% | 34 | 29,1% | 62 | 39,5% |
| non risp | 7 | 2,6% | 4 | 3,4% | 3 | 1,9% |
| totale | 274 | 100,0% | 117 | 100,0% | 157 | 100,0% |

| FREQUENZE PER STATO CIVILE | | | | | | |
|----------------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| ST_CIV | tot | freq % | M | freq % | F | freq % |
| SINGLE | 111 | 40,5% | 66 | 56,4% | 45 | 28,7% |
| FIDANZ | 156 | 56,9% | 50 | 42,7% | 106 | 67,5% |
| CONV/SPOS | 7 | 2,6% | 1 | 0,9% | 6 | 3,8% |
| totale | 274 | 100,0% | 117 | 100,0% | 157 | 100,0% |

| FREQUENZE PER "DIVERTIMENTO SETTIMANALE" | | | | | | |
|--|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| DIVERT | tot | freq % | M | freq % | F | freq % |
| SI | 242 | 88,3% | 106 | 90,6% | 136 | 86,6% |
| NO | 30 | 10,9% | 10 | 8,5% | 20 | 12,7% |
| non risp | 2 | 0,7% | 1 | 0,9% | 1 | 0,6% |
| totale | 274 | 100,0% | 117 | 100,0% | 157 | 100,0% |

| FREQUENZE PER ORGANIZZAZIONE TEMPO | | | | | | |
|------------------------------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| OR_TEMPO | tot | freq % | M | freq % | F | freq % |
| SI | 189 | 69,0% | 73 | 62,4% | 116 | 73,9% |
| NO | 84 | 30,7% | 44 | 37,6% | 40 | 25,5% |
| non risp | 1 | 0,4% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% |
| totale | 274 | 100,0% | 117 | 100,0% | 157 | 100,0% |

Finito di stampare nel mese di novembre 2011 per conto delle Edizioni
Cues
dalla tipografia «Braille Gamma S.r.l.» di Santa Rufina di Cittaducale (Ri)
info@braillegamma.it