



# DISTURBI PSICHICI IN AMBITO MILITARE

Una disamina delle diagnosi psichiatriche in ambito CMO

Maria Annunziata Favasuli \*

*“... il campo di battaglia è il cuore dell'uomo”*  
(Fedor Dostoevskij)



## Premessa

Monitorare la diffusione del disagio psichico nel personale delle FFAA, parimenti ad altre espressioni cliniche, risponde alla finalità di una valutazione continua e dinamica della dimensione del benessere organizzativo che non può chiaramente prescindere dallo stato di salute e di benessere dei singoli appartenenti all'Istituzione militare.

Inoltre, nominare i fenomeni e trattarli secondo parametri di obiettività contribuisce da un vertice culturale a ridurre lo stigma e l'alone di giudizio e di vergogna storicamente associati alla sofferenza mentale.

Allo scopo, è stata effettuata una disamina delle diagnosi emesse dalle Commissioni Medico- Ospedaliere relativamente alla sfera dei disturbi psichici, la cui diffusione e peculiarità sindromica è argomento del presente articolo.

Le diagnosi sono state siglate secondo i criteri dell'ICD-10 (*International Classification of Diseases*) attualmente il sistema adottato a fini epidemiologici e statistici dalla maggior parte degli Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

\* Psicologa-Psicoterapeuta Consulente Osservatorio Epidemiologico della Difesa - Igesan - Roma.



La siglatura per codici ha reso possibile una classificazione statistica e una visualizzazione grafica della fenomenologia psichiatrica in ambito militare.

In termini di frequenza, sul totale delle visite effettuate dalle CM nell'arco temporale che va dal 2008 al 2016, il 10% delle diagnosi riguarda problematiche di ordine psichiatrico. Su un totale di 55.669 visite effettuate dalle CMO, 5.641 hanno riguardato disturbi psichiatrici.

L'evento diagnostico singolo copre il maggior numero di visite attestando l'andamento della fenomenologia psichica da un punto di vista della sua reale diffusione numerica (**Tab. 1**).

Relativamente alla distribuzione delle visite psichiatriche per Forza Armata, l'Esercito e l'Arma dei Carabinieri presentano i maggior numero di casi di pertinenza psichiatrica nelle proporzioni illustrate nel **grafico 1**.

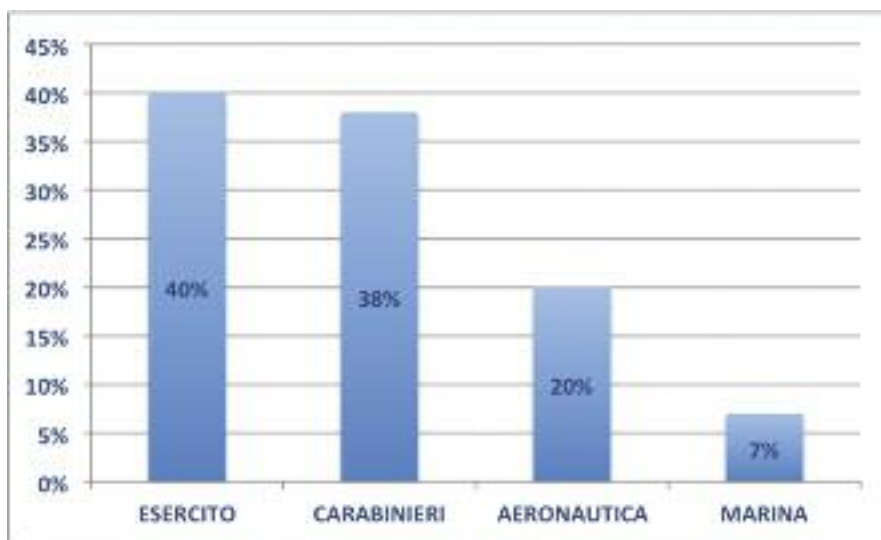
L'analisi delle categorie diagnostiche per aggregati di codici ICD-10 evidenzia la prevalenza dei disturbi della sfera nevrotica, dei disturbi somatoformi e da stress. Seguono i disturbi dell'umore, l'abuso di sostanze, i disturbi di Personalità e le sindromi dissociative (**Graf. 2**).

**L'aggregato di codici F40-F48** indica un'ampia gamma di manifestazioni cliniche che, in assenza di noxa organica, rimandano per la loro comprensione al modello psicodinamico del conflitto fra istanze interne della personalità, nonché ai complessi processi di mediazione fra il soggetto e le richieste di adattamento alla realtà esterna (**Graf. 3**).

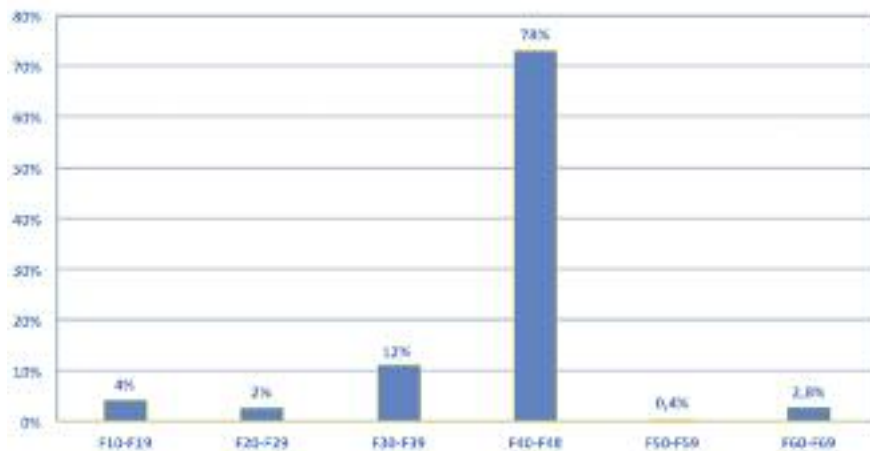
Il termine NEVROSI introdotto da Cuellen nel 1972 faceva riferimento a tutte le malattie mentali (incluse ictus ed epilessia) eccetto il delirium. Attualmente, il termine nevrosi non è più utilizzato se non in un'accezione prettamente psicodinamica e utilizzato nella pratica clinica per indicare in genere disturbi meno severi, o come aggettivo nell'ICD-10 è utilizzato per caratterizzare la classe dei "Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi" relativi a stati emotivi abnormi con sintomi psichici e fisici *non causati da una malattia cerebrale organica o da altro disturbo psichiatrico*.

**Tabella 1 - Numero di visite per soggetti**

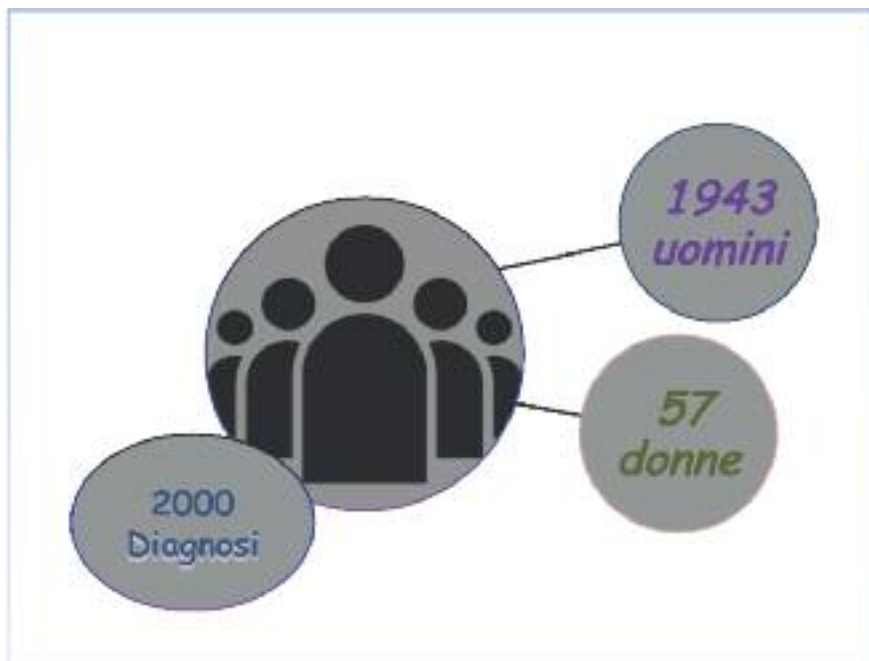
1	2	3	4	5	6	7
2729	1408	827	485	145	250	73



**Graf. 1** - Percentuale di visite psichiatriche per Forza Armata.



**Graf. 2** - Distribuzione percentuale della patologia psichiatrica.



Graf. 3 - Il 79% delle diagnosi psichiatriche ricade nella categoria nosografica. F40-F48.

Il disagio nelle transazioni soggetto-contesto trova nel costrutto dello stress una sintesi concettuale ed esplicativa fungendo lo stress da *trait d'union* fra l'asse psichico interno e le stimolazioni esterne.

I disturbi da stress e la conseguente sintomatologia rinviano sul piano esplicativo ad un eccesso di stimolazione (pressione allostatica) che l'assetto psicoenergetico della persona subisce ad opera di stimoli eccessivi per intensità e durata.

Di per sé lo Stress non è una malattia, lo stress esprime un complesso processo di transazione fra l'individuo e l'ambiente. Se la transazione non esprime un equilibrio fra le sollecitazioni esterne e le capacità dell'organismo di farvi fronte, si attiva un circuito di risposte che portano la persona a quella fase che conosciamo come *fase di esaurimento* (Selye) (1).

L'esaurimento è collegato al perdurare degli stressor e coincide con l'attivazione di specifici mediatori quali i sistemi endocrino, vegetativo e immunitario responsabili dei disordini comportamentali, cognitivi, psicofisiologici, fisici, biologici e organizzativi. L'inclusione dei disturbi ad espressione somatica (somatoformi) all'interno dell'aggregato ICD-10 ribadisce il legame fra sintomatologia, conflitto con le richieste ambientali, esito somatico dell'ansia e dell'iperattivazione conseguenti allo stress.

## Quadro generale

Secondo uno studio condotto dall' AISIC (Associazione Italiana contro lo Stress e l'Invecchiamento Cellulare) e dall'Università La Sapienza, il 70% delle morti in Italia sarebbe dovuto a malattie causate da stress(2). Oltreoceano l'importanza dello stress è attestata anche dal fatto che il DSM-5, ha dato ampio spazio ai disturbi da somatizzazione e allo stress. Le maggiori conoscenze teorico-cliniche sulla condizione di stress hanno aumentato la consapevolezza del fenomeno e hanno consentito di rilevarne la reale incidenza. I dati epidemiologici europei evidenziano come lo stress sia una condizione a impatto elevato sulla salute (Assidai, 2011) (2): Svezia 35%, Norvegia 31%, Germania e Francia 28%, Italia 26%, Spagna 19%, Olanda 16%.

I costi economici connessi alla condizione di stress incidono in modo rilevante sui bilanci nazionali. In Francia nel 2007 lo stress da lavoro ha avuto un'incidenza stimata tra i 2-3 miliardi di euro sul bilancio nazionale (2). In Germania è stato quantificato che si perdono 11 milioni di giornate di lavoro a causa dello stress da lavoro, con un aumento negli ultimi dieci anni del 70% delle assenze (2). In Austria si è calcolato che lo stress grava con lo 0,73% sul PIL nazionale a causa delle cure mediche, della perdita di produttività e dell'assenteismo (2). Anche negli Stati Uniti il fenomeno sta assumendo dimensioni rilevanti: il 32% degli uomini e il 25% delle donne è affetto da stress. Sempre negli Stati Uniti, negli ultimi 12 anni si è registrato un aumento del 700% nella spesa di antidepressivi, di cui il 60% a causa della condizione di stress (3). Da un raffronto tra Europa e Stati Uniti rispetto ai costi economici annuali dovuti alla condizione di stress emerge che negli USA si registra una spesa di 300 miliardi di dollari con un costo di 967 dollari a persona, mentre in Europa la spesa complessiva è di circa 200 miliardi di euro con un costo a persona di 404 euro (2). L'impatto economico e sociale dello stress e delle patologie correlate ha indotto a considerare lo stress come la patologia del nuovo secolo.



Relativamente al fenomeno che stiamo esplorando la realtà militare non sembra discostarsi, in termini di tendenza dall'andamento generale dei fenomeni stress-correlati così come ci vengono descritti nei citati lavori, a riprova che la bilancia dello stress si altera ogniqualvolta interviene una rottura della sintonia fra l'individuo e il suo ambiente di vita, qualunque sia la fonte e lo scenario nel quale essa prende forma.

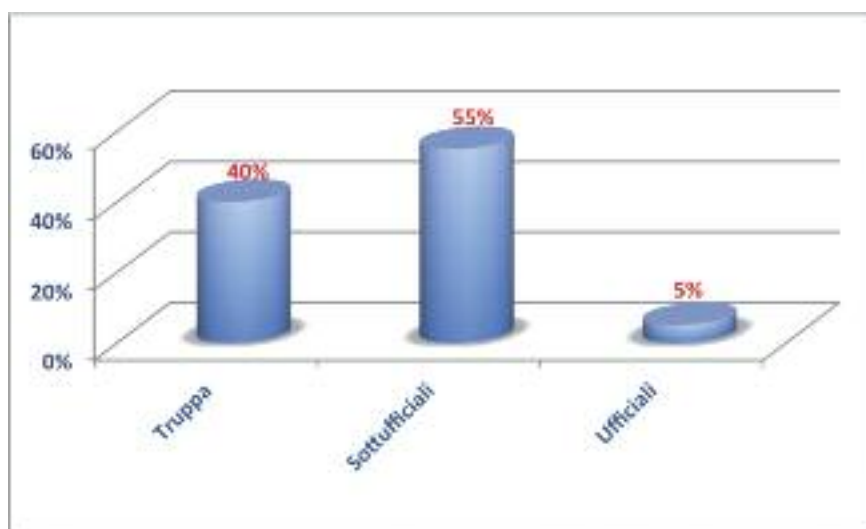
Fatte salve le emergenze traumatiche (a torto assimilate tout-court allo stress) che ci sporgono su situazioni limite di intollerabilità e discontrollo, le evenienze cliniche a matrice stressogena riguardano un cortocircuito dei processi adattativi nei riguardi di stimoli esterni rispetto ai quali grande importanza assume la dimensione cognitivo-simbolica che regola l'attribuzione di significato agli eventi, oltre che peculiari dimensioni e tratti della personalità pre-morbosa. Si intuisce il motivo che rende conto dell'alta diffusione della patologia correlata ad eventi stressanti, essendo queste evenienze quasi fisiologiche nell'arco di vita delle persone.

Il contesto e il contenuto delle esperienze lavorative ed esistenziali rappresentano importanti fattori di innesco di processi psicopatologici legati alla difficoltà di fronteggiare stimoli e conflitti intra e interpersonali. Non vi è dubbio che il contenuto del lavoro militare e il contesto nel quale esso si svolge, comportino un quantum di sollecitazioni peculiari in termini quantitativi e qualitativi, prova ne è il fatto che in ambito di selezione si presta molta attenzione a dimensioni personologiche correlate alla capacità di "coping" e di "resilienza".

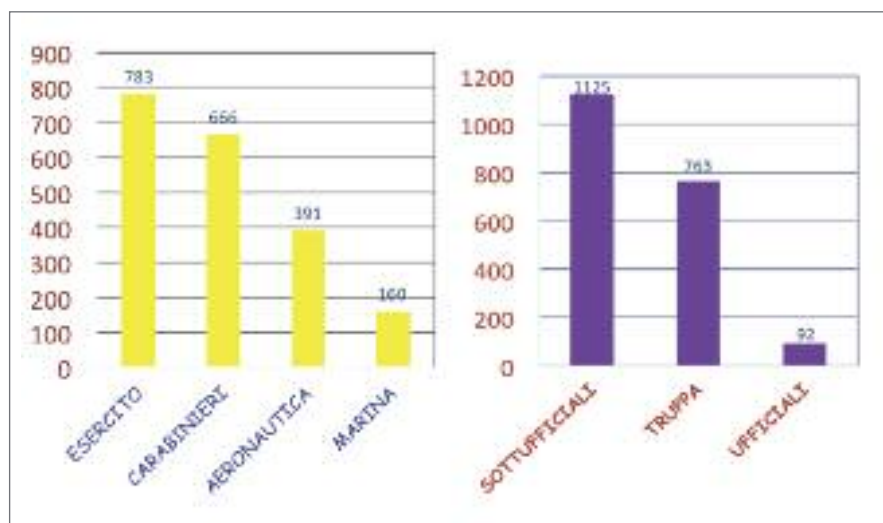
Importante ricordare che l'attribuzione di significato agli stimoli è un processo psicologico di sintesi fra aspetti concreti dell'esperienza e le risonanze ideoaffective interne alla persona che li sperimenta. Non è l'evento in sé (eccezione fatta per eventi traumatici gravi) ma il significato che l'evento riveste in termini di allarme e di pericolo rispetto all'assetto interno del soggetto.

Ci siamo chiesti, dal nostro punto di vista, se il contenuto del lavoro militare (mansione, ritmi, gratificazione, riconoscimento ecc..) potesse darci qualche indicazione rispetto all'andamento delle patologie stress-correlate nel personale, isolando la variabile "ruolo gerarchico" come indicatore generale del carico allostatico.

La percentuale più alta di casi riguarda la categoria dei sottufficiali intermedia fra l'area decisionale - progettuale dell'istituzione militare e l'area esecutiva. Forse un ruolo che risente di una doppia sollecitazione, dall'alto e dal basso, che potrebbe costituire per la persona un carico stressogeno peculiare. Si tratta solo di un'ipotesi potenzialmente da sviluppare come traccia per un'auspicabile osservazione diacronica



Graf. 4 - Percentuale dei disturbi psichici rispetto al ruolo gerarchico.



Graf. 5 - Distribuzione per FF/AA e Ruolo gerarchico (F40-F48).



Tab. 2 – Distribuzione dei disturbi del codice F40 – F48 nei diversi ruoli gerarchici.

ICD-10 F40-F48	TRUPPA	SOTTUFFICIALI	UFFICIALI	TOTALE
<b>DISTRUBI ANSIOSO-FOBICI</b>	8	6	1	15
<b>DISTURBO DA ATTACCHI DI PANICO</b>	17	34	1	52
<b>DISTURBO D’ANSIA GENERALIZZATO</b>	250	318	28	596
<b>DISTURBO ANSIOSO-DEPRESSIVO</b>	291	524	37	852
<b>DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO</b>	4	10	1	15
<b>REAZIONE ACUTA DA STRESS</b>	10	8	4	22
<b>DISTURBO POST-TRAUMATICO DA</b>	20	15	3	38
<b>DISTURBO DELL’ADATTAMENTO</b>	158	206	17	381
<b>ALTRI DISTURBI NEVROTICI</b>	5	4	0	9
<b>TOTALE</b>	<b>763</b>	<b>1125</b>	<b>92</b>	<b>1980</b>

sul personale militare. Il 55% della patologia nevrotica e somatoforme riguarda i sottufficiali, segue la truppa (40%) e gli ufficiali (5%) (Graf. 4 e 5).

Il Disturbo ansioso-depressivo (524 diagnosi) il Disturbo d’ansia generalizzato (318 casi) e il Disturbo dell’adattamento (206 casi) sono le forme cliniche più diffuse fra i sottufficiali (Tab. 2).

Anche i *Disturbi dell’Umore (F30-F39)* sono più frequenti nella categoria dei sottufficiali come si evidenzia nel grafico 6.

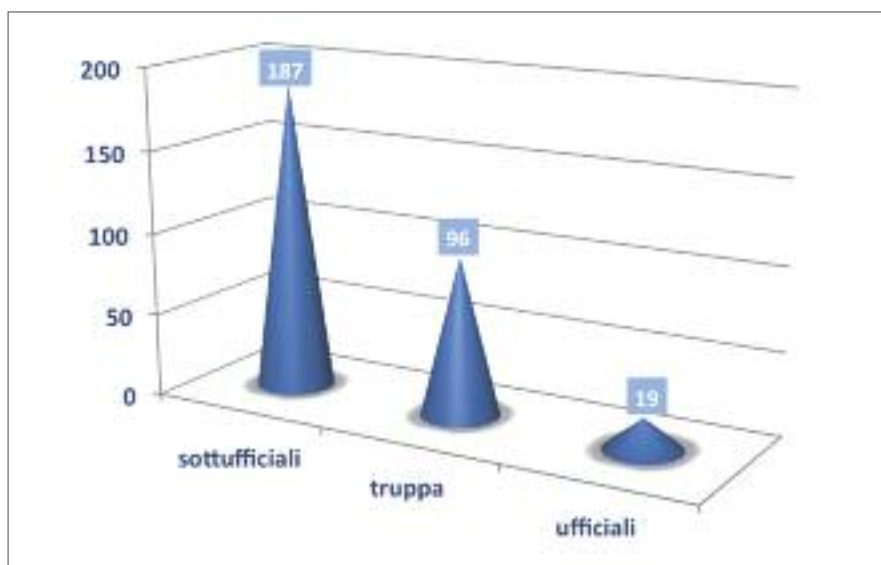
Mentre rispetto alla Forza Armata, il maggior numero di Disturbi Affettivi lo ritroviamo nell’Arma dei CC (Graf. 7).

Per disturbo dell’affettività si intende tutto l’insieme sindromico dei disturbi connessi ad un’alterazione del tono emotivo-affettivo e del comportamento (Tab. 3).

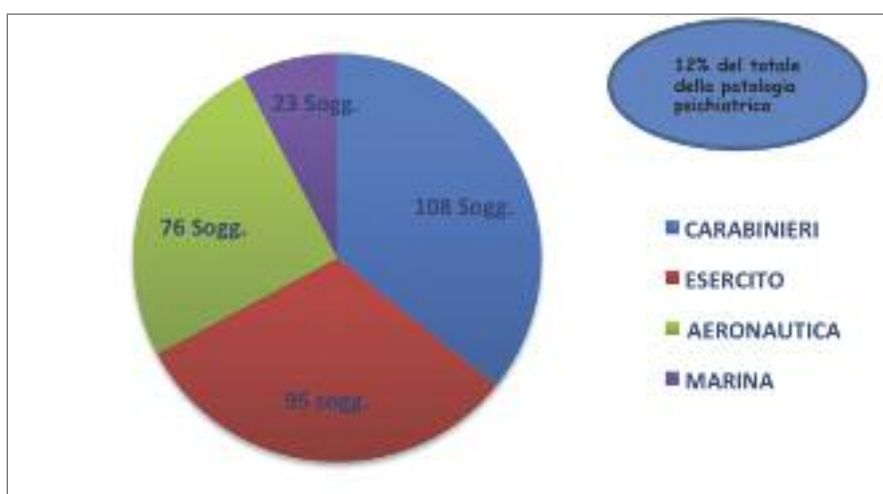
Tab. 3 – Espressioni cliniche dei disturbi affettivi.

### Disturbi dell’umore

- Episodio maniacale
- Episodio depressivo
- Disturbo bipolare
- Ciclotimia
- Distimia



Graf. 6 - Distribuzione dei disturbi dell’umore nei vari ruoli gerarchici.



Graf. 7 - Disturbi dell’umore e affettivi nelle quattro Forze Armate (F30-F39).



I disturbi affettivi, nei quali si inseriscono i disturbi d'ansia e depressivi, hanno una prevalenza media nella popolazione del 2,5%. Il tasso di incidenza del disturbo depressivo è maggiore nelle donne, si presenta in età adolescenziale e con massima espressione nella fascia di età compresa tra 30 e 49 anni (da *Studi epidemiologici*, Dubini e Faravelli) (4).

Episodi depressivi. Maniacali, Distimia e ciclotimia sono i disturbi inclusi nell'aggregato di codici (F30-F39) qui considerato.

Per quanto riguarda la variabile età, il **grafico 8** illustra l'andamento dei *disturbi affettivi nell'arco della vita lavorativa militare* dei soggetti sottoposti a visita.

E' nella classe di età compresa fra i 50 e i 54 anni che ricade la percentuale più alta dei disturbi affettivi (30%) in una fase cronologicamente apicale dell'arco lavorativo.

Rispetto al fattore età, fuori dal contesto militare si evidenzia una diversa distribuzione dei disturbi affettivi: da uno studio epidemiologico sulla prevalenza dei disturbi mentali su un campione di 4.565 persone rappresentativo della popolazione *adulta generale italiana* (200-2001) (5) emerge difatti che l'età media di chi soffre di un disturbo affettivo è di 47 anni e che il 50% dei soggetti sono di sesso femminile.

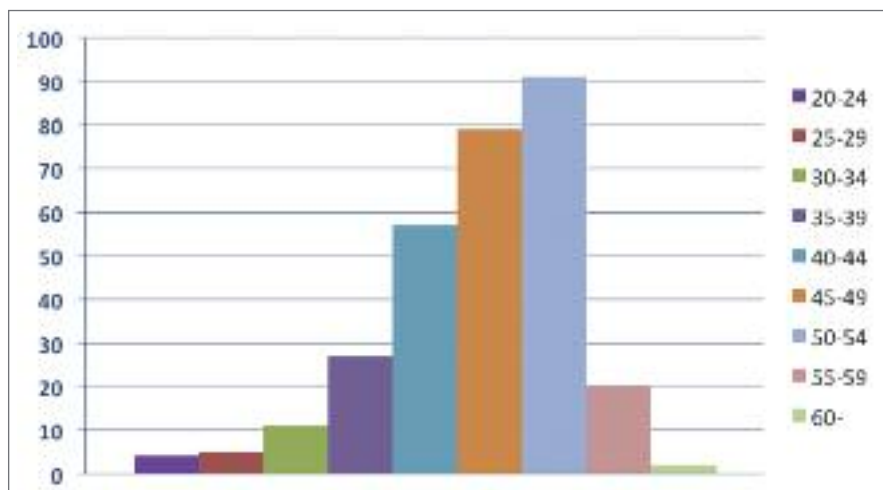
Le ricerche epidemiologiche di comunità evidenziano in modo unanime la più forte presenza del sesso femminile nella classe dei disturbi affettivi (65%) in quella dei disturbi d'ansia, somatoformi, dissociativi e della personalità (56%) mentre nei dimessi per schizofrenia prevale il sesso maschile (62%) e una parità fra i sessi nelle altre forme di psicosi.(5)

Nella popolazione militare la diversa distribuzione della patologia psichiatrica in funzione della variabile sesso non segue l'andamento generale probabilmente in ragione della recente introduzione delle donne che non permette di seguire il fenomeno rispetto a classi di età non ancora rappresentate nel nostro campione di riferimento (**Graf. 9**).

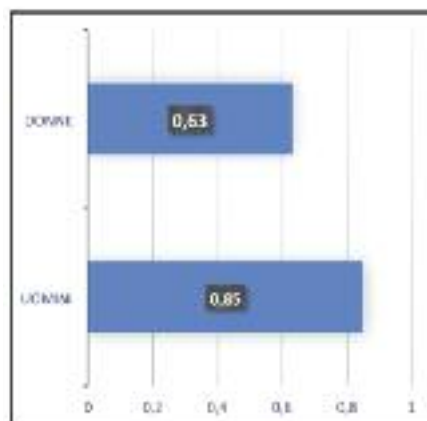
Le tabelle illustrano come, restringendo l'intervallo temporale ai 49 anni la patologia psichiatrica risulta difatti più diffusa nelle donne, diversamente da quanto accade se l'intervallo si allarga sino a comprendere il 59esimo anno di età in corrispondenza del quale, verosimilmente, non troviamo ancora soggetti di sesso femminile che abbiano maturato un così lungo periodo di servizio (**Graf. 10**).

## Fattori di rischio generali

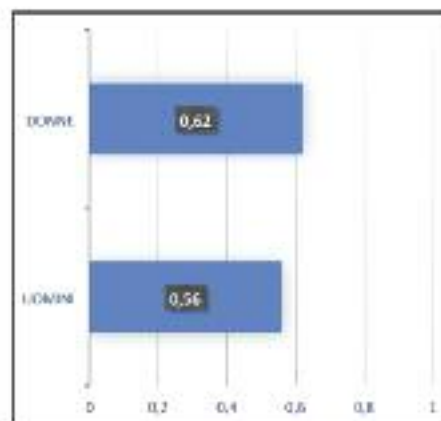
Sottolineiamo l'importanza del contesto nell'innescare e nel modificare l'andamento dei disturbi affettivi, a conferma dell'esigenza di espungere dalla sofferenza psichica elementi di etichettamento e di esclusione



**Graf. 8** – Distribuzione dei disturbi dell'umore per classi di età.



**Graf. 9** – Confronto fra sessi. Disturbi dell'umore. Classe età 20-59 aa.



**Graf. 10** – Confronto fra sessi. Disturbi dell'umore. Classe età 20-49 aa.



sociale. Il contesto di appartenenza può svolgere di contro un ruolo compensatorio e terapeutico naturale agendo sulle motivazioni affettive delle persone e sui meccanismi di appoggio e di rispecchiamento emotivo.

Nell'etiopatogenesi del disturbo emerge l'importanza dei fattori soggettivi intraindividuali così come degli elementi esterni contestuali che possono rappresentare la causa o lo stimolo che innesca la patologia. \*

### La funzione "protettiva" del contesto

Il contesto militare per la forte connotazione grupppale che lo caratterizza può svolgere sia orizzontalmente nelle relazioni fra pari, sia verticalmente nelle relazioni con i superiori, una funzione preventiva e di supporto, come si è evidenziato dall'esperienza di peer-support realizzate nelle situazioni di disagio, dall'introduzione delle attività di Defusing e Debriefing che si sono rivelate efficaci nel contenere evenienze cliniche connesse ad eventi di servizio peculiari sul versante dell'emergenza emotiva.

Le Forze Armate hanno compreso che la bilancia emotiva del proprio personale può modificarsi nell'arco della vita lavorativa e che le risorse interne al contesto possono essere impiegate non per negare ma per gestire in senso preventivo e terapeutico evenienze esistenziali che in caso contrario seguono il viraggio clinico del completo disadattamento.

Relativamente all'arco di vita, il disagio affettivo si registra con più frequenza verso la fine della parabola lavorativa, così come i disturbi nevrotici e somatoformi (**Graf. 11**).

Si vuole sottolineare l'andamento monomodale dei "Disturbi dell'umore" e dei "Disturbi nevrotici legati a stress e somatoformi": il picco interessa la classe di età compresa fra i 50 e i 54 anni dunque la fase decrescente della parabola lavorativa dei soggetti. Inoltre la comune espressione ansiosa nei disturbi considerati, si ritiene possa ingenerare difficoltà di classificazione e una sovrapposizione dei codici nosografici.

### Comportamenti d'abuso

Per quanto attiene all'Abuso di sostanze psicoattive (**F10-F19**) il 4% delle diagnosi psichiatriche si riferiscono a disturbi psichici e comportamentali conseguenti e/o correlati all'uso di sostanze.

*Per chiarezza e per un buon inquadramento del fenomeno dell'abuso, vale la pena sottolineare le implicazioni cliniche sottese all'uso dei termini uso, abuso, addiction.*

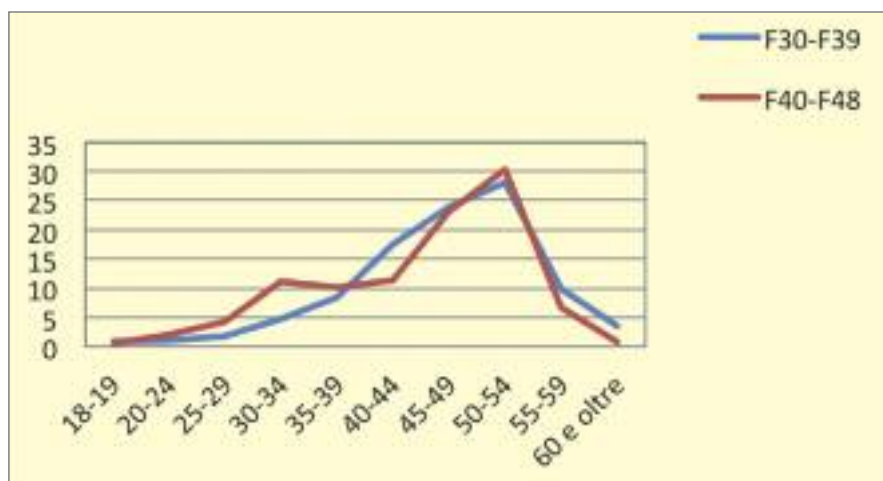
**Passaggio dall'uso di sostanze all'abuso.** Più che la sostanza in sé è il rapporto che l'individuo intrattiene con essa a compiere il viraggio verso la clinica. Il passaggio dall'uso all'abuso è sostenuto dal fenomeno della tolleranza. La droga diventa il punto focale dell'esistenza dell'individuo. Per ricercare l'effetto piacevole della sostanza, venuto meno per il fenomeno della tolleranza, il soggetto

#### \* INTRAINDIVIDUALI

- Sensibilità elevata
- Reattività elevata allo stress
- Attaccamento insicuro
- Eccessiva dipendenza
- Rappresentazione negativa di sé e degli altri

#### \* CONTESTO

- Familiarità per depressione
- Abusi, maltratt. Traumi
- Scarso supporto
- Svantaggio socio-economico
- Svalutazione



**Graf. 11** – Andamento dei disturbi dell'umore e dei disturbi nevrotici-somatoformi nell'arco di vita dei soggetti sottoposti a visita.



realizza un vero e proprio processo di “scalata”, aumentando progressivamente le dosi assunte, nella speranza che l’effetto positivo della sostanza possa essere raggiunto a qualunque costo.

La definizione di *addiction* comprende i concetti di tolleranza e dipendenza ma altri importanti aspetti la caratterizzano: preoccupazione per l’acquisizione della sostanza, uso compulsivo, perdita di controllo, forte rischio di ricaduta e diniego della condizione di dipendenza.

Dipendenza è l’incapacità di arginare un comportamento che risulta dannoso per sé stessi, che limita al minimo la propria rete sociale ed i propri interessi, che implica un dispendio di risorse alla ricerca dell’oggetto desiderato. In questo senso si intende il termine oggetto in senso ampio: un oggetto vero e proprio, una sostanza, una persona, un gruppo, un’emozione, un’azione, un interesse.

Anche le cosiddette dipendenze comportamentali, o dipendenze senza sostanza, come il Gioco d’Azzardo Patologico (GAP) ultimamente molto diffuse, costituiscono un grave disagio per la persona e per il suo contesto familiare, in conseguenza di una tendenza compulsiva a reiterare un comportamento nonostante i costi psichici, economici e relazionali che questo comporta. L’incontrollabilità del comportamento e l’impossibilità di declinarlo in funzione delle sue conseguenze è ciò che intendiamo come dipendenza.

Oggi si ricorre al termine *ADDICTION* in riferimento, oltre alla dipendenza fisica e chimica dell’organismo da una sostanza, anche alla tendenza coattiva a ricercare un oggetto-sostanza-situazione in modo reiterativo. *Addiction* dal latino *addictus* rimanda alla condizione di schiavitù di un soggetto impossibilitato ad effettuare una libera scelta. L’abuso assottiglia le connessioni multiple fra l’individuo e il mondo in forme unilineari di dipendenza orientate esclusivamente alla ricerca della sostanza.-oggetto-situazione.

La dipendenza è la “soluzione” sintomale utilizzata come tentativo di autocura di fronte ad uno stress psichico conscio o inconscio. Di fronte allo stress mangiamo, fumiamo, beviamo di più; dipendente è colui che lo fa con continuità e preda di una compulsione.

Alcool, droghe, lavoro ecc. funzionano da ansiolitici svolgendo quella funzione contenitiva che l’individuo non è in grado di esercitare verso se stesso. La sostanza placa sul piano somatico ma non permette l’elaborazione sul piano psichico, da qui l’evoluzione compulsiva del comportamento.

La tossicomania può essere considerata come una particolare modalità di aggravamento per cause ambientali di un preesistente disturbo di personalità che si struttura appunto intorno a una dipendenza, che può essere verso una sostanza, un oggetto significativo o un comportamento in generale. Negli ultimi anni sono stati pubblicati lavori (6) che dimostrano la prevalenza di un preesistente disturbo della personalità interpretabile come perdita di un “sentimento di sicurezza” psichico: quando le difese messe in atto si dimostrano inefficienti, la sostanza interviene per ripristinare un equilibrio attraverso effetti di scissione e negazione-mimetici. Si instaura una sorta di ricerca autoterapeutica della sostanza come stampella vicariante rispetto alla vulnerabilità dei meccanismi difensivi inadeguati a proteggere il soggetto.

Numerose ricerche (Cancrini, Clerici, Carta) (7) hanno tentato di enucleare all’interno della personalità dipendente uno specifico psicopatologico che le rendesse autonomia nosografica e categoriale per concludere che non esiste comunque la dipendenza, ma le dipendenze, in cui il viraggio da sovrastrutture personologiche simil-normali a nevrotiche, psicotiche e psicopatiche rappresenta un crescendo di gravità e di complessità. Anche nella ricerca delle possibili cause i vari modelli interpretativi (biologico, psicologico, sociale) si sono incrociati fra di loro, fino ad arrivare alla conclusione attuale che esistono varie forme di dipendenza, a genesi multifattoriale.

*L’Osservatorio sulle dipendenze e sui disturbi sottosoglia* evidenzia che i soggetti con disturbi correlati all’uso di sostanze lamentano disturbi di Personalità con frequenze Oscillanti tra il 50 ed il 100% .

Studi clinici sulla comorbidity tra disturbi correlati All’uso di sostanze e disturbi di personalità (dp) evidenziano una condizione di disagio, una sensazione spiacevole, simile alla depressione, con sentimenti di inadeguatezza, percezione negativa della vita, bassi livelli di autostima, diminuzione della libido, anedonia e sintomi psichiatrici: ansia, fobie, ossessioni, compulsioni, screzi paranoici, disturbi del sonno, somatizzazioni, anoressia, bulimia, emarginazione conseguente agli effetti sociali dell’uso di sostanze.

Condizioni psicologiche associate alla dipendenza:

- stati ansiosi e depressivi;
- scarsi meccanismi di adattamento;
- scarsa capacità di elaborazione delle frustrazioni;
- bassa percezione del rischio;
- scarsa capacità di mantenere nel tempo comportamenti positivi.





Risulta chiara la complessità e l'origine multifattoriale che rimanda ad aspetti biopsico-sociorelazionali. L'aggettivo "patologica" denota la dipendenza come "malattia" complessa in senso lato. Il ricorso alle sostanze è il risultato di un intreccio di fattori, biologici, cognitivi, motivazionali e di personalità, nonché sociali e situazionali (Tab. 4).

### Il contesto militare

La declinazione dell'addiction nel contesto militare ha evidenziato una maggiore diffusione del fenomeno nelle classi di età comprese fra i 35 e i 39 anni, con la prevalenza dell'abuso di alcool rispetto ad altre sostanze.

Le problematiche di abuso seguono, rispetto alle classi di età, un andamento bimodale registrando un picco in età giovanile (30-39 anni) e un secondo picco a ridosso della fase di prepensionamento (50-54 anni) (Graf. 12).

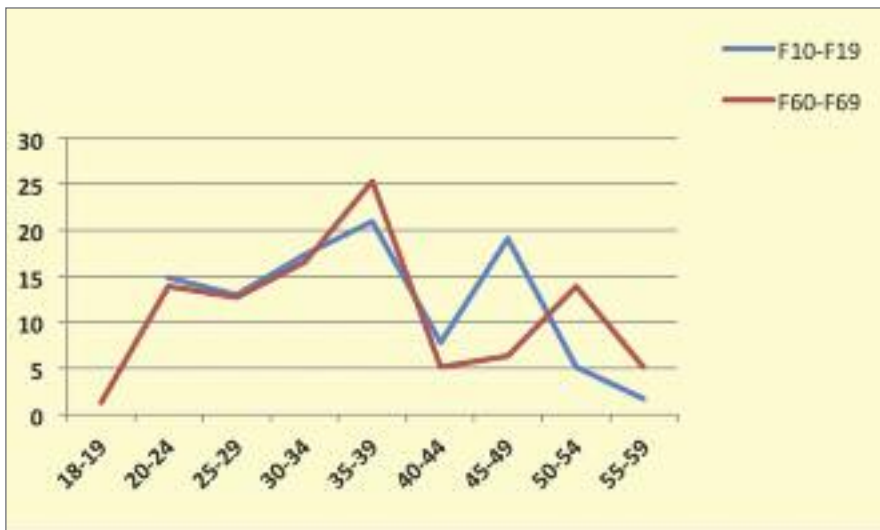
Come evidenziato dal grafico, lo stesso andamento lo si osserva per la categoria F60-F69 relativamente ai "Disturbi di personalità e del comportamento". Il dato ci riporta a quanto già detto sull'intreccio psicopatologico fra le Dipendenze e disequilibri nella struttura di Personalità, sulla comorbilità e la "doppia diagnosi" confermando quanto detto sul significato sintomale e compensatorio del ricorso a sostanze psicotrope.

Relativamente alla sfera dei disturbi dissociativi (F20-F29) essi rappresentano una percentuale esigua dell'ordine del 2% sulla totalità della patologia psichiatrica (Graf. 13).

Anche in questo caso la percentuale maggiore la si ritrova nel ruolo dei sottufficiali, cui segue la truppa e gli ufficiali.

La fascia di età nella quale ricade con maggiore frequenza il disturbo è quella compresa fra i 40 e i 49 anni.

Tab. 4 - Complessità della "doppia diagnosi"



Graf. 12 - Diffusione dei comportamenti d'abuso rispetto alle classi d'età dei soggetti.



Graf. 13 - Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti (F20-F29).



## Implicazioni medico-legali

L'accertamento di patologia psichica ha evidentemente delle ricadute sul percorso professionale del personale militare sul quale comunque viene effettuata un'attenta e periodica osservazione clinica.

La peculiarità delle mansioni militari e il mandato Istituzionale relativo alla Difesa e alle buone prassi organizzative, rende i medici militari molto attenti alle condizioni di efficienza psico-fisica del personale coscritto.

La valutazione di idoneità al prosieguo della carriera è oggetto di verifica da parte delle CMO in funzione delle condizioni e della natura delle condizioni cliniche evidenziate.

In questa sede ci siamo proposti di valutare il peso del disagio psichico sull'Organizzazione Militare attraverso i provvedimenti medico-legali emessi sulla idoneità al servizio.

Sul totale delle visite effettuate dalle CMO per le varie forme di patologia (psichiatrica e non) nel periodo 2008-2016, il disturbo dell'adattamento (F43.2) è la diagnosi che esita nella maggiore percentuale di non idoneità permanente al servizio, seguita dagli esiti clinici di fenomenologie post-traumatiche (F43.1) e l'ampio ventaglio clinico del cluster ansioso-depressivo (F41.2) (**Tab. 5**).

**Tab. 5 – Relazione fra patologia specifica e giudizio di non idoneità al servizio**

<b>Provvedimenti Medico-Legali</b>			
	<b>Temporaneamente non idoneo</b>	<b>Idoneo</b>	<b>Permanentemente non idoneo</b>
<b>Disturbo dell'adattamento</b>	33,00%	21,20%	45,80%
Disturbo post-traumatico da stress	26,80%	31,70%	41,50%
Episodio depressivo non specificato	34,70%	25,10%	40,20%
Disturbo ansioso-depressivo	40,80%	29,50%	29,80
Disturbo d'ansia generalizzato	38,40%	41,90%	19,70%

## Considerazioni

Nella pratica clinica la diagnosi di Disturbo dell'Adattamento (DA) presenta non di rado delle difficoltà. Per le sue caratteristiche di aspecificità dei sintomi, ad esso sono talvolta ricondotte forme di disturbo che non soddisfano i criteri per altre diagnosi, oppure è considerato come diagnosi di "transizione", quasi "sottosoglia" in attesa dell'emergere di un quadro più definito e grave.

Il DA si presta come paradigma per definire i fattori di mediazione fra l'evento stressante e la reazione del soggetto, ricordando che subentra la valutazione personale nella percezione dell'evento in termini di minaccia o di compromissione di scopi fondamentali.

L'evento si riferisce a condizioni presenti nella vita che correlano con cambiamenti significativi ad esempio: divorzio, lutto, licenziamento, trasferimento, cambiamento di condizioni di lavoro, importanti problemi sul lavoro, mobbing, bullismo, problemi di salute, interventi chirurgici, notizie di diagnosi e prognosi impegnative.

Tali eventi di vita sono interpretati dal soggetto in modo negativo e questa valutazione causa disadattamento.

La caratteristica principale dei DA come definito nel DSM-5 e nell'ICD-10 (OMS, 1992) è una reazione negativa a uno o più eventi o fattori stressanti chiaramente definibili, che si manifesta con sintomi sul piano cognitivo, emotivo e comportamentale, tali da compromettere il funzionamento precedente del soggetto.

E' stato notato che nel DA e nelle reazioni a eventi stressanti i fattori di rischio sono il reverso dei fattori protettivi che spiegano la resilienza (Barlow e Durand 1988; Biondi 1999; First e Tasmari 2004; Hansell e Darmour 2004) (8).



La resilienza comprende una serie di risposte flessibili dal punto di vista cognitivo, comportamentale ed emotivo riguardo eventi avversi, acuti o cronici i quali eventi possono essere insoliti o generalmente frequenti. Si tratta di un atteggiamento e di un significato che il soggetto attribuisce a un evento avverso, il quale significato spiega le risposte flessibili piuttosto che inflessibili, rigide e disfunzionali (Neenan 2009) (9). Teoricamente i fattori di rischio in senso psicologico più significativi sono le ridotte abilità di coping e un atteggiamento di indisponibilità all'accettazione. Le abilità di coping che sono comunque un costrutto ampio, comprendono diversi aspetti ad esempio: ottimismo, speranza, focus sui problemi, realismo, pensiero critico, padronanza, senso di autoefficacia, autostima.

La necessità di un cambiamento dell'assetto psicologico in conseguenza di un evento avverso, pone il soggetto di fronte alle sue peculiari strategie di coping che rappresentano il bagaglio di risorse dell'intera personalità. In tal senso il DA funge da episodio critico rispetto ad una serie di disturbi clinici disparati e può coesistere con essi sul piano psicopatologico.

In ultimo, permane una significativa difficoltà a valutare la differenza fra disturbi sottosoglia, tratti (non Disturbi di Personalità) persistenti e il Disturbo dell'Adattamento.

Sembra che il DA si collochi lungo un continuum che vede ad un estremo normale le condizioni e i problemi di vita e poi accanto, i tratti, i disturbi sottosoglia e i disturbi maggiori. L'esatta collocazione diagnostica viene resa evidentemente difficile dal gioco di aspetti specifici, come le differenze individuali nella valutazione di eventi stressanti e delle loro conseguenze. Siamo evidentemente nell'ambito della patologia "subsindromica" o patologia "sottosoglia", ambito in cui la sintomatologia non risponde ai criteri minimi richiesti per una diagnosi categoriale secondo i criteri operativi previsti dal DSM o dove il quadro clinico non permette un inquadramento diagnostico preciso, riproponendo il problema del limite fra patologia e normalità.

In ambito militare la presenza di chiari parametri di funzionamento rispetto alle dimensioni organizzative, rende probabilmente più agevole individuare in senso diagnostico dimensioni comportamentali che seppur non francamente psichiatriche, si collocano comunque in un range di rischio rispetto all'adattamento e all'efficace performance professionale.

Come già detto la possibile emergenza stressogena inclusa nell'ingaggio del militare, impone comprensibilmente un'attenzione mirata a cogliere anche il minimo segnale di alterazione e di scompensamento nell'assetto psichico dei soggetti appartenenti alla Forza Armata.

## Conclusioni

L'andamento del disagio psichico all'interno delle FFAA, così come emerge dai dati pervenuti all'Osservatorio Epidemiologico della Difesa, dipinge un quadro pressoché sovrapponibile a quello della popolazione generale. Questo non può rappresentare un motivo per sottovalutare il peso della patologia psichiatrica nell'ambito militare. Il particolare contesto operativo richiede un equilibrio psichico, che nell'ambito di un complessivo "stato di salute", renda in ogni momento e in ogni circostanza il militare pronto ad affrontare situazioni anche estreme e inusuali. Il medico militare, lo psichiatra militare e lo psicologo militare devono operare con grande professionalità e assiduità al fine di prevenire e/o diagnosticare precocemente condizioni patologiche. La sorveglianza epidemiologica in questo quadro ha lo scopo di assicurare un costante monitoraggio del fenomeno e evidenziare eventuali novità nelle sue espressioni.

## Bibliografia

1. Selye H. (1976) , The stress of life, Revised ed., McGraw-Hill, New York
2. <http://www.aisicweb.org/>
3. Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010, Ministero della Salute 2011.  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_navigazioneSecondariaRelazione\\_2\\_listaCapitoli\\_capitoliItemName\\_2\\_](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_navigazioneSecondariaRelazione_2_listaCapitoli_capitoliItemName_2_)
4. Giornale Italiano di Psicopatologia, 2006; 12: 5-19 " Stress e disturbi psicogeni" .
5. Prevalenza dei disturbi mentali in Europa: risultati del progetto European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED).
6. Angelo Fioritti e Joel Salomon Doppia diagnosi : epidemiologia clinica e trattamento Milano : Angeli, 2002
7. Cancrini L.; Carta I.; Clerici M.," Lungo il confine Tossicodipendenze e comorbidità" Ed. Franco Angeli, 2003;
8. Biondi M. (1999) Disturbi dell'Adattamento, Disturbo Acuto da Stress e Disturbo Post-Traumatico da Stress. In Cassano GB, Pancheri P (a cura di) Trattato italiano di psichiatria, pp 2291-2324, Masson, Milano9



# PSYCHIC DISORDERS IN THE MILITARY FIELD

A review of psychiatric diagnoses in CMO

Maria Annunziata Favasuli \*

*"... the battlefield is the heart of man"*  
(Fedor Dostoevskij)



## Premise

Monitoring the spread of psychological distress in Armed Forces staff, similarly to other clinical expressions, responds to the purpose of a continuous and dynamic assessment of the organizational well-being dimension that can not clearly be separated from the state of health and well-being of individuals belonging to the Military Institution .

Furthermore, naming the phenomena and treating them according to parameters of objectivity contributes from a cultural summit to reducing the stigma and halo of judgment and shame historically associated with mental suffering.

For this purpose, a review was made of the diagnoses issued by the Medical-Hospitals Commissions relating to the sphere of psychic disorders, whose diffusion and syndromic peculiarities are the subject of this article.

The diagnoses have been initiated according to the criteria of the ICD-10 (*International Classification of Diseases*) the system now adopted by most of the World Health Organization (WHO) Member States for epidemiological and statistical purposes.

\* Psicologa-Psicoterapeuta Consulente Osservatorio Epidemiologico della Difesa - Igesan - Roma.



Coding let statistical classification and a graphical display of psychiatric phenomenology in the military field available.

In terms of frequency, on the total visits made by CM in the period from 2008 to 2016, 10% of diagnoses concern psychiatric problems. Out of a total of 55,669 visits made by the CMO, 5,641 referred to psychiatric disorders.

The single diagnostic event covers the largest number of visits, attesting the trend of psychic phenomenology from a point of view of its real numerical diffusion (*Table 1*).

Regarding the distribution of psychiatric visits for each individual Armed Forces, the Army and the Carabinieri Arma have the highest number of cases of psychiatric relevance as illustrated in *graph 1*.

The analysis of diagnostic categories for aggregates of ICD-10 codes, highlights the prevalence of neurotic sphere disorders, somatoform disorders and stress. The following are mood disorders, substance abuse, personality disorders and dissociative syndromes (*Graph 2*).

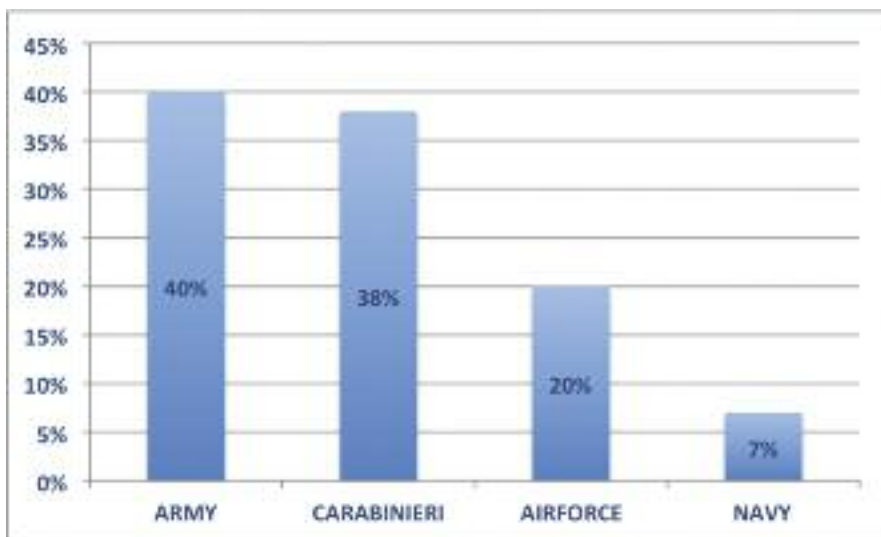
The aggregate of F40-F48 codes indicates a wide range of clinical manifestations that, in the absence of organic noxa, for their comprehension refer to the psychodynamic model of the conflict between internal personalities, as well as to the complex processes of mediation between the subject and requests for adaptation to external reality (*Graph 3*).

The term NEVROSI, introduced by Cuellen in 1972, referred to all mental illnesses (including stroke and epilepsy) except delirium. Currently, the term neurosis is no longer used, except in a purely psychodynamic sense, and used in clinical practice to generally indicate less severe disorders, or as an adjective in the ICD-10 is used to characterize the class of "neurotic disorders, related to stress and somatoforms", related to abnormal emotional states with psychic and physical symptoms not caused by an organic brain disease or other psychiatric disorder.

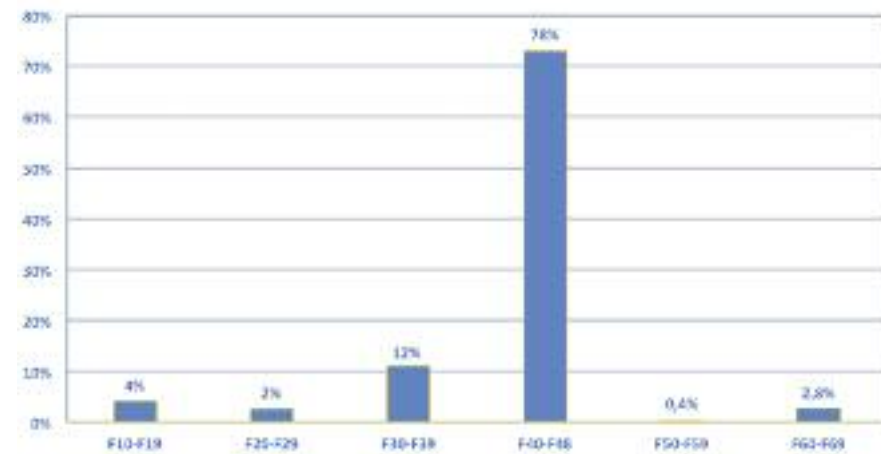
The discomfort in the subject - context transitions finds in the construct of stress a conceptual and explanatory synthesis, acting there as a *trait d'union* between the inner psychic axis and the external stimulations.

**Table 1 - Number of visits by subjects**

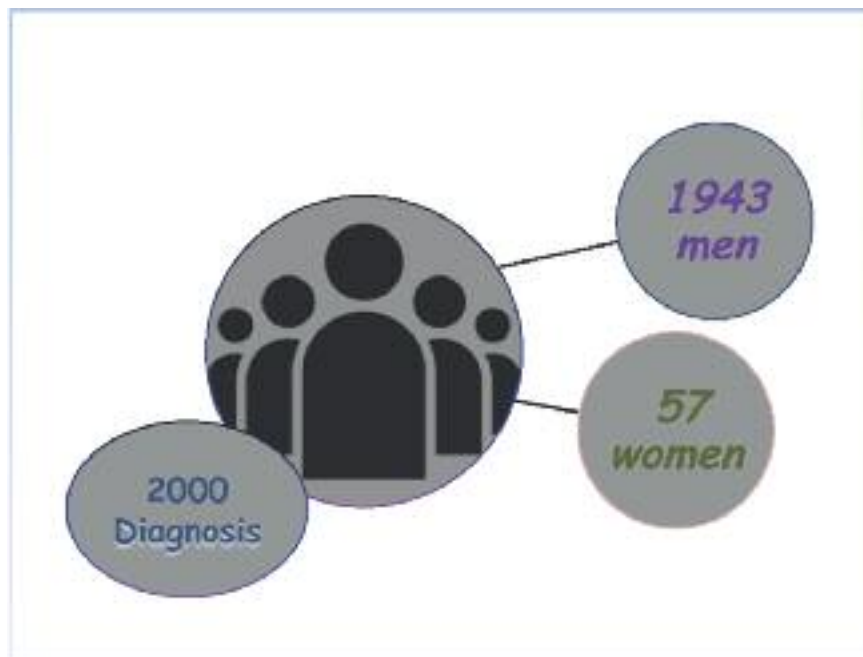
1	2	3	4	5	6	7
2729	1408	827	485	145	250	73



*Graf. 1* - Percentage of psychiatric visits for the Armed Forces.



*Graf. 2* - Percentage distribution of psychiatric pathology.



**Graf. 3** - 79% of psychiatric diagnoses fall into the nosographic category. F40-F48.

psychophysiological, physical, biological and organizational disorders. Inclusion of somatic (somatoform) expression disorders within the ICD-10 aggregate confirms the link between symptomatology, conflict with environmental demands, somatic outcome of anxiety and hyperactivation due to stress.

## Overview

According to a study conducted by AISIC (Italian Association against Stress and Cell Aging) and La Sapienza University, 70% of deaths in Italy are due to diseases caused by stress (2). In the USA the importance of stress is also shown by the fact that the DSM-5 has given ample space to somatization disorders and stress. The greater theoretical-clinical knowledge on the condition of stress have increased awareness of the phenomenon, and have allowed to detect its real impact. European epidemiological data show that stress is a condition with a high impact on health (Assidai, 2011) (2): Sweden 35%, Norway 31%, Germany and France 28%, Italy 26%, Spain 19%, Holland 16% .

The economic costs related to the stress condition have a significant impact on national budgets. In France in 2007, work-related stress had an estimated impact of between 2-3 billion euro on the national budget (2). In Germany it has been quantified that 11 million working days are lost due to work stress, with an increase of 70% of absences over the last ten years (2). In Austria it has been calculated that stress weighs 0.73% on national GDP due to medical treatment, loss of productivity and absenteeism (2). Even in the United States, the phenomenon is taking on significant proportions: 32% of men and 25% of women suffer from stress. In the United States, over the last 12 years there has also been a 700% increase in the cost of antidepressants, of which 60% due to the stress condition (3). A comparison between Europe and the United States, related to the annual economic costs due to the stress condition, shows that in the USA there is an expenditure of 300 billion dollars, with a cost of 967 dollars per person, while in Europe the total expenditure is around 200 billion euros, with a cost per person of 404 euros (2). The economic and social impact of stress and related diseases has led to considering stress as the pathology of the new century.

Regarding the phenomenon we are exploring, the military reality does not seem to depart, in terms of the general trend of stress-related phenomena as we are described in the aforementioned works, confirming that the balance of stress is altered every time intervenes a breaking of the harmony between the individual and his living environment, whatever the source and the scenario in which it takes shape.



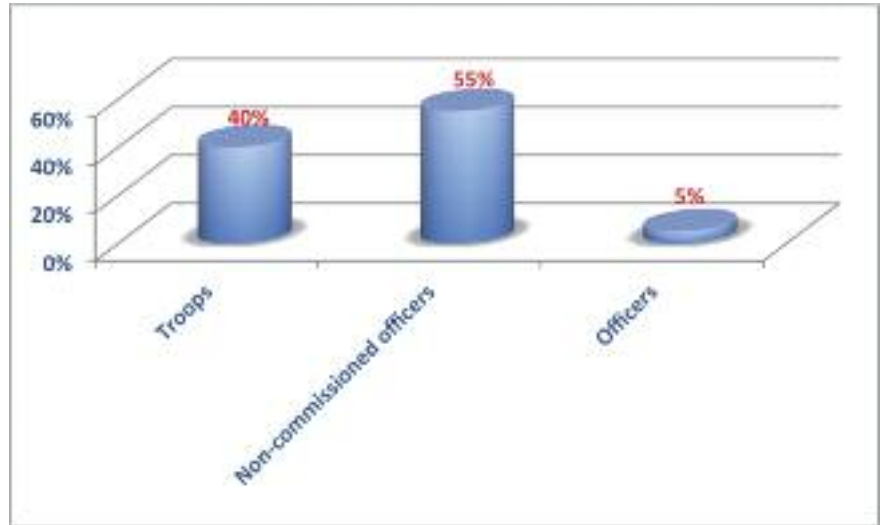
Except traumatic emergencies (by mistake assimilated tout-court to the stress) related to situations of intolerability up to limit and disruption, the clinical emergencies with a stressogenic matrix concern a short circuit of the adaptive processes in respect of external stimuli, to which assumes great importance the cognitive-symbolic dimension that regulates the attribution of meaning to events, as well as peculiar dimensions and traits of the pre-morbid personality. We understand the reason that accounts for the high diffusion of the pathology related to stressful events, since these are almost physiological occurrences in the people's life.

The context and the content of work and existential experiences are important triggers of psychopathological processes related to the difficulty of facing intra and interpersonal stimuli and conflicts. There is no doubt that the content of military work and the context in which it takes place involve a quantum of particular stresses in quantitative and qualitative terms, and this is proven by the fact that in the field of enrollment great attention is paid to related personal dimensions the ability to "coping" and "resilience".

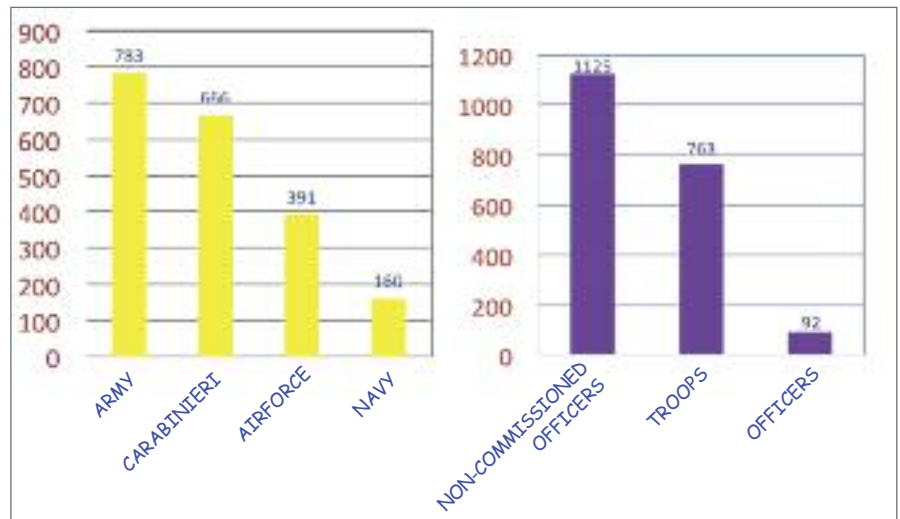
It is important to remember that the attribution of meaning to stimuli is a psychological process of synthesis between concrete aspects of the experience and the ideoaffective resonances within the person who experiences them. It is not the event itself (except for serious traumatic events) but the significance of the event in terms of alarm and danger, compared to the internal structure of the subject.

We wondered, from our point of view, if the content of military work (job, rhythms, gratification, recognition, etc.) could give us some indication of the progress of stress-related pathologies in personnel, isolating the variable "hierarchical role" as a general indicator of the allostatic load.

The highest percentage of cases concerns the category of non-commissioned officers, intermediate between the decision-making area of the military institution and the executive area. Perhaps a role that suffers from a double stress, from above and below, which could constitute for the person a peculiar stressful load. It is only a hypothesis potentially to be developed as a trace for an auspicious diachronic observation on military personnel. 55% of the neurotic and somatoform pathology concerns the non-commissioned officers, followed by the troops (40%) and the officers (5%) (*Graff. 4 and 5*).



*Graf. 4* - Percentage of mental disorders with respect to the hierarchical role.



*Graf. 5* - Distribution for Armed Forces and Hierarchical Role (F40-F48).



Tab. 2 - Distribution of the disturbances of the F40 code - F48 in the different hierarchical roles.

ICD-10 F40-F48	TROOPS	NCOs	OFFICERS	TOTAL
ANXIOUS-PHOBIC DUCTS	8	6	1	15
PANIC ATTACKS DISORDER	17	34	1	52
GENERALIST ANNOUNCEMENT OF	250	318	28	596
ANXIOUS-DEPRESSIVE DISORDER	291	524	37	852
OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER	4	10	1	15
STRESS ACUTE REACTION	10	8	4	22
POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER	20	15	3	38
ADAPTATION DISORDER	158	206	17	381
OTHER NEVROTICAL DISORDERS	5	4	0	9
<b>TOTAL</b>	<b>763</b>	<b>1125</b>	<b>92</b>	<b>1980</b>

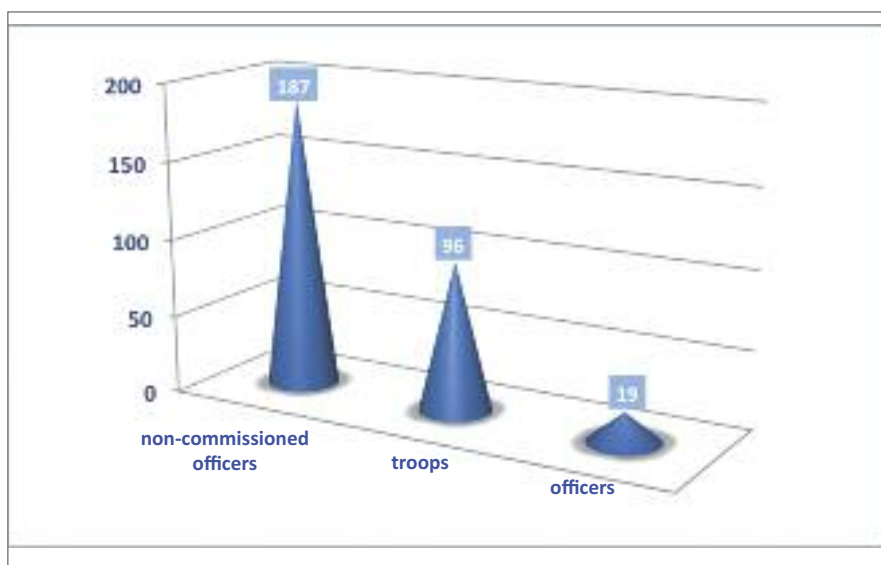
Anxious-depressive disorder (524 diagnoses) generalized anxiety disorder (318 cases) and adaptation disorder (206 cases) are the most common clinical forms among non-commissioned officers (*Table 2*).

Also the Mood Disorders (F30-F39) are more frequent in the category of non-commissioned officers as shown in *Graph 6*.

In relation to the Armed Force, the greatest number of Affective Disorders is found in the Arma dei Carabinieri (*Graph 7*).

The definition of affectivity disorder is a syndromic set of disorders related to an alteration of emotional-affective tone and behavior (*Table 3*).

Affective disorders, in which anxiety and depressive disorders are inserted, have an average prevalence in the 2.5% of population. The incidence rate of depressive disorder is higher in women, occurs in adolescence and with maximum

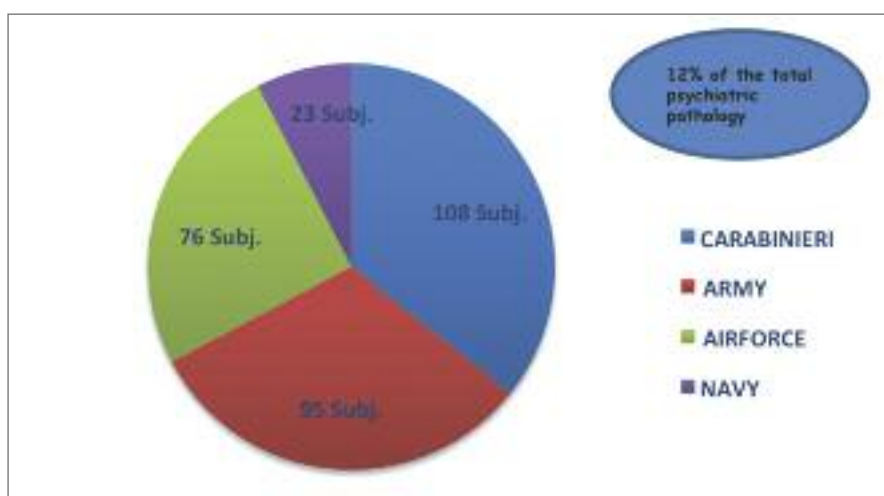


Graf. 6 - Distribution of mood disorders in the various hierarchical roles.

Tab. 3 - Clinical expressions of affective disorders.

### Mood disorders

- Manic episode
- Depressive episode
- Bipolar disorder
- Cyclothymia
- Dysthymia



Graf. 7 - Mood and affective disorders in the Armed Forces (F30-F39).



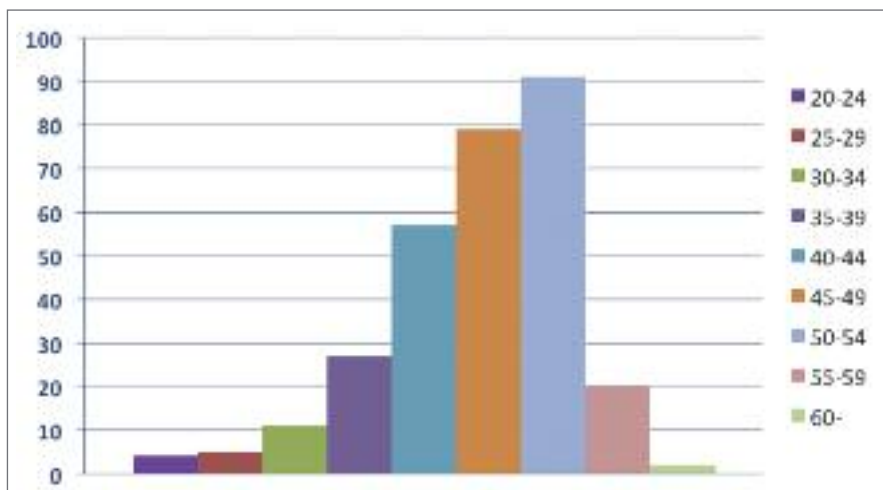


expression in the 30-49 age group (from epidemiological studies, Dubini and Faravelli) (4).

Depressive, Manic, Depimitia, and Cyclothymia episodes are the disorders included in the code aggregate (F30-F39) considered here.

As for the variable age, **Graph 8** illustrates the trend of affective disorders during the period of the military working life of the people subjected to examination.

The highest percentage of affective disorders (30%) is in the age group between 50 and 54 aa., which falls in a chronologically apical phase of the work.



**Graf. 8** – Distribution of mood disorders by age group.

With respect to the age factor, outside the military context there is a different distribution of affective disorders: from an epidemiological study on the prevalence of mental disorders on a sample of 4,565 people representative of the general Italian adult population (200-2001) (5) emerges the average age of those suffering from an affective disorder is 47 years old, and that 50% of these are female.

Epidemiological community research unanimously highlights the strongest presence of female sex in the class of affective disorders (65%) in that of anxiety disorders, somatoform, dissociative and personality (56%), while in the schizophrenia prevails male sex (62%) and gender equality in other forms of psychosis. (5)

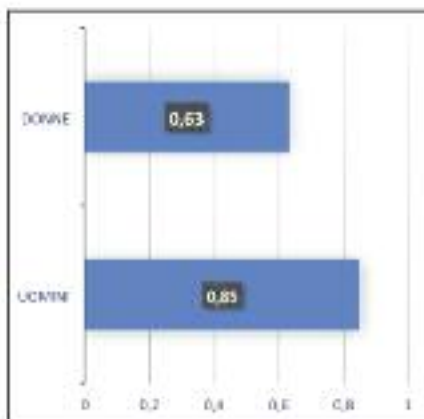
In the military population the different distribution of psychiatric pathology according to the variable sex does not follow the general trend, probably due to the recent introduction of women, which does not allow to follow the phenomenon compared to age classes not yet represented in our reference sample (**Chart 9**).

The tables illustrate that the psychiatric pathology is more widespread in women if the time interval is restricted to 49 years, unlike what happens if the interval widens up to include the 59th year of age at which, probably, we do not yet find female subjects who have matured such a long period of service (**Chart 10**).

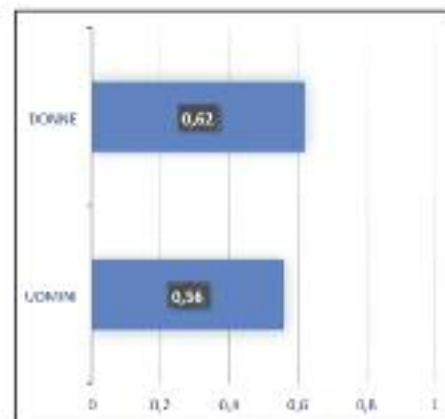
### General risk factors

We must stress the importance of the context in triggering and modifying the trend of affective disorders, confirming the need to expunge elements of labeling and social exclusion from psychic suffering. On the other hand, the context of belonging can play a natural compensatory and therapeutic role, acting on the motivation of people and on the mechanisms of support and emotional reflection.

In the etiopathogenesis of the disorder emerges the importance of the subjective factors intra-individual, as well as external



**Graf. 9** – Comparison between sexes. Mood disorders. Class age 20-59 aa..



**Graf. 10** – Comparison between sexes. Mood disorders. Class age 20-49 aa..



contextual elements that may represent the cause or the stimulus that triggers the pathology. \*

### The "protective" function of the context

The military context, due to the strong group connotation that characterizes it, can play both horizontally in peer relationships, and vertically in relationships with superiors, a preventive and support function, as highlighted by peer-support experiences realized in situations of discomfort, from the introduction of the activities of Defusing and Debriefing, which proved to be effective in containing clinical events related to special service events on the emotional side of the emergency.

The Armed Forces have understood that the emotional balance of their staff can change during the working life, and that internal resources can be used not to deny but to manage preventive and therapeutic existential events, which instead follow the clinical change of complete maladjustment.

With regard to the life span, affective discomfort is registered more frequently towards the end of the working parabola, as well as neurotic and somatoform disorders (**Graph 11**).

We want to highlight the single-mode trend of "Mood disorders" and "Neurotic disorders related to stress and somatoform": the peak affects the age group between 50 and 54 years, thus the decreasing phase of the work parabola of the subjects. We also believe that the common anxious expression in the disorders considered may lead to classification difficulties and overlap of the nosographic codes.

### Abuse behavior

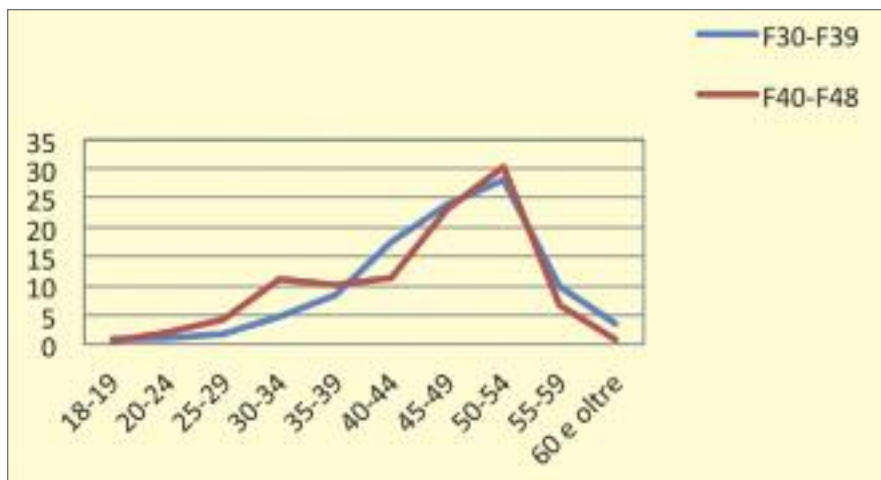
Regarding the abuse of psychoactive substances (**F10-F19**), 4% of psychiatric diagnoses refer to psychic and behavioral disorders consequent and / or related to the use of substances.

*For clarity and a good classification of the phenomenon of abuse, we must highlight the clinical implications related to the use of terms use, abuse, addiction.*

More than the substance itself is the relationship that the individual has with it to make the change to the clinic. The transition from use to abuse is supported by the phenomenon of tolerance. Drug becomes the focal point of the people's existence. To research the pleasing effect of the substance, which has failed for the phenomenon of tolerance, the subject realizes a real process of "climbing", progressively increasing the doses assumed, in the hope that the positive effect of the substance can be achieved at any cost.

The definition of addiction includes the concepts of tolerance and dependence but other important aspects characterize it: concern for the acquisition of the substance, compulsive use, loss of control, strong risk of relapse and denial of the dependence's condition.

* INTRAINDIVIDUAL	* CONTEXT
<ul style="list-style-type: none"> <li>- High sensitivity</li> <li>- High reactivity to stress</li> <li>- Insecure attachment</li> <li>- Excessive addiction</li> <li>- Negative representation of oneself and others</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familiarity for depression</li> <li>- Abuse, mistreatment, trauma</li> <li>- Poor support</li> <li>- Socio-economic disadvantage</li> <li>- Devaluation</li> </ul>



**Graf. 11** - Trend of mood disorders and neurotic-somatoform disorders in the life span of the subjects subjected to examination.



Dependency is the inability to stem a behavior that is harmful to oneself, which limits to the minimum its social network and its interests, which implies a waste of resources looking for the desired object. In this sense we mean the term object in a broad sense: a real object, a substance, a person, a group, an emotion, an action, an interest.

Even the so-called behavioral addictions, or addictions without substance, such as the recently widespread pathological gambling problem (PGP), constitute a serious discomfort for the person and his family context, as a result of a compulsive tendency to reiterate behavior despite the psychic, economic and relational costs that this entails. The uncontrollability of behavior and the impossibility of declining it according to its consequences is what we mean by dependence.

Today we use the term ADDICTION in reference, in addition to the physical and chemical dependence of the organism from a substance, also to the tendency to seek an object-substance-situation in a reiterative way. Addiction, from the Latin *addictus*, refers to the condition of slavery of a subject unable to make a free choice. The abuse thins the multiple connections between the individual and the world in unilinear forms of dependence directed exclusively to the search for the substance-object-situation.

Addiction is the symptomatic "solution" used as an attempt to self-cure in the face of conscious or unconscious psychic stress. In the face of stress, we eat, smoke, drink more; employee is the one who does it continually and becomes prey to a compulsion.

Alcohol, drugs, work, etc. functions as anxiolytics, carrying out that containment function that the individual is not able to exert towards himself. The substance subsides on the somatic level but does not allow the elaboration on the psychic level, and from this derives the compulsive evolution of behavior.

Drug addiction can be considered as a particular mode of aggravation for environmental causes of a pre-existing personality disorder that is structured around an addiction, which may be towards a substance, a significant object or behavior. In recent years, works have been published (6) that demonstrate the prevalence of a pre-existing personality disorder, which can be interpreted as the loss of a psychic "feeling of security": when the defenses put in place prove inefficient, the substance intervenes to restore a balance through effects of splitting and mimetic negation. A sort of self-therapeutic research of the substance is established as a vicarious crutch with respect to the vulnerability of the defensive mechanisms, so that they become inadequate to protect the subject.

Numerous researches (Cancrini, Clerici, Carta) (7) have attempted to enumerate within the dependent personality a specific psychopathology that would make it nosographic and categorical autonomy, coming to the conclusion that there is no dependence, but addictions, in which the toning from simil-normal personologic superstructures to neurotic, psychotic and psychopathic represent a crescendo of gravity and complexity. Even in the search for possible causes the various models of interpretation (biological, psychological, social) have crossed each other, up to the current conclusion that there are various forms of dependence, a multifactorial genesis.

The Observatory on addictions and subthreshold disorders shows that subjects with disorders related to the use of substances complain about personality disorders with frequencies ranging between 50 and 100%.

Clinical studies on the comorbidity between substance-related disorders and personality disorders (PD) show a condition of discomfort, an unpleasant feeling, similar to depression, with feelings of inadequacy, negative perception of life, low levels of self-esteem, diminished libido, anhedonia and psychiatric symptoms: anxiety, phobias, obsessions, compulsions, paranoid disagreements, sleep disorders, somatization, anorexia, bulimia, marginalization resulting from the social effects of substance use.

Psychological conditions associated with addiction:

- anxious and depressive states;
- poor adaptation mechanisms;
- poor ability to process frustrations;
- low risk perception;
- poor ability to maintain positive behavior over time.

The complexity and multifactorial origins that refer to bio-psycho-socio-national aspects are clear. The adjective "pathological" denotes the dependence as a complex "disease" in a broad sense. The use of substances is the result of an interweaving of factors, biological, cognitive, motivational and personality, as well as social and situational (**Table 4**).



## The military context

The declination of addiction in the military context has shown a greater diffusion of the phenomenon in the age classes between 35 and 39 years, with the prevalence of alcohol abuse compared to other substances.

Compared to age groups, the problems of abuse follow a bimodal trend registering a peak in youth (30-39 years) and a second peak close to the early retirement phase (50-54 years) (*Graph 12*).

As shown in the graph, the same trend is observed for category F60-F69 with regard to "Personality and behavioral disorders". The data takes us back to what has already been said about the psychopathological interweaving between addictions and unbalances in the personality structure, on comorbidity and "double diagnosis", confirming what was said about the symptomatic and compensatory significance of the use of psychotropic substances.

With reference to the sphere of dissociative disorders (F20-F29), they represent a small percentage, about 2% on the totality of psychiatric pathology (*Graph 13*).

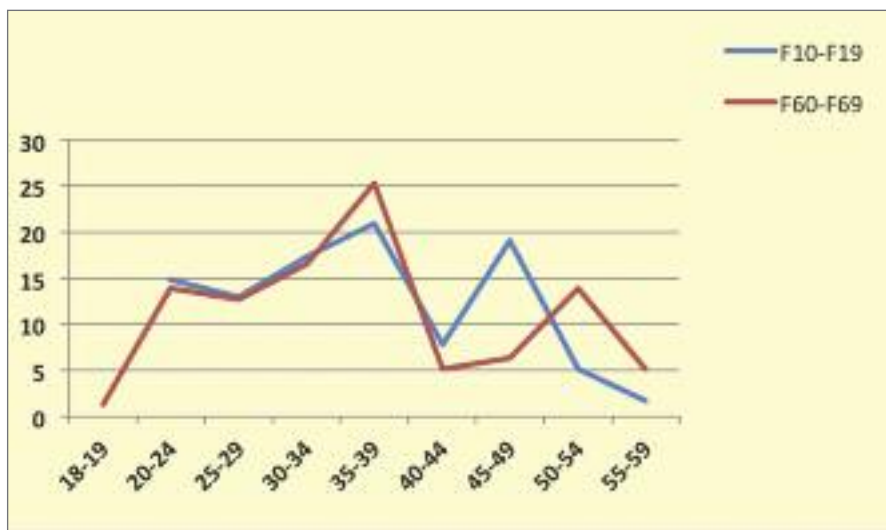
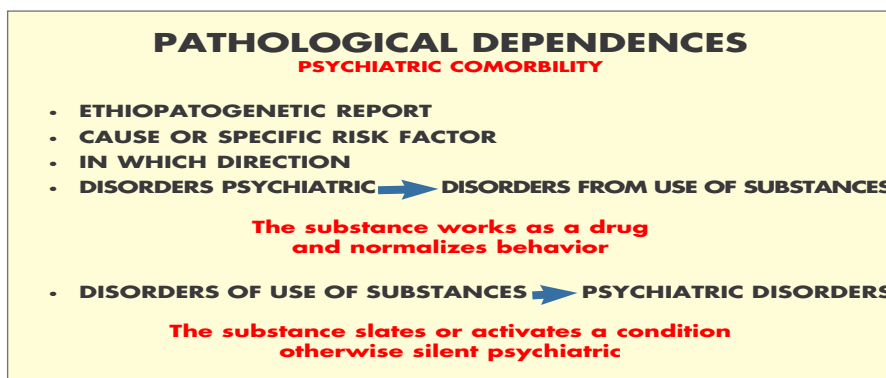
Even in this case the largest percentage is found in the role of non-commissioned officers, followed by the troops and officers.

The age range in which the disorder falls most frequently is between 40 and 49 years.

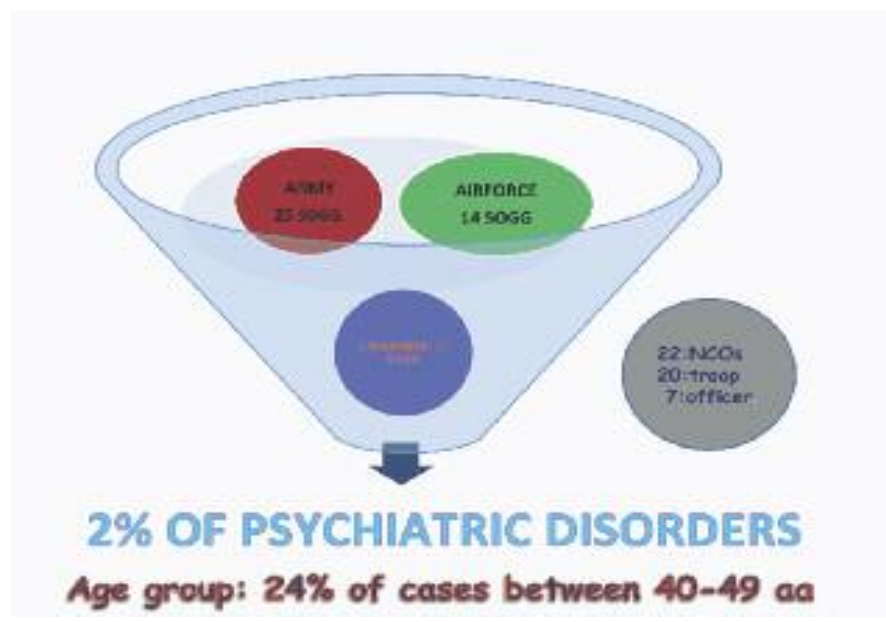
## Medical-legal implications

The assessment of psychic pathology obviously has repercussions on the professional path of military personnel on which a careful and periodic clinical observation is carried out.

Tab. 4 - Complexity of the "double diagnosis"



Graf. 12 - Dissemination of abuse behavior with respect to the subjects' age groups.



Graf. 13 - Schizophrenia, schizotypal disorder and delusional disorders (F20-F29).



The peculiarity of military tasks and the institutional mandate related to defense and good organizational practices, makes military doctors very attentive to the conditions of psycho-physical efficiency of staff conscripted.

The assessment of suitability for the continuation of the career is subject to verification by the CMO according to the conditions and the nature of the clinical conditions highlighted.

We set out to evaluate the burden of psychological distress on the Military Organization through the medico-legal measures issued on the suitability for service.

Of the total visits made in the period 2008-2016 by the CMOs for the various forms of pathology (psychiatric and otherwise), the disorder of adaptation (F43.2) is the diagnosis that results in the higher percentage of non-permanent suitability for the service, followed from the clinical outcomes of post-traumatic phenomenologies (F43.1) and the wide clinical range of the anxiety-depressive cluster (F41.2) (*Table 5*)

**Tab. 5 - Relationship between specific pathology and judgment of non-suitability for the service**

<b>Medical-Legal Measures</b>			
	<b>Temporarily unsuitable</b>	<b>Eligible</b>	<b>Permanently unfit</b>
<b>Adaptation disorder</b>	33,00%	21,20%	45,80%
Posttraumatic stress disorder	26,80%	31,70%	41,50%
Depressive episode not specified	34,70%	25,10%	40,20%
Anxious-depressive disorder	40,80%	29,50%	29,80
Generalized anxiety disorder	38,40%	41,90%	19,70%

## Considerations

In clinical practice, the diagnosis of Adaptation Disorder (AD) rarely presents difficulties. Due to its characteristics of non-specific symptoms, disturbances that sometimes do not meet the criteria for other diagnoses are sometimes traced to it, or are considered a "transition" diagnosis, almost "subthreshold", pending the emergence of a more defined and serious.

The AD lends itself as a paradigm to define the factors of mediation between the stressful event and the reaction of the subject, remembering that the personal evaluation takes place in the perception of the event in terms of threat or compromise of fundamental purposes.

The event refers to conditions present in life that correlate with significant changes; for example: divorce, mourning, dismissal, transfer, change of working conditions, important problems at work, bullying, health problems, surgical interventions, news of diagnosis and demanding prognosis.

These life events are interpreted by the subject in a negative way and this evaluation causes maladjustment.

The main characteristic of AD - as defined in the DSM-5 and in the ICD-10 (WHO, 1992) - is a negative reaction to one or more clearly definable events or stressors, which manifests itself with cognitive, emotional and behavioral symptoms, such as to compromise the previous state of the subject.

It has been noted that in AD and in reactions to stressful events, risk factors are the opposite of protective factors that explain resilience (Barlow and Durand 1988; Biondi 1999; First and Tasmari 2004; Hansell and Darmour 2004) (8).

Resilience includes a series of responses that are flexible from a cognitive, behavioral and emotional point of view with reference to acute or chronic adverse events, which events may be unusual or generally frequent. It is an attitude and a meaning that the subject



---

attributes to an adverse event, and that explains the flexible rather than inflexible, rigid and dysfunctional responses (Neenan 2009) (9). Theoretically the most significant risk factors in the psychological sense are the reduced coping skills and an attitude of unavailability to acceptance. Coping skills, which are nevertheless a large construct, include several aspects; for example: optimism, hope, focus on problems, realism, critical thinking, mastery, self-efficacy, self-esteem.

The need for a change in the psychological structure as a consequence of an adverse event, places the subject in front of his peculiar coping strategies, which represent the wealth of resources of the entire personality. In this sense, the AD acts as a critical episode with respect to a series of disparate clinical disorders, and can coexist with them on the psychopathological level.

Lastly, there is a significant difficulty in assessing the difference between subthreshold disorders, persistent traits (not Personality Disorders) and Adaptation Disorder.

It seems that the AD is placed along a continuum that sees at the normal extreme end the conditions and problems of life, and at the other extreme the traits, the subthreshold disturbances and the major disturbances. The exact diagnostic location is evidently made difficult by the play of specific aspects, such as individual differences in the evaluation of stressful events and their consequences. We are evidently in the "subsindromic" pathology or "subthreshold" pathology, in which the symptomatology does not meet the minimum criteria required for categorical diagnosis according to the operational criteria set by the DSM or where the clinical picture does not allow a precise diagnostic classification, re-proposing the problem of the limit between pathology and normality.

In the military sector, the presence of clear operating parameters with respect to organizational dimensions makes it probably easier to identify in a dignified way behavioral dimensions that -although not psychiatric - are nevertheless in a range of risk with respect to adaptation and effective professional performance.

As already mentioned, the possible stress-related emergency included in the military's engagement imposes understandably an attention aimed at grasping even the slightest signal of alteration and decompensation in the psychic set-up of the subjects belonging to the Armed Force.

## Conclusions

The trend of psychological distress within the Armed Forces such as the data received at the Epidemiological Defense Observatory, describes a situation almost superimposable to that of the general population. This cannot be a reason to underestimate the burden of psychiatric pathology in the military. The particular operative context requires a psychic equilibrium, which in the context of an overall "state of health", makes the military ready to face even extreme and unusual situations in every moment and circumstance. The military doctor, the military psychiatrist and the military psychologist must operate with great professionalism and assiduity in order to prevent and / or diagnose pathological conditions early. In this framework, epidemiological surveillance aims to ensure constant monitoring of the phenomenon and to highlight any novelty in its expressions.

---