



ARTICOLO TRADOTTO DAL WCPRR

RELIGIONE E SALUTE MENTALE: UNA CRITICA DELLA LETTERATURA

Simon Dein¹

ISSN: 2283-8961

Abstract

Da lungo tempo si studiano gli effetti, positivi e negativi, della religiosità e della spiritualità sulla salute mentale, con risultati contrastanti. L'autore esamina diversi studi comparativi e di metodo, e fornisce un commento critico dei risultati. Successivamente esplora il concetto di "coping" religioso e riporta uno studio che tratta l'inserimento di elementi religiosi all'interno delle pratiche terapeutiche. Vengono infine descritti gli aspetti psicopatologici di alcune esperienze religiose.

Religiosity and spirituality have been long investigated for their positive or negative effects on mental health, with mixed results. The author examines different associations and study methodologies, and describes criticism of the findings. Then, religious coping is explored and recent research on the inclusion of religious elements within therapeutic practices are reported. Finally, psychopathological aspects of some religious experiences are described.

Keywords: Religione, religiosità, spiritualità, misticismo, salute mentale, religious coping, psicoterapia religiosa.

¹Mental Health Science, University College London

Introduzione

Negli ultimi vent'anni si registra un aumento dell'interesse per l'insieme di relazioni che intercorrono tra religiosità e salute mentale. Sono stati condotti fin ora migliaia di studi (epidemiologici, che si occupavano di studi sulla popolazione generale o di singole comunità, clinici che coinvolgevano pazienti ambulatoriali/ospedalieri e infine una ricerca di tipo sociale e comportamentale) che dimostrano l'esistenza di una relazione positiva tra questi due ambiti (Koenig et al., 2012). In generale, facendo riferimento agli indici di salute mentale, gli individui più religiosi da un punto di vista dell'“essere” e del “fare”, presentano un miglior stato di salute (Levin, 2010). La vasta maggioranza degli studi si basa su un campionamento trasversale, concentrandosi in particolar modo sul credo e la partecipazione religiosa tra i cristiani nel Nord America. Per quanto riguarda il rituale, la preghiera, e altri aspetti della religiosità, un numero minore di studi ne prende in esame le problematiche (p.es., Dein & Littlewood, 2007; Dein, 2010).

La religiosità induce l'individuo ad avere un maggiore ottimismo e speranza, nonché una maggiore soddisfazione nella vita (Koenig, 2009), una minore probabilità di incorrere nella depressione ed una più veloce remissione dalla depressione stessa (Koenig, 2007; Smith et al., 2003), a meno casi di suicidio (Van Praag, 2009), ad un minore abuso di alcol e droghe (Cook et al., 1997), e a un minor tasso di delinquenza (Johnson et al., 2000). Per quanto riguarda invece l'ansia i dati sono controversi. Sebbene alcuni studi mostrino livelli di ansia ridotti, altri indicano un aumento dei livelli di ansia negli individui più religiosi (Koenig et al., 2012; Shreve-Neiger & Edelstein, 2004). La ricerca sulla schizofrenia è tuttora in fase di sviluppo; recenti studi condotti in Svizzera sostengono che gli individui psicotici spesso si dedicano alla preghiera e alla lettura della Bibbia per gestire meglio le voci, e una maggiore religiosità può favorire l'adesione alla terapia da parte del paziente (Mohr et al., 2006; Mohr et al., 2011). Nel Regno Unito, il tasso di incidenza del delirio con tematiche religiose in corso di schizofrenia rimane alto (Siddle et al., 2002).

Sebbene la maggior parte degli studi in letteratura sulla relazione tra religione e salute mentale si concentrino sulla cristianità, alcuni studi recenti sull'Islam (Abu-Rayyah et al., 2009), l'Ebraismo (Rosmarin et al., 2009) e l'Induismo (Tarakeshwar et al., 2003a; 2003b), rinforzano l'idea che gli individui religiosi presentino un migliore stato di

salute mentale (facendo riferimento agli indici di salute mentale). Inoltre questi studi suggeriscono che le credenze religiose abbiano un'influenza diversa sulla salute mentale, in base al credo religioso dei soggetti. Cohen e colleghi (2006), hanno avanzato l'ipotesi che il rapporto tra diverse sfaccettature della religiosità e la salute mentale non è arbitrario, ma è relativo a valori specifici della dottrina religiosa e della cultura d'appartenenza.

Spiegare la relazione tra religiosità e salute mentale

Per spiegare la relazione positiva che intercorre tra religione e salute mentale sono stati chiamati in causa diversi fattori. Tra questi si enumerano: una valutazione cognitiva positiva, una maggiore propensione per la speranza e l'ottimismo, una rete sociale maggiormente sviluppata alla quale consegue un maggiore supporto emotivo, uno stile di vita migliore (diete, un minor consumo di alcol e droghe, una minore presenza di comportamento antisociale), cambiamenti immunologici ed endocrini, e la relazione con Dio che supporta l'individuo (Dein, 2006). La cerimonia religiosa e la preghiera, in privato o in gruppo, può generare emozioni positive - gratitudine, umiltà, pietà, perdono, amore - con benefici che posso essere di tipo terapeutico o preventivo (Levin, 2010). Un aumento dell'altruismo e della gratitudine nell'individuo religioso è stato indicato come elemento di mediazione nella relazione tra religione e salute mentale (Schwartz, 2003). Non va ignorato il fatto che la religione può avere un'influenza negativa sulla salute mentale, attraverso l'induzione del senso di colpa e della dipendenza e in casi estremi può favorire il suicidio (p.es., in gruppi di culto estremisti che attendono la fine del mondo; vedi Dein & Littlewood, 2005, sul suicidio apocalittico).

Critica dei dati

È necessario fare un commento dei dati riportati in precedenza. Innanzitutto questi studi hanno generalmente utilizzato misurazioni sul comportamento del singolo, nel privato o in un ambiente pubblico, effettuate una sola volta ed avvalendosi di dati che si riferivano ad un singolo aspetto. In secondo luogo ci potrebbero essere dei *bias* nei criteri di reclutamento dei soggetti. Una terza osservazione si fonda sul fatto che

andrebbero condotti più studi sui non credenti e la loro salute mentale, includendo gli atei e gli agnostici (Hwang et al., 2009). Alcune persone possiedono una spiritualità - una connessione con un più alto potere da cui fanno derivare un senso - anche senza affidarsi e affiliarsi necessariamente ad una religione istituzionale. Le somiglianze e le differenze tra religione e spiritualità richiedono uno studio più approfondito. La spiritualità e la religione possono avere un'influenza differente sulla salute mentale. Un recente studio nel Regno Unito (King et al., 2013), sostiene che uno sguardo sulla vita caratterizzato da una spiritualità a cui manca un inquadramento all'interno di un sistema religioso, rende vulnerabili al disturbo mentale. Un quarto aspetto da considerare è che le scale di misurazione non pongono attenzione agli elementi culturali; dovrebbero invece prenderli in considerazione, soffermandosi soprattutto sulle credenze e le pratiche culturali (Milstein et al., 2010). Una quinta critica si sofferma sul problema che vede le scale di misurazione poco sensibili nei confronti dell'aspetto teologico (Dein et al., 2012).

Infine, come sottolinea Sloan (Sloan et al., 1999; Sloan, 2006), molti degli studi incentrati sulla religione e la salute non utilizzano test statistici multipli, attraverso i quali aumenterebbe la probabilità di ottenere risultati statisticamente rilevanti. Utilizzando uno studio a doppio cieco sulla preghiera di intercessione (Byrd, 1988), dove i pazienti di una unità di terapia intensiva cardiologica (Coronary-Care Unit, CCU) venivano assegnati indifferentemente a un tipo di cura standard o ad un gruppo di preghiera di intercessione officiata da tre convertiti al cristianesimo, sono state considerate 29 variabili di risultato, e su sei di queste il gruppo di preghiera presentava un minor numero di nuovi malanni diagnosticati. Le sei variabili maggiormente significative non erano però indipendenti: il gruppo di preghiera aveva avuto un minor numero di nuove diagnosi di arresto cardiaco, di prescrizioni di diuretici e un minor numero di casi di polmonite e di prescrizioni di antibiotici. Non è stato attuato un controllo attraverso comparazioni multiple, come affermato dall'autore stesso. Per essere più precisi, è stata condotta un'analisi prendendo in esame più variabili, ma i risultati non sono stati presentati, eccetto per quanto riguarda la variabile p per il modello nel suo complesso.

Il “coping” religioso

Un'affiliazione ad un movimento religioso può derivare da una predisposizione alla religiosità, piuttosto che dalla capacità delle persone di trarre dall'ambito religioso gli strumenti per rispondere ad una crisi. Alcuni ricercatori sottolineano l'importanza del ruolo del “coping” religioso nell'affrontare il presentarsi di eventi negativi nel corso della vita, rispetto al ruolo che possono avere la credenza in sé o la partecipazione alle cerimonie religiose. Pargament (2010), individua due tipi di “coping” religioso: il “coping” religioso positivo (p.es. giudizio religioso benevolo, un perdono religioso, etc.) che è indice di una relazione sicura con Dio ed è associato ad un miglioramento della salute mentale. Al contrario, un “coping” religioso negativo (p.es. ripensamenti riguardo il potere divino, sensazione di essere abbandonati o puniti da Dio, etc.) riflette una relazione fragile con Dio a cui si associa un peggioramento dello stato di salute mentale. Di recente è nato un nuovo interesse nei confronti della teodicea - il tentativo di riconciliare un Dio onnipotente, onnisciente e amorevole - con il male e la sofferenza del mondo (Dein et al., 2013).

L'esperienza religiosa

Sebbene sia stato reso un concetto popolare nell'opera di William James *Varieties of Religious Experience*, gli studi relativi all'esperienza religiosa sono la minoranza rispetto a quelli sulla partecipazione alle cerimonie, la credenza e il “coping”, soprattutto a causa del suo essere un tipo di esperienza soggettiva. Ad ogni modo, rispetto a questa tematica sono state analizzate tre aree - il misticismo, la conversione e l'allucinazione religiosa.

La conversione religiosa è stata solitamente associata a stati positivi di salute mentale. James 1902/1958 identifica due tipi di esperienza religiosa, la religione dell'“animo malato” e la religione dell'“animo sano”. La prima deriva da una psiche danneggiata, e viene descritta come “un'angoscia positiva e attiva, una sorta di nevralgia psichica totalmente estranea ad una vita sana” (p. 126). *In extremis* questa include ribrezzo, irritazione, esasperazione, mancanza di fiducia in se stessi, sospetto, ansietà, trepidazione e paura. La seconda, la disposizione spirituale dell'“animo sano”, si definisce come “la tendenza a vedere tutte le cose come buone e giuste” (p. 83).

James nota che gli individui dall'“animo malato” sono predisposti ad affrontare esperienze di conversione nel tentativo di curare la loro psiche. Sebbene la conversione religiosa spesso può presentarsi durante un periodo di sconvolgimento emotivo o stress psicologico, non sempre la dinamica è questa. Nel più ampio studio di popolazione condotto fino ad ora sulla conversione religiosa, Heinrich (1977) ha intervistato 152 persone sane recentemente convertite al cattolicesimo, raffrontando i dati con il gruppo di controllo di composto da 158 soggetti. I fattori di innesco dello stato di conversione risultavano essere le discussioni con gli amici, i parenti o coloro che operano in ambito religioso, e non le situazioni stressanti.

Per quanto riguarda il **misticismo**, ci sono dei parallelismi fenomenologici tra gli stati mistici e psicotici tra cui: il delirio, le allucinazioni e il ritiro sociale. Tuttavia le conseguenze dei due fenomeni sono differenti (Brett, 2003). Mentre le esperienze mistiche solitamente influenzano positivamente la salute mentale, la psicosi è generalmente un'esperienza negativa (Jackson & Fulford, 1997). Questi due autori sostengono che ci siano delle differenze tra le due esperienze. L'esperienza spirituale è generalmente: eterodiretta, breve, vivida, messa in dubbio, la capacità critica nei confronti dell'esperienza è preservata, vi si esercita un controllo, non porta ad una perdita del contatto con la realtà, su un piano emozionale risulta essere neutra o positiva (procura soddisfazione), si fonda sulla consapevolezza di essere un'esperienza incomprensibile agli altri, non influenza le azioni intenzionali, non influisce negativamente sulla vita quotidiana, il contenuto dell'esperienza è accettabile dal contesto culturale e stimola la crescita personale. Invece l'esperienza psicotica è solitamente: diretta alla propria persona, vissuta per un lungo periodo di tempo, sperimentata anche sul piano fisico, vissuta come certezza, presenta un'incapacità di trovarne l'origine interna, porta l'individuo ad immergersi totalmente, sperimentando una perdita di contatto con la realtà, è un'esperienza negativa da un punto di vista emozionale (causa sofferenza), un'incapacità di riconoscerne l'incomprensibilità per l'altro, influisce sulla capacità di agire intenzionalmente, sulla qualità della vita, il suo contenuto non viene riconosciuto dal gruppo di riferimento e la vita quotidiana subisce un deterioramento (vedi anche Menezes & Moreira-Almeida, 2009).

Per quanto riguarda le **allucinazioni religiose**, ci sono alcuni lavori riguardanti il sentire la voce di Dio tra i cristiani pentecostali a Londra. Quaranta membri di un

gruppo di pentecostali inglesi hanno completato un questionario sulla preghiera: 25 individui hanno riportato di sentire la voce di Dio, di cui 15 riferivano di sentirlo in modo chiaro e conciso. Il secondo gruppo è stato intervistato e si sono potute avere maggiori informazioni sulle caratteristiche, la fenomenologia e il contesto del fenomeno. La voce di Dio non si può ritenere patologica di per sé, molti ne sottolineano l'utilità in situazioni di dubbio o difficoltà (Dein & Littlewood, 2007).

Psicoterapia religiosa Infine, ci sono degli studi che prendono in esame l'incorporazione delle attività religiose quali la preghiera, la lettura della Bibbia l'esecuzione di rituali nella CBT. I dati mostrano che la CBT affiancata da un approccio religioso cristiano ha una maggior efficacia tra i pazienti cristiani con depressione e ansia rispetto alla CBT tradizionale non religiosa. I futuri studi che si occuperanno di questi argomenti dovrebbero soffermarsi su quali terapie sono più efficaci e per quale tipologia di pazienti e quali terapeuti sono più adatti a condurre questo tipo di cure (Propst et al., 1992). Pargament (2007) in *Spiritually Integrated Psychotherapy* fornisce una panoramica completa sulla questione dell'inserimento della spiritualità all'interno della psicoterapia e una serie di esempi di scenari clinici che dimostrano l'applicabilità di questo approccio.

CONCLUSIONI

Attualmente la letteratura che si occupa della relazione tra religione e salute mentale conta un buon numero di studi. Questi si occupano in prevalenza (attraverso uno studio trasversale) della religione come elemento di malessere/benessere nella popolazione in generale; non prendono in esame la religione come elemento terapeutico per una patologia esistente. Riassumendo, il coinvolgimento religioso, nella sua definizione più ampia, svolge una funzione salutare sia per quanto riguarda la prevenzione primaria delle conseguenze del distress psicologico sulla salute mentale, sia sul mantenimento del benessere (Levin, 2010). I dati analizzati sono significativi da un punto di vista statistico, replicabili, e di un certo impatto. Tuttavia è importante sottolineare che, alla luce dei dati analizzati, non si può sostenere che al coinvolgimento religioso consegua la guarigione. Gli studi futuri in quest'ambito devono elaborare questi risultati e analizzare i fattori che si inseriscono nella relazione

tra religione e salute mentale e soprattutto devono essere sensibili agli elementi culturali e teologici nell'elaborazione degli studi stessi.

BIBLIOGRAFIA

Abu-Rayya HM, Abu-Rayya MH, Khalil M. The Multi-Religion Identity Measure: A new scale for use with diverse religions. *Journal of Muslim Mental Health*, 4: 124-138, 2009.

Brett C. Psychotic and mystical states of being: Connections and distinctions. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 9: 321-341, 2003.

Byrd RC. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *Southern Medical Journal*, 81: 826-829, 1988.

Cohen AB, Malka A, Rozin P, Cherfas L. Religion and unforgivable offenses. *Journal of Personality*, 74: 85-117, 2006.

Cook CCH, Goddard D, Westall R. Knowledge and experience of drug use amongst church affiliated young people. *Drug Alcohol Dependence*, 46: 9-17, 1997.

Dein S. Religion, spirituality and depression: Implications for research and treatment. *Primary Care and Community Psychiatry*, 11: 67-72, 2006.

Dein S. Judeo-Christian religious experience and psychopathology: The legacy of William James. *Transcultural Psychiatry*, 47: 523- 547, 2010.

Dein S & Littlewood R. Apocalyptic suicide: From a pathological to an eschatological interpretation. *International Journal of Social Psychiatry*, 51: 198-210, 2005.

Dein S & Littlewood R. The voice of God. *Anthropology and Medicine*, 14: 213-228, 2007.

Dein S, Cook CCH, Koenig H. Religion, spirituality, and mental health: Current controversies and future directions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200: 852-855, 2012.

Dein S, Swinton J, Abbas SQ. Theodicy in palliative care. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, 9: 191-208, 2013.

Heinrich M. Change of heart: A test of some widely held theories about religious conversion. *American Journal of Sociology*, 83: 653-680, 1977.

Hwang K, Hammer JH, Cragan RT. Extending religion-health research to secular minorities: Issues and concerns. *Journal of Religion & Health*, 50: 608-622, 2009.

Jackson M & Fulford KWM. Spiritual experience and psychopathology. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 4: 41-65, 1997.

Johnson B, Li S, Larson D, McCullough M. A systematic review of the religiosity and delinquency literature: A research note. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 16: 32-52, 2000.

King M, Marston L, McManus S, Brugha T, Meltzer H, Bebbington P. Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. *British Journal of Psychiatry*, 202: 68-73, 2013.

Koenig HG. Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195: 389-395, 2007.

Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54: 283-291, 2009.

Koenig H, King D, Carson V. *Handbook of religion and health (2nd Ed.)*. New York, Oxford University Press, 2012.

Levin J. Religion and mental health: Theory and research. *International Journal of Applied Psychoanalysis*, 2010. Studies Published online in Wiley InterScience [www.interscience.wiley.com]

Menezes A Jr & Moreira-Almeida A. Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36: 75-82, 2009.

Milstein G, Manierre A, Yali AM. Psychological care for persons of diverse religions: A collaborative continuum. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41: 371-381, 2010.

Mohr S, Brandt PY, Borrás L, Gilliéron C, Huguelet P. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163: 1952-1959, 2006.

Mohr S, Perroud N, Gillieron C, Brandt PY, Rieben I, Borrás L, Huguelet P. Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Research*, 186: 177-182, 2011.

Pargament K. *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York, Guilford Press, 2007.

Pargament K. *Religion and coping: The current state of knowledge*. In: Folkman S. *Oxford handbook of stress, health, and coping*. New York, Oxford University Press, 2010.

Propst L, Ostrom R, Watkins P, Dean T, Mashburn D. Comparative efficacy of religious and non-religious cognitive behavioural therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 94–103, 1992.

Rosmarin DH, Pirutinsky S, Pargament KI, Krumrei EJ. Are religious beliefs relevant to mental health among Jews? *Psychology of Religion and Spirituality*, 1: 180-190, 2009.

Schwartz C. Altruistic social interest behaviors are associated with better health. *Psychosomatic Medicine*, 65: 778-785, 2003.

Shreve-Neiger AK & Edelstein BA. Religion and anxiety: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 24: 379- 397, 2004.

Siddle R, Haddock G, Tarrier N, Faragher EB. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37:130-138, 2002.

Sloan RP. *Blind faith: The unholy alliance of religion and medicine*. New York, St Martin's Press, 2006.

Sloan RP, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality and medicine. *Lancet*, 353:664-667, 1999.

Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129: 614-636, 2003.

Tarakeshwar N, Stanton J, Pargament KI. Religion: An overlooked dimension in cross-cultural psychology. *Journal of Cross- Cultural Psychology*, 34: 377-394, 2003a.

Tarakeshwar N, Pargament KI, Mahoney A. Measures of Hindu pathways: Development and preliminary evidence of reliability and validity. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 9: 316-332, 2003b.

Van Praag HM. *The role of religion in suicide prevention*. In: Wasserman D & Wasserman C. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford, Oxford University Press, 2009.