SPIRITUALITÀ E SALUTE

Stefania Borgo e Lucio Sibilia***

Riassunto: Negli ultimi decenni si è manifestato un *revival* della spiritualità sia all'interno che all'esterno dei credi religiosi, parallelamente all'aumento esponenziale di pubblicazioni sull'argomento, dalla sociologia alla medicina. In questo articolo, dopo una breve introduzione storica viene presa in rassegna la letteratura scientifica relativa al rapporto tra spiritualità e salute, compresi i modelli e i meccanismi di effetto. Vengono riportati in dettaglio, e nell'ordine, i dati di ricerca relativi alla salute mentale, alla salute fisica e al benessere. I risultati della maggior parte degli studi considerati indicano un rapporto positivo tra le componenti della spiritualità (cognitive, emozionali, comportamentali e socio-ambientali) e la salute, sebbene con differenze di "efficacia" sulle diverse patologie. Nonostante le notevoli riserve metodologiche, si può concludere che la spiritualità intesa come risorsa e non come limite, sembra avere effetti prevalentemente favorevoli sulla salute.
Parole chiave: spiritualità, religioni, salute mentale, salute fisica, benessere.

Summary: In recent decades there has been a revival of spirituality both within and outside religious faiths, in parallel with the exponential increase in publications on the subject, from sociology to medicine. In this article, after a brief historical introduction, the scientific literature on the relationship between spirituality and health is reviewed, including models and mechanisms of effect.
Research data on mental health, physical health and well-being are reported in detail and in order. The results of most of the studies considered indicate a positive relationship between the components of spirituality (cognitive, emotional, behavioural and socio-environmental) and health, although with differences in "effectiveness" on different diseases. Despite the considerable methodological reservations, it can be concluded that spirituality understood as a resource and not as a limit, seems to have mainly favorable effects on health.
Key words: spirituality, religions, mental health, physical health, well-being.

Introduzione

L'interesse per la spiritualità e per le religioni è sorprendentemente cresciuto negli ultimi 50 anni: un fenomeno che nel secolo scorso veniva dato per morto – Dio è morto – sembra aver avuto una resurrezione, anche se in forme piuttosto diverse da quelle tradizionali (Giordan, 2007).

* Neuropsichiatra, già docente di Promozione della Salute e Psichiatria, Sapienza, Università di Roma.
** Neuropsichiatra, già professore di Psichiatria e Psicologia Clinica, Sapienza, Università di Roma.

Il fatto non sorprende se consideriamo che la spiritualità è presente nella vita dell'uomo fin dai tempi più antichi, anzi dalla preistoria: in tombe Neanderthal sono state trovate tracce di fiori e di cibo (Borgo, 2015), indice della fede in una esistenza oltre la morte, anche se non sappiamo come questi uomini di più di quarantamila anni fa la immaginassero. Ma un qualche tipo di concezione trascendente si trova in tutta la storia dell'umanità, con notevoli analogie nelle diverse epoche e nelle differenti culture, intersecando in molti modi i percorsi individuali e l'organizzazione sociale. Dalla filosofia personale agli istituti culturali e all'arte, dalla politica all'economia e alla gestione del territorio. E soprattutto nelle pratiche di guarigione il contatto con un mondo soprannaturale ha rappresentato una risorsa, dal volo dello sciamano alla richiesta di grazia agli dei e poi ai santi, testimoniata dalla quantità enorme di ex-voto che si è accumulata in migliaia di anni nei santuari, prova tangibile che l'intervento ha funzionato!

Solo in epoca moderna la scienza ha cominciato a distaccarsi dai dogmi ad anche a metterli in discussione, come ha fatto Galileo Galilei, che peraltro utilizzava le sue competenze astronomiche per fare oroscopi (ancora visibili)! Gradualmente lo studio del mondo naturale si è liberato dei vincoli imposti dalla teologia, ma è rimasto un atteggiamento di rispetto quasi sacrale verso i misteri della natura: un razionalista come Kant guardava con ammirato stupore il cielo sopra di lui e la coscienza dentro di lui. Anche se questi due mondi, l'oggettività e la soggettività sembrano essersi separati, rimane un alone di magia. Il positivismo ottocentesco non ha annullato l'interesse per i fenomeni esoterici né ha messo in discussione per la maggior parte delle persone le fedi tradizionali.

Gli studi antropologici hanno evidenziato il permanere di un sottofondo magico che non è mai stato soppiantato dalle religioni ufficiali: le concezioni trascendenti tendono a stratificarsi piuttosto che a sostituirsi completamente alle precedenti, talora integrandosi in forme di sincretismo, conservando miti e riti magari con nomi diversi. Potremmo chiederci se la teoria del *Big Bang* altro non sia che un mito della creazione compatibile con le conoscenze attuali!

Un mutamento di prospettiva radicale si verifica nel '900, con il passaggio da una visione assoluta ad una relativa, in tutti gli ambiti dalla fisica all'arte (Borgo, 2002). Il venir meno di regole oggettive ha avuto profonde ripercussioni non solo nella scienza ma anche nel costume: un esempio piuttosto evidente è la sessualità di cui Freud è stato in quel periodo il mentore. Nella società vittoriana, a seguito di una lunga tradizione, il sesso veniva considerato come riprovevole ma in qualche modo necessario, mentre nel corso del secolo l'atteggiamento è progressivamente cambiato fino ad un rovesciamento completo, legato alla riscoperta di un significato sacrale del mistero della vita

(proprio di alcune religioni "primitive" e orientali che divengono di dominio comune) nonché associato ad pratica mistica che porta ad una conoscenza superiore (tantra).

Nel mondo postmoderno, la distinzione classica tra le due modalità di esperire la trascendenza (intesa come una realtà aldilà di quella percepita), che nella spiritualità è più associata alla dimensione personale, interiore ed esperienziale e nella religione più connessa con aspetti ufficiali, esterni ed istituzionali (Guest, 2007), è divenuta molto più sfumata per il diffondersi di una spiritualità mutata. L'allentarsi delle norme ha aperto all'individuo la possibilità di modellare una sua visione del mondo al di là dei credi codificati (Varga, 2007).

> "Nella «**vecchia spiritualità**» è l'autorità gerarchica delle chiese tradizionali a stabilire come si deve pregare in chiesa e come ci si comporta fuori; ci sono parti di sé, come il corpo o le emozioni, che devono essere negate o sublimate, altrimenti non ci si può accostare degnamente al sacro; la verità è come una roccia, per cui la sua comprensione deve essere sempre ferma e sicura; esiste solo un modo per rapportarsi a Dio, e tutti gli altri sono sbagliati; chi è Dio e come lo si deve adorare è già stato stabilito da altri: basta adeguarsi e obbedire. Nella «**nuova spiritualità**» è il soggetto a scegliere liberamente ciò in cui credere, come pregare e come comportarsi; il sacro non è circoscritto a qualcosa di particolare: tutto è sacro, il corpo come lo spirito, la natura e il mondo che ci circonda, con le sue luci e le sue ombre; la verità è come un orizzonte, che non si raggiunge mai e che cambia continuamente la sua forma lungo il cammino della vita; per giungere a Dio ci sono molti sentieri diversi: si può trovare aiuto negli insegnamenti delle religioni tradizionali come anche nella mitologia, nella psicologia, nel sapere scientifico e nell'esperienza personale" (Giordan, 2004).

Parallelamente, la globalizzazione ha aumentato l'offerta di credi provenienti da culture diverse: buddismo, sciamanesimo, wikka, o una sintesi personale (le cosiddette "religioni fai da te"!). E la sacralizzazione di alcuni aspetti della vita quotidiana ha aggiunto a nuovi miti nuovi riti.

Questo profondo cambiamento, definito *Rivoluzione spirituale* (Heelas e Woodhead, 2005), ha il suo parallelo nelle religioni codificate dove, a parte alcune sacche di fondamentalismo, è emersa l'urgenza di adeguarsi ai profondi mutamenti culturali e tecnologici della società. Un Papa ecologista e un Dalai Lama che ripudia la metempsicosi e per la sua successione suggerisce un metodo elettivo democratico piuttosto che la sua reincarnazione sono esempi abbastanza evidenti del cambiamento.

Quello che emerge è un quadro assai variegato piuttosto che distinzioni nette e la realtà italiana non fa eccezione, come si evidenzia in una ricerca riportata nel libro *Un singolare pluralismo. Indagine sul pluralismo morale e religioso degli italiani* (Garelli et al., 2003).

Vi è un dibattito (Vargan, 2007) sul fatto che alcune tecniche, come la meditazione, possano essere isolate dal loro retroterra filosofico-religioso. Sul piano teorico alcuni accettano e altri rifiutano la distinzione tra "*meditazione pia*", legata ad una forma di *compassione* caratteristica della fede religiosa, e "*riflessione intellettuale*" intesa come una forma di analisi razionale che non può essere intesa come un credo, e cioè una "*spiritualità laica*" (Lombardi-Vallauri, 2015). È probabile che tra le due forme di spiritualità non si possa fare una distinzione netta e debba essere presa una posizione intermedia, cioè che una pratica non possa essere compresa se non nel contesto della cultura che l'ha prodotta ma che non sia tuttavia necessario abbracciare il credo di provenienza per praticarla. Anche perché in molti casi si tratta di una conoscenza esperienziale, non mediata da un canale cognitivo logico-verbale e quindi non esprimibile a parole (Borgo, 2011), che indirizza pertanto verso modalità conoscitive non razionali, come già accade per alcuni approcci ampiamente diffusi (dagli approcci corporei a quello lacaniano).

Modelli e meccanismi di effetto

I modelli proposti per spiegare i rapporti tra spiritualità e salute, data la complessità del costrutto "spiritualità", piuttosto che cercare di distinguere gli effetti della spiritualità da quelli della religiosità, evidenziano i differenti aspetti della spiritualità e dei comportamenti ad essa collegati che, a vari livelli, possono influenzare la salute. E questa impostazione è più funzionale per effettuare ricerche sugli effetti delle varie componenti della spiritualità.

Cercheremo di dare una breve panoramica dei modelli proposti per lo studio del rapporto spiritualità-salute e dei meccanismi che possono spiegare gli effetti sulla salute.

Per brevità prenderemo in considerazione solo 3 modelli.

Il più dettagliato, ma anche più complicato, in quanto considera non solo i fattori implicati ma anche le loro relazioni, è quello di Koenig (2012), che ha a lungo studiato il problema e di cui verranno riportate le ricerche. In sintesi, il percorso postulato da Koenig parte dalle convinzioni di natura spirituale che influenzano in successione le esperienze personali, le virtù umane, i rapporti sociali, le emozioni (positive e negative) e lo stile di vita. Questi fattori uniti alle caratteristiche genetiche, di personalità e alle esperienze evolutive spiegherebbero la maggior parte degli effetti sulla salute.

Piuttosto esaustivo anche è il "*modello a 4 Domini della salute spirituale e del benessere*" di Fisher (2011), in cui vengono considerati 4 ordini di fattori: personali, collettivi, ambientali e trascendenti, anche se non viene specificata

la loro interazione. Il *livello personale* include i significati, gli scopi e i valori della persona, quello *collettivo* invece include la morale, la cultura (ed eventualmente la religione). Il *livello ambientale* si focalizza su aspetti di cura e sulla relazione con l'ambiente (fisico e sociale). E infine il *livello trascendente* verte sui quesiti "ultimi", la forza cosmica o Dio (per i credenti).

Infine, il modello di Park (2007) delinea un percorso dove il sistema dei significati personali (convinzioni, motivazioni e scopi) influenza il senso della vita, il sostegno sociale, la "sacralizzazione" del corpo, il *locus of control* della salute e le emozioni positive, come la *speranza*, la *compassione* e l'*ottimismo*. E questi aspetti a loro volta incidono sui comportamenti rilevanti per la salute e lo stile di vita, sulle emozioni positive/negative e sulla gestione dello stress, e in caso di malattia sul fronteggiamento di questa e sulla aderenza alla terapia.

Questa breve rassegna sui modelli dovrebbe già dare una idea della molteplicità di fattori implicati nel rapporto tra spiritualità e salute, perciò non sorprende che altrettanto numerosi siano i meccanismi di azione ipotizzati. Se i fattori rilevanti per la salute collegati alla spiritualità sono di varia natura (emotivi, comportamentali, relazionali e socio-ambientali), possiamo immaginare modalità ed effetti differenziali anche se in parte collegati: è probabile che "buone" convinzioni promuovano "buone" emozioni, azioni e relazioni e complessivamente favoriscano il formarsi di un "buona" nicchia ambientale, con le relative retroazioni.

Nonostante le numerosissime ricerche, le vie mediazionali non sono state completamente chiarite, così come quelle che medierebbero i processi di auto-guarigione (Borgo, 2011; Kohls et al., 2011).

Tuttavia, dato che la letteratura sul tema è sconfinata, rimandiamo ad altre pubblicazioni per una rassegna più esauriente (Koenig, 2012; Mishra, 2015). Vorremmo solo evidenziare alcuni aspetti salienti legati a due diverse prospettive generali di ricerca, mentre aspetti più specifici verranno trattati separatamente in seguito.

Gli aspetti emozionali (emozioni positive/negative) e quelli comportamentali (comportamenti rilevanti per la salute) sembrano avere un ruolo primario, chiamando in causa meccanismi di autoregolazione emotiva e comportamentale. Per dare un esempio di questa prospettiva, alcuni Autori (Aldwin et al., 2014) hanno ipotizzato che le ricadute sulla salute degli aspetti più propriamente spirituali (vicinanza a Dio o auto-trascendenza) siano primariamente mediati dagli effetti della regolazione emozionale sui processi fisiologici, che include l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e il sistema simpatico-adreno-midollare (reazione allo stress), e la loro influenza sui processi infiammatori (collegati alle patologie croniche come i tumori e le malattie cardiovascolari).

Gli effetti di una pratica religiosa, invece, influenzerebbero maggiormente la regolazione comportamentale dei comportamenti rilevanti per la salute. Gli

effetti avversi della alienazione religiosa verrebbero mediati da entrambe le vie (emozionale e comportamentale).

Una prospettiva completamente diversa, ma altrettanto interessante, si focalizza sulle analogie dei meccanismi (aspettative, condizionamento classico e operante) collegati sia alla spiritualità che al placebo (Kohls et al., 2011; Borgo e Sibilia, 2014).

Spiritualità e salute

Aspetti religiosi e spirituali della vita dei pazienti psichiatrici sono stati tenuti fuori dalla psichiatria fin da quando questa si è costituita come branca della medicina nel XVIII secolo. Ancora di più da quando il pensiero freudiano e più in generale la ricerca scientifica hanno inquadrato pratiche e credenze religiose come forme di illusione o autoinganno, quindi disfunzionali. Non essendoci stato un lungo interesse scientifico, poca ricerca è stata condotta fino alle ultime decadi sul rapporto tra questi fattori (religiosità e spiritualità) e la salute in generale (Thoresen e Harris, 2002) e la salute mentale[1] in particolare.

A partire dagli anni '80, invece, si nota un risveglio dell'interesse di ricerca per questi argomenti. Inizialmente, trattandosi di campi disciplinari separati, con scarsi contatti reciproci, la crescita è stata lenta, ma dagli anni '90 in poi c'è stata una crescita esponenziale di studi scientifici. Basti pensare che Koenig e coll. (2012), tra i principali studiosi in questo campo, hanno contato 1200 studi dal 1872 al 2000, cioè fino al XX secolo, mentre ne hanno trovati 2100 nei primi 10 anni del XXI!

Spiritualità e salute mentale: le ricerche

Sia dalla religiosità (R) che dalla spiritualità (S) ci si aspetterebbe un incremento di emozioni positive, un fattore che aiuta a neutralizzare quelle negative; in quanto tali, possono essere viste come fattori che esaltano la vita e come risorsa di *coping*, mettendo cioè le persone in grado di affrontare meglio le avversità, quali traumi e stress, e migliorare l'adattamento a condizioni difficili.

Passiamo qui a riassumere i principali risultati empirici che costituiscono il portato della ricerca finora condotta, tenendo presente che queste ricerche sono affette da problemi metodologici, cui accenneremo in seguito. Seguiremo inizialmente una importante rassegna compiuta dallo stesso Koenig (2012) sull'affettività positiva.

L'affettività positiva studiata finora riguarda i concetti di *benessere, felicità, speranza, ottimismo*, nonché di *significato e scopo nella vita* e *senso di controllo*

1 Tuttavia, fattori religiosi e spirituali sono stati contemplati e studiati in molti altri campi disciplinari che vanno dalla medicina all'economia, dalla prevenzione alla riabilitazione, dalla giurisprudenza alla cura pastorale e alla epidemiologia (Koenig, 2012).

su di essa. I tratti psicologici correlati a queste disposizioni emotivo-affettive considerate sono state: *gentilezza, altruismo, compassione, tendenza al perdono* e *tendenza alla gratitudine*.

Sulle variabili *benessere* e *felicità*, in grande maggioranza (79% di 326 studi), Koenig ha trovato studi che evidenziano correlazioni significative positive con S e R (accorpate), mentre solo in un solo studio si è riscontrata un'associazione inversa. Sulla variabile *speranza*, su 40 studi il 73% ha mostrato una significativa relazione positiva e in nessuno una relazione positiva inversa. L'*ottimismo* si è trovato significativamente e direttamente correlato con R ed S nell'81% di 32 studi, mentre in nessuno una correlazione inversa. In accordo con le aspettative, nel 93% di 45 studi, sono state trovate relazioni positive significative con il *significato* e *lo scopo della vita*. Dei 10 studi migliori, tutti riportarono relazioni dirette.

Vi sono anche alcune variabili autoreferenziali, cioè riferite al Sé, studiate in rapporto alla religiosità e spiritualità, come l'*autostima* ed il *locus del controllo*, che si sono dimostrate rilevanti per la salute psico-affettiva.

Per quanto riguarda l'*autostima*, poiché sia la R che la S enfatizzano l'umiltà piuttosto che l'orgoglio e possono esaltare la colpa di non vivere secondo le norme prescritte, ci si poteva attendere che si correlassero con minore *autostima*. Invece, nel 61% di 69 studi, si trovarono una *maggior autostima* e solo nel 3% *minore autostima* nei soggetti caratterizzati da maggiore R o S.

Per il *locus del controllo,* fattore rilevante per il senso di controllo della persona su di sé e sul suo contesto, la maggioranza delle ricerche trova un *locus del controllo interno* e non esterno. Su 21 studi, il 61% trovarono un maggiore *senso di controllo* sulle circostanze della vita. Dei 9 studi con migliori qualità metodologiche, 4 hanno trovato relazioni dirette, mentre 3 relazioni inverse.

Alcuni *tratti disposizionali* positivi del carattere sono stati anche studiati, tutti ovviamente dipendenti da auto-descrizioni. Su 47 studi, 33 (70%) trovarono associazioni positive di S e R con l'*altruismo*, mentre 5 (11%) trovarono meno *altruismo*. Risultati simili sono stati trovati per i fattori: *tendenza al perdono* (34 studi su 40), *gratitudine* (5/5 studi), e *gentilezza/compassione* (3/3 studi).

Passando alla salute mentale intesa in senso tradizionale, cioè come presenza/assenza di disturbi psichiatrici, sono stati trovati studi sulla *depressione*, *ansia*, *disturbi psicotici*, *suicidio*, *disturbo bipolare*, *abuso di sostanze* in rapporto a religiosità e spiritualità.

Dei 444 studi trovati da Koenig (2012) sulla *depressione*, nel 61% si è trovata una relazione inversa con R ed S, mentre in 6% diretta. Di 70 studi prospettici di coorte, 76% evidenziavano livelli più bassi di *depressione* o una remissione più veloce in soggetti con maggiore spiritualità, mentre il 20%

una catamnesi peggiore o risultati misti. Di 30 studi clinici, in 63% si trovò che gli interventi centrati sulla S producevano migliori risultati del gruppo di controllo o del trattamento standard, mentre nel 7% i trattamenti standard erano superiori agli interventi di R e S.

Sui rapporti con l'*ansia*, Koenig trovò 299 studi. In 147 (49%) c'era relazione inversa, in 33 (11%), invece, maggiore ansia con maggiore R ed S. Su 32 studi randomizzati, in 22 (69%), l'*intervento centrato su R e S* produceva una riduzione significativamente maggiore dell'intervento standard o del gruppo di controllo, mentre solo in 1 studio (3%) produceva un aumento.

Risultati in accordo con quelli trovati per depressione, autostima e speranza sono stati trovati nel *suicidio*. Su 141 studi, in 106 (75%) si trovò una relazione inversa tra *suicidio* e S e R, mentre solo in 4 (3%) una relazione diretta. In 43 studi su soggetti con *disturbi psicotici,* fu trovata una relazione inversa in 14 (33%), mentre in 10 (23%) una relazione positiva con S e R.

Solo quattro studi hanno esplorato il rapporto tra S, R ed il *disturbo bipolare*. I loro risultati sono stati misti o contraddittori. In un campione nazionale di 37.000 canadesi, coloro che assegnavano maggiore importanza ad alti valori spirituali avevano maggiore probabilità di soffrire di un disturbo bipolare, mentre una frequentazione religiosa più assidua si associava ad un minore rischio del disturbo. Questo è uno dei pochi studi che mostravano effetti opposti tra loro della S e della R sulla salute mentale, corroborando l'idea di una sostanziale differenza tra i due costrutti.

Sono state studiate anche le associazioni con i cinque *tratti di personalità: estroversione*, *nevroticismo*, *conscienziosità*, *amicalità*, e *apertura mentale* (i cosiddetti "*Big five*"). L'84% degli 19 studi sullo *psicoticismo* mostravano significativi rapporti inversi con R ed S. Per il *nevroticismo*: nel 24% un rapporto inverso, nel 9% diretto. Per l'*estroversione* (con 50 studi): 38% un rapporto positivo, 6% negativo. Per la *Conscienziosità* (30 studi): 63% relazione positiva, 3% negativa. Per l'*Amicalità* (30 studi): 87% relazione positiva, nessuno negativa. Per l'*Apertura mentale* (26 studi): 42% relazione positiva, 12% negativa. In sintesi, le persone orientate alla R o S tendono ad avere punteggi più bassi di *psicoticismo* e *nevroticismo*, e più alti di *estroversione*, *coscenziosità*, *amicalità* e *apertura mentale*. Le persone con i più alti livelli di R ed S risultano avere tratti particolarmente bassi di *psicoticismo* e particolarmente alti di *amicalità* e *coscenziosità*. Tratti di cui da poco si comincia a riconoscere gli effetti sulla salute (Jensen-Campbell et al., 2002; O'Cleirigh et al., 2007; Wilson et al., 2007).

Per quanto riguarda l'*abuso di sostanze*, la *dipendenza alcoolica* mostra (in 278 studi) una relazione inversa nell'86%, e diretta nell'1% con R e S. Analogamente, l'*uso* o *abuso di* altre *droghe* (185 studi) mostra una relazione inversa nell'84% degli studi, solo in 2 studi (1%) diretta con R e S.

Sono state studiate anche le associazioni con i *problemi sociali*:
1. In 82 studi su in 104 (79%) si evidenziava una relazione inversa con R o S, e solo in 3 (3%) una relazione diretta con d*elinquenza e crimini*.
2. In 68 studi su 79 (86%) la R o S erano correlate a maggiore *stabilità coniugale*, nessuno con minore stabilità.

Sono anche stati studiati gli effetti sui *risultati scolastici* (10 studi): tutti hanno mostrato risultati migliori negli studenti con più R o S che con quelli meno R o S.

Anche per il *sostegno sociale,* in 74 studi il 61 (82%) mostravano relazioni positive con R o S, nessuno negative. Dei 29 studi metodologicamente migliori, il 93% (27) riportavano rapporti positivi con R o S.

Complessivamente si può dire che la spiritualità accompagnata da atteggiamenti positivi verso sé e verso gli altri favorisca la salute psichica. Certo, questo non esclude che talvolta la gentilezza e la disponibilità o altri atteggiamenti oblativi possano risultare disfunzionali in particolari contesti!

Spiritualità e salute fisica

In un'altra rassegna di Koenig e coll. (Koenig et al., 2001), si segnalava una crescente letteratura che mette in evidenza come il fattore S ed in particolare R giochino un ruolo importante rispetto a fattori o condizioni come la cardiopatia coronarica, con i suoi fattori di rischio come ipertensione e ipercolesterolemia, nonché i comportamenti di salute, i tumori, o la mortalità.

Una grande meta-analisi della relazione tra coinvolgimento religioso e mortalità (McCullough et al., 2000), che abbraccia quasi 126.000 partecipanti, ha indicato che le persone con più alti punteggi sulle misure di coinvolgimento religioso (principalmente indici globali) hanno avuto probabilità di sopravvivenza superiori del 29% alla catamnesi, rispetto alle persone con un coinvolgimento religioso inferiore. Anche misure piuttosto grezze di R o di S come l'affiliazione religiosa formale o la frequentazione della chiesa sono risultate fattori predittivi di esiti di salute.

Nonostante i rapporti tra S o R con la salute fisica siano solidamente riconosciuti, come già scritto, ancora poco si sa invece dei meccanismi che mediano tali effetti. Sono cioè ancora poco noti i modi in cui i vari aspetti della S o della R si traducono in questi esiti di salute (Park, 2007). Tornando al quesito di cosa vi sia nell'esperienza R o S che possa spiegare la connessione con la salute fisica o mentale, sono state proposte molte spiegazioni e studiate molte variabili mediazionali di natura non spirituale, peraltro già note in psicologia della salute (Ellison e Levin, 1998).

Tra queste si possono citare l'appartenenza a *reti sociali*, con il sostegno all'individuo che queste consentono, l'adozione di uno *stile di vita* salutare,

una *visione del mondo* che promuove il benessere, uno *stile esplicativo* che promuove il benessere.

A questi costrutti e le loro variabili si sono aggiunti di recente nuovi costrutti, nel tentativo di definire meglio la natura specifica dell'esperienza religiosa. I teorici dell'*attaccamento*, ad esempio, hanno argomentato che il senso di connessione del soggetto con la divinità dovrebbe fungere come fonte di sicurezza e conforto, alla pari dell'esperienza del bambino con la sua figura di attaccamento (Kirkpatrick, 1995). In accordo con la teoria, le persone che riferiscono una maggiore connessione o vicinanza con la divinità presentano anche una serie di benefici rilevanti per la salute: meno *depressione*, più alta *autostima*, minore *solitudine*, maggiore *maturità relazionale* e *competenza psicosociale* (Hill e Pargament, 2003).

In una recente rassegna di Thoresen e Harris (*op. cit.*, 2002), sul rapporto tra spiritualità e salute, gli Autori affermano che "*credenze e pratiche religiose e spirituali possono confermarsi fattori potenti dello stile di vita, influenzando importanti scelte, aspirazioni, atteggiamenti e valori, che a loro volta possono influenzare le probabilità di malattia o di salute*". Si tratta però di fattori complessi, composti da costrutti e sottocostrutti multidimensionali. Quindi, concludono: "*è improbabile che tutti i fattori di S e R favoriscano la salute in tutte le condizioni e per tutte le persone.*"

Spiritualità e benessere (dimensione olistica)

Per quanto riguarda la relazione tra spiritualità e benessere soggettivo, bisogna anzitutto considerare che il concetto stesso di benessere è multisemico (Sibilia e Borgo, 2014). Sarà prima fatto, quindi, qualche cenno alla storia del concetto di benessere. Il benessere emotivo, in particolare, era già stato contemplato tra i componenti essenziali del concetto di salute, fin dalle prime definizioni della O.M.S. del 1948 (Sibilia, 2015).

Nel linguaggio corrente, il temine benessere, ad una analisi semantica, viene articolato in quattro principali áree o costellazioni (*Atlante semantico*, Institut des Sciences Cognitives, CNRS): a) contentezza, felicità, soddisfazione, b) buona salute, tonicità, c) prosperità, successo, possesso di beni materiali, d) sensazione di benessere fisico (v. Fig.1).

In psicologia, l'interesse scientifico per il benessere emotivo (o psicologico), nonché per i tratti e le qualità positive della persona, era già presente in molti studi precedenti all'interesse per la spiritualità, studi che in seguito sono stati riconosciuti afferenti ad uno stesso filone, chiamato *psicologia positiva*. Questa nuova branca psicologica, emersa negli anni '90, si contrappone alla psicologia clinica, l'indagine cioè verso la disfunzione, quindi la patologia, la sofferenza psichica e la devianza (Sibilia, 2004). Ed è proprio nell'ambito della *psicologia*

positiva e della *psicologia della salute*, e soprattutto nelle ricerche con finalità preventive e promozionali della salute, che è maturato lo studio scientifico del benessere emotivo come componente essenziale del concetto di salute.

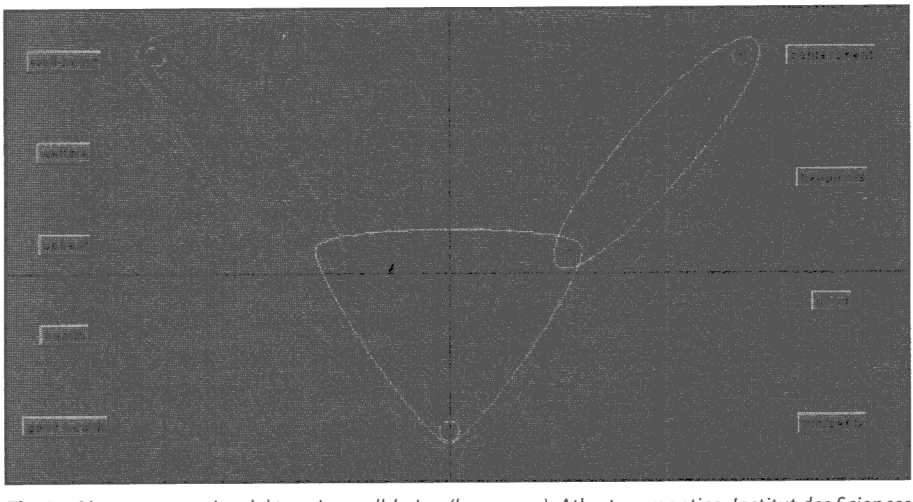

Fig.1 – *Mappa semantica del termine well-being (benessere). Atlante semantico, Institut des Sciences Cognitives, CNRS In: http://dico.isc.cnrs.fr/dico/en*

È da notare che già in questo ambito si sono create delle sovrapposizioni di concetti e quindi di costrutti. Ad esempio, le ricerche sul rapporto tra meditazione e benessere spesso trascurano il fatto che le definizioni sia di benessere che di meditazione condividono lo stesso concetto (Sibilia, 2015): il benessere emotivo come finalità esplicita delle pratiche meditative e come parte integrante della definizione stessa di meditazione.

Nel *Biosychosociospiritual Inventory*, BioPSSI (Hill, Pargament, 2003; Koenig, 2004) utilizzato anche da Casacchia e coll. (Santini, De Lauretis, Di Nicola, et al., 2011; Santini, et al., 2011), vengono misurate cinque sottoscale, quali: 1) Sintomi fisici, 2) Sintomi psicologici, 3) Supporto sociale, 4) Spiritualità, 5) Compromissione del funzionamento bio-psico-sociale e spirituale. La quarta scala (Spiritualità) comprende 7 items, che includono domande riguardanti la serenità, l'armonia con se stessi, il raggiungimento di una pace interiore, che potrebbero anche ben misurare il benessere psico-emotivo.

Non sorprende perciò che gli Autori suddetti, nell'usare il BioPSSI in una popolazione colpita dal terremoto de L'Aquila nell'aprile 2009, abbiano trovato che "in presenza di una maggiore quota della componente religioso-spirituale, rispetto alla popolazione che non presentava tale componente ... la popolazione ... mostrava una minor quota di sintomi emotivi – ansia e depressione misurata con il *General Health Questionnaire*, GHQ (Goldberg, Hillier, 1979)". Come

vedremo nel successiva sezione, cercare correlazioni tra misure che contengono le stesse sottovariabili significa esporsi al rischio di trovare risultati tautologici.

I problemi di ricerca

Le correlazioni empiriche studiate finora tra spiritualità (S), ivi compresa la religiosità (R), e salute o benessere soffrono di varie ed evidenti debolezze e problemi metodologici. Prima tra tutte è la difficoltà di operazionalizzare i costrutti che si vogliono studiare e quindi di derivarne strumenti di misura attendibili.

C'è molta controversia e discussione sul significato dei termini S ed R, come abbiamo già evidenziato nella introduzione. Nel loro *Handbook of Religion and Health,* Koenig e coll. (2001) definiscono la religione come un insieme, ovvero un sistema (socialmente organizzato e derivante da tradizioni stabilite in una comunità umana) di credenze, pratiche e rituali connesse al trascendente. Tipicamente, nella R troviamo credenze circa la vita dopo la morte, nonché l'adesione a regole di condotta in un gruppo umano. L'esecuzione di pratiche, la vita in comunità, nonché la partecipazione a rituali giustificati da quelle credenze sono l'aspetto comportamentale più evidente della R di un soggetto o di una popolazione.

Anche la S si distingue da altri concetti (come l'umanesimo, i valori, la morale o la salute mentale) per la sua connessione a ciò che è sacro, soprannaturale, trascendente. Tuttavia, la S non richiede pratiche istituzionalizzate, in sintonia con tali contenuti. Pertanto, si ritiene che la S venga prima e vada oltre la R.

In ogni caso, sono pochi gli studi che hanno esplorato come differiscano i fattori spirituali da quelli religiosi rispetto agli effetti sanitari (Thoresen e Harris, 2002). Alcuni pensano che sia prioritario chiarire questa distinzione poiché la confusione su questi termini offusca la nostra comprensione e ostacola la ricerca.

Tuttavia, molti Autori, come Koenig e coll., usano intercambiabilmente S e R e le accorpano in rassegne e metanalisi, come quella qui sintetizzata, perdendo così molta informazione derivabile dalla ricerca su entrambe le dimensioni separatamente. Per la maggioranza degli Autori, comunque, R ed S rappresentano un insieme di costrutti correlati, più o meno strettamente, piuttosto che indipendenti (Hill et al., 2000). Alcuni Autori, addirittura, vedono dei pericoli in questa biforcazione di religione e spiritualità (Hill e Pargament, 2003), vedendo entrambi i concetti accomunati dalla presenza del "sacro".

Un'altra fonte di errori può annidarsi nel fatto che sia nella S che nella R intervengono fattori educativi, sia formali (insegnamento) che informali (famiglia), che costituiscono un *imprinting* di lunga durata nel ciclo di vita, ma non indelebile. Le persone possono cambiare con gli anni il proprio orientamento sia S che R, sia per eventi della vita che per contatto con nuove

esperienze formative o nuove comunità ad ogni età[2]. Non si tratta quindi di fattori stabili che agiscono in modo permanente come il sesso, l'età o l'etnia.

Inoltre, a parte questi problemi di definizioni di S o R, bisogna notare che la S viene spesso misurata con questionari contenenti voci che misurano anche la salute mentale. Il costrutto viene così contaminato, causando risultati tautologici, almeno quando la si studia in rapporto alla salute mentale.

Si trovano infatti ricerche in cui il benessere (soprattutto quello chiamato "eudemonico") è misurato con item che hanno significati vicini a quelli che misurano la spiritualità. Inevitabilmente, si hanno risultati in cui il grado di correlazione empiricamente riscontrato è artefatto. Ad es. Villani e coll. (2019) in una ricerca su una campione di adulti italiani riscontrarono un forte impatto sul benessere soggettivo della spiritualità – intesa come desiderio umano di trascendenza, introspezione, interconnessione e ricerca di significato nella vita – e questa relazione appariva indipendentemente dallo stato religioso dell'individuo. Altri autori usano concetti come il *benessere spirituale*, che sembra contenere nella definizione stessa l'ambiguità di cui sopra.

Un'altra questione, infine, ma non meno importante, deve essere considerata: negli studi correlativi, normalmente, le variabili di benessere e salute, fisica o mentale, sono considerate dipendenti dalle variabili attinenti a R e a S. La relazione, invece, potrebbe essere inversa: chi gode di buona salute e maggiore benessere potrebbe essere più disposto a dedicarsi ad argomenti spirituali quali la ricerca di significato nella vita o di trascendenza di chi invece è più assillato dai problemi concreti della vita.

Per tutti questi motivi, nonostante i recenti progressi nell'affinamento dei concetti e delle misure, riteniamo che il campo non sia ancora scientificamente maturo, o almeno le variabili in gioco non sembrano abbastanza formalizzate al punto di poter validare specifiche ipotesi scientifiche.

Conclusioni

Le ricerche scientifiche, come abbiamo visto, corroborano in larga misura l'ipotesi che la spiritualità favorisca la salute mentale, la salute fisica ed il benessere, sia a livello individuale che comunitario, tanto che si parla di "*capitale spirituale*" (Guest, 2007) come risorsa per le comunità umane. Ciò potrebbe spiegare perché si trovino aspetti religiosi in tutte le epoche e latitudini.

Non bisogna tuttavia dimenticare che molte ricerche evidenziano anche effetti potentemente negativi sulla salute mentale e fisica, pur se in una percentuale molto ridotta di casi (Koenig, 2009). Inoltre non può essere trascura-

2 Come ad esempio nelle conversioni. Tipicamente, con la crescita, si perdono molte credenze dell'età evolutiva.

to il ruolo che le religioni hanno avuto e tuttora hanno nei conflitti tra gruppi umani, con il loro portato di sofferenze, malattie e morte (Borgo e Sibilia, 2015). Nel nostro ottimismo, sulla base dei modelli esposti in questo scritto nonché dei presupposti teorici cognitivo-comportamentali circa la psicopatologia, vorremmo pensare che religioni basate su credenze rigide, che non permettono valutazioni libere e razionali, che portano sofferenza e ostacolano i rapporti umani, non possano essere considerate vere forme di spiritualità.

Biblio-sitografia

Aldwin C., Park C., Jeong Y.-J. & Nath R. (2014). Differing Pathways between Religiousness, Spirituality, and Health: A Self-Regulation Perspective, *Psychology of Religion and Spirituality*, 6, 1, 9–21.

Atlante semantico, Institut des Sciences Cognitives, CNRS In: *http://dico.isc.cnrs.fr/dico/en*

Borgo S. (2002). Il costruttivismo tra arte e scienza. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 8, 2, 137-148.

Borgo S. (2011). Il tormento e l'estasi. In: *Psicoterapie e Neuroscienze*, Petrini P., Zucconi A. (a cura di). Roma: Ed. Alpes.

Borgo S. (2015). La spiritualità laica. In: Becciu M., Borgo S., Colasanti A.R. & Sibilia L. (a cura di) (2015). *Spiritualità, benessere e pratiche meditative*, Milano: Franco Angeli.

Borgo S. & Sibilia L. (2014) Placebo: effetto e terapia, *Idee in Psicoterapia*, 1, 67-75.

Borgo S. & Sibilia L. (2015). La spiritualità per la pace. In: Becciu M., Borgo S., Colasanti A.R. & Sibilia L. (a cura di) (2015). *Spiritualità, benessere e pratiche meditative*, Milano: Franco Angeli.

Ellison, C. G., & Levin, J. S. (1998). The religion– health connection: Evidence, theory, and future directions. *Health Education and Behavior*, 25, 700 –720.

Pace E. (a cura di), Bologna: Il Mulino, pp. 74–114, cit. in: G. Giordan (2007), *Spirituality: From a Religious Concept to a Sociological Theory, ibidem.*

Fisher J. (2011). The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being, *Religions* 2011, 2, 17-28; doi:10.3390/rel2010017

Flanagan K. & Jupp P. C. (2007). *A Sociology of Spirituality*. Bodmin, Cornwall: MPG Books Ltd.

Garelli F. (2003). L'esperienza e il sentimento religioso, in F. Garelli, G. Guizzardi, and

Giordan G. (2004). Dalla religione alla spiritualità: una nuova legittimazione del sacro?, *Quaderni di Sociologia*, 35, 105-117.

Giordan G. (2007). Spirituality: From a Religious Concept to a Sociological Theory. In K. Flanagan & P. C. Jupp, *A Sociology of Spirituality,* Gower House (UK): Ashgate Publishing Limited.

Guest M. (2007). In Search of Spiritual Capital: The Spiritual as a Cultural Resource. In: K. Flanagan & P. C. Jupp, *A Sociology of Spirituality,* Gower House (UK): Ashgate Publishing Limited.

Hill P. C. & Pargament K.I. (2003). Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality. Implications for Physical and Mental Health Research. *American Psychologist*, January, Vol. 58, No. 1, 64 –74.

Kirkpatrick, L. A. (1995). Attachment theory and religious experience. In R. W. Hood, Jr. (Ed.), *Handbook of religious experience* (pp. 446 – 475). Birmingham, AL: Religious Education Press.

Koenig H. (2009). Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 5: 283-291.

Koenig H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*, Volume 2012, pp. 1-33. doi:10.5402/2012/278730.

Koenig H. G., King D. E., & Carson V. B. (2012). *Handbook of religion and health, 2nd edition*. New York, NY, USA: Oxford University Press.

Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.

Kohls N., Sauer S., Offenbächer M. & Giordano J. (2011). Spirituality: an overlooked predictor of placebo effects? *Phil. Trans. R. Soc.* B 366, 1838–1848 doi:10.1098/rstb.2010.0389

Jensen-Campbell L. A., Adams R., Perry D. G., Workman K. A., Furdella J. Q., & Egan S. K. (2002) Agreeableness, extraversion, and peer relations in early adolescence: Winning friends and deflecting aggression. *Journal of Research in Personality*, vol. 36, no. 3, pp. 224–251.

Lombardi-Vallauri L. (2015). *Meditare in Occidente. Corso di mistica laica*. Firenze: Ed. Le Lettere.

McCullough M.E., Hoyt W.T., Larson D.B., Koenig H.G., & Thoresen C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19, 211–222.

Mishra S.K., Togneri E., Tripathi B., Trikamji B. (2015). Spirituality and Religiosity and Its Role in Health and Diseases. *J Relig Health* DOI 10.1007/s10943-015-0100-z.

O'Cleirigh C., Ironson G., Weiss A., & Costa P. T. (2007) Conscientiousness predicts disease progression (CD4 Number and Viral Load) in people living with HIV. *Health Psychology*, vol. 26, no. 4, pp. 473–480.

Park C L. (2007). Religiousness/Spirituality and Health: A Meaning Systems Perspective, *J Behav Med*, DOI 10.1007/s10865-007-9111-x

Sibilia L. (2004) Presentazione: Qualità della vita nella ricerca e nella società, in: Goldwurm G.F., Baruffi M. & Colombo F., *Qualità della vita e benessere psicologico*, Milano: McGraw-Hill Italia.

Sibilia L. (2015). La Medicina Comportamentale e i suoi sviluppi. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, vol.21 n.2 (139-158).

Sibilia L. (2015). Le pratiche meditative nella prospettiva bio-psicosociale. In: *Spiritualità, benessere e pratiche meditative. Il contributo della psicoterapia, delle neuroscienze e delle tradizioni religiose*, a cura di Becciu M., Borgo S., Colasanti A. R. & Sibilia L. Milano: Franco Angeli Ed.

Sibilia L. & Borgo S. (2014). Felicità e benessere: una prospettiva bio-psicosociale. *Idee in Psicoterapia*, 7, 3:13-26.

Thoresen C.E., Harris A.H.S. (2002). Spirituality and Health: What's the Evidence and What's Needed? *Ann Behav Med*, 24(1):3–13.

Varga I. (2007). Georg Simmel: Religion and Spirituality. . In K. Flanagan & P. C. Jupp, *A Sociology of Spirituality*, Gower House (UK): Ashgate Publishing Limited.

Villani D, Sorgente A, Iannello P and Antonietti A (2019) The Role of Spirituality and Religiosity in Subjective Well-Being of Individuals With Different Religious Status. *Front. Psychol.* 10:1525. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01525.

Wilson R. S., Schneider J. A., Arnold S. E., Bienias J. L., & Bennett D. A. (2007) Conscientiousness and the incidence of Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, no. 10, pp. 1204–1212.