

# SPIRITUALITÀ, RELIGIOSITÀ E SALUTE MENTALE

FRANCISCO INSA

Pontificia Università della Santa Croce, Roma

**RIASSUNTO:** In contrasto con i riduzionismi della prima metà del XX secolo, la psicologia umanista ha visto la dimensione spirituale come una componente intrinseca dell'essere umano, necessaria per raggiungere la maturità. La maggior parte degli studi posteriori, ma non tutti, ha trovato una correlazione positiva tra religione e salute mentale. Il presente articolo intende fornire una breve panoramica di alcuni fattori protettivi e di rischio che suppone la religione, la cui conoscenza è utile ai formatori.

**PAROLE CHIAVE:** religione, spiritualità, formazione, psicologia, salute mentale.

**ABSTRACT:** In contrast to the reductionisms of the first half of the 20th century, humanist psychology has seen the spiritual dimension as an intrinsic component of human beings, and necessary to achieve maturity. Most, but not all, later studies have found a positive correlation between religion and mental health. This article aims to provide a brief overview of some of the protective and risk factors that religion supposes, a knowledge we believe is useful to educators.

**KEYWORDS:** religion, spirituality, formation, psychology, mental health.

SOMMARIO: I. *Nozione di spiritualità*. II. *La confluenza di spiritualità e psicologia: l'autotrascendenza*. III. *Religione e salute mentale*. IV. *Rischi della religione per la salute mentale*. V. *Conclusioni*.

## I. NOZIONE DI SPIRITUALITÀ

La persona umana non è solo materiale. Molte delle sue funzioni non possono essere considerate come il semplice frutto di connessioni neuronali, istinti e riflessi condizionati. Ci sono esperienze umane che, in misura maggiore o minore, ci fanno intuire una dimensione diversa da quella puramente corporea, che non le si oppone ma la completa e la arricchisce.

Tra le manifestazioni di questa dimensione potremmo citare l'auto-coscienza, la capacità di ragionamento astratto, la ricerca della verità, l'esperienza della libertà, l'intenzionalità, la tendenza ad elaborare un progetto di vita, la ricerca di senso nella propria esistenza, la riflessione sul passato, lo sforzo per un futuro migliore che forse saranno gli altri a godere, la moralità, il senso di colpa, gli affetti e le emozioni, l'amore, l'altruismo, la compassione, la modestia, il bisogno di relazionarsi con le altre persone, l'arte e la tecnologia, la religiosità, la credenza nell'aldilà, ecc. Come si può vedere, questa istanza comprende ciò che è specificamente umano, cioè ciò che ci distingue dagli animali.

Non è facile elaborare una definizione di spiritualità da un punto di vista psicologico, ma sembra necessario per inquadrare le considerazioni di questo articolo. Potremmo dire che è quella dimensione umana che trascende il meramente corporeo e si riferisce agli aspetti più intimi della relazione con se stessi, con gli altri e con il mondo. La dimensione spirituale fa parte dell'intimità di una persona e la rende unica e irripetibile.

La religiosità è una delle manifestazioni della dimensione spirituale. Consiste nella ricerca e nell'adorazione di un essere superiore che è considerato creatore, provvidente e – frequentemente ma non sempre – anche remuneratore. Religiosità e spiritualità sono strettamente legate ma non vanno identificate; infatti, molte persone che si considerano atee fanno riferimento a una dimensione spirituale nella loro vita.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Si veda, ad esempio, l'opera di M. CORBI, *Hacia una espiritualidad laica, sin creencias, sin religiones, sin dioses*, Herder, Barcelona 2007. Sulle somiglianze e differenze tra religione e spiritualità (compresa l'importanza di studiare entrambe da un punto di vista psico-

A questo punto ci si potrebbe chiedere: la psicologia ha qualcosa da dire sulla dimensione spirituale dell'uomo? Non è piuttosto un concetto che appartiene alla filosofia o alla teologia?

## II. LA CONFLUENZA DI SPIRITUALITÀ E PSICOLOGIA: L'AUTOTRASCENDENZA

Non è frequente trovare il termine *spiritualità* nel campo della salute mentale; potrebbe anzi essere considerato estraneo alla psicologia, che cerca l'oggettività scientifica. Tuttavia, la psicologia studia molti processi umani soggettivi. Il concetto di spiritualità, infatti, non è assente in molti psicologi del XX secolo, soprattutto in quelli che, da prospettive che possiamo chiamare umanistiche,<sup>2</sup> reagirono al meccanicismo comportamentale e al determinismo freudiano che prevalevano nei primi decenni del secolo. Anche se non tutti gli psicologi umanisti lo esprimono allo stesso modo, possiamo sintetizzare il loro studio di questa dimensione sotto il termine di *autotrascendenza*, un fattore che considerano necessario per raggiungere la maturità della personalità e la salute mentale. Per ragioni di spazio citerò solo alcuni autori particolarmente rilevanti.

La vita e l'opera di Viktor Frankl (1905-1997) si ritrovano nel suo libro più noto, *Uno psicologo nei lager*.<sup>3</sup> Il padre della logoterapia ha sottolineato che trovare un significato in circostanze avverse – come la vita in un campo di concentramento – aiutava i detenuti a sopportare la sofferenza, in modo da avere una maggiore possibilità di sopravvivenza.

Da parte sua, Gordon Allport (1897-1967), considerato uno dei padri della psicologia della personalità, propose sei criteri per la valutazione della maturità.<sup>4</sup> Questi criteri assumono molti dei tratti che

logico), cfr. P.C. HILL, K.I. PARGAMENT, R.W. HOOD, M.E. McCULLOUGH, J.P. SWYERS, D.B. LARSON, B.J. ZINNBAUER, *Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure*, «Journal for the Theory of Social Behaviour» 30 (2000) 51-77.

<sup>2</sup> Cfr. R. ROSAL CORTÉS, *El crecimiento personal (o autorrealización): meta de las psicoterapias humanistas*, «Anuario de Psicología» 34 (1986) 65-84; H. CARPINTERO, L. MAYOR, M.A. ZALBIDEA, *Condiciones del surgimiento y desarrollo de la Psicología Humanista*, «Revista de Filosofía» 3 (1990) 71-82.

<sup>3</sup> Cfr. V. FRANKL, *Uno psicologo nei lager*, Ares, Milano 1994<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> Cfr. G.W. ALLPORT, *Psicologia della personalità*, Pas-Verlag, Zürich 1969, in particolare 241-260; F. INSA, *Accompagnare i candidati al sacerdozio sulla strada della maturità. Una proposta dalla psicologia di Gordon Allport*, «Tredimensioni» 14 (2017) 176-187.

abbiamo indicato all'inizio di questo capitolo come manifestazioni della dimensione spirituale della persona: 1) estensione del senso dell'io, 2) cordiale rapporto con l'altro, 3) sicurezza emotiva, 4) percezione realistica, abilità e impegni, 5) auto-oggettivazione: comprensione di sé e senso dell'umorismo, e 6) concezione unificatrice della vita.

Un altro psicologo di riferimento nella psicologia della personalità è Erik Erikson (1902-1994), che nella sua teoria psicosociale distingue otto tappe o stadi psicosociali.<sup>5</sup> In ognuno di essi l'individuo deve sviluppare un'energia di base che potremmo mettere in relazione con la trascendenza: speranza (infanzia), volontà (prima fanciullezza), finalità (età del gioco), competenza (età scolare), fedeltà (adolescenza), amore (giovinezza), cura (età adulta) e saggezza (età senile).

Abraham Maslow (1908-1970) afferma che nell'uomo c'è una gerarchia di bisogni fondamentali,<sup>6</sup> rappresentata nella cosiddetta *piramide di Maslow* (Immagine 1). Alla base ci sono i bisogni fisiologici; sopra di essi ci sono i bisogni di sicurezza, che hanno sopra i bisogni di appartenenza, i quali sostengono il bisogno di stima; infine, al vertice, troviamo il bisogno di auto-realizzazione. Per lo psicologo americano, man mano che i bisogni più elementari sono soddisfatti (base della piramide), gli esseri umani sviluppano bisogni e desideri più elevati (culmine della piramide). Come si può vedere, i bisogni materiali sono solo il primo gradino: l'essere umano chiede molto di più dalla vita, non semplicemente come un'aspirazione ma come una vera necessità.



Immagine 1. La piramide di Maslow

<sup>5</sup> Cfr. E. ERIKSON, *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*, A. Armando, Roma 1999.

<sup>6</sup> A.H. MASLOW, *Motivazione e personalità*, Armando, Roma 1973.

Concludiamo questo rapido percorso citando Robert Cloninger (nato nel 1944), che, a differenza dei precedenti, non ha una formazione psicoanalitica. Il suo modello di struttura e sviluppo della personalità distingue quattro fattori di temperamento (ricerca della novità, evitamento del danno, dipendenza dalla ricompensa e persistenza) e altri tre fattori dipendenti dal carattere (auto-direttività, cooperatività e auto-trascendenza).<sup>7</sup> Quest'ultimo fattore, di particolare rilevanza ai fini di questo articolo, consiste in un *continuum* tra il materialismo e l'idealismo. Significa il riconoscimento di se stessi come parte della natura e dell'universo inteso come un tutto unificato, e implica dimensioni come la dimenticanza di sé, l'altruismo, l'identificazione transpersonale, la capacità di sacrificarsi per costruire un mondo migliore, l'umiltà, la modestia, la gratitudine, la preghiera, la meditazione e la fede nei miracoli e nelle esperienze extrasensoriali. Gli studi di Cloninger hanno mostrato che un livello adeguato di autotrascendenza implica un maggior grado di benessere, soddisfazione personale, emozioni positive, assenza di emozioni negative, soddisfazione per la vita, comportamenti virtuosi e capacità di affrontare la sofferenza e la morte.

In sintesi, molti dei più importanti psicologi della seconda metà del XX secolo considerano che alcune delle funzioni che abbiamo incluso nella dimensione spirituale della persona sono elementi necessari nella maturazione, nel benessere e nella salute mentale dell'individuo. I termini che utilizzano (senso della vita, autorealizzazione, autotrascendenza, ecc.) sono in parte sovrapponibili ma non del tutto identificabili, e ci mostrano che lo sviluppo sano dell'individuo richiede la soddisfazione di bisogni che vanno al di là di quelli meramente materiali.

### III. RELIGIONE E SALUTE MENTALE

Una volta accettata la dimensione spirituale come componente essenziale dell'essere umano, possiamo chiederci: cosa dire su quella specificazione della dimensione spirituale che abbiamo chiamato religiosità, cioè la tendenza ad affiliarsi a un certo credo? È qualcosa di necessario, di conveniente o di dannoso per la salute mentale?

<sup>7</sup> Cfr. C. R. CLONINGER, D.M. SVRAKIC, T.R. PRZYBECK, *A Psychobiological Model of Temperament and Character*, «Archives of General Psychiatry» 1993 (50) 975-990; C.R. CLONINGER, *Sentirsi bene. La scienza del benessere*, CIC Edizioni Internazionali, Roma 2006.

Comincio proponendo una definizione di religione come l'insieme di credenze, pratiche e rituali a cui una persona aderisce per relazionarsi con il sacro, sia inteso genericamente (come in alcune religioni orientali) o come un dio personale (come nella maggior parte delle religioni istituzionali). La religione fornisce un significato olistico alla vita: mostra un'origine (Dio ha creato l'uomo), un fine (la comunione con la divinità nell'aldilà e, in qualche misura, anche in questa vita) e un mezzo per raggiungere quel fine (un comportamento morale richiesto dalla divinità).<sup>8</sup>

In questa e nella seguente sezione studieremo il fenomeno religioso in generale, senza soffermarci specificamente su nessuna religione, poiché ciò andrebbe oltre lo scopo di questo articolo. Un altro punto importante che non verrà affrontato è se l'influenza positiva o negativa della religione sia dovuta ad aspetti intrinseci del dogma o al modo in cui i suoi leader (capi, sacerdoti, formatori, ecc.) lo interpretano e incoraggiano i loro seguaci a viverlo.

Cominciamo col sottolineare che la religione soddisfa il bisogno umano di senso della vita. Risponde – ognuna a suo modo – alle grandi domande dell'essere umano: Chi siamo? Da dove veniamo? Dove andiamo? In questo modo dà una direzione alla vita e fornisce una fonte di resilienza di fronte alle inevitabili contrarietà dell'esistenza.

In secondo luogo, le norme etiche imposte dalla religione impediscono molti comportamenti dannosi per la salute mentale, come le condotte antisociali, l'impulsività sfrenata, la sessualità incontrollata, le dipendenze, ecc. La religione è anche una fonte di socievolezza: a differenza della spiritualità, che è eminentemente individuale, la religione va vissuta collettivamente, integrati in una comunità di fedeli tra i quali si promuove la solidarietà. Condividere qualcosa di così importante come le credenze e gli ideali facilita il senso di appartenenza, la coesione e il sostegno reciproco.

Inoltre, la maggior parte delle religioni incoraggia la preghiera o le pratiche di meditazione tra i loro membri, che sono state associate con un maggiore benessere psicologico e con la sensazione di pace interiore. Allo stesso modo, promuovono la conoscenza di sé attraverso l'esame,

<sup>8</sup> Cfr. J.M. GALVÁN, *Scelti in Cristo per essere santi*, vol. II: Morale teologale, Edusc, Roma 2018, 17-61.

l'introspezione o diverse forme di accompagnamento che facilitano la localizzazione e la risoluzione dei conflitti interni ed esterni.

Non è quindi sorprendente che la maggior parte degli studi trovi una correlazione positiva tra salute mentale e religione (misurata in termini di credenze, pratica religiosa, coerenza comportamentale, ecc.). Questa associazione si riflette in una minore incidenza della patologia mentale (affettiva, psicotica, disturbi di personalità e dipendenze), una migliore prognosi della malattia mentale, una migliore capacità di affrontare le avversità, la malattia e la morte, e un maggiore benessere psicologico generale.<sup>9</sup>

La patologia più studiata è stata la depressione. Tra gli altri benefici, sono stati riscontrati una minore incidenza, un tasso più alto e una maggiore velocità di guarigione, un minore tasso di depressione nei familiari e nei curatori, una migliore gestione del dolore e un minore tasso di suicidio.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Uno dei lavori più completi in questo ambito è quello realizzato da H.G. KOENIG, M.E. McCULLOUGH, D.B. LARSON, *Handbook of Religion and Health*, Oxford University Press, London 2012. Cfr. anche C.G. ELLISON, *Religious Involvement and Subjective Well-Being*, «Journal of Health and Social Behaviour» 32 (1991) 80-99; S.M. SOUTHWICK, M. VYTHILINGAM, D.S. CHARNEY, *The Psychobiology of Depression and Resilience to Stress: Implications for Prevention and Treatment*, «Annual Review of Clinical Psychology» 1 (2005) 255-291; N. RODRÍGUEZ DEL REAL, *Impacto de la espiritualidad en salud mental. Una propuesta de estrategia de atención comunitaria de salud mental en colaboración con grupos religiosos locales*, «Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria» 7 (2011) 205-213; M.I. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, *¿Es la espiritualidad una fuente de salud mental o de psicopatología?*, «psiquiatria.com» 15 (2012), en: <https://psiquiatria.com/trabajos/1228.pdf> (26.08.2021); H. SIMKIN, M. ETCHEVERS, *Religiosidad, espiritualidad y salud mental en el marco del Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad*, «Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina» 60 (2014) 265-275; J. FONT Y RODÓN, *Religión, Psicopatología y Salud Mental. Introducción a la psicología de las experiencias religiosas y de las creencias*, Herder, Barcelona 2016; B. CYRULNIK, *Psicoterapia de Dios. La fe como resiliencia*, Gedisa, Barcelona 2018.

<sup>10</sup> Cfr., tra tante pubblicazioni, H.G. KOENIG, L.K. GEORGE, B.L. PETERSON, *Religiosity and Remission of Depression in Medically Older Patients*, «The American Journal of Psychiatry» 155 (1998) 536-542; M.E. McCULLOUGH, D.B. LARSON, *Religion and Depression: A Review of the Literature*, «Twin Research» 2 (1999) 126-136; P. MURPHY, J.W. CIARROCHI, R.L. PIEDMONT, S. CHESTON, M. PEYROT, G. FITCHETT, *The Relation of Religious Belief and Practices, Depression, and Hopelessness in Persons with Clinical Depression*, «Clinical Psychology» 68 (2000) 1102-1106; C.H. HACKNEY, G.S. SANDERS, *Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies*, «Journal for the Scientific Study of Religion» 42 (2003) 43-55; T.B. SMITH, M.E. McCULLOUGH, J. POLL, *Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating*

In breve, come afferma uno dei più rinomati studiosi di questo argomento, «la religione è una potente strategia di affrontamento che permette alle persone di dare un senso alla sofferenza, fornisce controllo sulle forze schiaccianti della natura (sia interne che esterne) e promuove regole sociali che facilitano la vita comune, la cooperazione e il sostegno reciproco».<sup>11</sup>

#### IV. RISCHI DELLA RELIGIONE PER LA SALUTE MENTALE

Gli studi sopra menzionati affermano un valore positivo generale della religione sulla salute mentale. Tuttavia, concordano sul fatto che questi effetti protettivi non si trovano nel 100% della popolazione studiata e che in alcuni soggetti si trova una correlazione negativa. Possiamo raggruppare questi effetti negativi nelle seguenti categorie.

Da un lato, troviamo il *dogmatismo*<sup>12</sup> di coloro che si credono in possesso della verità assoluta, il che si riflette in autoritarismo, intolleranza e disprezzo per gli altri. Può portare all'*isolamento* nella propria comunità o degenerare in *violenza* verso chi la pensa diversamente.

*Influence of Stressful Life Events*, «Psychological Bulletin» 129 (2003) 614-636; M. BAETZ, R. GRIFFIN, R.C. BOWEN, H. KOENIG, E. MARCOUX, *The Association Between Spiritual and Religious Involvement and Depressive Symptoms in a Canadian Population*, «The Journal of Nervous and Mental Disease» 192 (2005) 818-822; L. YOFFE, *Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos*, «Psicodebate» 7 (2007) 193-206; H.G. KOENIG, *Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review*, «The Canadian Journal of Psychiatry» (2009) 283-291; M. SISASK, A. VARNIK, K. KOLVES, J.M. BERTOLOTE, J. BOLHARI, N.J. BOTEGA, A. FLEISCHMANN, L. VIJAYAKUMAR, D. WASSERMAN, *Is Religiosity a Protective Factor Against Attempted Suicide: A Cross-Cultural Case-Control Study*, «Archives of Suicide Research» 14 (2010) 44-55; L. MILLER, P. WICKRAMARATNE, M.J. GAMEROFF, M. SAGE, C.E. TENKE, M.M. WEISSMAN, *Religiosity and Major Depression in Adults at High Risk: A Ten-Year Prospective Study*, «The American Journal of Psychiatry» 169 (2012) 89-94; R.D. HAYWARD, A.D. OWEN, H.G. KOENIG, D.C. STEFFENS, M.E. PAYNE, *Religion and the Presence and Severity of Depression in Older Adults*, «The American Journal of Geriatric Psychiatry» 20 (2012) 188-192; M. JONGKIND, B. VAN DEN BRINK, H. SCHAAP-JONKER, N. VAN DER VELDE, A.W. BRAAM, *Dimensions of Religion Associated with Suicide Attempt and Suicide Ideation in Depressed, Religiously Affiliated Patients*, «Suicide and Life-Threatening Behavior» 49 (2019) 505-519.

<sup>11</sup> H.G. KOENIG, *Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review*, «The Canadian Journal of Psychiatry» 54 (2009) 283.

<sup>12</sup> Cfr. E. ETCHEZAHAR, H. SIMKIN, *Religiosidad, espiritualidad y escepticismo: la mediación del autoritarismo*, «Subjetividad y Procesos Cognitivos» 17 (2013) 48-58.



Gli alti standard etici proposti dalla religione possono essere una fonte di stress per i seguaci che adottino un *ascetismo volontaristico e rigidamente aderente*. Così come la norma morale può aiutare a un sano autocontrollo e alla padronanza di sé, può anche condurre alla semplice repressione che porti alla patologia nevrotica secondo lo schema freudiano. In casi estremi può essere fomentato un disturbo ossessivo-compulsivo.<sup>13</sup> D'altra parte, se i seguaci considerano questi ideali irraggiungibili, possono soffrire di *frustrazione, senso di colpa, scrupoli e paura* della punizione terrena o eterna per la trasgressione della norma morale.<sup>14</sup>

Un'alternativa non meno malsana sarebbe quella di cadere nell'*incongruenza* tra le esigenze della religione e la realtà dello stile di vita che si conduce, colloquialmente chiamata "doppia vita". Come esempio di questo paradosso, alcuni autori hanno trovato un tasso più elevato di comportamenti sessuali compulsivi nelle popolazioni ebraiche e cattoliche,<sup>15</sup> che mettono in relazione con una mancata integrazione della norma, la curiosità per un argomento considerato tabù, la fiducia esclusiva nella religione per uscire dalla dipendenza o la mancanza di consapevolezza che la condotta sessuale incontrollata non è soltanto una colpa morale ma anche un comportamento dannoso per la salute mentale.

Un altro modo patologico di vivere la religiosità è l'*alienazione*, che potremmo definire come la perdita dell'individualità nel porre la propria esistenza nelle mani dell'ideale religioso, della comunità o dei leader. Il soggetto cercherebbe la propria identità esclusivamente nell'istituzione, considerandosi come un ingranaggio mosso da altri senza libertà né autonomia. Questa situazione lo renderebbe anche molto vulnerabile agli abusi di potere, di coscienza o sessuali.

<sup>13</sup> Cfr. C. SICA, C. NOVARA, E. SANAVIO, *Religiousness and Obsessive-Compulsive Cognitions and Symptoms in an Italian Population*, «Behaviour Research and Therapy» 40 (2002) 813-823.

<sup>14</sup> Cfr. L.J. FRANCIS, C.J. JACKSON, *Eysenck's Dimensional Model of Personality and Religion: Are Religious People More Neurotic?*, «Mental Health, Religion & Culture» 6 (2003) 87-100.

<sup>15</sup> Cfr. Y. EFRATI, *God, I Can't Stop Thinking About Sex! The Rebound Effect in Unsuccessful Suppression of Sexual Thoughts Among Religious Adolescents*, «The Journal of Sex Research» 56 (2019) 146-155; T. KOHUT, A. ŠTULHOFER, *The Role of Religiosity in Adolescents' Compulsive Pornography Use: A Longitudinal Assessment*, «Journal of Sex & Marital Therapy» 44 (2018) 759-775; C. CHICLANA, *Trattamento integrale della condotta sessuale fuori controllo*, in F. INSA (a cura di), *Amare e insegnare ad amare. La formazione dell'affettività nei candidati al sacerdozio*, Edusc, Roma 2019<sup>2</sup>, 127-158.

La linea di demarcazione tra atteggiamenti sani e patologici è a volte sottile ma psicologicamente molto rilevante: non si tratta di essere più o meno impegnati nell'istituzione ma di conservare la propria individualità senza che questa venga diluita o annullata. Una religiosità matura arricchisce la persona, che armonizza e integra i suoi interessi e bisogni individuali con le credenze e le prescrizioni religiose. L'individuo si fida delle persone e del sistema di credenze, anche se all'inizio non è in grado di capire tutto fino all'ultimo dettaglio. Si sente autorizzato a esprimere la sua opinione, a sollevare obiezioni, a chiedere spiegazioni e a segnalare i limiti strutturali dell'istituzione o i limiti personali dei leader. Egli persevera liberamente perché è globalmente arricchito nonostante sappia di aver liberamente sacrificato alcune dimensioni della sua esistenza per un bene (in questa vita o in una futura) considerato superiore. Nella maggior parte delle religioni questo bene è formulato come una relazione d'amore tra l'individuo e Dio. Il soggetto infine non rimane nell'istituzione solo per paura di sentirsi smarrito, né ha bisogno di fabbricare una religione *à la carte*, che spesso nasconde la ricerca di sé e il rifiuto del compromesso.

Infine, alcuni sistemi religiosi possono entrare in conflitto con la necessità di cercare una terapia medica dinanzi ad una patologia mentale. È ciò che capita quando i seguaci sono raccomandati di affidarsi esclusivamente al potere della fede o della preghiera o persino a ricorrere a delle cure "alternative" di efficacia nulla.

Sono state proposte diverse ipotesi per spiegare l'effetto negativo della religione sulla salute mentale. Una di esse distingue tra *patogenesi* (fattori che influenzano l'insorgenza della malattia) e *patoplastia* (fattori che modellano le manifestazioni cliniche).<sup>16</sup> Secondo questi autori, la religione potrebbe portare a problemi mentali soprattutto quando la persona aveva una predisposizione o disturbi precedenti. In questi casi, i sintomi (rigidità, ossessività, senso di colpa, dipendenza, arroganza, ecc.) saranno un'espressione di una personalità premorboza che si tinge

<sup>16</sup> Cfr. R. FLORENCIANO URZÚA, *Religiosidad y cuadros psicopatológicos*, «Psiquiatría y Salud Mental» 17 (2010) 108-115; R.L. PIEDMONT, *Overview and Development of Measure of Numinous Constructs: The Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) Scale*, in L.J. MILLER (ed.), *The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality*, Oxford University Press, New York 2012, 104-122; J. FONT Y RODÓN, *Religión, Psicopatología y Salud Mental. Introducción a la psicología de las experiencias religiosas y de las creencias*, Herder, Barcelona 2016.

di contenuti religiosi. Sarebbe simile a ciò che succede nelle psicosi, dove è più frequente trovare temi religiosi (messianismo, apparizioni, ecc.) in persone che avevano una religiosità precedente, mentre le persone non religiose hanno di solito contenuti diversi. In breve, la religiosità non sarebbe la causa della malattia ma sarebbe deformata dalla patologia, come tanti altri aspetti della vita dell'individuo.

Ancora più interessante è la classica distinzione di Allport tra religiosità *intrinseca* ed *estrinseca*,<sup>17</sup> che egli riassume così: «la persona estrinsecamente motivata *usa* la sua religione, mentre la persona intrinsecamente motivata *vive* la sua religione». <sup>18</sup> Usare la religione significa cercare egocentricamente in essa – consciamente o inconsciamente – una soddisfazione dei propri bisogni affettivi (sicurezza, appartenenza, affetto), un miglioramento dello status sociale, ecc. Invece, una religione vissuta consiste nell'integrazione degli ideali religiosi nella propria individualità, affinché siano vissuti con maturità, coerenza, profondità e autonomia. La religione sarà spesso la fonte delle proprie motivazioni, la guida etica del proprio comportamento e l'origine di molte strategie di *coping*, ma queste non nascono automaticamente né vengono imposte, bensì sono ragionate e libere. La religione *vissuta* è la base di una fede matura e non alienante.

Riassumendo i possibili effetti negativi della religione, Koenig afferma che «soprattutto nelle persone emotivamente vulnerabili, le credenze e le dottrine religiose possono rafforzare le tendenze nevrotiche, aumentare le paure o i sensi di colpa, e limitare la vita piuttosto che migliorarla. In questi casi, le credenze religiose possono essere usate in modo primitivo e difensivo per evitare di fare i cambiamenti necessari nella vita». <sup>19</sup>

Quanto abbiamo detto richiama la responsabilità dei leader religiosi, specialmente quelli che esercitano compiti formativi con i giovani.

<sup>17</sup> Cfr. G.W. ALLPORT, *The Individual and His Religion*, Macmillan, New York 1950; A. JAMES, A. WELLS, *Religion and Mental Health: Towards a Cognitive-Behavioural Framework*, «British Journal of Health Psychology» 8 (2003) 359-376; H.G. KOENIG, *Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review*, «The Canadian Journal of Psychiatry» 54 (2009) 283-291.

<sup>18</sup> G.W. ALLPORT, J.M. ROSS, *Personal Religious Orientation and Prejudice*, «Journal of Personality and Social Psychology» 5 (1967) 434.

<sup>19</sup> H.G. KOENIG, *Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review*, «The Canadian Journal of Psychiatry» 54 (2009) 289.

Devono essere attenti a purificare la motivazione che attira il neofita alla pratica religiosa e all'istituzione, in modo da aiutarlo a migliorare – piuttosto che esaltare – i suoi tratti più disadattivi.<sup>20</sup> Con parole di Papa Francesco, nel lavoro di formazione «si tratta di insegnare a pensare bene, a sentire bene e a lavorare bene. E questo in modo coordinato, in modo tale che la persona pensi ciò che sente e ciò che fa, che senta ciò che pensa e ciò che fa, che faccia ciò che sente e ciò che pensa».<sup>21</sup>

## V. CONCLUSIONI

In contrasto con la visione riduzionista della psicoanalisi freudiana e del comportamentismo, la seconda metà del XX secolo ha visto come molte correnti psicologiche vedono la spiritualità come una componente intrinseca dell'essere umano, necessaria per raggiungere la maturità.

La religiosità è una concretizzazione della dimensione spirituale che mette l'individuo in relazione con la divinità e lo inserisce in una comunità e in un sistema di credenze, riti e comportamenti. La maggior parte degli studi ha trovato una correlazione positiva tra la religiosità e la salute mentale.

In alcuni casi, tuttavia, la religione si mostra come elemento destabilizzante. Per spiegare ciò abbiamo utilizzato il concetto di religiosità estrinseca, intesa come credenze e codici etici non integrati dalla persona, la quale vivrebbe il fenomeno religioso come un modo per compensare le proprie carenze affettive. I leader religiosi devono essere consapevoli di questo rischio per evitare atteggiamenti che incoraggino tratti di personalità potenzialmente patologici nei loro seguaci.

Dal canto loro, i professionisti della salute mentale devono conoscere il fenomeno religioso in generale e l'esperienza dei loro pazienti in particolare, in modo da potersi servire delle potenzialità sananti della religione per la prevenzione e il trattamento della patologia.

<sup>20</sup> In questa linea, mi permetto di raccomandare il libro: F. INSA, *La formazione dell'affettività. Una prospettiva cristiana*, Fede & Cultura, Verona 2022.

<sup>21</sup> FRANCESCO, *La forza della vocazione. La vita consacrata oggi. Conversazione con Fernando Prado*, EDB, Bologna 2018, 111.