

## SPIRITUALITÀ E RELAZIONE TERAPEUTICA IN PSICHIATRIA. UNA REVIEW

Secondo Fassino, Cinzia Sobrero, Paolo Leombruni, Cristina Giovannone, Giovanni Abbate Daga

### Introduzione

Negli ultimi anni si sono compiuti numerosi passi di riavvicinamento tra religione, spiritualità e psichiatria; nonostante esista ancora un divario epistemologico si può osservare una crescente accettazione dell'importanza della religione e della spiritualità nel campo psichiatrico.

Con il termine "religione", in questo contesto, non si intende unicamente la religiosità ma, in senso più vasto, anche la spiritualità; infatti essa non comprende solo l'aderenza di una persona a valori, orientamenti e pratiche che sono caratteristiche di un'istituzione religiosa come ricerca del divino attraverso prescrizioni rituali, ma include anche il senso di trascendenza. Quest'ultimo non necessariamente è identificato con Dio, ma indica un senso di partecipazione e appartenenza universale agli altri, al mondo, una ricerca di significato che non richiede di per sé una partecipazione a riti o rituali (Puchalski 2001). Da questa prospettiva, la religione può essere utile per pazienti la cui vita sociale e identità siano state danneggiate dal decorso delle malattie mentali; nella storia della psichiatria la religione è stata ignorata, ha rappresentato oggetto di conflitto e di attacco e l'esperienza religiosa è stata spesso valutata come "nevrosi ossessiva universale", regressione dell'Io, psicosi, pensiero patologico che necessita di cambiamento, o un segno di disequilibrio emotivo.

Con il concetto di religiosità si fa riferimento alla dimensione religiosa dell'uomo, insita nella sua natura creaturale, aperta alla ricerca del senso più profondo della storia e dell'esistenza individuale e collettiva in dimensione trascendente, al rapporto con il divino e con il sacro (Cervera 2000). L'intimo e vitale rapporto con Dio, l'apertura alla trascendenza sono iscritti nel cuore umano come testimonia la storia delle religioni. A un secondo livello, in ambito cristiano la religiosità fa riferimento alla rivelazione dell'Antico Testamento, che culmina nella rivelazione di Cristo. "La religione cristiana risponde appieno alla ricerca dell'uomo, uditore della parola, aperto al soprannaturale e *capace di Dio*" (Cervera 2000, p. 592). "Quel che è in questione non è il fatto di stabilire se Dio esista o non esista, bensì quello di comprendere che cos'è e che cosa significa un'esperienza istituita interamente su Dio" (Natoli 1986, p. 134).

Soprattutto negli Stati Uniti il modo riduzionista di pensare sta cambiando; nelle sue linee guida l'American Psychiatric Association invita i professionisti a rispettare le credenze e i rituali dei pazienti, senza imporre diagnosi o trattamenti in disaccordo con la moralità individuale. Un passo importante in questa direzione è stato compiuto nel 1995, con l'inserimento della nuova categoria diagnostica "problemi religiosi e spirituali" all'interno del DSM IV (Lawrence e Duggal 2001): le questioni spirituali e la religione dovrebbero far parte della valutazione clinica psichiatrica e anche della formazione dello psichiatra. È necessario che lo psichiatra sia consapevole che una comprensione più profonda rinforza la fiducia professionale, la credibilità e l'alleanza

terapeutica nella relazione col paziente. Al di là dell'appartenenza e della pratica religiosa tale comprensione non giudicante considera le credenze e i valori generali e culturali del paziente stesso, riconoscendone il ruolo fondamentale all'interno di un cammino di integrazione personale e sociale. Il problema è particolarmente rilevante in una società multiculturale, in cui l'incapacità dello psichiatra di affermare pienamente l'ampiezza e il significato dell'eredità culturale individuale è troppo spesso segnata dal rifiuto dell'aiuto psichiatrico (Lawrence e Duggal 2001).

Questa review si pone l'obiettivo di approfondire e valutare l'importanza della religione e della spiritualità nella vita di pazienti affetti da alcune patologie psichiatriche e l'impatto che questa dimensione ha sulla salute mentale e sulla qualità della vita.

Inoltre, un altro scopo di questo studio è quello di indagare come la spiritualità venga vissuta dagli psichiatri e di valutare l'utilità di un approfondimento e di una preparazione e sensibilizzazione nei confronti di questa tematica all'interno del cammino di formazione dello psichiatra.

## Materiali e metodi

### *Ricerca dei dati e selezione degli studi*

I seguenti criteri di inclusione sono stati utilizzati per selezionare gli studi che si erano focalizzati sui fattori correlati al rapporto tra Religione/Spiritualità e Psichiatria, sia nell'ambito della psicopatologia psichiatrica, sia nell'ambito dell'attività clinica degli psichiatri: (1) pubblicazioni sul database online Pubmed del periodo compreso tra il Gennaio 1993 e il Maggio 2008 (MEDLINE); (2) studi con lo specifico obiettivo di analizzare la dimensione religioso/spirituale all'interno della psichiatria; (3) studi che riportavano dati obiettivi su soggetti affetti da patologia psichiatrica in generale e, in particolare, studi che focalizzavano l'attenzione su pazienti con Abusi di Sostanze, Disturbi Depressivi dell'Umore, Schizofrenia, Disturbi del Comportamento Alimentare e infine studi con operatori nell'ambito della salute mentale e psichiatri; (4) articoli originali; (5) articoli pubblicati in lingua inglese.

Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono state: Spirituality, Religion, Transcendence, Psychiatry, Mood Disorders, Depression, Schizophrenia, Eating Disorders, Abuse e Mental Health.

Ogni abstract trovato è stato letto ed è stata operata una scelta di quelli ritenuti adeguati; i testi completi di questi articoli sono stati raccolti e di tutti è stata controllata la bibliografia al fine di identificare eventuali altri studi utili.

Pertanto i *criteri di inclusione* sono stati: studi originali in estenso, la presenza di una campione che costituisse una casistica, campione di pazienti psichiatrici o campione di psichiatri. Sono state pertanto escluse tutte le review e tutti gli articoli di congetture e commento su psichiatria e spiritualità. L'esclusione di alcune categorie diagnostiche (per esempio i disturbi d'ansia) sono state dovute dal fatto che la prima indagine su psichiatria e spiritualità ha evidenziato una scarsità di dati.

### *Estrazione dei Dati*

Un modello di tabella è stato ideato per l'inserimento dei dati estrapolati dai vari articoli: (1) dati bibliografici; (2) autori; (3) tipologia di studio; (4) setting e diagnosi; (5) caratteristiche del campione; (6) età media dei partecipanti; (7) tipologia di strumenti utilizzata; (8) risultati dello studio.

## *Definizione di Spiritualità*

Nell'ultimo quarto di secolo il termine "spiritualità" è stato utilizzato sempre più frequentemente nella letteratura medica e nelle scienze sociali; ciò nonostante il suo uso in termini propriamente scientifici è ancora problematico (Koenig 2008).

I diversi autori, nell'ambito delle loro ricerche, utilizzano questa parola in modi e contesti diversi e, in generale, la scelta si basa per lo più sulla diversità e specificità culturale alla quale lo studio si rifà. Come è stato osservato infatti una definizione univoca di spiritualità non esiste (Hill e Pargament 2003, Sheldrake 2007).

Per esempio, Wulff nel 1997 cita i risultati di un'indagine sul significato della spiritualità condotta a livello nazionale in Canada nel 1995: poco più del 50% degli intervistati si avvaleva di "espressioni convenzionali", quali fede in Dio, preghiera, frequentazione della chiesa o generosità, mentre poco meno del 50% utilizzava, per contro, "espressioni poco convenzionali" come legame con l'anima o lo spirito umano, riflessione, meditazione, senso di appartenenza a una totalità e consapevolezza interiore ed esteriore.

In una review del 2004, Cook ha individuato, nella letteratura dell'ultimo secolo, ben 13 componenti concettuali della spiritualità. Queste diverse descrizioni concernevano, nel particolare:

- Relazione: legami interpersonali;
- Trascendenza: riconoscimento di una dimensione "al di sopra" della vita;
- Umanità;
- Forza/Anima: il "centro" di una persona;
- Significato/Proposito: uno scopo della vita;
- Autenticità/Verità;
- Valori: importanza del "giusto";
- Non materialismo: dualismo, opposizione spirituale/materiale;
- Non religiosità: non identifica la spiritualità con la religione, il rito;
- Totalità: benessere in senso olistico, salute ed interezza;
- Conoscenza di sé: come presupposto della realizzazione di sé;
- Creatività;
- Coscienza: coscienza e consapevolezza.

La mancanza di una chiara definizione è problematica soprattutto nell'ottica di ricerche che abbiano come obiettivo la valutazione della spiritualità come variabile dipendente o indipendente (Koenig 2008); in termini di frequenza e presenza nei testi, Cook sottolinea come nessuna di queste 13 componenti possa essere identificata come possibile sinonimo. Appare così evidente come la questione della spiritualità debba essere affrontata da una prospettiva multidimensionale: se il concetto unitario è così difficilmente riducibile a una variabile scientifica, allora forse tutte le sue diverse componenti possono esser studiate e specificate separatamente. Questi 13 concetti potrebbero essere una possibile "lista delle dimensioni della spiritualità". In questa prospettiva, Cook propone che queste componenti possano rappresentare un iniziale inquadramento per la conduzione di analisi qualitative e quantitative, sebbene riconosca questo modello come provvisorio e suscettibile di miglioramenti e perfezionamenti.

Le dimensioni della spiritualità non coinciderebbero di per sé con i tratti positivi del carattere, ingenerando confusione tra ciò che è spiritualità e ciò che è salute mentale (Koenig 2008).

Nel presente articolo ci si riferisce alla spiritualità in senso lato come "ricerca del sacro" (Pargament 1999). Negli ultimi anni, infatti, il termine "spiritualità" viene ricondotto all'inclinazione a dare particolare importanza a valori e problemi spirituali, che includono, ma non si esauriscono nei problemi legati alla religione. La religione, infatti, esprime il riconoscimento da parte

dell'uomo di un ordine superiore, in particolare della divinità, intesa perlopiù come creatrice, reggitrice e fine supremo dell'universo, includendo la spiritualità. La distinzione fondamentale risulta essere, quindi, piuttosto quella tra spiritualità e religiosità, come sottolineato già da Puchalski et al. nel 2001; la religiosità, infatti, riconosce la maniera soggettiva di sentire i rapporti con il divino, comprendendo al suo interno una serie di ossequi a regole formali e culturali di una religione, ma non esaurisce la definizione più ampia e complessa di spiritualità. In tal senso la spiritualità pone invece l'accento sul valore personale dell'esperienza, assume un carattere soggettivo e meno dogmatico, più aperto alla sperimentazione e riconosce diversi percorsi non contrapposti e caratterizzanti il singolo individuo che conducono all'esperienze trascendenti.

Ne consegue che la definizione di un metodo di indagine della dimensione spirituale risulta importante per la ricerca ma soprattutto per l'attività clinica: rappresenta un aspetto difficile e delicato all'interno della valutazione del paziente psichiatrico e, d'altro canto, riveste anche un importante ruolo nel trattamento e nell'outcome, spesso al di là della psicopatologia di cui il paziente soffre.

Sono necessari, pertanto, approfondimenti sulla gestione di questi aspetti spirituali nella pratica terapeutica e sulle questioni etiche e di comportamento, non tralasciando neppure le problematiche che compaiono quando la dimensione spirituale del terapeuta e quella del paziente si trovano a essere in disaccordo (Nethercott 2003).

### *Articoli esclusi dalla Review*

Una prima raccolta di articoli sul rapporto tra Abuso di Sostanze e Spiritualità comprendeva 10 pubblicazioni; in seguito un'accurata analisi ha portato a considerarne solo 6.

Due articoli (Galanter 2006, Galanter 2007) sono stati esclusi in quanto erano essenzialmente descrizioni teoriche dettagliate del Programma 12-Steps applicato nell'ambito dell'associazione degli Alcolisti Anonimi; un altro articolo dello stesso autore (Galanter 2006) mostrava una panoramica generale del significato della spiritualità, focalizzando anch'esso l'attenzione sul Programma 12-Steps, ma senza indicare un adeguato disegno dello studio.

L'ultimo articolo non considerato (Cook 2004), infine, era una review che affrontava nel particolare la questione della complessità del significato che diversi studiosi hanno attribuito al termine "Spiritualità"; non è stato pertanto incluso in questo gruppo, pur essendo utilizzato come riferimento per delinearne meglio i termini della ricerca.

Sul tema "Disturbi del Comportamento Alimentare e Spiritualità" il numero di pubblicazioni trovate è stato minore rispetto alle altre aree di interesse: solo 3 articoli risultavano pertinenti a una prima analisi, e successivamente il numero si è ridotto a due.

L'articolo eliminato (Dalle Grave et al. 2007) non soddisfaceva appieno la tematica principale, essendo più focalizzato sugli effetti di modificazione del Temperament and Character Inventory (Cloninger 1994) che la Terapia Cognitivo-Comportamentale permetteva di ottenere su pazienti affette da Disturbo Alimentare.

Due articoli dei 10 iniziali concernenti i Disturbi Depressivi dell'Umore sono stati esclusi (Lorenzi et al. 2005, Nilsson et al. 2007) poiché trattavano di fattori genetici correlati ai livelli caratteriali di Auto-Trascendenza.

Tutti i 5 articoli giudicati attinenti al tema "Schizofrenia e Spiritualità" sono stati utilizzati nella review; al contrario, degli iniziali 10 articoli sulla Salute Mentale, solo 4 sono stati poi ritenuti idonei.

I primi due (Culliford 2002, Lukoff 2007) sono stati esclusi in quanto erano in forma di editoriale, altri due, invece, (Cloninger 2006, McLaughlin 2004) sono stati preziosi per l'inqua-

drammento e l'introduzione generale, ma erano privi di un disegno di ricerca applicato su una casistica.

Lo studio di Tanyi del 2002 non è stato incluso poiché interessava maggiormente la sfera infermieristica della pratica psichiatrica e, infine, l'articolo di D'Souza e Rodrigo del 2004 concerneva in realtà la Terapia Cognitivo-Comportamentale.

Per quanto riguarda la ricerca effettuata in relazione al rapporto tra Psichiatri e Religione/Spiritualità sono state escluse dalla review diverse pubblicazioni: dalla iniziale raccolta di 15 articoli, la scelta si è ristretta a 8 di questi.

Quattro articoli sono stati esclusi a causa della mancanza di uno specifico disegno di ricerca: il primo (Morgan e Cohen 1994) riassumeva riflessioni ed esperienze degli autori, senza rifarsi a una precisa raccolta bibliografica.

Il secondo, seppure trattasse in modo preciso e specifico di come la spiritualità e la religione fossero vissute nell'ambiente medico e psichiatrico, era presentato sotto forma di editoriale (Eichelman 2007) e il terzo (Pies 2007) era una lettera inviata al giornale *Psychiatric Services* come libero commento allo studio del 2007 condotto da Curlin e colleghi, inserito in questa review.

Il quarto (Lawrence e Duggal 2001) era un articolo che toccava da più punti di vista l'argomento in questione ed è stato utile nell'inquadramento introduttivo e nella definizione dell'argomento della review, ma non nella parte di studio.

Il lavoro condotto da Blass nel 2007 è stato anche inserito tra gli esclusi in quanto mirava a designare un modello pragmatico di lavoro da applicare in comunità psichiatriche al fine di indirizzare operatori e psichiatri nella valutazione e nella cura di pazienti religiosi.

Due studi non sono stati considerati adeguati poiché il loro obiettivo era quello di focalizzarsi sull'aspetto culturale e sociologico della pratica psichiatrica: questi aspetti includevano, quindi, anche la sfera spirituale e religiosa, ma solo come un fattore tra i tanti che caratterizzava la singolarità e il bagaglio culturale dei pazienti (Lev-Ran e Fennig 2007, Fabrega 2006).

## Risultati

### *Risultati complessivi*

Le versioni complete di 57 articoli rintracciate tramite ricerca sul database online Pubmed sono state analizzate e vagliate; di queste solo 37 sono state considerate pertinenti e compatibili con i criteri di inclusione stabiliti.

Considerata la complessità e la vastità del tema Religione/Spiritualità e Psichiatria, questi 37 articoli sono poi stati suddivisi in 6 aree sulla base dell'argomento specifico e i risultati ottenuti verranno esposti affrontando singolarmente ogni gruppo:

- Abuso di Sostanze, comprensivo di 6 articoli (Tabella 1);
- Disturbi del Comportamento Alimentare, comprensivo di 3 articoli (Tabella 2);
- Disturbi Depressivi dell'Umore, comprensivo di 8 articoli (Tabella 3);
- Schizofrenia, comprensivo di 5 articoli (Tabella 4);
- Salute Mentale in generale, comprensivo di 5 articoli (Tabella 5);
- Psichiatri e Spiritualità, comprensivo di 10 articoli (Tabella 6).

### *Abuso di Sostanze e Spiritualità*

Dei 6 articoli considerati in questa prima area, 3 erano studi descrittivi (Carter 1998, Leigh et al. 2005, Zoccali et al. 2007); gli altri tre erano una review della letteratura (Geppert et al.

**Tabella 1. Abusi di Sostanze e Spiritualità**

Anno	Autori	Tipo di Studio	Setting (Diagnosi)	Campione	Età	Tipo di Valutazione	Risultati
2007	Geppert C, Bogenschurz MP, Miller WR	Review	Articoli raccolti su Medline, PsychINFO and ALTA Religion	1353 articoli dal 1941 al 2004			Persone che frequentano la chiesa o per le quali Spiritualità/Religione sono importanti tendono a essere meno soggetti ad abusi di sostanze.
1998	Carter MT	Studio descrittivo	2 gruppi di abusatori di alcool	1 gruppo di 33 abuso alcool in trattamento da più di un anno e in astinenza 1 gruppo di 30 abuso alcool e storia di diversi drop		Questionario con scala B-PRPI	Correlazione tra alti punteggi al B-PRPI e lunghezza del periodo di sobrietà (max qui 1 anno). Relazione inversa alti punteggi/ num di drop dalla terapia. Gruppo 1 punteggi significativamente più alti di gruppo 2.
2003	Kendler KS, Liu XQ, Gardner C, McCullough ME, Larson D, Prescott CA	Studio di popolazione	Gemelli maschi e femmine del Virginia Twins Registry	2616 soggetti	Dai 29 ai 69 anni	Intervista clinica Questionario su 7 Dimensioni della Religiosità	Dimensione sociale e Grafitudine correlano positivamente con riduzione del rischio di sviluppo di GAD, DAP, Fobia, depressione maggiore, BN, abuso di sostanze, dipendenza da alcool e nicotina e comportamenti antisociali. Dimensione generale, coinvolgimento col divino, speranza e giudizio riducono rischio di disturbi d'ansia, depressione e BN e il perdono (no desiderio di vendetta) è specificamente correlato a diminuzione dei disturbi da abuso di sostanze.

*Spiritualità e relazione terapeutica in psichiatria*

2005	Leigh J, Bowen S, Marlatt GA	Studio descrittivo	1 gruppo di studenti	196 studenti	Dai 18 anni in su	Questionario autosomministrato con FMI, SAS, STI, DDO e AUDIT	Punteggi di Spiritualità inversamente correlati con dipendenza da alcol e tabacco. Spiritualità riduce abuso sostanze. Differenza tra Spiritualità e Mindfulness: due dimensioni diverse. Relazione Mindfulness/fumo e alcol da investigare.
2007	Galanter M, Dermatis H, Bunt G, Williams C, Trujillo M, Steinke P	Studio cross-settoriale	1 coorte di pz ricoverati per abuso di sostanze e 1 coorte di controlli non abuso sostanze	101 inpatients abuso-asse I 210 TC residents 110 pz metadone 52 pz Metadone Anonymous 119 stud medic 34 insegn abusi 19 religiosi 180 studenti univ		SSRS Intervista semistrutturata	No differenze significative tra i 4 gruppi di pz con Abuso di Sost. Maggiori livelli di Spiritualità per abusatori rispetto a studenti, non a religiosi. Studenti e insegnanti sostituiscono Spiritualità di in pz e il loro coinvolgimento in attività su base spirituale.
2007	Zoccali R, Muscatello A, Bruno A, Bilardi F, De Stefano C, Felletti E, Isgro` S, Micalizzi V, Mico U, Romeo A, Meduri M	Studio descrittivo e sui drop	1 gruppo di soggetti dipendenti da oppioidi appena ricoverati in comunità di riabilitazione	144 abusatori di oppioidi, dei quali poi 84 hanno completato il percorso terapeutico e 60 hanno droppato	Completato: 26,13 ± 3,10 Drop: 25,6± 2,59	TCI	La dimensione ST, come RD, P e C risultavano maggiori nel gruppo dei pz che avevano completato il trattamento. Queste dimensioni possono supportare la riuscita del trattamento riabilitativo.

2007), uno era uno studio di popolazione (Kendler et al. 2003) e l'ultimo uno studio cross-sectional (Galanter et al. 2007).

In tutti gli studi considerati, alti livelli di Spiritualità nei soggetti studiati appaiono correlati in modo significativo con una diminuzione del rischio di sviluppo di Disturbi di Dipendenza da Sostanze.

Nello specifico, per quanto riguarda l'abuso alcolico, una forte dimensione spirituale risulta anche correlata a un periodo di sobrietà maggiore (Carter 1998), oltre che a una minore dipendenza (Leigh et al. 2005).

Lo stesso discorso appare applicabile a soggetti con storia di Abuso di Oppioidi (Galanter et al. 2007): dallo studio emergeva che i livelli di spiritualità dei soggetti patologici erano superiori a quelli di due campioni di studenti universitari di diverse facoltà.

Lo studio di Kendler e colleghi ha delineato, inoltre, la dimensione della Rinuncia al desiderio di Vendetta (riassumibile come affine al concetto di Perdono) come dimensione specifica collegata alla diminuzione dell'incidenza di dipendenze tra i soggetti con elevata spiritualità.

Neppure le prospettive terapeutiche sono apparse slegate dalla dimensione spirituale: infatti un buon livello di Auto-Trascendenza caratterizza quei soggetti dipendenti da droghe oppioidi che hanno portato a termine i programmi terapeutici-riabilitativi (Zoccali et al. 2007).

### *Disturbi del Comportamento Alimentare e Spiritualità*

I tre studi utilizzati erano entrambi di tipo descrittivo: il primo (Marsden et al. 2007) si occupava di pazienti con diagnosi già nota di Anoressia Nervosa o Bulimia Nervosa, il secondo (Fassino et al. 2006) considerava un campione di 154 pazienti con diagnosi di Anoressia Nervosa (sia del sottotipo Restrictor, sia del sottotipo Binge-Purging) seguite ambulatorialmente e il terzo (Jacobs-Pilipski et al. 2005), invece, aveva come oggetto di studio ragazze giovani a rischio di sviluppare un Disturbo Alimentare.

Le credenze religiose influenzano in modo diverso questi tre diversi campioni di soggetti: se per le pazienti con diagnosi ED alcuni aspetti della religiosità entrano in relazione e allo stesso tempo in conflitto, con il comportamento e la psicopatologia alimentare, nella vita delle ragazze a rischio la dimensione spirituale rappresenta invece una delle più funzionali ed efficaci strategie di coping per affrontare l'insoddisfazione per il peso e per superare periodi stressanti che potrebbero essere occasione di esordio della sintomatologia alimentare.

Nuclei particolarmente importanti per le donne anoressiche o bulimiche risultano essere le dimensioni del controllo, del sacrificio, dell'immagine di sé (collegata a sentimenti di colpa) (Fassino et al. 2007) e della maturazione e, in esse, il controllo dell'appetito contiene spesso connotazioni morali (Marsden et al. 2007); ciò suggerisce un vissuto della sfera spirituale particolarmente "estremizzato" e, soprattutto, funzionale rispetto al mantenimento della sintomatologia.

In particolare, l'Ascetismo riveste un ruolo di primo piano nella psicopatologia alimentare (Fassino et al. 2006): questa dimensione misura la tendenza al perseguimento di ideali spirituali come l'autodisciplina, l'abnegazione, l'autolimitazione, l'ipercontrollo sui bisogni fisici e il sacrificio di sé, ed è fortemente correlato al perfezionismo e all'impulso alla magrezza (Garner 1984). L'Ascetismo nelle donne anoressiche è correlato a un temperamento incline a sentimenti di rabbia, ad alti livelli di controllo della rabbia e a una maggiore frequenza settimanale di vomito autoindotto in soggetti con una importante paura della maturità e con tratti di perfezionismo patologico. Inoltre, in studi precedenti, alti livelli di Ascetismo si associavano a un aumento della probabilità di drop-out dal trattamento nell'Anoressia Nervosa (Fassino et al. 2002), oltre che all'outcome di questo disturbo alimentare (Fassino et al. 2001).

**Tabella 2. Disturbi del Comportamento Alimentare e Spiritualità**

Anno	Autori	Tipo di Studio	Setting e Diagnosi	Campione	Età	Tipo di Valutazione	Risultati
2005	Jacobs-Pilipski MJ, Wenzelberg A, Wilfley DE, Bryson SW, Taylor CB	Studio descrittivo	I gruppo di ragazze iscritte al college con alta preoccupazione per peso e immagine	252 ragazze	Dai 18 ai 31 anni (media 20,7 anni)	Dati demografici, EDE, calcolo BMI, EDI-2, WCS, CES-D, Brief COPE, scala di valutazione S/R elaborata per questo studio	Per il 53% di partecipanti credenze religioso-spirituali non sono imp. Le credenti hanno meccanismi di coping con l'insoddisfazione per il peso e l'immagine diversi da non credenti: esse attingono da loro risorse pregando, mediando o leggendo testi come coping per lo stress dato da immagine corporea. Coping di credenze è significativamente più efficace.
2006	Fassino S, Pierò A, Gramaglia C, Abbate Daga G, Gandione M, Rovera GG, Bartocci G	Studio descrittivo	I gruppo di donne con diagnosi di AN-R e AN-BP	154 outpatients	Età media AN-R: 24,28 ± 7,24 Età media AN-BP: 24,62 ± 5,32	Intervista clinica, BMI, EDI-2, EDI-SC, STAXI, TCI	I livelli di Ascetismo correlano direttamente con le dimensioni HA e ST del TCI e inversamente con le dimensioni C, SD e RD. Ascetismo correla direttamente con tutte le sottoscale dell'EDI-2, e con la frequenza settimanale di condotte purging. Predittori indipendenti di Ascetismo sono risultati le sottoscale del Perfezionismo e Paura della Maturità dell'EDI-2, le scale T-Rab-T e Ax-Con allo STAXI e la frequenza settimanale di vomito autoindotto.
2007	Marsden P, Karagianni E, Morgan JF	Studio descrittivo	I gruppo di donne Cristiane con ricovero per AN o BN	10 donne ricoverate che ritengono religione importante	Dai 18 ai 56 anni (mediana 33 anni)	Intervista Semistrutturata	5 categorie dominanti: controllo, sacrificio, immagine di sé, salvezza, maturazione. Controllo dell'appetito contiene connotazioni morali. Credenze religiose collidono con motivazione e atteggiamento in DCA. Sensibilità dei clinici determina come le credenze influenzino outcomes. Trattamento modifica le credenze e costrutti teologici di malattia non possono essere ignorati. La forza dei costrutti spirituali potrebbe venire sottovalutata se i clinici non si trovano a proprio agio nella sfera spirituale.

**Tabella 3. Disturbi Depressivi dell'Umore e Spiritualità**

Anno	Autori	Tipo di Studio	Setting e Diagnosi	Campione	Età	Tipo di valutazione	Risultati
2001	Cooper LA, Brown C, Thi Vu H, Ford DE, Powe NR	Studio di confronto tra 2 campioni	2 gruppi di pz con diagnosi di Dist/Depressivo	27 pz Afro-American 49 pz Caucassici Tutti al primo accesso ospedaliero	Età media 34,8 anni	CES-D, SCID, questionario da 126 items su ciò che è importante nella presa in carico di pz depressi	Risultati sovrapponibili tra i gruppi su tutti gli aspetti della presa in carico tranne per quanto riguarda la spiritualità. Importante aspetto nella cura per la depressione (3 volte maggiore in Afro-American) Pregliera importante per coping, importante più la sfera privata della Spiritualità che quella pubblica rituale. Desiderio di pz di trattare questi temi coi loro terapeuti.
2001	Ellermann CR, Reed PG	Studio descrittivo di popolazione	1 campione rappresentativo di popolazione di mezza età	133 soggetti di mezza età di una città americana	Età dai 25 ai 64 anni (media: 42,9)	Il Demographic and Health-Related Questionnaire, la Self-Transcendence Scale e la CES-D	Alti livelli di ST correlano con minori livelli di depressione nel campione. Alti livelli di Accettazione correlano inversamente con depressione
2004	Baetz M, Griffin R, Bowen R, Koenig HG, Marcoux E	Studio di Popolazione	Campione rappresentativo di popolazione canadese ottenuto da National Population Health Survey	70884 persone che hanno risposto	Dai 15 anni	La "Composite International Diagnostic Interview-Short Form for Major Depression" e Questionario per la Spiritualità.	Persono che più frequentemente vanno in chiesa e partecipano a riti hanno minori o assenti livelli di sintomi depressivi. Questa partecipazione influisce su comportamenti nello stile di vita, supporto sociale, coping ed emozioni positive. Non è chiaro il perché dell'associazione trovata tra la percezione soggettiva di una alta Spiritualità/Religione e la presenza di sintomatologia Depressiva.
2004	Doolittle BR, Farrell M	Studio descrittivo	1 gruppo di pz di clinica cittadina multispecialità	122 pz al primo accesso in clinica multispecialità cittadina	Età media 36,1 ± 13	Zung Depression Scale, SIBS	38% no depressione, 30% lieve sintomatologia, 22% moderata sintomatologia, 11% severa sintomatologia Alto punteggio alla SIBS correla con bassi livelli depressivi. Aspetti "esterni" rituali religiosi non correlano con scala di depressione.
2006	Daaleman TP, Kaufman JS	Studio descrittivo	1 campione di pz dell'area di Kansas City	509 pz al primo accesso ambulatoriale	Età media 46,78 ± 17,12	ZDS e SIWB	Relazione inversa tra Spiritualità e depressione. Sintomatologia depressiva può essere alleviate da strategie di coping incrementate da Spiritualità. Attività di "dare un senso" da ordine e scopo. Promuovere Spiritualità nel setting clinico.

*Spiritualità e relazione terapeutica in psichiatria*

2006	Mofidi M, DeVellis RF, Blazer DG, DeVellis BM, Panter AT, Jordan JM	Studio di popolazione	I campione rappresentativo di popolazione di comunità della North Carolina	630 adulti di diverse etnie	Dai 45 anni in su	CES-D, 6 items della DSSES, questionario demografico	Maggiori esperienze spirituali correlano con minori sintomi depressivi. Età e livello di stress hanno effetti sull'interazione tra Spiritualità e sintomatologia depressiva. L'aspetto di coinvolgimento nelle attività religiose è più correlato a diminuzione depressione rispetto a dimensione soggettiva di vissuto della Spiritualità.
2007	Mofidi M, DeVellis RF, DeVellis BM, Blazer DG, Panter AT, Jordan JM	Studio di popolazione	Campione stratificato rappresentativo di popolazione rurale North Carolina	630 adulti di diverse etnie	Dai 45 anni in su Età media 63,3 anni	CES-D, 6 items della DSSES, 4 items su ottimismo della Life Orientation Test, questionario sul volontariato, 4 items della Instrumental-Expressive Social-Support Scale	Si è indagato sulla relazione tra Spiritualità e sintomi depressivi: il link risulta essere indiretto e il legame appare mediato da ottimismo, supporto sociale e volontariato. Una buona Spiritualità può incrementare ottimismo che è poi inversamente correlato a sintomi depressivi. S come precursore di ottimismo: ottimismo è generato da credenze religiose e da esperienze come per es. che Dio ricompensa fede e devozione con buona salute. Fiducia nel futuro come risultato della consapevolezza di avere Dio accanto nei momenti difficili. S non è direttamente correlata ad appoggio sociale. Legame indiretto anche tra Spiritualità, volontariato e depressione: l'interesse verso gli altri ha un ruolo protettivo.
2008	Vaillant G, Templeton J, Ardelt M, Meyer SE	Studio prospettico	Campione di studenti universitari al II anno seguiti per 65 anni circa	224 studenti con controlli ai 25, 30, 50, 65 e 85 anni di età circa		Interviste con classificazione in 5 punti di classe sociale genitoriale, valutazione dell'affetto ricevuto nell'infanzia, valutazione del funzionamento psicosociale, questionario su fumo, alcol, valutazione di sintomi depressivi e eventi stressanti, NEO inventory, Lazare's personality questionnaire, 102 Gallup item sulla Spiritualità.	Coinvolgimento religioso non risulta correlate con benessere fisico, mentale e sociale ad eccezione dei casi di 44 uomini con diagnosi di Depressione maggiore o con multipli eventi negativi e stressanti nel corso degli anni. Questi avevano punteggi maggiori nella valutazione della loro Spiritualità e ne riconoscevano l'importanza. La religiosità era correlata alla classe sociale genitoriale nei primi anni di studio, ma non correlava poi con il seguente coinvolgimento spirituale, educazione, supporto sociale o qualità di vita. Non conferma ipotesi di aumento religiosità con aumento dell'età: 58% adulti riportano meno coinvolgimento religioso rispetto al 28% dei giovani. Difficoltà nel valutare Spiritualità e Religione in modo autonomo e separato, spesso confusione e accavallamento dei significati dei due termini.

**Tabella 4. Schizofrenia e Spiritualità**

Anno	Autori	Tipo di Studio	Setting e Diagnosi	Campione	Età	Tipo di valutazione	Risultati
2004	Mohr S, Huguelet P	Review	Letteratura e dati ricavati da studi su pz con diagnosi di Schizofrenia Cronica	Studi sul coping religioso e spirituale			Religione può essere parte del problema o della cura; molti pz possono essere aiutati dalla fede, dalla comunità, da attività spirituale e si sentono rasserenati dalle loro credenze. Altri invece vengono rifiutati dalle comunità di fedeli, esclusi da attività Spirituali e si demoralizzano sui loro valori. Religione può essere importante nel trattamento della Schizofrenia aumentando strategie e capacità di coping e aiutando a concludere il ricovero.
2006	Mohr S, M.A. Brandt PY, Borras L, Gillieron C, Huguelet P	Studio descrittivo	I campione di pz con diagnosi di Schizofrenia o altra psicosi non affettiva.	115 pazienti seguiti in regime ambulatoriale	Dai 18 ai 65 anni (media 39 ± 10)	Interviste semistrutturate su PANSS, CGI, DSM-IV, valutazione di importanza di religiosità e coping religioso tra i pz.	71% usa Religione come coping positivo. 14% crede che Religione sia modalità di coping negativa. Per i due terzi Religione dà senso alla malattia, per lo più con connotazioni positive. Religione come prezioso supporto sociale. Religione può proteggere da TAC. Religione diminuisce comorbidità con abuso di sostanze. Religione può influenzare positivamente aderenza a trattamento. Spesso c'è sensazione di contraddizione tra psichiatria e religione.
2007	Mohr S, Gillieron C, Borras L, Brandt PY, Huguelet P	Studio descrittivo	I campione di Pz con diagnosi di Schizofrenia o altre psicosi non affettive	115 pz seguiti in regime ambulatoriale	Età media 39 ± 10	Intervista semistrutturata sulla "Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research" e sul "Religious coping index" e un questionario sull'adattamento S/R agli eventi di vita. Valutazione dati socio-demografici. CGI, PANNS e DSM-IV	Per il 45% di pz la religione ha un posto centrale nella vita. Soggetti con sintomi positivi correlati a Religione presentano maggiori sintomi psicotici. Religione più importante per soggetti con Disturbo Schizoaffective che per soggetti con Schizofrenia. Pz con miglior adattamento sociale, ma anche con maggiori sintomi generali, parlano di più di Religione con i loro terapeuti. Alta prevalenza di coping spiritual/religioso

*Spiritualità e relazione terapeutica in psichiatria*

2007	Borras L, Mohr S, Brandt PY, Gillié non C, Eytan A, Huguelet P	Studio descrittivo	1 campione di pz con diagnosi di schizofrenia o altra psicosi non affettiva	103 pz stabilizzati ed in regime ambulatoriale	Dai 18 ai 65 anni	Intervista semistrutturata su PANSS, CGI, DSM-IV, "Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research" e sul "Religious coping index" e un questionario sull'adattamento S/R agli eventi di vita e intervista clinica sull'aderenza al trattamento.	81% dei pz è affiliato ad una religione ufficiale, 14% a una religione o movimento minore e 10% non è affiliato ad alcuna corrente religiosa. Più di due terzi hanno pratiche private religiose e un terzo anche attività e pratica pubblica e rituale. Più di tre quarti pensano Religione come centrale nella vita e aiuta più della metà di essi nel coping. Pz aderenti alla terapia praticano di più la Religione (almeno volta al mese) dei non aderenti. I più aderenti (34%) evidenziano come il supporto della comunità religiose sia per loro imp. religiosa associata anche a caratteristiche cliniche: rappresentazioni religiose della propria malattia sono più frequenti nei non-aderenti. 31% dei non aderenti e 27% dei parzialmente aderenti sottolineano contraddizioni o incompatibilità tra loro Religione e assunzione della terapia contro il 7% degli aderenti.
2007	Huguelet P, Mohr S, Jung V, Gillieron C, Brandt PY, Borras L	Studio caso controllo	2 campioni di pz con diagnosi di Schizofrenia o disturbo schizoaffective	30 soggetti non psicotici 115 pz psicotici di cui 50 con storia di TAC e 65 senza storia di TAC	Non psicotici: 42 ± 10 Psicotici con TAC: 39 ± 10 Psicotici senza TAC: 42 ± 10	Interviste semistrutturate su dati socio-demografici, PANSS, CGI, DSM-IV, MINI, valutazione dell'anamnesi psichiatrica e valutazione S con "Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research"; il "Religious coping index" e un questionario sull'adattamento S/R agli eventi di vita	43% dei pz psicotici aveva già tentato il suicidio. Per psicotici con TAC il ruolo positivo della Religione era in forma di coping, condanna etica del suicidio e riscoperta del significato della vita attraverso la Religione, con aumento di speranza e coraggio di vivere. Psicotici senza TAC raccontano del ruolo proiettivo della Religione per combattere pensieri suicidi e ritrovare speranza, trovare ragione di vita e anche grazie alla credenza religiosa che condanna suicidio. Queste convinzioni sono meno frequenti tra non psicotici. Un pz su 10 crede che Religione possa avere ruolo di incentivo per atti suicidari, nel senso di speranza di qualcosa di migliore dopo la morte (no differenze tra psicotici e non psicotici). Entrambi i gruppi credono nel ruolo della Religione al momento della scelta di suicidarsi; il ruolo può essere protettivo, soprattutto per quanto riguarda i pz psicotici ad alto rischio di TAC.

**Tabella 5. Salute Mentale e Spiritualità**

Anno	Autori	Tipo di Studio	Setting e Diagnosi	Campione	Età	Tipo di Valutazione	Risultati
2001	Tepper L, Rogers SA, Coleman EM, Malony HN	Studio Descrittivo	I campione di soggetti con diagnosi di Malattia Mentale: Schizofrenia Paranoide, dist Schizoaffective, Schizofrenia non Differenziata, Dist Bipolare I, abuso di sostanze e altro.	406 soggetti	Eia media 40,9 ± 10,7	Questionario di 48 items su dati Socio-demografici e GAF, Religious Copy Index e SCL-90	Più di 80% di partecipanti usano Religione o attività religiose come coping con difficoltà quotidiane e frustrazioni. Specifiche modalità di coping come Preghiera o lettura della Bibbia sono più utilizzate da soggetti con scores di SCL-90 maggiori, minor GAF e più frustrazione riportata. Il totale del tempo legato al coping religioso è inversamente correlato a livelli di frustrazione e a punteggi all'SCL-90.
2006	Mohr WK	Review	Letteratura ricercata su database MEDLINE, CINAHL e testi correnti.				Valutazione della posizione spesso rifiutata della Religione e Spiritualità nella pratica psichiatrica, sia nella valutazione sia nel trattamento. Ruolo del personale infermieristico e loro sensibilità verso l'aspetto religioso dei pz con malattie mentali, aspetto spesso vissuto come fattore di vita critico e controverso. Poca attenzione verso l'espressione spirituale e religiosa dei pz come importante limite e problema etico della clinica psichiatrica.
2006	Moreira-Almeida A, Louf Neto F, Koenig HG	Ampia Review sistematica	Letteratura pubblicata nel ventesimo secolo su diversi database e un aggiornamento	850 studi sulla relazione tra religione e salute mentale e un aggiornamento su articoli pubblicati fino al 2000, incluse ricerche Brasiliane e un background storico e metodologico			La maggioranza degli studi ben condotti ha trovato che alti livelli di coinvolgimento religioso si associano positivamente a indicatori di benessere psicologico (soddisfazione per la propria vita, felicità, affetti) e con minori livelli di depressione, ideazioni suicide, comportamenti suicidari e abuso di droghe o alcool. Impatto positivo del coinvolgimento religioso è di solito più robusto tra soggetti con maggiori circostanze stressanti nella vita. Da approfondire con ulteriori studi le relazioni e le implicazioni cliniche di queste osservazioni e la ricerca di fattori che abbiano ruolo nella mediazione di questa associazione, anche per poterne valutare un eventuale uso nella pratica clinica.

*Spiritualità e relazione terapeutica in psichiatria*

2007	Phillips RE, Stein CH	Studio longitudinal e	I campione di giovani adulti con diagnosi di Schizofrenia o Disturbo Bipolare I campione di sogg senza diagn psichiatrica di uno studio precedente	48 soggetti seguiti per un anno	Età media: 24 ± 3,4	Interviste semistrutturate con RCOPE, BRR, PCR, RGP, BSI, GSI,PLMI, SRGS, PWB e dati socio- demografici.	Soggetti usano coping religioso per dare significato in livelli comparabili a soggetti non psichiatrici. Buona dimensione religiosa è associata a percezione positiva della salute mentale, mentre la rappresentazione di un Dio che punisce e del suo potere è associata a vissuti di stress e perdita personale. Le variabili del coping religioso rendono conto di variazioni positive del sintomo psichiatrico dopo un anno di osservazione.
2003	Mitchell L, Romans S	Studio descrittivo	I campione di pz con diagnosi di Disturbo Bipolare in remissione	81 soggetti scelti dall' Onago Bipolar Register	Età media: 45-49 anni	Questionario sul sistema di valori adattato dal Royal Free Interview for Religious and Spiritual Beliefs con 2 domande aggiuntive su quanto i consigli ottenuti dalle figure di riferimento religiose entrassero in conflitto con i propri curanti e su quanto spesso differissero la visione della malattia che gli veniva trasmessa dallo staff medico e quella trasmessa invece dai valori in cui credevano. Questionario demografico e sulla storia di malattia.	Una grande percentuale del campione riferisce di avere forti credenze religioso-spirituali, che frequentemente pratica: il 66,6% dichiara di essere religioso e 83% di essi si riconoscono nella fede cristiana. Un terzo del campione vede un legame tra la propria malattia e le proprie credenze religioso-spirituali, trovando sollievo e utilizzandolo come coping: sono per lo più i erediti che però non praticano in modo sistematico il proprio credo che per lo più sottolineano questo nesso. Sia il coping religioso, sia la ricerca spirituale, comunque, sono riconosciuti come utili per la gestione della malattia mentale (in particolare le attività di meditazione e gruppi di preghiera). La compliance al trattamento risulta essere influenzata dall'attività e dalla fede religiosa dei pazienti, rendendola spesso problematica: più i pazienti sono coinvolti nella fede, più cercano conferme nella comprensione della malattia non solo dai medici, ma anche dalle figure di riferimento spirituali. Questo dato deve essere ben conosciuto dallo staff psichiatrico, per poter valutare e gestire al meglio il percorso terapeutico individuale.

**Tabella 6. Psichiatri e Spiritualità**

Anno	Autori	Tipo di Studio	Setting e Diagnosi	Campione	Età	Tipo di Valutazione	Risultati
1993	Neeleman J, King MB	Studio descrittivo	Psichiatri che svolgono attività in ospedali londinesi	231 psichiatri		Interviste su attitudini religiose personali e come queste si integrino nella pratica clinica	Solo il 27% dichiara di appartenere ad una corrente religiosa. Solo il 23% crede in Dio, a fronte del 70% della popolazione generale. Nonostante ciò il 92% crede che ci si debba interessare alla Religione/Spiritualità dei propri pazienti. Gli psichiatri religiosi sono più propensi a dialogare delle credenze coi pz ma, da studi statunitensi, non c'è evidenza che le credenze private religiose degli psichiatri rivestano per essi una grande importanza nella pratica clinica. La trascuratezza degli aspetti religiosi in psichiatria potrebbe anche essere correlata alla rivalità tra le professioni mediche e le professioni religiose, che deriva dal fatto che entrambe le dimensioni (medica e religiosa) sono volte verso il dilemma della sofferenza umana.
1999	Sims A	Review	Letteratura				Credenze e pratiche religiose erano maggiori per psichiatri religiosi rispetto a popolazione. Spiritualità, preghiera e psicoterapia giudicati migliori di psicofarmaci in alcolismo, sociopatia e angoscia, di meno nella mania, depressione e schizofrenia acuta. Psicoterapia e Religione hanno efficacia simile nella prevenzione di suicidio. Psichiatri stimolavano nel 60% dei pz credenti la dimensione religiosa, solo nel 20% i pz non credenti. Psichiatri nell'80% dei casi indagavano sempre o quasi sempre la vita spirituale di pz. 31% ha pensato ad un counseling religioso ma solo 14% attualmente lo mette in pratica. 88% pensa che la spiritualità li aiuti nell'attività clinica, che gli argomenti spirituali aiutino la pratica col pz. Soprattutto se è il pz a portare l'argomento e dicono che nel 27% dei casi i pz si rivolgono a loro proprio per il loro orientamento spirituale.
2002	Baetz M, Larson DB, Marcoux G, Ruzica J, Bowen R	Studio descrittivo o confronto con precedenti e studio descrittivo o uno studio di popolazione	Psichiatri religiosi Popolazione generale canadese	1 gruppo di psichiatri religiosi 1 gruppo di psichiatri religiosi di uno studio precedente Popolazione canadese		Questionario autosomministrato + Duke Religion Index	

*Spiritualità e relazione terapeutica in psichiatria*

2003	Musick DW, Cheever TR, Quinlivan S, Nora LM	Caso- controllo Randomi zzato	1 gruppo di studenti in Medicina con programma di apprendimento su casi e attività clinica con evidenze di tematiche spirituali 1 gruppo di studenti Medicina con programma di lavoro simile senza temi spirituali. In reparto psichiatrico e neurologico	192 studenti		1 questionario pre-test 1 questionario post-test 1 esame di performance clinica	Importanza della Spiritualità nella pratica clinica Spiritualità maggiore per le donne. Non differenze significative all' esame della performance.
2004	Simmonds JG	Studio descrittiv o	psicoanalisti e psicoterapeuti psicoanalitici	1 gruppo di 25 tra psicoanalisti e psicoterapeuti psicoanalitici	Da 30 ai 90 anni	Intervista semi-strutturata audio registrata e trascritta	Concetto di Dio problematico ma non rifiutato: visione non antropomorfica o legata all'immagine. Spiritualità non si esaurisce con concetto di Dio. Alcuni credono che la pratica spirituale aumenti consapevolezza della Spiritualità. Molti portano opposizione a Spiritualità durante adolescenza e riscoperta nella mezza età. Uso del termine Trascendenza nel rapporto tra psicoanalisi e spiritualità, importante soprattutto per chi ha avuto pz con suicidi o che stavano per morire. Psicoanalisi come preparatoria e complementare per aiutare pz ad utilizzare Spiritualità e Religione in modo sano. Non avevano considerato questioni spirituali nelle loro analisi personali, dimensione del rifiuto. Difficoltà ad affrontarla con pz.
2006	D'Souza R, Kuruvilla G	Review	Rassegna di pz psichiatrici Australiani Medline				Riconoscere la partecipazione spirituale per una medicina centrata su paziente e per migliorare la cura offerta. Pazienti religiosi sono meno soddisfatti di terapeuti non religiosi rispetto a quelli religiosi. Sviluppare strumenti terapeutici centrati su spiritualità per aumentare capacità di coping, che è fondamentale per buona riuscita trattamento e buona qualità di vita, e outcome Insegnare a studenti e medici psichiatri a raccogliere la

							storia spirituale dei pz Spiritualità aumenta efficacia di CBT
2006	Huguelet P., Mohr S, Borras L, Gillieron C, Brandt PY	Casi controlli	1 gruppo outpatients con psicosi non affettiva 1 gruppo di clinici che lavorano con loro 1 gruppo di controlli popolazione	100 outpatients 34 clinici 1561 controlli	Outpatients: 39±10	Interviste registrate semistrutturate su Multidimensional Measurement of Religiousness o su Spirituality for Use in Health Research, il Religious Coping Index e un questionario su adattamento spirit e relig agli eventi di vita. CGI Positive and Negative Sindrome Scale	Pz sono più coinvolti e clinici sono meno coinvolti in attività religiose individuali rispetto a popolazione generale. Solo 36% di pz porta tematiche spirituali con clinici anche se han molta importanza perché credono sia incompatibile. Nella metà dei casi i clinici hanno visione della Religione dei pz sottostimata; buona consapevolezza delle attività gruppi spirituali ma poca di dimensione soggettiva spirituale.
2006	Lawrence RM, Head J, Christodoulou G, Andonovska B, Karamat S, Duggal A, Hilam J, Eagger S.	Studio descrittivo	Psichiatri che si occupano di pazienti anziani	Psichiatri membri registri della Facoltà di Psichiatria degli Anziani		Questionario semistrutturato con 21 domande	Il 46% degli psichiatri ai quali è stato inviato il questionario hanno risposto. Il 92% di essi riconoscevano l'importanza della dimensione spirituale nella presa in carico dei pz anziani con malattie mentali. Circa un quarto dei rispondenti dichiaravano di aver considerato di rivolgersi ad un religioso. Nonostante ciò, l'integrazione nell'assessment e nella gestione del trattamento dei vari casi individuali risulta rara.

2007	Curlin FA, Lawrence RE, Odell S, Chin MH, Lantos JD, Koenig HG, Meador KG	Caso controllo stratificato o randomizzato	1 gruppo di medici americani non psichiatri 1 gruppo di psichiatri americani	2000 totali 1144 responders 1044 medici non psichiatri 100 psichiatri	Medici non psic: 48,8 ± 8,3 Psic: 50,9 ± 8,0	Questionario autosomministrato di 16 pagine	Psichiatri sono meno religiosi di altri medici Psichiatri parlano di più di Religione/Spiritualità nel setting clinico e pensano sia imp. Più gli psichiatri osservano come Religione a volte causi ansia, colpa o emozioni negative che aumentano sofferenza di pz. Psichiatri sostengono di più pz su Spiritualità soggettiva e ne discutono di più con pz.
2007	Grepmaier L, Mitterlehner F, Loew T, Baehler E, Rohrer W, Nickel M	Studio randomizzato controllato o in doppio cieco	18 psicoterapeuti 124 inpatients con diagnosi di PTSD, dist dell'umore, dist di personalità, dist d'ansia, dist somatoformi, DOC e abusi di sostanze	9 psicot con gruppo di mediatz Zen 9 psicot controllo senza mediatz 63 inpatients affidati a psic mediatz 61 inpatients affidati a psic non mediatz	Psic/Medit: 29,3 ± 3,2 Psic/Non Medit: 30,4 ± 2,9 Inpat/Medit: 38,9 ± 10,9 Inpat/Non Medit: 39,8 ± 12,3	SCID I e II STEP VEV SCL-90-R GSI	Inpatient con Psicoterapia con Meditazione valutano meglio risultati di psicoterapia individuale: punteggi > nella chiarificazione e nelle prospettive di problem-solving (STEP). Risultati maggiori per loro anche alle scale VEV, GSI e in 8 dimensioni di SCL-90-R (somatizzazione, insicurezza sociale, ossessività, ansia, rabbia/ostilità, ansia fobica, pensiero paranoide e psicoticismo).

**Note:**

**GAD:** Disturbo d'Ansia Generalizzata, **DAP:** Disturbo da Attacchi di Panico, **BN:** Bulimia Nervosa, **AN:** Anoressia Nervosa, **ED:** Eating Disorders, **DCA:** Disturbi del Comportamento Alimentare, **SSRS:** Spirituality Self-Rating Scale, **FMI:** Frieberg Mindfulness Inventory, **STI:** Spiritual Transcendence Index, **SAS:** Spirituality Assessment Scale, **DDQ:** Daily Drinking Inventory, **AUDIT:** Alcohol Use Disorders Identification Test, **TCI:** Temperament and Character Inventory, **ST:** Self-Transcendence, **RD:** Reward Dependence, **HA:** Harm Avoidance, **P:** Persistence, **SD:** Self-Directedness, **C:** Cooperativeness, **B-PRPI:** Brown-Peterson Recovery Progress Inventory; **AN-R:** Anoressia Nervosa - sottotipo Restrictor; **AN-BP:** Anoressia Nervosa - sottotipo Binge-Purging; **EDE:** Eating Disorder Examination, **BMI:** Body Mass Index, **EDI-2:** Eating Disorder Inventory-2, **EDI-SC:** EDI- Symptom Checklist, **STAXI:** State-Trait Anger Expression Inventory, **T-Rab-T:** Temperamento portato alla Rabbia, **AX-Con:** Controllo della rabbia, **WCS:** Weight/Shape Concerns Scale, **CES-D:** Center for Epidemiologic Studies Depression scale, **Brief COPE:** sottoscala religiosa del Coping, **SCID:** Structured Clinical Interview for DSM III-R, **SIBS:** Spiritual Involvement and Beliefs Scale, **SIWB:** Spirituality Index of Well-Being, **DSES:** Daily Spiritual Experiences Scale, **NEO inventory:** neuroticism-extroversion-openness inventory, **ZDS:** Zung Depression Scale, **PANSS:** Positive and Negative Syndrome Scale, **TAC:** Tentativi Anticonservativi; **CGI:** Clinical Global Impression, **MINI:** Mini-International Neuropsychiatric Interview, **GAF:** Global Assessment of Functioning, **SCL-90:** Symptom Checklist 90-R, **BRR:** benevolent religious reappraisals, **PGR:** punishing God reappraisals, **RGP:** reappraisals of God's power, **BSI:** The Brief Symptom Inventory, **GSI:** Global Symptom Index, **PLMI:** Personal Loss from Mental Illness Scale, **SRGS:** Stress Related Growth Scale, **PWB:** Scales of Psychological Well-Being, **STEP:** Session Questionnaire for General and Differential Individual Psychotherapy, **VEV:** Questionnaire of Changes in Experience and Behavior, **CBT:** Cognitive Behavioural Therapy.

## *Disturbi Depressivi dell'Umore e Spiritualità*

Su 8 articoli considerati, 4 sono stati effettuati sulla popolazione generale (Baetz et al. 2004, Ellermann e Reed 2001, Mofidi et al. 2006, Mofidi et al. 2007), 3 erano descrittivi (Doolittle e Farrell 2004, Daaleman e Kaufman 2006, Cooper et al. 2001) e l'ultimo era uno studio prospettico (Vaillant et al. 2008).

Tutti gli studi concordano nel riconoscere una correlazione significativa e inversa tra una buona spiritualità e sintomi depressivi: occorre però distinguere tra i livelli di Spiritualità percepita soggettivamente e il livello di coinvolgimento in attività spirituali.

Lo studio di Baetz e colleghi sottolinea questa distinzione: un'alta partecipazione ad attività religiose e spirituali appare legata a una minore sintomatologia, ma lo stesso non si verifica per la spiritualità percepita soggettivamente.

A questo proposito, alcuni studi rimarcano una maggiore importanza della sfera spirituale soggettiva rispetto alla sfera "rituale" e pratica (Cooper et al. 2001, Doolittle e Farrell 2004), altri invece evidenziano come sia l'aspetto "attivo" il maggiormente fruibile per la salute mentale (Baetz et al. 2004, Mofidi et al. 2006, Mofidi et al. 2007).

In sintesi, la relazione tra spiritualità e sintomi depressivi non appare una relazione diretta, ma mediata da diversi aspetti e variabili che sono conseguenti a una buona spiritualità e che aiutano nel coping e nella diminuzione della depressione (Daaleman e Kaufmann 2006, Mofidi et al. 2007): i mediatori potrebbero essere rappresentati dall'Accettazione (Ellermann e Reed 2001) e dall'Ottimismo e dal Volontariato (Mofidi et al. 2007).

Per quanto riguarda l'Autotrascendenza e le sue variazioni in relazione all'età, essa è apparsa significativamente più bassa negli individui più giovani e correla con una sintomatologia depressiva significativamente minore (Ellermann e Reed 2001). Tuttavia lo studio di Vaillant e colleghi del 2008, che ha seguito per più di 5 decenni un gruppo di studenti universitari, non ha riscontrato una sostanziale modificazione dei livelli di religiosità nell'arco della vita.

## *Schizofrenia e Spiritualità*

Gli studi utilizzati in questo ambito erano rappresentati da una review (Mohr e Huguélet 2004), 3 studi descrittivi (Mohr et al. 2006, Mohr et al. 2007, Borrás et al. 2007) e da uno studio caso-controllo (Huguélet et al. 2007).

In tutti gli studi la Religione è descritta come dimensione con un ruolo centrale nella vita dei pazienti; alte percentuali di questi, dal 45% all'81%, dichiarano di far parte di correnti religiose ufficiali e di dare una grande importanza alla religione, soprattutto per quanto riguarda il campo di sviluppo di strategie efficaci di coping (Mohr et al. 2006).

In questo tipo di pazienti, la Religione può assumere anche aspetti negativi, sia in relazione a vissuti di fallimento e di esclusione dalla comunità di fedeli e dalle attività spirituali (Mohr e Huguélet 2004), sia nei casi in cui ci sia una sovrapposizione tra credenze religiose e malattia, con conseguente aumento della sintomatologia positiva (Mohr et al. 2007). È stato però osservato che non c'è correlazione tra una dimensione soggettiva spirituale e l'aumento della frequenza di sintomi positivi; i soggetti religiosi non appaiono, quindi, più a rischio di sviluppare una psicosi con maggiore sintomatologia (Mohr et al. 2007).

Tra i disturbi psicotici, inoltre, il disturbo Schizoaffettivo è quello che sembra maggiormente correlato ad alti livelli di spiritualità nei soggetti affetti (Huguélet et al. 2007).

Infine, per quanto riguarda la frequenza di tentativi anti-conservativi in soggetti psicotici, lo studio di Huguélet e collaboratori sottolinea il potenziale ruolo protettivo della religione, sia sotto

forma di coping e di condanna etica del suicidio sia come riscoperta del significato della vita, della speranza e del coraggio di vivere.

Un paziente su 10, in questo studio, crede che la religione possa avere, in alcuni casi, ruolo di incentivo per compiere atti suicidari: questo sarebbe il risultato non solo di credenze negative, ma anche di un senso di speranza in qualcosa di migliore dopo la morte. La religione, comunque, rappresenta un fattore di protezione dal suicidio per la maggior parte dei soggetti psicotici, in particolare per quelli con rischio più elevato di comportamenti suicidari e questa evidenza non va dimenticata nella pratica clinica, soprattutto alla luce del fatto che la prevalenza di tentativi anti-conservativi tra questi pazienti è molto alta (tra i soggetti arruolati per questo lavoro ben il 43% aveva già tentato il suicidio almeno una volta).

Una sensibilità per i temi religiosi, inoltre, indica una migliore aderenza al trattamento e una diminuzione del numero dei drop-out tra i soggetti affetti da schizofrenia e altre psicosi non affettive (Borras et al. 2007): questo rappresenta senz'altro una forte motivazione all'integrazione tra religione e psichiatria.

### *Salute mentale e Spiritualità*

I lavori considerati comprendevano due review (Mohr 2006, Moreira-Almeida et al. 2006), due studi descrittivi (Tepper et al. 2001, Mitchell e Romans 2003) e uno studio longitudinale (Phillips e Stein 2007).

Dalla loro analisi emerge che alti livelli di coinvolgimento religioso si associano positivamente a una migliore salute mentale: nello specifico si hanno maggiori indicatori di benessere psicologico (soddisfazione, felicità, affettività) e minori livelli di depressione, ideazioni suicidarie, comportamenti suicidari e abusi di sostanze (Moreira-Almeida et al. 2006).

È anche da notare come il coinvolgimento religioso sia più intenso tra i soggetti con maggiori circostanze ed eventi stressanti nella vita (Moreira-Almeida et al. 2006) e come specifiche modalità spirituali, come la Preghiera o la Lettura delle Sacre Scritture, siano più utilizzate da soggetti con sintomatologia e deterioramento maggiori e con maggior grado di frustrazione riportata, con miglioramento delle capacità di coping.

Anche lo studio di Phillips e Stein del 2007 pone l'accento sulla grande importanza del coping religioso e spirituale, quale grande risorsa per il soggetto con malattia mentale, specialmente se la durata della malattia è particolarmente lunga.

### *Disturbo bipolare*

Lo studio di Mitchell e Romans del 2003 è l'unico che ha considerato un campione composto unicamente da soggetti affetti da Disturbo Bipolare dell'Umore. Nei risultati, appare chiaro come anche per questi pazienti la dimensione religioso spirituale sia importante; il 78% del campione considerato, infatti, dichiarava di avere credenze e valori religioso-spirituali forti e la maggior parte si definiva praticante. Questi valori rappresentano una importante strategia di coping, ma allo stesso tempo sono correlati a conflitti e problemi di compliance con il terapeuta, sia per quanto riguarda la visione della malattia, sia per le indicazioni di comportamento legate ad essa.

Anche gli studi di Tepper et al. (2001) e di Phillips e Stein (2007) comprendevano pazienti affetti da Disturbo Bipolare, ma i campioni erano più eterogenei; i risultati confermano, comunque, l'importanza del coping religioso-spirituale nella vita di questi soggetti, sia dal punto di vista della qualità di vita, sia per la gestione e la comprensione della patologia psichiatrica.

## *Psichiatri e Spiritualità*

Dei 10 articoli considerati in questo gruppo, due erano Review (Sims 1999, D'Souza e George 2006), quattro erano RCT (Randomized Controlled Trial) (Musick et al. 2003, Curlin et al. 2007, Huguelet et al. 2006, Grepmaier et al. 2007) e quattro erano studi descrittivi (Neeleman e King 1993, Baetz et al. 2002, Simmonds 2004, Lawrence et al. 2006), il secondo dei quali è stato poi messo a confronto con uno studio descrittivo (condotto su un campione comparabile) e con uno studio di popolazione precedenti.

Il numero dei partecipanti era molto variabile, da un minimo di 25 ad un massimo di 2000, e tutti comprendevano sia donne, sia uomini.

Cinque studi avevano come campione solo psichiatri o psicoterapeuti (Neeleman e King 1993, Baetz et al. 2002, Simmond 2004, Lawrence et al. 2006, Curlin et al. 2007) e a uno hanno partecipato 192 studenti in Medicina e Chirurgia (Musick et al. 2003). In altri due lavori sono stati osservati gli effetti che psichiatri e psicoterapeuti, sensibili a tematiche spirituali, avevano sui loro pazienti: il primo (Huguelet et al. 2006) confrontava 100 outpatients con diagnosi di Psicosi non affettiva con 34 controlli clinici e con la popolazione generale. Lo scopo era interrogare i tre gruppi sul coinvolgimento religioso personale, sulla visione che gli psichiatri avevano della spiritualità degli outpatients e viceversa, e, infine, sulle abitudini e sull'importanza della religione in pazienti con sintomatologie diverse. I risultati hanno mostrato che nella metà dei casi i terapeuti avevano una visione sottostimata della religiosità dei loro pazienti e che la loro consapevolezza e attenzione era buona nei confronti delle attività gruppali spirituali, ma piuttosto scarsa nei confronti della dimensione spirituale soggettiva.

Da parte loro, invece, i pazienti mostravano un'attenzione per le attività spirituali superiore alla media della popolazione generale e sia la partecipazione a queste attività, sia l'importanza della dimensione religiosa personale risultavano sovrapponibili per pazienti con diversa sintomatologia.

Il secondo lavoro (Grepmaier et al. 2007) è un RCT in cui 124 inpatients con diagnosi di disturbo post-traumatico da stress, disturbi dell'umore, disturbi di personalità, disturbi d'ansia, disturbi somatoformi, disturbo ossessivo-compulsivo e abusi di sostanze venivano suddivisi in 2 gruppi: uno guidato da 9 psicoterapeuti che praticavano Meditazione Zen prima delle sedute, e l'altro guidato da 9 psicoterapeuti che non praticavano alcun tipo di Meditazione.

Al termine del periodo di studio, la terapia condotta dagli psicoterapeuti alla guida del primo gruppo è stata valutata come migliore dai pazienti: si evidenzia così come l'approccio al malato e il riconoscimento della sua dimensione più profonda e spirituale permettano un possibile miglioramento dei benefici terapeutici.

La review di D'Souza e George del 2006 tratta di come i pazienti vivano l'attenzione alla spiritualità da parte dei loro terapeuti e, in base a questi dati raccolti, di come gli psichiatri possano utilizzare la spiritualità come strumento per favorire l'alleanza terapeutica e migliorare risultati dei trattamenti e outcomes.

Il confronto fra diversi specialisti indica che gli psichiatri sono meno religiosi rispetto ai medici di altre specializzazioni; inoltre molti di essi osservano, sulla base della loro esperienza clinica, come un vissuto negativo della religione, in alcuni casi, possa causare ansia, colpa o emozioni negative che aumentano la sofferenza soggettiva in diversi pazienti (Curlin et al. 2007).

Gli psichiatri appaiono, inoltre, meno coinvolti in attività religiose individuali rispetto alla popolazione generale (Neeleman e King 1993) e soprattutto rispetto ai loro pazienti; in tutti gli studi esaminati risulta però evidente il sostegno che essi offrono ai pazienti riguardo le loro attività spirituali e si sottolinea come siano più disponibili ad affrontare questi temi, nel setting clinico, rispetto agli altri medici.

Dalla review di D'Souza e George del 2006, inoltre, emerge come i pazienti religiosi siano più soddisfatti di terapeuti religiosi rispetto a terapeuti non religiosi: con psichiatri religiosi, sviluppare temi centrati sulla spiritualità risulta loro più facile. Circa l'80% degli psichiatri con alta religiosità individuale (Baetz et al. 2002) dichiaravano di indagare sempre, o quasi sempre, la vita spirituale dei propri pazienti e, addirittura, il 31% aveva valutato la necessità di un counselling religioso che però solo il 14% aveva poi proposto realmente; l'88% di essi sentiva, inoltre, che coltivare questo aspetto religioso/spirituale fosse di aiuto nella pratica lavorativa e il 27% dichiarava che molti pazienti si rivolgevano a loro proprio alla luce del loro orientamento spirituale.

L'aspetto del counselling religioso è evidenziato anche nel lavoro di Lawrence e colleghi: circa un quarto dei partecipanti allo studio ha dichiarato, infatti, di fare appello a un consulente religioso durante la cura dei propri pazienti.

La review di Sims del 1999, invece, ha analizzato come il diffuso convincimento di una storica rivalità tra Religione e Psichiatria non permettesse una adeguata integrazione tra le due dimensioni e, soprattutto, come i soggetti con malattia mentale fossero penalizzati nella loro espressione proprio a causa di questa supposta "incompatibilità" di fondo, radicata nella cultura e nella tradizione.

Si viene a delineare, così, un panorama complesso e difficile da affrontare nella prospettiva di una articolazione tra la psichiatria e il mondo religioso, al di là delle divergenze e delle rivalità; questa visione non impedisce comunque di trovare la convinzione dell'importanza del riconoscimento della dimensione spirituale all'interno della medicina in generale e, nello specifico, della psichiatria (D'Souza e George 2006). L'obiettivo rimane, infatti, quello di arrivare a una medicina centrata sul paziente e a un miglioramento delle cure offerte.

Lo sviluppo di strumenti terapeutici centrati sulla spiritualità, infatti, permette di aumentare la capacità di coping nel paziente, capacità che è fondamentale per una buona riuscita del trattamento e per ottenere un buon outcome e la migliore qualità di vita possibile (D'Souza e George 2006).

## Discussione

### *Considerazioni generali*

La necessità di integrazione tra spiritualità, religione e psichiatria rappresenta una questione quanto mai attuale, seppur ancora delicata: solo da pochi anni si possono osservare numerosi tentativi di riavvicinamento tra esse e, nonostante ciò, un divario epistemologico esisterà probabilmente ancora a lungo.

È importante, comunque, evidenziare la crescente accettazione dell'importanza della religione e della spiritualità per la psichiatria (Fassino et al. 2007), processo questo che si sta svolgendo tramite l'acquisizione di quattro punti fondamentali:

- la dimensione spirituale è un aspetto essenziale della natura umana ed è stata in genere patologizzata o ignorata dalla psichiatria;
- il riavvicinamento con la dimensione religiosa rende la psichiatria senz'altro più completa ed efficace; l'attenzione allo sviluppo di un metodo di cura olistico rappresenta infatti un dimostrabile beneficio per i pazienti;
- la raccolta dell'"anamnesi spirituale" come parte integrante dell'esame obiettivo psichico e l'uso selettivo di tecniche di meditazione e concentrazione buddista nella terapia cognitivo-comportamentale (Turbott 2004) sono progressi evidenti compiuti nell'ambito dell'inserimento di pratiche spirituali empiricamente testabili;

- gli studi sulla biopsicologia della personalità coordinata da R. Cloninger (1993) considerano la propensione della spiritualità e alla trascendenza come parte dell'organizzazione dimensionale del carattere, aprendo una nuova prospettiva di sviluppo sia a livello diagnostico, sia a livello terapeutico.

Tutti i 37 articoli considerati, seppure affrontino l'argomento da ottiche diverse, sottolineano come il ruolo della spiritualità e della religione all'interno della pratica psichiatrica non debba essere sminuito. Ulteriori studi sono necessari per delineare con precisione i campi di ricerca futura, e per approfondire le potenzialità terapeutiche che sono alla base della spiritualità.

Infatti la dimensione spirituale è fondamentale per le sue implicazioni all'interno del rapporto medico-paziente e dell'alleanza terapeutica, e propone spunti creativi per il miglioramento dell'attività clinica psichiatrica, dalla valutazione iniziale fino all'impostazione e alla gestione del trattamento.

La letteratura disponibile si avvale di un numero di studi ancora limitato e sembra mancare una chiara distinzione di significati tra le discipline considerate. Risulta talora difficoltoso orientarsi tra i diversi lavori svolti, e operare un confronto accurato.

Molti dei lavori considerati, inoltre, non presentano adeguati criteri metodologici: 10 articoli sui 21 esclusi presentavano questo limite, che non ha permesso infatti il loro inserimento nella presente review.

Ciò nonostante dalle ricerche finora svolte si delineano alcune evidenze; emerge una discrepanza tra la potenziale disponibilità nell'affrontare temi religiosi, nonostante in molti casi essi non siano parte delle credenze personali e soggettive dello psichiatra, e la reale valutazione di questa dimensione durante la raccolta anamnestica nel setting clinico.

I 231 psichiatri dello studio di Neeleman e King dichiaravano di trovare importante l'interesse e la preoccupazione nei confronti della religiosità dei loro pazienti, nonostante solo il 23% di essi credesse in Dio. Nello studio di Lawrence et al. del 2006, inoltre, ben il 92% dei clinici, sottoposti a questionario, riconosceva il grande ruolo della dimensione spirituale nella presa in carico dei pazienti psichiatrici più anziani; per contro però l'integrazione delle credenze religiose nell'*assessment* e nel *management* dei casi individuali risultava rara.

Anche gli psichiatri cattolici dello studio di Baetz et al. mostravano difficoltà, ammettendo l'importanza della spiritualità nella pratica clinica soprattutto se l'argomento era portato dal paziente in prima persona; d'altra parte, però, dal lavoro di Huguélet et al. del 2006 emerge che solo il 36% dei pazienti porta questi argomenti al proprio psichiatra per timore che questi siano incompatibili con il cammino di cura e di trattamento.

La sensazione è che la priorità fondamentale, in un'ottica di integrazione tra pratica psichiatrica e dimensione spirituale, sia quella di "insegnare" a studenti e medici psichiatri a raccogliere la storia spirituale dei pazienti e a proporre l'argomento per discuterne assieme (D'Souza e George 2006).

Infatti, come messo in evidenza dallo studio di Musick et al. del 2003 condotto su studenti di Medicina, non erano i vissuti e le credenze religiose soggettive a influenzare la capacità di raccolta della storia spirituale dei pazienti, ma era stato il Programma di insegnamento e attività clinica centrato sulle tematiche spirituali a permettere una sensibilizzazione e un miglioramento in questo ambito. La formazione alla spiritualità del medico è direttamente fruibile dai pazienti, che in buona misura, fanno riferimento alla dimensione religiosa.

In tal senso recentemente vi sono importanti proposte come l'inserimento del tema della spiritualità nella supervisione alle psicoterapie (Bienenfeld e Yager 2007) e come la formazione dei giovani psichiatri riguardo a tecniche specifiche per la valutazione della spiritualità (Josephson e Petet 2007).

## *Spiritualità e Disturbi Mentali*

La religione e la spiritualità sono più importanti per soggetti che abusano di sostanze rispetto a un campione di studenti che non hanno dipendenze (Galanter et al. 2007), uomini con diagnosi di Depressione Maggiore mostrano livelli di coinvolgimento religioso significativamente maggiori rispetto ad altri soggetti non depressi (Vaillant et al. 2008), per il 45% di soggetti con Schizofrenia o altra Psicosi non affettiva la religione occupa un posto centrale nella vita (Mohr et al. 2007) e più dell'80% delle persone con diagnosi di malattia mentale vive le proprie credenze religiose o attività religiose come coping con le difficoltà quotidiane e le frustrazioni (Tepper et al. 2001), e tra queste assumono rilevanza i pazienti affetti da Disturbo Bipolare dell'Umore (Mitchell e Romans 2003). Risulta chiaro che la dimensione religioso-trascendentale è un punto cardine che si può ritrovare trasversalmente nelle persone che soffrono di disturbi mentali: essa caratterizza i pazienti rispetto al sentimento della popolazione generale e, in particolare, caratterizza soprattutto quei soggetti maggiormente frustrati e in difficoltà (Moreira-Almeida et al. 2006, Tepper et al. 2001).

Nel caso particolare rappresentato dall'Anoressia Nervosa - malattia "segno dei tempi" a patogenesi culturale dipendente - i bisogni spirituali e le risposte psicopatologiche agli stessi si intrecciano e confondono con aspetti perversi autodistruttivi. L'Ascetismo inteso qui come ricerca di valore attraverso il perseguimento di ideali spirituali quali autodisciplina e ipercontrollo dei bisogni corporali e sacrificio di sé (Garner 1984), in molte pazienti anoressiche rappresenta una dimensione patologica. Esso, infatti, è fortemente correlato al perfezionismo e all'impulso alla magrezza e insieme alla più difficile gestione dei sentimenti di rabbia (Fassino et al. 2006); soprattutto rappresenta un predittore di dropout nel trattamento dell'AN (Fassino et al. 2002).

Per interpretare questi risultati, occorre considerare il significato del termine Spiritualità, la valenza che ogni soggetto gli ha attribuito rispondendo alle interviste e ai questionari e il ruolo ricoperto dalle condizioni cliniche dei rispondenti: probabilmente soggetti con sintomatologia più grave hanno meno risorse per poter essere attivamente presenti alle attività spirituali e religiose (Doolittle e Farrell 2004).

Nel complesso, tuttavia, emerge che nella maggioranza dei casi la spiritualità e la religione non sono tout court emanazione della psicopatologia e che, anzi, appartengono al *mistero della persona* (Imoda et al. 2002, Fassino et al. 2007), con le sue potenzialità curative e il bisogno profondo di conoscenze, significato e trascendenza.

Infatti, la maggioranza degli studi inseriti in questo lavoro considera la spiritualità anche come una capacità di coping, che riduce, per esempio, il rischio di suicidio e migliora l'aderenza ai trattamenti.

È da notare infine che in tema di disturbi bipolari - nonostante il noto rapporto tra espansione dell'umore e spiritualità (Cassano et al. 2008) - gli studi finora effettuati siano pochi. C'è da chiedersi se vi siano pregiudizi sulla spiritualità dei pazienti bipolari che possono invece essere superati e meglio integrati in future ricerche.

## *Psichiatri e Spiritualità*

Gli psichiatri appaiono come la categoria medica meno religiosa (Curlin et al. 2007); in Canada, per esempio, gli psichiatri che dichiarano la loro appartenenza alla corrente religiosa cattolica e che svolgono la loro attività facendosi orientare e aiutare dai loro principi risultano essere poco più dell'1% del totale (Baetz et al. 2002).

Gli psichiatri, inoltre, risultano anche meno coinvolti in attività religiose individuali rispetto

alla popolazione generale (Neeleman e King 1993, Huguelet et al. 2006) e lo studio descrittivo di Simmonds del 2004 evidenzia come il concetto di Dio e della religione sia particolarmente problematico per gli psicoanalisti e psicoterapeuti psicoanalitici intervistati. Ciò è forse dovuto al non aver avuto la possibilità di affrontare la questione religiosa nell'analisi personale e aver potuto approfondire la religiosità solo più tardi nella vita, dopo averla trascurata nell'età giovanile (Simmonds 2004).

Nonostante la spiritualità vissuta individualmente dagli psichiatri appaia scarsa, essi motivano i propri pazienti alla frequentazione di attività pratiche spirituali e ne sono anche partecipi in prima persona (Huguelet et al. 2006).

Anche se meno religiosi di altri specialisti, essi appaiono come i più disponibili e aperti ad affrontare temi spirituali coi propri pazienti (Lawrence et al. 2006, Curlin et al. 2007), anche se ammettono come questo sia particolarmente difficile (Simmonds 2004).

Da entrambe le parti (psichiatri e pazienti) pare emergere una contraddizione di base: c'è da un lato il desiderio di affrontare questioni spirituali assieme, di dialogare su questi temi, e anche la consapevolezza che riuscirci è importante, ma d'altra parte la resistenza, la paura e talora pregiudizi ideologici ne impediscono spesso l'applicazione nel setting clinico. A fronte di ciò, vi è in Italia un buon numero di psichiatri che per cultura e/o per esperienza sono preparati in tema di spiritualità, come dimostra la attività della Associazione Italiana Psicologi e Psichiatri Cattolici (Cantelmi 2000) che comprende oltre 1900 associati.

Molti pazienti, soprattutto fra gli psicotici, non affrontano l'argomento in quanto pensano sia incompatibile o comunque poco opportuno (Huguelet et al. 2006). Gli psichiatri hanno difficoltà nel raccogliere la storia spirituale e religiosa dei pazienti; anche gli psichiatri religiosi pensano che sia più utile affrontare questi argomenti solo su iniziativa del paziente (Baetz et al. 2004).

Soprattutto nel trattamento dei soggetti psicotici, la presenza di una sintomatologia positiva in cui la malattia e le credenze religiose si siano sovrapposte rende quanto mai delicata la decisione del terapeuta nell'affrontare questi temi: è comunque stato osservato che questo tipo di sintomatologia non correla con la presenza di una alta religiosità soggettiva o di coinvolgimento maggiore in attività religiose (Mohr et al. 2007).

## Conclusioni

Ne la *Psicopatologia generale* (1913-1959), parte sesta «L'essere umano come un tutto», ne «L'impossibilità per l'uomo di giungere alla consapevolezza», K. Jaspers scrive: «In questo tendere della certezza dell'essere verso la trascendenza rimane valida in una forma qualsiasi la frase: Dio esiste. La storia della religione può essere la storia dell'idea attraverso la quale l'uomo ha sempre cercato di incontrare Dio, e ci sembra che nulla insegni come questa idea. L'uomo sa che con le proprie rappresentazioni non crea Dio, e che nonostante ciò la prima affermazione rimane sempre: Dio esiste. La finitudine dell'uomo trova la sua pace in questa fede nell'esistenza di Dio. Andrebbe perduta invece la coscienza di se stessi nella falsa dialettica che dice: l'uomo sarebbe creatore di Dio e creato da Dio. Ciò resta nel cerchio dell'immanenza, per il quale valgono queste false parole: l'uomo è tutto» (p. 813).

Ma la religione fa bene alla salute? I dati scientifici non ci permettono di arrivare a conclusioni definitive, per ora. Oggi ci sono evidenze precise sull'effetto cerebrale della preghiera e della meditazione nell'ambito della neurobiologia. Tramite RMf sono stati studiati gli effetti salutari della Meditazione Trascendentale: essa riduce la dimensione emotivo-affettiva della risposta cerebrale al dolore (Orme-Johnson et al. 2006) e l'esperienza della meditazione è associata

con un aumentato spessore corticale (Lazar et al. 2005). Nonostante ciò, la strada per valutare quanto sia utile l'approccio spirituale in psichiatria è molto più complessa dell'approccio neurobiologico.

È necessario approfondire metodi nuovi d'indagine della dimensione spirituale in soggetti con e senza patologie psichiatriche: un approccio introspettivo al paziente richiede una comprensione sia degli aspetti fisici e mentali, sia degli aspetti spirituali.

È la concezione stessa di *persona come mistero* a richiedere un approccio congiunto di scienze umane, psicologia/psichiatria e teologia, chiamate a entrare in un dialogo di mutua interpellazione. La persona rinvia a una realtà dove la totalità precede la somma delle parti, realtà "... aperta sull'infinito attraverso una trascendenza, orientata a compiersi in una alterità che è quella dell'Assoluto (Imoda 2002). Uno dei punti di incontro di teologia e scienze umane è la trascendentalità dell'esperienza categoriale dell'uomo immerso nel mondo, in comunione con gli altri, destinato alla morte, situato nella storia e aperto all'avvenire (Imoda 2002).

L'obiettivo è che gli aspetti spirituali e religiosi arrivino a far parte della valutazione clinica psichiatrica e anche della formazione dello psichiatra (Lawrence, Duggal 2001); nell'ambito specifico della formazione, va operato un approfondimento del campo della psicoterapia, oramai elemento cardine dei percorsi di cura.

Per incoraggiare di più l'introspezione, alle psicoterapie specie non psicodinamiche potrebbe essere aggiunto un focus su questioni esistenziali, così come il ritrovamento dell'accettazione di sé o i *significati* nel fronteggiare sfide esistenziali. I significati possono essere trovati ed esplorati attraverso l'incontro con psicoterapeuti che abbiano sviluppato la propensione alla comunicazione empatica, la motivazione nel servizio agli altri, attitudini come compassione o humour, utili talora a dar *senso* alla sofferenza (Fassino et al. 2007). In questa direzione va lo studio di Grepmaier et al. (2007): gli psicoterapeuti che avevano acquisito tecniche di meditazione conducevano psicoterapie, di gruppo e individuali, che i pazienti stessi valutavano come più efficaci.

Il 92% degli psichiatri riconosce l'importanza della dimensione spirituale della cura (Lawrence et al. 2006) per i loro pazienti e un quarto di essi si è servito della collaborazione di un religioso: al tempo stesso riconoscono però che l'integrazione delle credenze religiose nell'assessment e nel management dei casi individuali è rara.

Le questioni spirituali e la religione dovrebbero far parte della valutazione clinica psichiatrica e anche della formazione dello psichiatra; comprendere, senza giudicare, se le credenze e i valori del paziente abbiano ostacolato o contribuito all'integrazione personale e sociale assume un'importanza che va al di là dell'appartenenza e della pratica religiosa del curante. Questi dovrebbe valutare come tale comprensione più profonda rinforzi l'alleanza terapeutica e la fiducia; in questo modo la valutazione dei valori religiosi, assume un'importanza pari a quella di un adeguato approfondimento dello stato delle relazioni intime, come quelle sessuali (Fassino et al. 2007).

In tutti i casi, quando uno psichiatra «religioso» conduce una psicoterapia dovrebbe essere attento a non trasmettere inconsapevolmente i propri valori religiosi e dovrebbe inoltre avere una buona conoscenza della religione praticata dal paziente al fine di non rimuovere la percezione dei bisogni religiosi del suo paziente, o anche l'uso resistitivo e regressivo di riferimenti religiosi che ostacolano la piena maturità del paziente stesso (Fassino, Ferrero 1989).

Quando lo psichiatra non è invece religioso, dovrebbe essere in grado di comprendere e rispettare le motivazioni del suo paziente credente (Fassino et al. 2007), stando attento a non trasmettere inconsciamente e proiettivamente svalutazione, risentimenti «super-egoici», frettolose e talora difensive sovrapposizioni tra paradigmi scientifici e teologici.

Infine sembra auspicabile una ricerca su vasta scala sulla spiritualità degli psichiatri in Italia: non è improbabile che la ricchezza delle esperienze personali, professionali e culturali nel

nostro paese non forniscano dati più articolati e crediamo sviluppati rispetto a quelli attualmente presenti in letteratura.

## Riassunto

*Oggetto:* Questa review si propone un duplice obiettivo: a) approfondire il ruolo che la Religione e la Spiritualità rivestono nella vita di pazienti affetti da alcune patologie psichiatriche (Abusi di Sostanze, Disturbi dell'Umore, Disturbi del Comportamento Alimentare, Schizofrenia e Disturbi Mentali più in generale), rilevando l'impatto che questa dimensione ha sulla salute mentale e sulla qualità della vita; b) indagare come la spiritualità venga vissuta dagli psichiatri, sia nella relazione terapeutica, sia negli aspetti concernenti la formazione personale e professionale.

*Metodo:* Analisi attraverso il database online Medline/Pubmed delle pubblicazioni del periodo compreso tra il Gennaio 1993 e il Maggio 2008 sulla dimensione Religioso/Spirituale all'interno della Psichiatria; l'approfondimento del rapporto tra Religione/Spiritualità e Psichiatria ha interessato sia l'ambito della psicopatologia, sia l'ambito dell'attività clinica degli psichiatri.

*Risultati:* Dai lavori considerati, la dimensione religiosa, spirituale e trascendentale risulta trasversalmente evidente nelle persone che soffrono di disturbi mentali: essa caratterizza i pazienti, soprattutto quelli con livelli maggiori di frustrazione e difficoltà, rispetto al sentimento della popolazione generale. La maggioranza degli studi inseriti evidenzia l'importanza della spiritualità nello sviluppo di capacità di coping, contribuendo, così, a una riduzione del rischio di suicidio e a un miglioramento dell'aderenza ai trattamenti.

Nonostante gli psichiatri esprimano una dimensione spirituale individuale problematica e siano meno religiosi di altri medici specialisti, essi non solo motivano i propri pazienti alla frequentazione di attività pratiche spirituali e ne sono anche partecipi in prima persona, ma appaiono come i clinici più disponibili e aperti nell'affrontare temi spirituali con i propri pazienti, pur ammettendone la difficoltà.

*Conclusioni:* L'accettazione dell'importanza della spiritualità e della religione sta crescendo in psichiatria. Quattro aspetti sono fondamentali: a) la dimensione spirituale è essenziale nella natura umana, anche se è stata in passato spesso ignorata o considerata patologica in ambito psichiatrico; b) la riconciliazione con la religione rende la psichiatria più efficace per un gran numero di pazienti; c) molti progressi sono stati fatti per promuovere abilità in campo spirituale empiricamente testabili, come a esempio la raccolta della storia spirituale o l'utilizzo di metodi meditativi in alcuni tipi di psicoterapia; d) la propensione alla spiritualità e alla trascendenza è da considerarsi come dimensione del carattere nell'organizzazione di personalità.

Inoltre, sia da parte degli psichiatri, sia da parte dei pazienti, pare emergere una contraddizione di base: da un lato, c'è il desiderio, la disponibilità e la consapevolezza dell'importanza di affrontare assieme le questioni spirituali, d'altra parte, però, spesso l'applicazione nel setting clinico pone importanti problemi.

Occorre valutare come la comprensione delle dimensioni spirituali del paziente e del terapeuta favorisca la relazione empatica, la fiducia reciproca e quindi l'alleanza terapeutica.

È necessario studiare metodi nuovi per indagare la spiritualità dei soggetti con patologie psichiatriche, con l'obiettivo di comprendere questo aspetto sia nella valutazione clinica psichiatrica, sia nella ricognizione delle risorse personali del paziente, fruibili nel progetto terapeutico.

## SPIRITUALITY AND THERAPEUTICAL RELATIONSHIP IN PSYCHIATRY. A REVIEW

### Abstract

**Key Words:** *Spirituality – Religion – Transcendence – Psychiatry – Mood Disorders – Depression – Schizophrenia – Eating Disorders – Abuse – Mental Health and Psychotherapy*

*Objective:* this review proposes a dual objective: a) to study the role that religion and spirituality play in the lives of psychiatric patients (especially those diagnosed with substance abuse, depressive disorders, eating disorders, schizophrenia, and mental illness generally), and consider the effects these have on their mental health and their lives; b) to investigate how psychiatrists live spirituality, both when providing therapy and in their own training and private lives.

*Method:* analysis of online medical database Medline\Pubmed. We have considered articles published between January 1993 and May 2008, considering the relationship between religion, spirituality and psychiatry. The ambit of both psychopathology and of the clinical activity of the psychiatrist has been considered.

*Results:* It is clear from all the jobs considered that the religious, spiritual and transcendental dimension is a hinge point which is common to all people who suffer from mental illness: it characterizes these patients, especially those with higher levels of difficulty and frustration, from the general population. Most of the studies highlight the importance of spirituality in developing the capacity to cope, resulting in a lower suicide risk and more willingness to follow treatment. Despite the fact psychiatrists tend to be less religious and express a problematic individual spirituality compared to other medical specialists they do motivate their patients towards spiritual activity, themselves taking an active part in this, but they appear as clinicians who are more available and open to dealing with spiritual matters with their patients, even if they admit the difficulty.

*Conclusions:* Acceptance of the importance of spirituality and religion is growing in psychiatry. There are four main aspects: a) the spiritual dimension is essential in human nature even if over recent years it has been ignored or considered as a pathology by psychiatry; b) reconciliation with religion makes psychiatry more effective for many patients; c) some progress has been made by including empirically testable spiritual practices such as gathering spiritual history or using meditation methods in some kinds of psychotherapy; d) inclination towards spirituality and transcendence is considered as a character dimension in personality organization. Further studies are necessary to outline future research and to study the therapeutic potentialities of spirituality.

A basic contradiction emerges from the psychiatrists and the patients: on the one hand there is the availability and the awareness of the importance to face spiritual matters together, and on the other hand there is the fact that in the clinical setting these issues are often problematic. It is important to evaluate how the understanding of the spiritual dimension of the patient and the therapist favours an empathetic relationship, reciprocal trust and therefore a therapeutic alliance. It is also necessary to study new methods to investigate the spiritual dimension of the patient's life: the aim should be to include this aspect in both psychiatric clinical evaluation and also in the recognition of the patient's personal resources which could be of use in therapeutic projects.

### Bibliografia

American Psychiatric Association (1990). Committee on Religion and Psychiatry: Guidelines regarding possible conflict between psychiatrists' religious commitment and psychiatric practice. *The American Journal of Psychiatry* 147, 542.

Baetz M, Larson DB, Marcoux G, Jolic R, Bowen R (2002). Religious Psychiatry: The Canadian Experience.

- The Journal of Nervous and Mental Disease* 190, 8, 557-559.
- Baetz M, Griffin R, Bowen R, Koenig HG, Marcoux E (2004). The Association Between Spiritual and Religious Involvement and Depressive Symptoms in a Canadian Population. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 192, 12, 818-822.
- Bienenfeld D, Yager J (2007). Issues of spirituality and religion in psychotherapy supervision. *The Israel Journal of Psychiatry and related sciences* 44, 3, 178-86.
- Blass DM (2007). A Pragmatic Approach to Teaching Psychiatry Residents the Assessment and Treatment of Religious Patients. *Academic Psychiatry* 31, 25-31.
- Borras L, Mohr S, Brandt PY, Gillieron C, Eytan A, Huguélet P (2007). Religious Beliefs in Schizophrenia: Their Relevance for Adherence to Treatment. *Schizophrenia Bulletin* 33, 5, 1238-1246.
- Cantelmi T (a cura di) (2000). *Gli Dei morti sono diventati malattie* (pp. 37-50). SODEC – Associazione Italiana Psicologi e Psichiatri Cattolici, Roma.
- Carter TM (1998). The effects of spiritual practices on recovery from substance abuse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 5, 409-413.
- Cassano GB, Mula M, Rucci P, Miniati M, Frank E, Kupfer DJ, Oppo A, Calugi S, Maggi L, Gibbons R, Fagiolini A (2009). The structure of lifetime manic-hypomanic spectrum. *Journal of Affective Disorders* 112, 1-3, 59-70. Epub 2008 Jun 9.
- Cervera CJ in AA.VV. *Enciclopedia del Cristianesimo* (2000) a cura di M. Drago e A. Baroli. De Agostani, Novara.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 50, 975-90.
- Cloninger CR (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to its Development and Use*. St. Louis: Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Cloninger CR (2006). The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry* 5, 2, 71-76.
- Cook CCH (2004). Addiction and Spirituality. *Addiction* 99, 539-551.
- Cooper LA, Brown C, Thi Vu H, Ford DE, Powe NR (2001). How important is Intrinsic Spirituality in Depression Care? *Journal of General Internal Medicine* 16, 634-638.
- Culliford L (2002). Spirituality and clinical care. *British Medical Journal* 325, 1434-1435.
- Curlin FA, Lawrence RE, Odell S, Chin MH, Lantos JD, Koenig HG, Meador KG (2007). Religion, Spirituality, and Medicine: Psychiatrists' and Other Physicians' Differing Observations, Interpretations, and Clinical Approaches. *The American Journal of Psychiatry* 164, 1825-1831.
- D'Souza R, George K (2006). Spirituality, religion and psychiatry: its application to clinical practice. *Australasian Psychiatry* 14, 4, 408-412.
- D'Souza RF, Rodrigo A (2004). Spiritually augmented cognitive behavioural therapy. *Australasian Psychiatry* 12, 2, 148-152.
- Daaleman TP, Kaufman JS (2006). Spirituality and Depressive Symptoms in Primary Care Outpatients. *Southern Medical Journal* 99, 12, 1340-1344.
- Dalle Grave R, Calugi S, Brambilla F, Abbate-Daga G, Fassino S, Marchesini M (2007). The effect of inpatient cognitive-behavioral therapy for eating disorders on temperament and character. *Behaviour Research and Therapy* 45, 1335-1344.
- Doolittle BR, Farrell M (2004). The Association between Spirituality and Depression in an Urban Clinic. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* 6, 3, 114-118.
- Eichelman B (2007). Religion, Spirituality, and Medicine. *The American Journal of Psychiatry* 164, 12, 1774-1775.
- Ellermann CR, Reed PG (2001). Self-Transcendence and Depression in Middle-Age Adults. *Western Journal of Nursing Research* 23, 7, 698-713.
- Fabrega H (2006). Why Psychiatric Conditions Are Special - an evolutionary and cross-cultural perspective.

*Perspectives in Biology and Medicine* 49, 4, 586-601.

- Fassino S, Ferrero A (1982a). A proposito dell'identificazione transindividuale al servizio dell'agente terapeutico. *Rivista di Psicologia Individuale* 9, 10, 159-67.
- Fassino S, Abbate Daga G, Amianto F, Leombruni P, Garzaro L, Rovera GG (2001). Nonresponder anorectic patients after 6 months of multimodal treatment: Predictors of outcome. *European Psychiatry* 16, 8, 466-473.
- Fassino S, Abbate Daga G, Pierò A, Rovera GG (2002). Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatics* 72, 126-134.
- Fassino S, Pierò A, Gramaglia C, Abbate Daga G, Gandione M, Rovera GG, Bartocci G (2006). Clinical, Psychological, and Personality Correlates of Asceticism in Anorexia Nervosa: From Saint Anorexia to Pathologic Perfectionism. *Transcultural Psychiatry* 43, 4, 600-614.
- Fassino S, Abbate Daga G, Leombruni (2007). *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Galanter M (2006). Spirituality in Alcoholics Anonymous: A Valuable Adjunct to Psychiatric Services. *Psychiatric Services* 57, 307-309.
- Galanter M (2006). Spirituality and Addiction: A Research and Clinical Perspective. *The American Journal on Addiction* 15, 286-292.
- Galanter M (2007). Spirituality and recovery in 12-step programs: An empirical model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 33, 265-272.
- Galanter M, Dermatis H, Bunt G, Williams C, Trujillo M, Steinke P (2007). Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 33, 257-264.
- Garner DM (1984). *Eating Disorder Inventory 2*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Geppert C, Bogenschutz MP, Miller WR (2007). Development of a bibliography on religion, spirituality and addictions. *Drug and Alcohol Review* 26, 389-395.
- Grepmaier L, Mitterlehner F, Loew T, Bachler E, Rother W, Nickel M (2007). Promoting Mindfulness in Psychotherapists in Training Influences the Treatment Results of Their Patients: A Randomized, Double-Blind, Controlled Study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 76, 332-338.
- Hill PC, Pargament KI (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. *The American Psychologist* 58, 64-74.
- Huguelet P, Mohr S, Borrás L, Gillieron C, Brandt PY (2006). Spirituality and Religious Practices Among Outpatients With Schizophrenia and Their Clinicians. *Psychiatric Services* 57, 3, 366-372.
- Huguelet P, Mohr S, Jung V, Gillieron C, Brandt PY, Borrás L (2007). Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. *European Psychiatry* 22, 188-194.
- Imoda F. (2000). *Psichiatria, psicologia e teologia: un dialogo critico*. In Cantelmi et al. (a cura di) *Gli Dei morti sono diventati malattie* (pp. 37-50). SODEC – Associazione Italiana Psicologi e Psichiatri Cattolici, Roma.
- Jacobs-Pilipski MJ, Winzelberg A, Wilfley DE, Bryson SW, Taylor CB (2005). Spirituality among young women at risk for eating disorders. *Eating Behaviors* 6, 293-300.
- Jaspers K. (1964). *Psicopatologia generale*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Josephson AM, Peteet JR (2007). Talking with patients about spirituality and worldview: practical interviewing techniques and strategies. *The Psychiatric Clinics of North America* 30, 2, 181-97.
- Kendler KS, Liu XQ, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA (2003). Dimensions of Religiosity and Their Relationship to Lifetime Psychiatric and Substance Use Disorders. *The American Journal of Psychiatry* 160, 496-503.
- Koenig HG (2008). Concerns About Measuring "Spirituality" in Research. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 196, 349-355.
- Lawrence RM, Duggal A (2001). Spirituality in psychiatric education and training. *Journal of the Royal*

*Society of Medicine* 94, 6, 303-305.

- Lawrence RM, Head J, Christodoulou G, Andonovska B, Karamat S, Duggal A, Hillam J, Eagger S (2006). Clinicians' attitudes to spirituality in old age psychiatry. *International Psychogeriatrics* 19, 5, 962-73.
- Lazar SW, Kerr CE, Wasserman RH, Gray JR, Greve DN, Treadway MT, McGarvey M, Quinn BT, Dusek JA, Benson H, Rauch SL, Moore C, Fischl B (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport* 16, 17, 1893-1897.
- Leigh JT, Bowen S, Marlatt GA (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors* 30, 1335-1341.
- Lev-Ran S, Fennig S (2007). Points to Ponder Regarding Contemporary Psychiatric Training in Israel. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 44, 3, 187-193.
- Lorenzi C, Serretti A, Mandelli L, Tubazio V, Ploia C, Smeraldi E (2005). 5-HT1A Polymorphism and Self-Transcendence in Mood Disorders. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)* 137B, 33-35.
- Lukoff D (2007). Spirituality in the Recovery from Persistent Mental Disorders. *Southern Medical Journal* 100, 6, 642-646.
- Marsden P, Karagianni E, Morgan JF (2007). Spirituality and Clinical Care in Eating Disorders: A Qualitative Study. *The International Journal of Eating Disorders* 40, 7-12.
- McLaughlin D (2004). Incorporating Individual Spiritual Beliefs in Treatment of Inpatient Mental Health Consumers. *Perspectives in Psychiatric Care* 40, 3, 114-119.
- Mitchell L, Romans S (2003). Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. *Journal of Affective Disorders* 75, 247-257.
- Mofidi M, DeVellis RF, Blazer DG, DeVellis BM, Panter AT, Jordan JM (2006). Spirituality and Depressive Symptoms in a Racially Diverse US Sample of Community-Dwelling Adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 194, 12, 975-977.
- Mofidi M, DeVellis RF, DeVellis BM, Blazer DG, Panter AT, Jordan JM (2007). The Relationship Between Spirituality and Depressive Symptoms – Testing Psychosocial Mechanisms. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 195, 8, 681-688.
- Mohr S, Huguelet P (2004). The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss Medical Weekly* 134, 369-376.
- Mohr S, Brandt PY, Borrás L, Gilliéron C, Huguelet P (2006). Toward an Integration of Spirituality and Religiousness Into the Psychosocial Dimension of Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 163, 1952-1959.
- Mohr WK (2006). Spiritual Issues in Psychiatric Care. *Perspectives in Psychiatric Care* 42, 3, 174-183.
- Mohr S, Gillieron C, Borrás L, Brandt PY, Huguelet P (2007). The Assessment of Spirituality and Religiousness in Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 195, 3, 247-253.
- Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 28, 3, 242-50.
- Morgan PP, Cohen L (1994). Spirituality slowly gaining recognition among North American psychiatrists. *Canadian Medical Association Journal* 150, 4, 582-585.
- Musick DW, Cheever TR, Quinlivan S, Nora LM (2003). Spirituality in Medicine: A Comparison of Medical Students' Attitudes and Clinical Performance. *Academic Psychiatry* 27, 67-73.
- Natoli S (1986). *L'esperienza del dolore*. Feltrinelli, Milano.
- Neeleman J, King M (1993). Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 88, 420-4.
- Nethercott DR (2003) Spirituality and clinical care. Placebo or not—we may never know. *British Medical Journal* 326, 7394, 881.
- Nilsson KW, Damberg M, O'hrvik J, Leppert J, Lindström L, Anckarsäter H, Oreland L (2007). Genes encoding for AP-2 $\alpha$  and the Serotonin Transporter are associated with the Personality Character Spiritual

- Acceptance. *Neuroscience Letters* 411, 233-237.
- Orme-Johnson DW, Schneider RH, Son YD, Nidich S, Cho ZH (2006). Neuroimaging of meditation's effect on brain reactivity to pain. *Neuroreport* 17, 12, 1359-63.
- Pargament KI (1999). The psychology of religion and spirituality? Yes and No. *The International Journal for the psychology of religion* 9, 3-16.
- Phillips RE, Stein CH (2007). God's Will, God's Punishment, or God's Limitations? Religious Coping Strategies Reported by Young Adults Living With Serious Mental Illness. *Journal Of Clinical Psychology* 63, 6, 529-540.
- Pies R (2007). Psychiatrists and Religious Belief. *Psychiatric Services* 58, 11, 1499.
- Puchalski CM (2001). The role of spirituality in health care. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 14, 4, 352-57.
- Sheldrake P (2007). *A Brief History of Spirituality*. Blackwell Publishing, Boston MA.
- Simmonds JG (2004). Heart and spirit: Research with psychoanalysts and psychoanalytic psychotherapists about spirituality. *The International Journal of Psychoanalysis* 85, 951-71.
- Sims A (1999). The cure of souls: psychiatric dilemmas. *International Review of Psychiatry* 11, 97-102.
- Tanyi RA (2002). Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing* 39, 5, 500-509.
- Tepper L, Rogers SA, Coleman EM, Malony HN (2001). The Prevalence of Religious Coping Among Persons With Persistent Mental Illness. *Psychiatric Services* 52, 5, 660-665.
- Turbott J (2004). Religion, spirituality and psychiatry: steps towards rapprochement. *Australasian Psychiatry* 12, 2, 145-47.
- Vaillant G, Templeton J, Ardeli M, Meyer SE (2008). The natural history of male mental health: Health and religious involvement. *Social Science & Medicine* 66, 221-231.
- Wulff, DM (1997). *Psychology of Religion: Classic and Contemporary*, 2nd edn. Wiley, New York.
- Zoccali R, Muscatello MRA, Bruno A, Bilardi F, De Stefano C, Felletti E, Isgrò S, Micalizzi V, Micò U, Romeo A, Meduri M (2007). Temperament and Character Dimensions in Opiate Addicts: Comparing Subjects Who Completed Inpatient Treatment in Therapeutic Communities vs. Incompleters. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 33, 707-715.

Secondo Fassino, Cinzia Sobrero, Paolo Leombruni, Cristina Giovannone, Giovanni  
Abbate Daga  
Dipartimento di Neuroscienze  
Sezione di Psichiatria  
Via Cherasco 11 – 10126 Torino

Prof. Secondo Fassino  
secondo.fassino@unito.it  
Dipartimento di Neuroscienze dell' Università degli Studi di Torino  
Via Cherasco 11 - 10126 Torino