

di Stefano Lassi, *Facoltà Teologica dell'Italia Centrale, Fondation FAL Luxembourg*
s.lassi@teofir.it

Daniele Mugnaini, *Fondazione PAS, Centro di abilitazione PAMAPI*
d.mugnaini@retepas.com

VALORIZZAZIONE DELLA RELIGIOSITÀ E SPIRITUALITÀ DEL PAZIENTE NELLA RELAZIONE CLINICA

ABSTRACT

Il ruolo della dimensione umana religiosità/spiritualità è stata per troppo tempo ignorato nella pratica clinica di medici e psicologi. L'ampia letteratura scientifica mette in evidenza invece il ruolo determinante che essa può rivestire nella salute in generale, mentale in particolare. Le credenze religiose e spirituali, infatti sono forze potenti e possono determinare effetti sia benefici che nocivi e pertanto debbono essere conosciute e riconosciute dagli specialisti. Numerose società scientifiche a livello internazionale promuovono tali competenze e richiamano tutta la comunità scientifica al rispetto, alla conoscenza e alla formazione rispetto al ruolo della dimensione spirituale/religiosa. Vi è necessità di approfondire questo tema attraverso il riconoscimento dei limiti professionali, la promozione di un approccio centrato sulla persona e sulla qualità di vita nella diversità culturale, per comprenderne meglio le ricadute in ambito clinico e terapeutico.

INTRODUZIONE

Il benessere spirituale è un aspetto importante della salute. Questa asserzione, nonostante arrivi al termine di un lungo periodo di discussioni tra approcci di tipo riduzionistico e reciproche diffidenze, appare oggi sostenuta in modo chiaro dalla letteratura scientifica disponibile. L'evidenza empirica infatti rivela un rapporto ampiamente

positivo tra religiosità/spiritualità (R/S) e diversi indici di salute. Tuttavia, le credenze religiose e spirituali sono forze potenti e possono determinare effetti sia benefici che nocivi (Weber & Pargament, 2014).

Proprio per questo nel 2015 la World Psychiatric Association (WPA) Section on Religion, Spirituality and Psychiatry, dopo aver promosso una lunga discussione (durata molti anni), ha approvato un Position statement (Moreira-Almeida et al., 2016) riguardante il ruolo della spiritualità e della religione nella psichiatria. Tale documento esprime in sintesi una serie di raccomandazioni (approvate dal WPA):

- Gli specialisti devono garantire un'attenzione delicata alle credenze religiose e alla spiritualità dei pazienti, quali componenti essenziali dell'anamnesi medica e psicologica.
- Gli specialisti devono comprendere e considerare che religione e spiritualità (R/S) sono collegate con la diagnosi e il trattamento del disagio psicologico e dei disturbi psichiatrici. Pertanto la dimensione R/S deve essere considerata come componente essenziale sia nei percorsi di formazione iniziale sia dell'aggiornamento continuo in medicina e psicologia.
- Gli specialisti, con un approccio centrato sulla persona e interculturale, devono sempre rispettare ed essere sensibili alle credenze e pratiche spirituali/religiose dei pazienti e delle loro famiglie, e non utilizzare mai la propria posizione professionale per proselitismo o per mettere in discussione la fede.
- Gli specialisti, qualunque siano le proprie convinzioni personali, devono essere disposti a collaborare con guide/membri di comunità religiose, cappellani e operatori pastorali a sostegno del benessere dei loro pazienti, e dovrebbero incoraggiare tutti i colleghi a fare altrettanto.
- Gli specialisti devono dimostrare consapevolezza, rispetto e sensibilità per il ruolo importante che la spiritualità e la religione rivestono in molti operatori e volontari, quando vengono formati a lavori nel settore della cura della salute.
- Gli specialisti devono favorire ulteriori ricerche sulla religione e spiritualità in medicina e psicologia.
- Gli specialisti devono essere ben informati rispetto al potenziale ruolo dannoso o benefico delle diverse visioni e pratiche religiose e spirituali o secolari del mondo, e devono impegnarsi nel condividere tali informazioni in modo critico e imparziale con la più ampia comunità al fine di promuoverne il benessere e la salute.

Ormai sono numerosi i documenti da parte di società scientifiche oltre alla WPA (American Psychiatric Association APA, 2006; American Psychological Association APA, 2007; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2018; Royal College of Psychiatrists, 2013), che sollecitano sul tema R/S gli operatori che lavorano in un setting clinico al servizio della salute e del benessere integrale della persona, quindi tutti i medici, gli psicologi e psicoterapeuti. Lo stesso Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali-DSM 5 (APA, 2014) prende in considerazione la dimensione religiosa non solo in riferimento ai sintomi di disturbi psichiatrici ma prevede una categoria specifica

relativa ai Problemi Religiosi o Spirituali, ponendo l'attenzione clinica sulle esperienze correlate ai vissuti di questo tipo (Peteet, Lu, Narrow, 2011). E l'Organizzazione Mondiale di Sanità ha costituito da alcuni anni un gruppo di lavoro riguardo al ruolo della dimensione spirituale nella qualità di vita (WHOQOL SRPB Group, 2006).

Il numero di chi si riconosce ateo o agnostico è rilevante (soprattutto nelle civiltà occidentali e non di rado tra medici e psicologi), ma la maggioranza degli adulti nel mondo, ha un'esperienza rilevante di spiritualità o religione. Così il rispetto autentico dell'autodeterminazione e della libertà religiosa della persona assume spesso nell'ambito delle professioni sanitarie il significato di un riconoscimento esplicito dell'importanza che la R/S riveste nell'esperienza del paziente.

L'argomento è stato trattato in pubblicazioni di medicina generale e, in particolare, in riferimento alle malattie terminali. Tuttavia, è soprattutto nell'ambito psicologico e psichiatrico che associazioni professionali prestigiose con rilevanza mondiale in termini di riferimento scientifico, hanno come sopra detto, costituito dei gruppi specifici di lavoro (The Society for the Psychology of Religion and Spirituality, American Psychological Association, Division 36; Royal College of Psychiatrists' Spirituality and Psychiatry Special Interest Group; World Psychiatric Association Section on Religion, Spirituality and Psychiatry) e già stilato documenti affinché siano scoraggiati pregiudizio e discriminazione nel modo in cui medici e psicologi trattano la religiosità/spiritualità dei loro pazienti.

Innanzitutto rispettare la dimensione spirituale/religiosa o la posizione atea o agnostica del paziente significa non considerarla e non tematizzarla col paziente come meramente "riducibile a meccanismi psicologici" (ad es. come modalità fra tante, magari regressiva, immatura o irrazionale, per ridurre l'ansia, tutelare legami affettivi, o soddisfare un bisogno senso). "Le interpretazioni che riguardano i valori, le convinzioni e le visioni del paziente dovrebbero essere fatte con un rispetto empatico per il significato e l'importanza che tali valori/convinzioni/visioni rivestono per il paziente" (APA, 2006). È opportuno parlare della dimensione R/S in modo laico e rispettoso, "come la vive il paziente", ossia, in senso lato, come (ricerca e) rapporto con il sacro, con il divino, con il trascendente. D'altra parte lo stesso Giuramento Professionale dei Medici recita tra gli impegni quello di "curare ogni paziente con scrupolo e impegno, senza discriminazione alcuna, promuovendo l'eliminazione di ogni forma di disuguaglianza nella tutela della salute".

EVIDENZE EMPIRICHE SUI BENEFICI DELLA R/S IN TERMINI DI SALUTE

Nel bilancio della sofferenza e del disagio, più o meno secondari a condizioni precarie di salute fisica e psichica, spesso il coping religioso offre senso, speranza, emozioni e sentimenti positivi, benessere (Pargament, 2001).

Gli studi a disposizione sono di tipo prevalentemente correlazionale e la loro qualità metodologica è andata aumentando negli ultimi 25 anni, con un controllo sempre maggiore di variabili interferenti. Si tratta di studi con campioni e costrutti diversi che sono stati analizzati nel loro insieme dal Prof. Koenig (2012). A partire dalla mole di

dati scientifici che questo manuale e suoi aggiornamenti successivi (Koenig, 2015) ci mette a disposizione (assieme a un'analisi della qualità metodologica, a volte scarsa ma anche elevata, nonché dei risultati, con correlazione positiva, negativa o nulla, di circa 3000 studi a riguardo), possiamo affermare che le evidenze a oggi a disposizione depongono per un effetto generalmente (anche se non sempre) positivo fra costrutti di tipo religioso/spirituale e indici di salute quali: minore depressione, recupero più veloce da episodi depressivi, minor tasso di suicidio, minor uso, abuso e dipendenza da alcol, minor uso, abuso e dipendenza da droghe, tasso di malattie coronariche, ipertensione, funzionamento migliore del sistema immunitario, funzionamento migliore del sistema endocrino, tasso minore di tumori, prognosi migliore in casi di tumore, longevità, maggiore benessere e felicità, senso della vita, speranza, ottimismo, perdono (Moreira-Almeida et al., 2006).

RILEVAZIONE E GESTIONE RISPETTOSA DELLA R/S DEL PAZIENTE

Medici e psicologi aiutano i pazienti “ad aumentare la consapevolezza dei loro stessi valori culturali” e rispettano “il ruolo che nella vita del cliente hanno i membri della sua famiglia, le strutture della sua comunità di appartenenza, le gerarchie, i valori e le credenze proprie della sua cultura” (APA, 2007).

“Di solito, si dovrebbe prendere in considerazione un'esplorazione delicata e sensibile delle eventuali credenze religiose e della spiritualità dei pazienti, che possono costituire una componente essenziale nell'ambito della valutazione clinica” (The Royal College of Psychiatrists, 2013).

Medici e psicologi, laddove la sofferenza lamentata e problematizzata dal paziente non sia costituita solo dal dolore fisico e in particolare quando questo faccia cenno a un disagio esistenziale, dovrebbero fare una sorta di breve anamnesi sulla dimensione R/S, che possa fornire i dati sufficienti (storia passata, convinzioni, valori e pratiche) per portare avanti una presa in carico che valorizzi tale dimensione o, nel caso di coping religioso negativo, ne solleciti il superamento. Si tratta in particolare di conoscere l'eventuale background spirituale/religioso del paziente, eventuali aspetti R/S che interferiscono positivamente o negativamente con lo stato di salute (es. causa di sollievo o di distress), eventuali aspetti che possono entrare in conflitto con alcune indicazioni del medico o dello psicologo, eventuali risorse R/S passate che potrebbero essere rimesse in gioco, nonché la presenza di uno “stallo spirituale” che aumenta il malessere (o comunque non aiuta ad affrontare bene il disagio o la malattia) e che profila un intervento che non è di competenza del professionista sanitario. Se il paziente dichiara di avere una posizione atea o agnostica, l'intervista dovrebbe vertere su eventuali altre risorse esistenziali (es. cosa procura, o ha procurato nel passato, conforto e supporto in termini di significato esistenziale). “Si invita alla presa di coscienza dei limiti del ruolo dell'operatore sanitario nell'affrontare temi di interesse religioso, sia a livello clinico che teorico, specialmente fin tanto che non esistono percorsi di formazione mirata. Va incoraggiato il rispetto di eventuali comunità religiose a cui il paziente appartiene e si invitano gli operatori a ben gestire le differenze potenzialmente significative fra

i propri valori e quelli del cliente” (APA, 2007). Inoltre, “il clinico sa che alcuni clienti potrebbero non aver fiducia in clinici che non condividono con loro la stessa visione del mondo. Il clinico dovrebbe tematizzare presto nel suo rapporto con il paziente le differenze potenzialmente significative fra lui e il cliente circa i valori, le convinzioni e le visioni del mondo di tipo spirituale e religioso” (APA, 2006). Dopo aver comunicato un’apertura/disponibilità a condividere, all’occorrenza, il proprio punto di vista, l’operatore sanitario può fare domande, cercando di tener sempre presente il contesto culturale del cliente, per comprendere se il paziente desidera (o meno) di considerare l’opportunità di lavorare su una maggiore integrazione e trasformazione positiva della sua vita spirituale, nelle modalità extra-cliniche che riterrà più idonee, affinché non si fossilizzi su conflitti spirituali intrapersonali e interpersonali, né si irrigidisca in visioni o percorsi che gli impediscano di integrare tutto il potenziale benessere personale e dei suoi cari. Nel documento approvato dall’Ordine dei Medici di Firenze nel 2013 si invita al recupero della Medicina Narrativa, che vuol rimettere in primo piano il soggetto, promuovendo una *forma mentis* negli operatori che porti a guardare ogni persona come unica e peculiare, non riconducibile a distribuzioni statistiche, per offrire ulteriori strumenti per favorire la reciproca comprensione, valorizzando la dimensione spirituale e contribuendo, nell’incontro che è alla base dell’alleanza terapeutica, al benessere del paziente e al suo coping positivo. Significa porre attenzione alla storia del paziente, alla sua dimensione soggettiva, alle sue esperienze, abitudini, comportamenti, valori e preferenze, alla sua Qualità di Vita.

FORMAZIONE CONTINUA E RICERCA SULL’R/S E SALUTE

“Chi eroga servizi di tipo sanitario è consapevole di come il proprio background culturale, i propri valori, i propri atteggiamenti e certe proprie convinzioni distorte hanno un’influenza sui processi clinici. Egli/Ella si sforza così di correggere tali pregiudizi e tali distorsioni” (APA, 2007). È importante che ogni medico e psicologo accresca conoscenze e tecniche di anamnesi R/S, relative alle molteplici forme di posizioni rispetto alla R/S, anche per intercettare proprie posizioni pregiudiziali, emozioni negative, quindi atteggiamenti scorretti nei confronti del paziente religioso (o non), o per lavorare su proprie resistenze a riconoscere il ruolo di una certa dimensione religiosa/spirituale nella vita del paziente.

CONCLUSIONI

Molti pazienti trovano nella spiritualità/religione un valido aiuto per affrontare problemi di salute, stress e disagio psicologico. Molti di questi vorrebbero sentirsi liberi di parlarne col medico o lo psicologo. Molti pazienti hanno dei valori nell’ambito spirituale o religioso che vogliono vedere rispettati quando concordano col medico o lo psicologo il percorso di aiuto e la terapia da intraprendere. Molti pazienti aumentano l’alleanza terapeutica se vedono rispettata la loro dimensione religiosa/spirituale, il che spesso si traduce in migliori esiti di salute.

Medici e psicologi sono invitati a rispettare le credenze R/S del paziente sia verbalmente che con messaggi non verbali, devono essere disposti a parlare col paziente dei suoi bisogni R/S e, nel caso in cui il paziente lo desideri, incoraggia il paziente a mettere in gioco le proprie risorse personali di tipo esistenziale, religioso e spirituale.

È auspicabile che medici e psicologi facciano una sorta di breve anamnesi sulla dimensione R/S o comunque delle risorse esistenziali per conoscere l'eventuale background spirituale/religioso del paziente, eventuali aspetti R/S che interferiscono positivamente o negativamente con lo stato di salute, eventuali aspetti che possono entrare in conflitto con alcune indicazioni del medico o dello psicologo, eventuali risorse R/S passate che potrebbero essere rimesse in gioco, nonché la presenza di uno "stallo spirituale" che aumenta il malessere.

Il medico o lo psicologo dovrebbe porre particolare attenzione a non procurare imbarazzo, ansia o disagio, dovrebbe quindi evitare di parlarne prima che un rapporto di fiducia sia stato stretto o di usare espressioni che potrebbero essere mal interpretate, dovrebbe evitare messaggi espliciti o impliciti di disappunto per una diversità di vedute nell'ambito R/S, nell'ambito di un'interazione reciprocamente rispettosa.

D'altra parte, il medico e lo psicologo non "prescrivono" azioni di tipo R/S, non insistono se il paziente non desidera fare un'anamnesi della dimensione R/S, non confondono il proprio ruolo con quello di consulente spirituale e non fanno niente che non rispetti l'autodeterminazione e il bene del paziente.

In conclusione se appare un dato incontrovertibile il ruolo della R/S nella salute mentale in ambito diagnostico (sia in senso negativo che positivo) e terapeutico, come risorsa per affrontare il disagio psicologico e i disturbi psichiatrici, molto resta da comprendere e studiare per definire i limiti professionali, e la possibilità di utilizzare questa dimensione come strumento terapeutico vero e proprio (Poole et al., 2019). Una maggiore consapevolezza, un ampliamento dell'interesse scientifico su questi temi con strumenti di ricerca adeguati e interculturali (Pargament & Lomax, 2013), sono le prerogative per promuovere il rispetto della R/S nella salute mentale.

BIBLIOGRAFIA

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2018). *Facts for families guides: Religion, Spirituality and Your Mental Health Care*, No. 107. Disponibile da: https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Religion-Spirituality-and-Your-Mental-Health-Care-107.aspx.

American Psychiatric Association (APA) (2006). *Resource Document on Religious/Spiritual Commitments and Psychiatric Practice*. Disponibile da: http://www.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/200604.pdf

- American Psychiatric Association (APA) (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione*. Milano: Raffaello Cortina.
- American Psychological Association (2007). *Resolution on Religious, Religion-Based and/or Religion-Derived Prejudice*, adopted by APA Council of Representatives, August, 16 2007. Disponibile da: <https://www.apa.org/about/policy/religious-discrimination.pdf>.
- Koenig, H.G. (2015). Religion, spirituality, and health: a review and update. *Advances in Mind-body Medicine*, 29(3), 19-26.
- Koenig, H.G., King, D., e Carson, V.B. (2012). *Handbook of religion and health. Second edition*. New York: Oxford University Press.
- Moreira-Almeida, A., Sharma, A., van Rensburg, B.J., Verhagen, P.J., e Cook, C.C. (2016). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry*, 15(1), 87-88.
- Moreira-Almeida, A., Neto, F.L., e Koenig, H.G. (2006). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242 - 250.
- Ordine dei medici chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze (2013). Deontologia e valorizzazione della spiritualità. Documento approvato dal Consiglio dell'Ordine dei medici chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze il 6 maggio 2013. *Toscana Medica*, 6(13), 56.
- Pargament, K.I. (2001). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K.I., e Lomax J.W. (2013). Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry*, 12(1), 26-32.
- Peteet, J.R., Lu, F.G., e Narrow, W.E.(Eds.) (2011). *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association.
- Poole, R., Cook, C., e Higgs, R. (2019). Psychiatrists, spirituality and religion. *The British Journal of Psychiatry*, 214(4), 181-182.
- Royal College of Psychiatrists (2013). *Recommendations for Psychiatrists on Spirituality and Religion, Position Statement PS03/2013*. Disponibile da: https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS03_2013.pdf.
- Stoddard, F.J. (2012). Religious and spiritual issues. A research agenda for DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 544-545.
- Weber, S.R., e Pargament, K.I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358-63.
- WHOQOL SRPB Group (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science and Medicine*, 62, 1486-1497.