Omaggio a Papa Francesco

in visita a Firenze il 10 novembre 2015 in occasione del Convegno Ecclesiale Nazionale dal titolo *In Gesù Cristo il nuovo umanesimo*

RELIGIOSITA' IN ETA' EVOLUTIVA

Resilienza e Qualità di vita

A cura di Associazione Psicologi e Psichiatri Cattolici della Toscana APPC Toscana

Assenza di senso e di apprezzamento della vita, vuoto interiore, angosce di morte, solitudine esistenziale o disperazione non raramente vengono sperimentate anche dai giovanissimi.

Il presente foglio informativo intende trarre spunto dai numerosi dati empirici ad oggi a disposizione relativi al rapporto fra religiosità e benessere psicofisico, e intende influenzare gradualmente la cultura generale, quindi le politiche educative, sociali e sanitarie, che interessano bambini e adolescenti: questi, infatti, in un qualsiasi momento possono vivere una condizione di significativa demoralizzazione.

Gli stessi dati empirici supportano ad oggi la raccomandazione di valorizzare, proporre e, quando opportuno, promuovere la *fede* dei bambini e degli adolescenti, nel rispetto per la loro libertà di coscienza, per i loro valori e la loro identità personale e familiare, entro gli eventuali limiti deontologici (propri della politica, della sanità e della scuola), con apertura al pluralismo culturale e a ogni persona, quand'anche fosse atea o agnostica.

Stiamo parlando di esperienze religiose positive in termini di qualità dei rapporti sociali e dei vissuti soggettivi, da non confondere con esperienze pedagogicamente improprie, psicologicamente dannose o perfino criminali e che possono darsi anche in ambito religioso.

I dati ad oggi a disposizione suggeriscono che quando si rispetta e si promuove amorevolmente la *fede* del bambino e dell'adolescente lo si benefica, se ne favorisce la maturazione, se ne fortifica il carattere, lo si mette in condizione di agire con minor frequenza comportamenti a rischio e di incorrere in dinamiche psicopatologiche, lo si arricchisce di preziose risorse personali e sociali, lo si incoraggia a far le scelte virtuose, lungimiranti e altruistiche, in somma si aumenta il benessere, presente e futuro, suo e delle sue comunità di appartenenza.

Nella letteratura scientifica a cui facciamo riferimento, per religiosità si allude a una *spiritualità* e a una visione del mondo e dell'uomo ordinate da una tradizione e da un'istituzione, fonti di una morale codificata e di celebrazioni comunitarie. Nella civiltà occidentale, che è poi quella maggiormente studiata, si fa riferimento soprattutto alla tradizione cristiana.

Cosa si intende per *religiosità* e *fede* nel loro significato psicologicamente più funzionale?[1] Si allude all'ambito delle priorità valoriali ("ritengo la mia relazione con Dio una tra le cose più importanti della mia vita"), che si declina in:

- una significativa partecipazione alle relative celebrazioni o ad altre attività sociali religiosamente connotate,
- momenti, sostanzialmente piacevoli, di preghiera personale in cui si affida la propria vita e le proprie scelte a Dio, e si fanno proprie le opzioni morali proposte,
- momenti in cui ci si espone a letture, musiche e programmi religiosi, e infine
- tempo e risorse spesi per motivazioni religiose (es. volontariato).

Tutto questo produce un'esperienza caratterizzata da senso, speranza, riconoscenza/gratitudine, vitalità, compassione, amorevolezza e altri vissuti soggettivi che sono percepiti come particolarmente belli e importanti per la propria vita, che contrastano soprattutto il disagio esistenziale e sono di supporto in circostanze particolarmente dolorose.

Molte persone sono oggi ancora resistenti ad aprirsi con libertà e onestà intellettuale a quest'area della ricerca e soprattutto alle innumerevoli testimonianze circa il ruolo determinante che la *fede* può avere nella vita di ciascuno, bambini compresi, ritenendole *a priori* viziate da irrazionalità o irragionevolezza. Non sono in pochi, dall'altra parte, coloro che ravvisano nel gran processo di generale desacralizzazione culturale, sociale ed esistenziale un preoccupante processo di deumanizzazione, a particolare svantaggio della salute e della qualità di vita delle nuove generazioni.

Per molti, il *sacro* o il *trascendente* ha a che fare con quel *di più* rispetto alla materia e alle relative sensazioni, che sta a fondamento del *bello invisibile* e dell'*amore morale*. Senza quel *di più* che abbia il connotato di verità principe e di verità eterna, qualcuno sente recise le radici del senso e della speranza ultima della vita propria e dei propri cari, della morale (non intesa come mero utilitarismo) e delle connesse potenzialità di felicità.

Gli studi sulla popolazione in genere

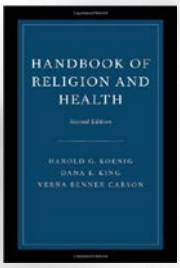
I numerosissimi studi sul rapporto fra religiosità e salute sono riportati in un manuale in inglese e in un'aggiornata rassegna[2]. A partire dalla mole di dati scientifici a disposizione (circa 3000 studi), si può affermare che le evidenze a oggi depongono per un effetto generalmente positivo fra religiosità e indici di salute quali minore depressione, recupero più veloce da episodi depressivi, minor tasso di suicidio, minor uso, abuso e dipendenza da sostanze (alcol compreso), minor tasso di malattie coronariche, minor ipertensione, funzionamento migliore del sistema immunitario, funzionamento migliore del sistema endo-

---

[1] Le dimensioni qui riportate sono il frutto degli studi pluriennali del Prof. Koenig, sul rapporto fra religione e salute. Fanno parte della nuova scala *Belief into Action Scale*, reperibile online (http://www.spiritualityandhealth.duke.edu/images/pdfs/BIAC%20Scale%20formatted.pdf) e già validata in un recente studio: Koenig HG, Nelson B, Shaw SF, Al Zaben F, Wang Z, Saxena S (2015). Belief into Action Scale: A Brief but Comprehensive Measure of Religious Commitment. *Open Journal of Psychiatry* 5: 66-77.

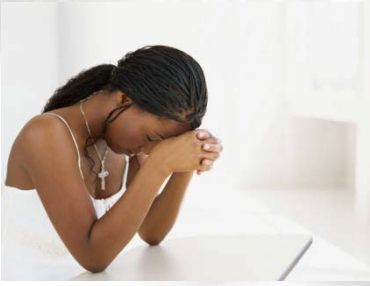
[2] Koenig HG (2012). *Handbook of Religion and Health.* Oxford University Press, USA.
Koenig HG (2015). Religion, spirituality, and health: a review and update. *Advances in Mind-body Medicine 29 (3): 19-26.*

crino, tasso minore di tumori, prognosi migliore in casi di tumore, longevità, maggiore benessere e felicità auto-riportata: senso della vita, speranza, ottimismo, perdono.



L'American Psychological Association (APA)[3] afferma che la dimensione religiosa influenza infatti in modo importante ma sottostimato il comportamento della maggioranza delle persone.

Anche gli studi più recenti confermano che la partecipazione alle funzioni religiose è un fattore di protezione contro il suicidio (e il tentato suicidio)[4], e una condizione che favorisce l'impegno in attività di volontariato[5].



Età evolutiva

Resilienza e protezione

Gli studi sulla *resilienza* descrivono le caratteristiche proprie delle persone "resistenti agli eventi avversi", agli eventi cioè che mettono a dura prova il benessere e la salute psicologica. Le persone resilienti non ne escono sopraffatte o psicologicamente compromesse, ma indenni e a volte con la percezione di essere maturate.
La letteratura scientifica elenca la religiosità e la fede (con la speranza e la convinzione che la vita abbia un senso) fra i fattori di resilienza in età evolutiva[6].

C'è correlazione fra "modalità religiose per affrontare gli eventi avversi" (*coping* religioso), soddisfazione esistenziale ed emozioni positive. D'altra parte, maggiore è il *coping* religioso, minore è la sintomatologia depressiva[7]. La frequentazione religiosa, specie di una comunità, prevede indici di miglior adattamento[8]. In

---

[3] American Psychological Association (2007). Resolution on Religious, Religion-Based and/or Religion-Derived Prejudice. http://www.apa.org/about/governance/council/policy/religious-discrimination.pdf

[4]Kleiman EM, Liu RT (2014). Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample: religious service attendance as a protective factor. *Br J Psychiatry* 204:262-266.

Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B (2015). Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Arch Suicide Res* (in stampa).

[5]Haggard MC, Kang LL, Rowatt WC, Shen MJ (2015). Associations Among Religiousness and Community Volunteerism in National Random Samples of American Adults. *J Prev Interv Community* 43(3): 175-185.

[6] Masten A (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In Wang M e Gordon E (a cura di), *Educational Resilience in Inner-City America* (pp. 3-25). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Masten A, Coatsworth J (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist, 53,* 205-220.

Masten A, Obradovi J (2006). Competence and Resilience in Development. *Annals of New York Academy of Sciences* 1094: 13-27.

Crawford E, Wright MO, Masten A (2005). "Resilience and spirituality in youth", pp. 355–370 in E.C. Roehlkepartain, P.E. King, L. Wagener & P.L. Benson (Eds.), *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence*, Thousand Oaks, CA: Sage.

Zolkoski SM, Bullock LM (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review* 34: 2295-2303.

[7] Terreri CJ, Glenwicj DS (2013). The relationship of religious and general coping to psychological adjustment and distress in urban adolescents. *Journal of Religion and Health* 52: 1188-1202.

[8] Milevsky A, Levitt MJ (2004). Intrinsic and extrinsic religiosity in preadolescence and adolescence: Effect on psychological adjustment. *Mental health, Religion & Culture* 7(4): 307-321.

Good M, Willoughby T (2006). The role of spirituality versus religiosity in adolescent psychosocial adjustment. *Journal of Youth and Adolescence* 35(1):39-53.

condizioni di particolare stress e demoralizzazione l'uso di modalità religiose per affrontare gli eventi avversi è associato a minor sofferenza e disfunzionalità psicologica, mentre modalità sempre religiose ma connotate da rabbia nei confronti di Dio sono correlate a sintomi di disagio psicologico[9]. Anche in adolescenti tra la seconda media e la seconda superiore, la religiosità riduce l'impatto negativo degli eventi stressanti[10].

La religiosità è poi un "fattore di protezione": quando è presente riduce la probabilità di altre condizioni indesiderate.

La religiosità intrinseca (che si distingue da quella estrinseca, di facciata e di comodo) prevede nel tempo una minore sintomatologia depressiva[11]. E ha un potere protettivo rispetto all'uso, abuso e dipendenza da droghe (es. marijuana, cocaina)[12].

La religiosità degli adolescenti è associata a una minore incidenza di colluttazioni fisiche, anche di gruppo, e, anche se in misura minore, di iniziative di violenza fisica[13]. Le convinzioni e i comportamenti religiosi mostrano un effetto deterrente sul comportamento criminale, proteggendo i giovani dalle numerose conseguenza negative ad esso associate[14].

La religiosità correla con il tempo investito nello studio e in attività extracurricolari, e con l'essere soddisfatti della vita universitaria[15].

[9] Ano GG, Vasconcelles EB (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *J Clin Psychol* 61(4):461-80.
Zehnder D, Prchal A, Vollrath M, Landolt MA (2006). Prospective study of the effectiveness of coping in pediatric patients. *Child Psychiatry & Human Development* 36(3):351-68.
Bryant-Davis T, Wong EC (2013).Faith to move mountains: Religious coping, spirituality, and interpersonal trauma recovery. *American Psychologist* 68(8):675-684.
Reynolds N (2013). Spiritual Coping and Psychosocial Adjustment of Adolescents With Chronic Illness: The Role of Cognitive Attributions, Age, and Disease Group. *Journal of Adolescent Health* 52(5): 559–565.
[10] Wills TA, Yaeger AM, Sandy JM (2003). Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors* 17(1):24-31.
[11] Pössel et al. (2011). Bidirectional relations of religious orientation and depressive symptoms in adolescents: A short-term longitudinal study. *Psychology of Religion and Spirituality*, Vol 3(1): 24-38.
Olszewski ME (1994). *The effect of religious coping on depression and anxiety in adolescents*, Valley Library (Corvallis OR).
[12] Miller WA, Shepperd JA, McCullough ME (2013). Evaluating the Religious Commitment Invenory for adolescents. *Psychology of Religion and Spirituality* (APA) 5(4): 242-251.
Miller L, Davies M, Greenwald S (2000). Religiosity and Substance Use and Abuse Among Adolescents in the National Comorbidity Survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39(9):1190–1197.
Kim-Spoon J, Farley JP, Holmes CJ, Longo GS (2014). Does Adolescents' Religiousness Moderate Links Between Harsh Parenting and Adolescent Substance Use? *Journal of Family Psychology* 28(6):739–748.
[13] Salas-Wright CP, Vaughn MG, Maynard BR (2014). Religiosity and violence among adolescents in the United States. *Journal of Interpersonal Violence* 29(7):1178-1200.
[14] Baier CJ, Wright BR (2001). "If you love me, keep my commandments": A meta-analysis of the effect of religion on crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency,* 38(1): 3-21.
Pirutinsky S. (2014). Does Religiousness Increase Self-Control and Reduce Criminal Behavior? *Criminal Justice and Behavior* 18.
[15] Mooney M (2010). Religion, College Grades, and Satisfaction among Students at Elite Colleges and Universities. *Sociology of Religion* 71(2):197-215
Abdel-Khalewk AM (2009). Religiosity, subjective well-being, and depression in Sausi children and adolescents. *Mental Health, Religion & Culture* 12(8): 803-815.

Qualità di Vita

Nel documento *Promoting Mental Health* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2004) si ricorda come il benessere soggettivo abbia a che fare con la dimensione sociale, con la dimensione psicologica, con la salute fisica, ma anche con la dimensione spirituale.

La religiosità correla positivamente col benessere autopercepito[16]. La religiosità è correlata col percepire il senso della vita, che a sua volta è correlato con l'essere soddisfatti della propria vita[17]. In una rassegna di studi il 90% degli studi mostra che livelli più elevati di religiosità (soprattutto nelle sue dimensioni istituzionali e esistenziali) sono associati a una migliore salute mentale negli adolescenti[18].

In una rassegna di 43 studi in persone dai 10 ai 20 anni l' 84% di essi mostra effetti positivi della religiosità in termini di salute[19]. Stando a un'altra rassegna di 65 studi su adolescenti e giovani, la religiosità incide sul benessere, sull'autostima e si accompagna a tratti desiderabili di personalità[20].

Si è già detto che la religiosità è positivamente associata a valori e comportamenti prosociali ed è negativamente associata all'abuso di sostanze e alla delinquenza: questi risultati rimangono significativi anche se viene tenuta sotto controllo una serie di dati sociodemografici[21]. E' evidente che la prosocialità e l'autocontrollo si associano a numerose condizioni che sono fonte potenziale di gioia e realizzazione, in particolare di relazioni sociali e affettive soddisfacenti.

La preghiera frequente è associata alla maggior presenza di indici di salute mentale (nello specifico, a un minor "psicoticismo")[22].

La partecipazione ad attività religiose può ridurre la sintomatologia depressiva negli adolescenti[23]. Femmine non depresse ma religiose sviluppano con minor probabilità una successiva sintomatologia depressiva. E sempre nelle bambine esperienze spirituali quotidiane e livelli alti di perdono sono associati a una minore sintomatologia depressiva[24]. Al contrario, anche in questo caso, la perdita di fede o modalità religiose connotate da rabbia contro Dio in associazione ad un episodio depressivo sono un fattore prognostico negativo[25].

---

[16] Pearce MJ, Little TD, et al. (2003). Religiousness and depressive symptoms among adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 32(2):267-276.

Abdel-Khalewk AM (2009). Religiosity, subjective well-being, and depression in Sausi children and adolescents. *Mental Health, Religion & Culture* 12(8): 803-815.

[17] Blake AA, Shearer CB (2012). The Scale for existential thinking. *Internation Journal of Transpersonal Studies*, 31(1): 21-37.

[18] Wong YJ, Rew L, Slaikeu KD (2006). A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issues in Mental Health Nursing* 27(2): 161-183.

[19] Rew L. Wong YJ (2006). A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health* 38:433-442.

[20] Yonker JE, Schnabelrauch CA, Dehaan LG (2012). The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: a meta-analytic review. *J Adolesc* 35(2):299-314.

[21] Donahue MJ, Benson PL (1995). Religion and the Well-Being of Adolescents. *Journal of Social Issues* 51(2): 145–160.

[22] Francis LJ, Robbins M, Lewis CA, Barnes LP (2008). Prayer and psychological health: A study among sixth-form pupils attending Catholic and Prot€estant schools in Northern Ireland. *Mental Health, Religion & Culture* 11(1): 85-92.

Lewis CA, Francis LJ, Enger T (2004). Personality, prayer and church attendance among a sample of 11 to 18 year olds in Norway. *Mental Health Religion & Culture Religion & Culture* 7(3): 269-274.

[23] Schapman AM, Inderbitzen-Nolan HM. The role of religious behaviour in adolescent depressive and anxious symptomatology. *Journal of Adolescence* 25:631–43.

[24] Desrosiers A, Miller L (2007). Relational spirituality and depression in adolescent girls. *J Clin Psychol* 63(10):1021-37.

Rasic D, Asbridge M, Kisely S, Langille D (2013). Longitudinal associations of importance of religion and frequency of service attendance with depression risk among adolescents in Nova Scotia. *Canadian Journal of Psychiatry* 58(5):291-9.

[25] Dew RE et al. (2010). A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients. *Journal of Affective Disorders* 120(1-3): 149-57.

Anche una maggiore importanza attribuita alla religione è associato a minor tasso di depressione e di ideazione suicidaria[26]. La partecipazione religiosa è un fattore di protezione per il tentato suicidio, anche dopo aver tenuto sotto controllo la variabile supporto sociale[27].

L'effetto salutare è incrementato laddove i genitori sono sposati e partecipano con i figli alla vita religiosa[28]. Tra l'altro quando questo accade ne trae beneficio la qualità del rapporto coniugale, dell'atteggiamento genitoriale e del rapporto genitore-figlio[29].

Implicazioni / raccomandazioni per genitori, docenti, medici, operatori che hanno a che fare con i minori

- ✓ Riscoprire e rivalorizzare (e non disprezzare o sottovalutare) le radici religiose dell'identità culturale e familiare del bambino e dell'adolescente, in termini di risorsa, può rivestire un importante spazio educativo nei confronti delle nuove generazioni. Particolare attenzione va posta nel non svalutare la fede, e nell'evitare di affrontare con un approccio anti-religioso temi delicati e controversi quali la felicità, la realizzazione personale, l'educazione, la sessualità, il senso della vita, la filosofia e i problemi di bioetica, e i criteri con cui fare le scelte importanti e quotidiane.
- ✓ Favorire e non contrastare le esperienze religiose (occasioni di ascoltare una testimonianza, catechismo, liturgie, ritiri, preghiera comunitaria, familiare e personale, partecipazione ai corsi di religione a scuola), letture, musiche, programmi e riflessioni di tipo religioso, e le relative opzioni esistenziali e morali in armonia con l'identità del minore, può contribuire al benessere presente e futuro delle nuove generazioni.
- ✓ Favorire e non contrastare l'esperienza religiosa del bambino o adolescente significa aumentare le sue risorse potenziali per affrontare positivamente i momenti difficili, che attendono tutti (es. malattia, problemi familiari, lutti, ferite psicologiche). Significa aumentarne la *resilienza*, ossia la capacità di resistere e di uscire dalle condizioni di demoralizzazione, magari sentendosi più forti e maturati.
- ✓ Favorire e non contrastare l'esperienza religiosa del bambino e adolescente contribuisce a contrastare un dilagante e pericoloso materialismo/consumismo sfrenato, un'imprudente ipervalorizzazione del piacere in quanto tale (es. piacere legato a certe sostanze, all'utilizzo dei nuovi strumenti di comunicazione e intrattenimento, o alla sessualità svincolata dal rapporto affettivo), che collude con le spinte "verso il basso" quali dipendenze, egocentrismo e egoismo; quest'azione di contrasto aumenta nuovamente il potenziale di felicità e di qualità di vita delle nuove generazioni.

L'Associazione Psicologi e Psichiatri Cattolici della Toscana (AIPPC Toscana) si occupa da diversi anni del rapporto fra scienze psicologiche e fede, e di temi quali la metapsicologia, il rapporto fra salute e religiosità, la deontologia in ambito medico e psicologico relativa alla religiosità e alla spiritualità del paziente, l'aiuto sensibile e corretto nella fase del fine-vita, la psicologia del perdono, l'ipersessualizzazione dell'infanzia.

Carpenter TP, Laney T, Mezulis A (2012). Religious Coping, Stress, and Depressive Symptoms Among Adolescents: A Prospective Study. *Psychology of Religion and Spirituality* 4(1):19-30.

[26] Rasic D, Kisely S, Langille DB (2011). Protective associations of importance of religion and frequency of service attendance with depression risk, suicidal behaviours and substance use in adolescents in Nova Scotia, Canada. *Journal of Affective Disorder* 132(3):389-95.

[27] Rasic DT, Belik SL, Elias B, Katz LY, Enns M, Sareen J; Swampy Cree Suicide Prevention Team (2009). Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorder* 114(1-3):32-40.

[28] Petts RJ (2014). Family, religious attendance, and trajectories of psychological well-being among youth. *J Fam Psyc* 28(6):759-768. Li SD (2014). Familial Religiosity, Family Processes, and Juvenile Delinquency in a National Sample of Early Adolescents. *J Early Adolesc*, Epub.

[29] Wen M (2014). Parental participation in religious services and parent and child well-being: findings from the National Survey of America's Families. *J Relig Health* 53(5):1539-61.