

## **RELATIA DINTRE RELIGIOZITATE/SPIRITUALITATE SI SANATATEA FIZICA SI MENTALA**

**Radu Vrasti, MD, PhD, (Huron-Perth Healthcare Alliance, Special Services Unit, Stratford, Ontario, Canada)\***

Religia si stiinta au impartasit o lunga istorie de antagonism, scepticism si concesiuni reciproce. De cele mai multe ori aceasta istorie a fost expresia relatiei dintre biserica si stat sau a conflictului dintre individul religios si individul secular. Apare firesc ca aceasta relatie, uneori ambigua, alteori transanta sa se reflecte si in domeniul medicinei si al psihologiei. In cea mai mare parte a sec. XX interesul fata de cercetarile psihobiologice, pragmatismul si behaviorismul, experimentalismul au impins aceste domenii ale stiintei intr-o pozitie total refractara fata de religie. Freud (1953) vedea persoana religioasa ca o persoana nevrotica cu trasaturi obsesiv-compulsive, Ellis (1980) considera religia ca institutionalizarea irationalitatii fiind inflexibila si intoleranta iar Watters (1992) spunea ca religia este incompatibila cu multe din componentele sanatatii mentale si fizice. Cu toate acestea, au existat si autori care au vazut religia ca o sursa a intelegerii si stabilitatii intr-o lume incerta (Jung, 1933; Allport, 1950).

Ultimele decenii au adus o schimbare a atitudinii generale fata de religie si din ce in ce mai multi oameni se declara "religiosi". Intr-un studiu Gallup (1995), 96% din americani au declarat ca cred in Dumnezeu si 42% merg regulat la biserica. In toate spatiile culturale interesul fata de religie si spiritualitate in general este in crestere si afiliatia fata de o religie a inceput sa fie declinata ca o parte importanta a identitatii individuale si nationale. Era firesc ca aceasta miscare sa duca la o recrudescenta a interesului pentru studiul religiei/spiritualitatii in relatie cu sanatatea fizica si psihica. Insatisfactia fata de metodele empirice, suflul nou adus de metodologiile postmoderniste, au condus treptat la o temperare a reticentei introducerii studiului religiei/spiritualitatii in relatie cu deznodamantul bolilor mentale si fizice (Rosenau, 1992). Tot acest interes crescand se poate distinge usor din numarul mereu in crestere al ceretarilor din acest domeniu. Mai ales in ultimii 20 ani s-au dezvoltat relatii constructive intre stiintele medicale si comportamentale si religie/spiritualitate. Astfel, psihiatria a devenit din ce in

---

\* Adresa autorului: [radu\\_vrasti@hotmail.com](mailto:radu_vrasti@hotmail.com), sau [www.vrasti.org](http://www.vrasti.org)

ce mai deschisa sa recunoasca importanta religiei ca factor ce influenteaza evolutia tulburarilor psihice, Asociatia Americana de Psihiatrie a introdus aceasta problema in curricula rezidentilor de psihiatrie iar urmatoarele dezvoltari ale DSM-IV va evidentia mai pregnant cum factorii religiosi/spirituali influenteaza atat diagnosticul cat si tratamentul si prognosticul tulburarilor mentale (Fallot, 1998).

### **Religiozitatea si spiritualitatea, doua concepte diferite?**

Este unanim recunoscut ca rezultatele contradictorii obtinute de cercetatorii in domeniu sunt in cea mai mare parte datorate deficientelor metodologice. Toti cei care abordat acest domeniu s-au lovit de greutatea de a defini religiozitatea/spiritualitatea atunci cand aceste concepte fac obiectul unor cercetari stiintifice. Pentru Pargament (1997) religia este vazuta ca o “cautare a cailor de a ajunge la scaru” in timp ce spiritualitatea este “cautarea sacrului in sine”. Pentru Shafranske si Malony (1990) religiozitatea se refera la “aderenta la credintele si practicile unei biserici organizate sau institutii religioase” pe cand spiritualitatea este vazuta ca avand o conotatie personala si experientiala. Astfel, spritualitatea poate sau nu sa includa religia, ea poate sa-si gaseasca expresia intr-un context religios sau sa ramana in afara acesteia. Pentru (Fallot, 1998) atat religiozitatea cat si spiritualitatea implica “cautarea intelesului ultim, a scopului si valorilor, a relatiilor cu o fiinta transcendentă sau cu o putere suprema, ori un sens al sacrului sau legaturii cu divinitatea”. Pentru acest autor religia si spiritualitatea nu se deosebesc in privinta valorilor practicate ci doar in aspectul formal organizational si al expresiei lor comunale. Pentru alti autori, conceptul de religiozitate a evoluat intr-o directie diferita, ea intruchipand un sistem fix de idei sau angajamente ideologice ce “nu permit o dinamica personala a devotiei si pioseniei” (Wulff, 1996) si astfel se promoveaza o polarizare a conceptelor de religiozitate si spiritualitate in care religiozitatea este reprezentata de aspectul institutional, formal, doctrinar, autoritativ iar spiritualitatea de aspectul subiectiv, emotional, internal, nesistematizat, liber, al cautarii scarului (Koenig si colab. 2001). Richards si Bergin (1997) spuneau: “Noi vedem religia ca un subset al spiritualului...Expresiile spirituale tind sa fie universale, ecumenice, comportamentale, internale, afective, spontane si private. Este posibil sa fi spiritual fara sa fi religios si sa fi religios fara sa fi spiritual”. A fi spiritual inseamna sa ai o relatie transcendentala cu o fiinta superioara iar a fi religios ar inseamna sa apartii unei credinte si

a unei biserici. După Hill și Pargament (2003) această viziune ascunde în ea mai multe pericole: i) polarizarea religiei și spiritualității în instituțional versus individual ignoră faptul că toate formele expresiei spirituale sunt dezvaluite în context social și că toate credințele sunt interesate în ordonarea problemelor personale; ii) dichotomia religiozitate/spiritualitate, una fiind rea și alta bună, ignoră aspectele pozitive și negative ale fiecăreia din aceste concepte; iii) mulți indivizi trăiesc spiritualitatea în contextul religios organizatoric și nu pot face distincția între aceste două fenomene; iv) această polarizare conduce la o redundanță a conceptelor și a instrumentelor de măsură. După Hill și colab. (2000) religia și spiritualitatea reprezintă mai degrabă concepte înrudite decât independente. Spiritualitatea poate fi înțeleasă ca o căutare a sacrului, un proces prin care oamenii vor să descopere, să cuprindă și să aducă sacrul în viața lor iar acest proces are loc pe larg într-un context religios, tradițional sau netradițional. Sacralul este cel ce deosebește religia de spiritualitate. În cadrul religiei sacrul poate fi Dumnezeu, Divinitatea, Ultima Realitate, Forța Supremă.. Transcendența definește relațiile cuiva cu sine-insuși, cu alții, cu societatea, cu umanitatea, cu natura, cu cosmosul și pentru credincioși, relația cu divinitatea, cu sacrul sau cu o ființă supremă (Ho și Ho, 2007). Mult mai concis Paranjpe (1988) scria: “Este util să se refere la distincția obișnuită în India între căutarea “spirituală” ca opusă celei religioase. Cuvântul “spiritual” se referă la o implicare personală profundă în bunăstarea psihologică și morală, indiferent de aspectele teologice, dogmatice, ritualiste, liturgice, magice sau mistice adesea asociate cu viața religioasă”.

Autorul agreează poziția lui Hill și colab (2000) și Fallot (1998) prin care religiozitatea și spiritualitatea pot fi considerate concepte suprapuse și în cadrul acestui articol autorul va folosi acești termeni în această accepțiune.

Religiozitatea este un concept multifacetat încorporând aspecte cognitive, emotionale, motivationale și comportamentale. Problema este că nu se știe care din aceste fațete reprezintă natura esențială a religiozității. Pentru unii autori religia cuprinde două construcții: credința religioasă și instituția religioasă; religia se definește printr-un set de credințe (o doctrină), ritualuri și practici și aceasta este identificabilă printr-o comunitate de credincioși (Fallot, 1998). Pentru alții religia cuprinde experiența religioasă, rugăciunea și mersul la slujba religioasă (biserica) (Sloan și colab. 1999). Krause (1993)

conceptualizeaza religiozitatea ca avand trei componente: religiozitatea organizationala, religiozitatea subiectiva si credinta religioasa. Aspectul organizational implica participarea in institutiile religioase, frecventarea bisericii, calitatea de membru al bisericii. Religiozitatea subiectiva se traduce prin gradul de angajare a individului si locul pe care religia il ocupa in viata personala, iar credinta religioasa reprezinta credintele esentiale ale doctrinei religioase la care individul adera in totalitate. Religiozitatea este frecventa asociata unui comportament deschis si frecventarea bisericii reprezinta pentru multi o masura a gradului de religiozitate a unui individ.

In relatia cu spiritualitatea si religiozitatea un individ se poate afla in patru ipostaze: religios, spiritual, religios si spiritual, nereligios si nespirtual. Uneori exista un conflict intre persoana religioasa si cea mai putin religioasa, conflict ce se bazeaza pe presupunerea ca exista o diferenta semnificativa intre aceste doua feluri de persoane. Se considera ca persoana religioasa difera de cea nereligioasa in multe aspecte printre care doctrina la care a aderat, ritualurile, practica zilnica, modalitatea de socializare. Uneori religiozitatea aduce cu ea un potential pericol de dogmatism, cultism, extremism si chiar fanatism (Stern, 2004). Aceasta se intampla pentru ca persoana religioasa, care a aderat la un sistem de gandire continut in corpul textelor clasice sau scripturi si comentarii subsecvente, este parte si la o dezvoltare institutionala ulterioara construita pe traditii filozofice si caracterizate prin canonizare, elaborari de ritualuri si administrate de o organizare clericala. Acestea din urma trebuie aparate cu orice pret pentru ca doctrina religioasa se bazeaza pe comuniunea cu ceilalti coreligionari care este adapostita si cultivata de aspectul institutional al religiei. Persoana religioasa este militanta pentru ca religia sa se incorporeaza in procesul de formare a identitatii culturale, sociale, etnice.

### **Relatia religiozitatii cu sanatatea fizica**

A existat inca de la inceputul sec. XX incercari de a legitima introducerea religiei printre domeniile de studiu ale psihologiei si medicinei in general, atunci cand William James publica in 1902 o serie de prelegeri despre "Religie si Neurologie" afirmand ca valorile spirituale pot determina anumite schimbari fiziologice (citata de Seeman si colab. 2003). De atunci si mai ales in ultimele decenii au aparut o multitudine de studii care sa sublinieze diferite aspecte ale legaturii dintre religiozitate si sanatatea in general. Astfel, diferite studii au aratat ca devotament religios exprimat prin rugaciune si comportare

coreleaza pozitiv cu reducerea mortalitatii si morbiditatii generale (Sloan si colab. 1999). Levin (1994), inventariind 27 studii, gaseste 22 studii care arata o relatie pozitiva intre frecventarea slujbei religioase si sanatate in general. Powell si colab. (2003) trec in revista doar studiile care au utilizat o foarte corecta metodologie pentru a evidentia relatia dintre religiozitate si sanatatea fizica. Ei gasesc ca religia/spiritualitatea are un impact semnificativ asupra sanatatii fizice pentru ca reprezinta o sursa protectiva in dezvoltarea anumitor boli precum bolile cardiovasculare sau cancer. Mai mult, subiectii care au frecventat serviciul religios au dovedit o mai mare longevitate si o mai mare capacitate de coping la varste inaintate. Intr-un studiu dublu-orb efectuat intr-o sectie de coronarieni Byrd (1988) s-a vazut ca pacientii religiosi faceau mult mai putine complicatii (de ex. insuficienta cardiaca) si aveau nevoie de mai putine antibiotice sau diuretice.

Participarea regulata la slujba religioasa furnizeaza individului sentimentul de valorizare personala si de ajutorare a altora impreuna cu emotiile pozitive legate de implinirea acestui rol plin de semnificatie. Koenig si colab. (2001) trec in revista 101 studii care examineaza relatia dintre religiozitate/spiritualitate si mortalitate (lungimea supravietuirii) si gasesc ca indivizii cu o buna religiozitate (afiliatie la doctrina sau gradul de participare la slujba religioasa) prezinta o incidenta mai mica a bolilor coronariene, a hipertensiunii arteriale, a cancerului si un nivel scazut al colesterolului plasmatic. Se considera ca aceasta relatie este mediata de stilul de viata sanatos, de o dieta moderata, de prezenta unui suport social activ si protectiv, de o stima de sine mai mare, o gandire optimista si senina si de existenta unor resurse psihosociale usor disponibile (Seybold, 2007).

Aceasta relatiei, religiozitate/spiritualitate - sanatatea fizica, ar fi mediata si de influenta pe care religiozitatea/spiritualitatea ar avea-o asupra sistemului imunitar. Astfel acesti indivizi ar avea o mai buna functionare a sistemului imunitar evidentiata prin un nivel crescut al celulelor T helper, un numar mai mare a globulelor albe si a limfocitelor (Seeman si colab. 2003). Acesti indivizi au si un mai bun raspuns al axei hipotalamo-hipofizo-suprarenal in situatii de stress (George si colab. 2002) sau au un nivel mai mare de GABA, melatonina sau serotonina (Newberg si colab. 2006).

Afiliatia, comuniunea, rugaciunea impreuna, sunt alti factori ce mediaza relatia dintre religiozitate si sanatatea in general. A fi impreuna este o alternativa naturala de

raspuns la stress si aceasta se realizeaza prin activarea sectoarelor dorsolaterale si orbitofrontale ale cortexului prefrontal ca si a amigdalei cu activarea sistemelor dopaminergice si opioid-like si a oxitocinei, circuite care sunt implicate si in sistemul de premiere si mecanismul de reintarire. Astfel de individ religios este mai bine pregatit sa raspunda la stress prin activarea acestor mecanisme neurobiologice care faciliteaza comportamentul social si afilierea la grup, el raspunzand la adversitati prin afiliere si rugaciune in grup. (Taylor, 2006).

Ca un corolar al tuturor acestor cercetari care au cautat se explica de ce omul religios/spiritual este mai rezilient daca nu si mai longeviv, Raportul "Commission on Children at Risk" (2003), dupa ce inventariaza literatura neurostiintifica, psihologica si sociologica care investigheaza cauzele deteriorarii sanatatii mentale si fizice ale copiilor din America conchide: "toate fiintele umane au fost nascute sa faca o legatura cu alti oameni intr-un sens spiritual si moral si acestia vor suferi fizic, psihologic si comportamental daca aceasta legatura nu va fi facuta".

### **Relatia religiozitatii cu sanatatea mentala**

Relatia dintre religiozitate si sanatatea mentala a fost relatia cea mai bine si mai mult studiata. Ea s-a lovit de aceleasi greutati metodologice legate de dificultatea definirii religiozitatii/spiritualitatii, religiozitatea mai ales, fiind un construct multifacetat. Din aceasta cauza multe studii nu pot fi considerate suficient de confidente. O alta problema o reprezinta meta-analizele care au avut de infruntat mai multe modele de a conceptualiza sanatatea mentala, unele studii concentrandu-se mai mult asupra simptomelor precum depresia, anxietatea iar altele au privit sanatatea mentala ca legata de dobandirea fericirii, a satisfactiei in viata si nu in ultimul rand studii care au luat in considerare numai deznodamantul diferitelor probleme mentale (Hackney si Sanders, 2003).

Una din cele mai vechi meta-analize, cea a lui Bergin (1983), gaseste o corelatie de +0,09 intre religiozitate si "o mai buna sanatate mentala" si autorul considera ca exista o relatie pozitiva intre aceste doua variabile in ciuda unor ambiguitati conceptuale. Mai tarziu, Donahue (1985) gaseste ca exista o corelatie pozitiva intre religiozitatea extrinseca (calea de a atinge un scop prin credinta) si frica de moarte si prejudiciu. Gartner si colab. (1991) trec in revista aproximativ 200 studii si gasesc o relatie confidenta intre religiozitate si functionarea pozitiva in diferite arii ale vietii, in schimb

corelatiile cu anxietatea, psihoza, tulburarile sexuale sau stima de sine nu sunt la fel de robuste. Larson si colab. (1992) fac o trecere in revista a tuturor studiilor raportate intre 1978 si 1989 in American Journal of Psychiatry si Archives of General Psychiatry, cele mai importante reviste medicale de psihiatrie din SUA si examineaza proportia dintre studiile care prezinta o relatie pozitiva cu cele cu o relatie negativa intre religiozitate si sanatatea mentala. Astfel, din 50 studii, 36 raporteaza o relatie pozitiva si doar 8 o relatie negativa. Seybold si Hill (2001) facand o trecere in revista a literaturii, gasesc o serie de “efecte salutare” ale religiozitatii/spiritualitatii asupra sanatatii mentale. Ei sugereaza ca aceste efecte sunt mediate de reseaua de suport social mai buna, de stilul de viata sanatos, de strategiile de coping in care valorile religioase sunt incorporate si de emotiile pozitive pe care persoanele cu afiliatie religioasa le au. Koenig si Larson (2001) sistematizeaza 850 studii si gasesc ca religiozitatea coreleaza pozitiv cu sanatatea mentala in 80% din studii si ca in doua treimi din studii depresia si anxietatea sunt mai putin severe la cei cu religiozitate.

Studiul cel mai recent a lui Hackney si Sanders (2003) ia in calcul numai studiile publicate intre 1990 si iulie 2001. Ei au inclus numai studiile care utilizeaza conceptul de religiozitate. Conceptele precum spiritualitate, misticism, copingul religios, atributiile religioase, ideile morale sau experientele transcendente au fost excluse din cercetare. Religiozitatea a fost impartita in trei fatete: religiozitatea institutionala, ideologia religioasa si devotiunea personala. Aceste trei fatete au fost corelate cu adaptare psihologica care la randul ei a fost impartita in: suferinta psihologica precum depresia, anxietatea, etc., gradul de satisfactie de viata si dezvoltarea individuala (integrarea identitatii, bunastarea individuala, motivatia, speranta si ambitia). Aceasta foarte complexa meta-analiza a scos in evidenta o corelatie inalt semnificativa intre devotiunea religioasa si protectia fata de suferinta psihologica, satisfactia de viata si dezvoltarea personala. Ideologia religioasa coreleaza pozitiv si semnificativ cu satisfactia in viata si dezvoltarea individuala iar religiozitatea institutionala coreleaza doar cu satisfactia de viata. Autorii au gasit ca corelatia dintre religiozitate si sanatatea mentala este cu atat mai stransa cu cat ambele concepte sunt operationalizate de subiect ca apartinand de structura lui interioara. Astfel, o internalizare mare a motivatiei religioase va fi asociata cu o mare rezilienta psihologica.

Echipa lui Kendler (Kendler si colab. 2003) se declara nemultumita de conceptualizarea religiei in cele mai multe studii si intreprinde o cercetare asupra a 2.616 gemeni, femei si barbati, extrasi din populatia generala, la care religiozitatea a fost evaluata prin 78 itemi grupati in sapte factori: religiozitatea generala, religiozitatea sociala, implicarea lui Dumnezeu, Dumnezeu ca un judecator, iertarea, recunostinta si lipsa resentimentului si revansei. Studiul a relevat ca religiozitatea sociala, recunostinta si lipsa resentimentului si revansei reduc riscul pentru depresie, fobie, anxietate, tulburarea de panica sau bulimie iar religiozitatea generala, implicarea lui Dumnezeu, iertarea si Dumnezeu ca un judecator reduc riscul pentru consumul de alcool si droguri si pentru tulburarea antisociala de personalitate.

O alta meta-analiza intreprinsa de Smith si colab. (2003) a avut in obiectiv doar relatia dintre religiozitate si depresie. Ei au utilizat un numar de 147 studii care au cuprins un numar de 98.975 subiecti si au gasit de-a lungul intregului esantion o corelatie de -0,096 indicand ca o un grad mai mare de religiozitate se asociaza cu mai putine simptome de depresie; aceasta asociere este moderata de tipul de religiozitate. Aceasta corelatie, desi destul de modesta, confirma rezultate mai vechi care au postulat acelasi tip de relatie (Koenig si Larson, 2001). Intr-un studiu populational intreprins pe un esantion larg (70.884 subiecti) recrutat din populatia generala a Canadei, Baetz si colab. (2004) gasesc ca frecventa participarii la slujba religioasa coreleaza cu simptome depresive usoare in timp ce credinta in valorile religioase coreleaza cu un grad mai mare de depresie. In acelasi sens se inscrie si rezultatele studiului lui Miller si colab. (2002) care gasesc ca religiozitatea coreleaza cu un risc mai mare de depresie la femeile care au avut o istorie de depresie in copilarie (riscul creste cu 236%) , in schimb religiozitatea este protectiva pentru depresie la femeile care nu au avut astfel de istorie in copilarie (riscul se reduce cu 51%). Interesanta este si constatarea ca femeile care au avut experienta depresiei in copilarie sunt mai inclinate sa devina religioase la varsta adulta.

Mult mai putine studii au vizat relatia religiozitatii/spiritualitatii sub diferitele lor aspecte cu anxietatea iar rezultatele lor sunt total neconcludente. Astfel, unele studii au aratat ca anxietatea este crescuta la persoanele religioase, mai ales anxietatea anticipatorie si ingrijorarea (Tapanya si colab. 1997), altele nu gasesc nici o corelatie precum studiul lui Krause si Van Tran (1989) intreprins pe 2.107 persoane, iar altele gasesc ca anxietatea



scade odata cu cresterea religiozitatii, religiozitate care functioneaza ca un tampon in fata evenimentelor stressante sau confera siguranta in fata evenimentelor nepravazute (Williams si colab. 1991).

Religiozitatea s-a dovedit si un factor care creste aderenta la tratament atat pentru tulburari psihiatrice cat si pentru cele somatice. Foarte recent, Borrás si colab. (2007) au intreprins un studiu pe un esantion de 103 schizofreni stabilizati dintre care 32% erau total sau partial non-complianti la medicatia administrata oral si constata ca religiozitatea este mai importanta pentru pacientii cu aderenta la tratament. Doua treimi din pacienti considerau ca spiritualitatea este o parte importanta a vietii de zi cu zi si 57% din ei considerau ca evolutia bolii lor este influentata de credintele lor (31% in mod pozitiv si 27% in mod negativ). La fel, religiozitatea sporeste aderenta la tratamentul psihoterapic, indivizii cu o solida credinta religioasa/spiritualitate avand o atitudine pozitiva fata de terapia psihologica (Kaminetzky si Stricker, 2001). S-a constatat ca terapia cognitiva “prinde” mai bine la persoanele religioase si D’Souza si George (2006) dezvolta un tip special de terapie cognitiva pentru persoanele cu religiozitate numita “Terapia Cognitiv-Comportamentala Augmentata Spiritual”. Acest tip de terapie s-a dovedit efectiva la schizofreni si pacientii au apreciat-o ca o forma care mentine demnitatea si reduce stigma.

### **Religiozitatea si consumul de alcool si droguri**

Religiozitatea a fost corelata pozitiv cu un rezultat favorabil in cazul consumului de alcool si droguri. Unele religii interzic in mod explicit consumul de alcool si/sau droguri, altele prescriu norme comportamentale care descurajeaza consumul acestora. Un studiu efectuat la nivelul national (National Center on Addiction and Substance Abuse, 2001) arata ca consumul de marijuana la adolescentii la care religia este importanta a fost de 9,9% pe cand la restul adolescentilor a fost de 21,5%. Mason si Windle (2001) arata ca tinerii cu afinitate religioasa tind sa se grupeze pe acest gradient lucru care previne afilierea cu alti tineri cu comportament deviant. Marsiglia si colab. (2005) iau un esantion de 7.304 tineri de origine lation-americana si ii urmaresc timp de doi ani si constata ca religiozitatea a fost asociata cu o rata mai scazuta de consum de alcool, tigarete si marijuana. Stark si Bainbridge (1998) lanseaza modelul “comunitatii morale” in care persoanele religioase tind sa descurajeze consumul de alcool si droguri ca un mod de

pastra nealterate valorile morale, ascetice ale spatiului comunitar. Acest model se bazeaza pe studii mai vechi si mai noi in care persoanele religioase s-au dovedit reziliente in fata consumului de droguri sau au demonstrat o abstinenta de lunga durata dupa un program de reabilitare comparative cu subiectii nereligiosi. Richard si colab (2000) arata ca frecventa participarii la slujba religioasa este asociata pozitiv cu descresterea consumului de alcool, independent de participarea sau nu la grupurile AA, la fel este asociata cu reducerea consumului de cocaina, in schimb religiozitatea practicata individual nu a demonstrat aceiasi valoare protectiva. In studiul pe 2.616 gemeni, barbati si femei, efectuat de Kendler si colab. (2003) autorii gasesc ca religiozitatea exprimata prin frecventa participarii la slujba, implicarea lui Dumnezeu, iertarea si Dumnezeu ca judecator contribuie semnificativ la reducerea riscului la dependenta de alcool, dependenta la nicotina, abuz si dependenta de droguri si comportament anisocial.

### **Factorii mediationali al relatiei dintre religiozitate/spiritualitate si sanatatea mentala.**

De-a lungul deceniilor explicarea modului prin care religiozitatea/spiritualitatea influenteaza sanatatea mentala a fost un domeniu fascinant pentru cercetatori si filozofi in acceptiunea larga a cuvintului. Unii au fost inclinati sa postuleze o relatie genetica-developmentala, altii au preferat o explicatie legata de felul cum un individ migreaza catre anumite valori imanente existentei lui pamantene; indiferent cum ar fi tema, este in continuare in dezbateri ardente.

Unele studii sugereaza ca 40-50% din varianta intr-un esantion de religioasi poate fi atribuita factorilor genetici (D'Onofrio si colab. 1999). Astfel, aceleasi gene care confera rezistenta la depresie contribuie si la dezvoltarea sentimentelor religioase. Mai mult, copii crescuti intr-un mediu protectiv, in care caldura si grija au stat la bazele relatiei dintre parinti si copii, dezvoltata mai tarziu o consistenta religiozitate/spiritualitate si se dovedesc mult mai rezilienti in fata stressului si tulburarilor psihologice (Ingram si Ritter, 2000). Printre alti factori care mediaza relatie dintre religiozitate/spiritualitate si sanatatea mentala mai sunt amintiti nivelul scazut de consum de alcool si droguri si faptul ca implicarea religioasa creeaza mai multe oportunitati indivizilor sa dezvolte o retea de suport social protectiva (Koenig si colab. 2001). Acesti indivizi au si calitatea de a evalua adecvat evenimentele de viata negative percepuandu-le mult mai putin stressant ca

altii; ei cred ca viata lor este “controlata” de forta suprema a credintei lor religioase si ca evenimentele negative de viata sunt doar incercari care conduc la dezvoltarea lor personala (George si colab. 2000). Dupa Pargament (1997), indivizii religiosi au anumite scheme cognitive si comportamente care sunt inglobate in competenta individuala de coping (asa numitul “coping religios”) si aceasta ajuta ca ei sa depaseasca mai usor evenimentele stressante sau adversitatile de tot felul. Cercetatorii inclinati spre teoria atasamentului il privesc pe Dumnezeu ca o “persoana” de atasament si, asa cum copii cauta protectie la parinti, asa si oamenii religiosi cauta protectie la Dumnezeu (Kirkpatrick, 1995).

Mircea Eliade scria scria in 1959 ca “omul religios poate trai numai intr-o lume a sacrului pentru ca numai intr-o astfel de lume in care participa ca fiinta, el poate sa aiba o existenta reala” (“The Sacred and The Profane: The Nature of Religion”). Religia nu este un set de credinte si practici pe care cineva la aplica doar cand are nevoie sau in anumite ocazii. Prin educatie, frecventarea slujbei, practicarea ritualurilor si ceremoniilor, prin aderenta la traditiile religioase oamenii religiosi privesc propria existenta filtrata prin doctrina si valorile lor religioase, viata li se pare ca avand o semnificatie si un caracter sacru si o sursa permanenta pentru taria personala cu care strabat existanta. In ultima instanta, religiozitatea furnizeaza stabilitate, suport si directie vietii omului religios, ii ofera o filozofie de viata si o coerenta personala (Hill si Pargament, 2003). “Drumul cautarii salvarii personale, eliberarii dintr-un atasament asupritor, eliberarii din propria captivitate, gasirii de noi directii de viata, clarificarii personale nu se termina niciodata si este presarat cu iluminari si disperare, de-a lungul lui, totusi, credinta face sa continui acest drum in care seninatatea alterneaza cu sentimente de bucurie si extaz” ( Ho si Ho, 2007).

### **Religiozitatea, valorile si virtutile**

Valorile umane sunt un alt gen de mediatori ai relatiei dintre religie/spiritualitate si sanatatea mentala. Mult timp studiul valorilor si al religiei a urmat drumuri paralele dar astazi se asista la o incercare de sinteza ceea ce incearca sa faca si Schwartz si Huisman (1995). Pentru a face aceasta legatura, ei pornesc de la viziunea lui Schwartz asupra valorilor (Schwartz, 1994). Pentru el valorile sunt conceptiile prin care o persoana isi selecteaza actiunile, evalueaza oameni si explica actiunile altora. Valorile exprima ce

oamenii cred despre bine si rau. Schwartz a postulat existenta a 10 tipuri de valori, teorie testata de el in 65 tari si 210 esantioane populationale. Acestea ar fi: *puterea* (statutul social si prestigiu, controlul si dominatia), *dobandirea* (succesul personal si competenta conform standardelor sociale), *hedonismul* (placerea si autogratificarea), *stimularea* (excitatiea, cautarea noului si a provocarilor), *auto-directionarea* (gandirea independenta si alegerea actiunii, explorarea), *universalismul* (intelegerea, aprecierea, toleranta, protectia altora si a naturii), *bunavointa* (apararea si sporirea bunastarii celorlalti), *traditia* (respectul, acceptarea si implicarea in regulile, obiceiurile si ideile pe care cultura traditionala si religia le furnizeaza), *conformitatea* (restrangerea actiunilor, inclinatiilor si impulsurilor care ar putea sa jeneze sau sa raneasca pe altii sau sa violeze normele si asteptarile sociale) si *securitatea* (siguranta, armonia si stabilitatea sociala, a relatiilor si a sinelui).

Schwartz si Huisman (1995) sugereaza ca religia furnizeaza o baza pentru a intelege de ce anumite norme si structura sociala sunt prevalente intr-o cultura, ea conduce la acceptarea ordinii sociale si descurajeaza inovatiile si punerea ei in discutie (Roccas, 2005). Inglehart (2000) crede ca religia dominanta in fiecare societate este legata de tipul de valori considerate a fi cele mai importante pentru ea. Astfel, tarile europene protestante atribuie o mai mare importanta atat expresiei individuale cat si valorilor secular-rationale, pe cand tarile europene catolice atribuie o mica valoare ambelor tipuri de valori.

Studiind relatiile dintre religie si valori, Schwartz si Huisman (1995) gasesc urmatoarele corelatii: i) o relatie pozitiva intre religiozitate si conservatorism (o suma a valorilor de securitate, conformism si traditie) pentru ca retinerea (auto-constrangerea), ordinea si rezistenta la schimbare sunt compatibile cu religiozitatea in cel mai inalt grad; ii) o corelatie negativa intre religiozitate si deschiderea la schimbare (care inglobeaza stimularea si auto-directionarea), hedonismul in particular fiind cel mai incompatibil cu ideile religioase; iii) o relatie pozitiva intre religiozitate si transcendentia (bunavointa si universalismul) pentruca generozitatea si perceperea interesului altuia sunt componente esentiale ale nucleului doctrinar al religiilor.

Oamenii variaza in religiozitatea lor in functie de valorile care ii ghideaza, lucru valabil mai ales in religiile monoteiste (de ex. crestinism, islamism, judaism). Pentru

Roccas (2005) relatia dintre religie si valori este reciproca, o persoana fiind cu atat mai religioasa cu cat adopta valorile postulate de congregatia religioasa de care apartine si aceasta persoana este mai mult sau mai putin religioasa in masura in care religia ii ofera sau nu oportunitati pentru a-si urmarii propriile teluri valorice.

Un alt tip de mediator intre religiozitate si sanatatea mentala sunt virtutiile. In general, cand profesionistii vorbesc despre sanatate, la fel ca si in definitia Organizatiei Mondiale a Sanatatii, ei sa gandesc mai ales la absenta simptomelor, a bolilor sau a dizabilitatii. Peterson si Seligman (2004) fac o incercare extraordinara prin care, asa cum DSM-IV sau Clasificarea Internationala a Bolilor pune fundamentele descrierii bolilor, ei incerca sa puna, intr-o sistematica asemanatoare, fundamentele virturilor oamenilor, virtuti care le dau puterea de caracter de a depasi greutatile din parcursul lor existential. Ei si-au propus sa faca o lista exhaustiva a virturilor de-a lungul diferitelor culturi si religii, sa vada care dintre virtuti sunt universale si le coreleze cu puterea de caracter si capacitatea de coping si, in ultima instanta, cu sanatatea.

Virtutea este calitate morala a unui individ, ea fiind opusa viciului. Etimologic virtutea vine din latina si intelesul originar ar fi legat de curaj si puterea caracterului. Virtutile s-au definit si redefinit de-a lungul istoriei in context religios si socio-economic. Pentru Platon sunt numai patru virtuti: inteligenta (*sophia*), curajul (*andreis*), retinerea (*sophrosune*) si justitia (*dikaisune*). Cele zece porunci sunt un alt exemplu de virtuti promovate in mod specific in cultura Judaica. Pentru spatiul islamic virtutile cele mai apreciate sunt postulate in 96 de aforisme care sugereaza ce oamenii ar trebui sa faca pentru sanatatea si sufletul lor; cele mai importante virtuti ar fi contemplatia, justitia, inteligenta, moderatia, curajul si generozitatea. Pentru hindusi cea mai importanta virtute ar fi renuntare iar pentru buddhisti ar fi absintenta, onestitatea si transcendentia. Dahlsgaard, Peterson si Seligman (2005) incearca sa gaseasca un numitor comun de-a lungul diverselor culturi si religii si gasesc ca sunt sase virtuti "nucleare" comune tuturor: *curajul* (puterea emotionala de a face fata situatiilor contrarii, interne si externe, de ex. bravura, perseverenta, onestitatea), *justitia* (taria de a sustine viata comunitara, valorile comunitare, integritatea, calitatea de cetatean sau de parte a unuui grup), *umanitatea* (taria manifestata in interrelatie cu altii ce implica dragostea si respectul, prietenia si consideratia), *temperanta* (puterea de a rezista exceselor, tentatiei si include iertarea,

umilinta, prudenta si autocontrolul), *inteligenta* (care include creativitatea, curiozitatea, judecata si perspectiva) si *transcendentă* (dobandirea intelesului in legatura cu universalul si include gratitudinea, speranta si spiritualitatea). Dupa acesti autori, aceste sase virturi sunt comune confucianismului, taoismului, buddhismului, hinduismului, crestinismului, judaismului si islamului. Justitia si umanitatea sunt foarte evidente si complet descrise in toate cele sapte spatii cultural-religioase, temperanta si inteligenta ar putea fi pe locul doi iar transcendentă, desi este ubicuitara, nu este explicit definita.

Ca si in cazul valorilor, exista o relatie reciproca intre religie si virtuti. Indivizii cu o puternica religiozitate manifesta si mai multe si mai puternice virtuti, ele operand cel mai ades in context social si comunitar. Conform acestei acceptiuni, nu se poate concepe un individ religios/spiritual in afara virtutilor si reciproca. Virtutile sunt inglobate in copacitatea de coping a unui individ, ele fiind ceea ce deterimina modalitatea de a intelege, de a suferi, de a accepta si de a cauta ajutorul.

O alta sinteza care valideaza importanta spiritualitatii, a valorilor si virtutilor o face Antonvsky (1987, 1995) care incearca sa explice de ce unii indivizi sunt rezilienti si altii nu in fata adversitatilor. El considera ca exista o dispozitie specifica a personalitatii care serveste ca resursa majora de coping in prezervarea sanatatii si pe care o denumeste "sensul coerentei". La baza sensului coerentei sta mecanismul "salutogenic" (salus = pastrare si prosperitate) care se bazeaza pe calitatile individuale precum *sensibilitatea* (intelegerea situatiilor), *abilitatea* (dobandirea si adecvarea abilitatilor), *valorile si virtutile*, *viziunea* asupra deznodamantului asteptat, *armonia* cu contextul si perceperea realitati. Conceptul de sens al coerentei face sinteza intre suportul social, spiritualitate, fericire, umor si dragoste. Prin aceasta calitate individul interpreteaza lumea din jur ca fiind rationala, structurata, ordonata, consistenta, predictibila, considera resursele personale ca fiind adecvate cerintelor si apreciaza daca situatia merita angajarea proprie. Pentru Antonovsky, valorile, religiozitatea si spiritualitatea sunt pilonii de baza pe care se sprijina coerenta individuala in fata situatiilor de viata.

### **Religiozitatea/spiritualitatea si serviciile de sanatate mentala**

Dupa o istorie de suspiciune si antagonism ultimele decenii au adus oarecare apropiere intre religiozitate si spiritualitate pe de-o parte si serviciile de sanatate mentala pe de alta parte. Exista mai mult idei preconcepute care interfera cu utilizarea acestor

concepte in serviciile de sanatate mentala (Fallot, 1998). Astfel, exista un antagonism istoric intre stiintele comportamentale si religie, religia fiind vazuta de acestea ca avand o functie defensiva, influentand negativ perceperea adecvata a realitatii si promovand un mod rigid de gandire, fiind astfel regresiva, primitiva si disfunctionala. Un alt obstacol ar fi ca profesionistii sanatatii mentale nu pot aborda cu franchete subiectele religioase cu clientii lor din cauza ca limbajul religios este abstract, metaforic si simbolic iar un individ cu distorsiuni cognitive, precum cel delirant, ar avea mari probleme in a distinge mesajul religios de distorsiunile realitatii pe care le traieste. Pe de alta parte, exista constatarea ca religiozitatea profesionistilor sanatatii mentale este mai scazuta decat cea populatiei generale, ei fiind notabil mai putin increzatori in existanta lui Dumnezeu sau avand o aderenta mai mica fata de dogma religioasa (Lukoff si colab. 1992). Nu in ultimul rand, exista reticenta in abordarea subiectului religiozitatii in cursul intalnirii terapeutice pentru probleme de sanatate mentala. Foarte multi profesionisti considera in mod gresit ca religiozitatea este un domeniu privat, sensibil si inadecvat discutiei din spatiul terapeutic.

In ciuda acestor obstacole, ultimi ani au contribuit la construirea unei relatii constructive intre religie/spiritualitate si sanatatea mentala in special. Se considera ca mesajul terapeutic adus de religie este esential in alinarea esecului existential, al sentimentului ca viata nu are sens, ca este o pierdere de timp, a instrainarii fata de lume, fata de altii, a pierderii sensului muncii, activitatii, dragostei, a dezorientarii si pierderii directiei. Foarte multe persoane cu tulburari psihice severe gasesc in religie sursa regasirii identitatii si intelesului vietii. Minimalizarea acestor aspecte poate conduce clinicianul la ignorarea unui aspect esential al reconstructiei si redefinirii multora dintre clientii serviciilor de sanatate mentala. Pentru multi dintre acestia spiritualitatea si religiozitatea reprezinta motivatia si sustinerea procesului de recuperare si ofera o certitudine viitorului personal.

## **Bibliografie:**

- Allport, G.W. (1950): *The Individual and His Religion: A Psychobiological Interpretation*, New York: Macmillan;
- Antonovsky, A.: (1987). *Unraveling the mystery of health*, San Francisco: Jossey-Bass;
- Antonovsky, A.: (1995). The moral and the health: Identical, overlapping or orthogonal? Israel—*Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 32, 5–12;
- Baetz, M., Griffin, R., Bowen, R. et al (2004): Association between spiritual and religious involvement and depressive symptoms in a Canadian Population, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192: 818-822;
- Bergin, A.E. (1983): Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis, *Professional Psychology Research and Practice*, 14: 170-184;
- Borras, L., Mohr, S, Brandt, P.Y. et al (2007): Religious beliefs in schizophrenia: Their relevance for adherence to treatment, *Schizophrenia Bulletin*, 33(5): 1238-1246;
- Byrd, R.C. (1988): Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population, *Southern Medical Journal*, 81:826-829;
- Commission on Children at Risk (2203): *Hardwired to connect: The new scientific case for authoritative communities*, New York: Institute for American Values;
- Dahlsgaard, K., Peterson, C., Seligman, M.E.P. (2005): The convergence of valued human strengths across culture and history, *Review of General Psychology*, 9(3): 203-213;
- Donahue, M.J. (1985): Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta-analysis, *Journal of Personality and Social Psychology*, 48:400-419;
- D’Onofrio, B. M., Eaves, L. J., Murrelle, L. et al. (1999): Understanding biological and social influences on religious affiliation, attitudes, and behaviors: A behavior genetic perspective, *Journal of Personality*, 67: 953–984;
- D’Souza, R & George, K. (2006): Spirituality, religion and psychiatry: Its applicability to clinical practice, *Australasian Psychiatry*, 14(4): 408-412;
- Eliade, M. (1959): *The Sacred and The Profane: The Nature of Religion*, New York: Harcourt Brace;
- Ellis, A (1980): Psychotherapy and atheistic values: A response to A. E. Bergin’s “Psychotherapy and religious values”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48:635-639;
- Fallot, RD (1998): The place of spirituality and religion in mental health services, *New Directions for Mental Health Services*, 80 (Winter): 3-12;
- Freud, S (1953): *The Future of an Illusion*, New York: Liveright;
- George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G., & McCullough, M. E. (2000): Spirituality and health: What we know, what we need to know, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19: 102–116;
- George, L.K., Ellison C.G., Larson, D.B. (2002): Explaining the relationship between religious involvement and health, *Psychological Inquiry*, 13: 190-200;
- Hackney, C.H. & Sanders, G.S. (2003): Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42: 43-55;



- Hill, P.C., Pargament, K.I. (2003): Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research, *American Psychologist*, 58(1): 64-74;
- Hill, P.C., Pargament, K.I., Hood, R.W., et al (2000): Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30:51-77;
- Ho, D.Y.F. & Ho, R.T.H. (2007): Measuring spirituality and spirituality emptiness: Toward ecumenicity and transcultural applicability, *Review of General Psychology*, 11(1): 62-74;
- Ingelhart, R. (2000): Culture and democracy, in L.E. Harrison & S.P. Huntington (Eds.): *Culture matters. Human values shape human progress*, New York: Basic Books.
- Ingram, R. E., & Ritter, J. (2000): Vulnerability to depression: Cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals, *Journal of Abnormal Psychology*, 109: 588–596.
- Jung, C. (1933): *Modern Man in Search of a Soul*, New York: Harcourt Brace Jovanovich;
- Kaminetzky, G. & Stricker G. (2001): Does religiosity predict attitudes toward psychotherapy? *Journal of Psychology and Judaism*, 24(4): 251-260;
- Kendler, K.S., Xiao-Qing Liu, Gardner C.O. et al (2003): Dimension of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders, *American Journal of Psychiatry*, 160:496-505;
- Kirckpatrick, L.A. (1995): Attachment theory and religious experiences, in R.W. Hood (Ed.): *Handbook of Religious Experiences*, Birmingham, AL: Religious Education Press;
- Koenig, H.G. & Larson, D.B. (2001): Religion and mental health: Evidence for an association, *International Review of Psychiatry*, 13:67-78;
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., Larson, D.B. (2001): *Handbook of Religion and Health*, New York: Oxford University Press;
- Krause, N. (1993): Measuring religiosity in later life, *Research on Aging*, 15:170-197;
- Krause, N. & Van Tran, T. (1989): Stress and religious involvement among older black, *Journal of Gerontology*, 44: S4-S13;
- Larson, D.B., Sherrill, K.A., Lyons, J.C. et al (1992): Associations between dimensions of religious commitment and mental health reported in the *American Journal of Psychiatry and Archives of General Psychiatry: 1978-1989*, *American Journal of Psychiatry*, 149:557-559;
- Levin, J.S. (1994): Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal? *Social Science Medicine*, 38: 1475-1482;
- Lukoff, D., Lu, F., Turner R. (1992): Toward a more culturally sensitive DSM-IV: Psychoreligious and psychospiritual problems, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(11): 673-682;
- Marsiglia, F.F., Kulis, S., Nieri, T., Parsai, M. (2005): God forbid! Substance use among religious and nonreligious youth, *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(4): 585-598;
- Mason, A., & Windle, M. (2001). Family, religious, school and peer influences on adolescent alcohol use: A longitudinal study, *Journal of Studies on Alcohol*, 62(1), 44-51; .

- Miller, L., Weissman M., Gur, M., Greenwald, S. (2002): Adult religiousness and history of childhood depression: Eleven-year follow-up study, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190: 86-92;
- National Center on Addiction and Substance Abuse. (2001); *So help me God: Substance abuse, religion, and spirituality*, New York;
- Newberg, A.B. (2006): religious and spiritual practices: A neurochemical perspective, in P. McNamara (Ed.): *Where God and Science Met: The Neurology of religious experience (Vol.2)*, Westport, CT: Praeger;
- Paranjpe, A.C. (1988): Introduction, in A. C. Paranjpe et al (Eds.): *Asian contribution to psychology*, New York: Praeger;
- Pargament, K.I. (1997): *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, and Practice*, New York: Guilford Press;
- Peterson, C. & Seligman, M.E.P. (2004): *Character strengths and virtues: A handbook and classification*, Washington, DC: American Psychological Association;
- Powell, LH, Shahabi, L, Thoresen, C.E. (2003): Religion and spirituality: linkage to physical health, *American Psychologist*, 58(1): 36-52;
- Richards, P.S., Bergin, A.E. (1997): *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*, Washington, DC: American Psychological Association;
- Richard, A.J., Bell, D.C., Carlson, J.W. (2000): Individual religiosity, moral community and drug user treatment, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39(2): 240-246;
- Roccas S. (2005): Religion and value systems, *Journal of Social Issues*, 61(4): 747-759;
- Rosenau, P.M. (1992): *Post-modernism and the social sciences*, Princeton, NJ: Princeton University Press;
- Schwartz, S.H. (1994): Are there universal aspects in the structure and contents of human values? *Journal of Social Issues*, 50: 19-45;
- Schwartz, S.H. & Huismans, S. (1995): Value priorities and religiosity in four Western religions, *Social Psychology Quarterly*, 58: 88-107;
- Seeman, T. E., Dubin, L.F., Seeman, M. (2003): Religiosity/Spirituality and health: A critical review of the evidence for biological pathways, *American Psychologist*, 58 (1): 53-63;
- Seybold, K.S. (2007): Physiological mechanisms involved in religiosity/spirituality and health, *Journal of Behavioral Medicine*, 30:303-309;
- Seybold, K.S. & Hill, P.C. (2001): The role of religion and spirituality in mental and physical health, *Current Directions in Psychological Science*, 10:21-24;
- Shafranske, E.F. & Mallony, H.N. (1990): Clinical Psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy, *Psychotherapy*, 27(1): 72-78;
- Sloan, R.P., Bagiella, E., Powell, T (1999): Religion, spirituality, and medicine, *Lancet*, 353:664-667;
- Smith, T.B, McCullough M.E., Poll, J. (2003): Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events, *Psychological Bulletin*, 129:614-636;
- Stark, R. & Bainbridge, W.S. (1998): *Religion, Deviance, and Social Control*. New York and London: Routledge
- Stern, J. (2004): *Terror in the name of God: Why religious militants kill*, New York: Harper Collins;

- Tapanya, S., Nicki, R., Jaruswald, O. (1997): Worry and intrinsic/extrinsic religious orientation among Buddhist (Thai) and Christian elderly persons, *Aging and Human Development*, 44: 75-83;
- Taylor, S.E. (2006): tend and befriend: Biobehavioral bases of affiliation under stress, *Current Direction in Psychological Science*, 15:273-277;
- Watters, W (1992): *Deadly doctrine: Health, Illness, and Christian God-talk*, Buffalo, NY: Prometheus;
- Williams, D.R., Larson, D.B., Buckler, R.E. et al (1991): Religion and psychological distress in a community sample, *Social Science Medicine*, 32: 1257-1262;
- Wulff, D.M. (1996): The psychology of religion: An overview, in E.P. Shafranske (Ed.): *Religion and the Clinical Practice of Psychology*, Washington, DC: American Psychological Association;