

The cover features a light orange background with a large, abstract graphic on the left side consisting of overlapping, curved bands in shades of blue and white. At the top, a solid blue horizontal bar spans the width of the page. The word 'ZEN' is written in a large, blue, sans-serif font, partially overlapping the blue bar. Below it, the word 'Review' is written in a smaller, grey, cursive font.

ZEN

Review

**Espiritualidade
& Saúde Mental**
Espiritualidade e Psicoterapia

Julio Fernando Prieto Peres

3

Espiritualidade & Saúde Mental:

Espiritualidade e Psicoterapia

Julio Fernando Prieto Peres

CRP-SP 36003

Psicólogo clínico, doutor em Neurociências e Comportamento pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, com pós-doutorado pelo Center for Spirituality and the Mind, University of Pennsylvania, Estados Unidos

Introdução

O interesse sobre a espiritualidade e a religiosidade sempre existiu no curso da história humana e recentemente a ciência tem investigado o tema. No começo dos anos 1960 os estudos eram dispersos e nesse período surgiram os primeiros periódicos especializados, entre os quais o *Journal of Religion and Health*. A partir de então, estudos realizados sobre espiritualidade e religiosidade em amostras específicas (por exemplo, enfermidades graves, depressão, transtornos ansiosos) mostraram pertinência quanto à investigação do impacto dessas práticas na saúde mental e na qualidade de vida. Aqui veremos algumas contribuições do binômio espiritualidade e saúde às pessoas que buscam a psicoterapia.

Por que espiritualidade e psicoterapia?

A crença religiosa constitui uma parte importante da cultura, dos princípios e dos valores utilizados pelos pacientes para dar forma a julgamentos e ao processamento de informações. A confirmação de suas crenças e inclinações perceptivas pode fornecer ordem e compreensão de eventos dolorosos, caóticos e imprevisíveis (Carone e Barone, 2001). O conhecimento e a valorização dos sistemas de crenças dos pacientes colaboram para a adesão do indiví-

duo à psicoterapia assim como para melhores resultados das intervenções (Sperry e Sharfranske, 2004).

Atualmente, observa-se na literatura na área da saúde mental ênfase crescente do tema espiritualidade. Um estudo recente mostrou que os principais domínios discutidos em psicoterapia de indivíduos americanos incluíram o trabalho, a família, os amigos e a sexualidade. A religião e a espiritualidade foram consideradas como temas de igual importância, e os pacientes observaram os terapeutas abertos para discussão desses domínios (Miovic *et al.*, 2006). Contudo, nem todas as abordagens encontraram um ajuste do tema em suas intervenções terapêuticas e, ainda assim, psicólogos estudados em entrevistas semiestruturadas consideraram a espiritualidade como um tema potencialmente provedor do encontro de equilíbrio e harmonia dos pacientes (Peres *et al.*, 2007a).

Espiritualidade no consultório

Deve o médico/psicólogo discutir temas espirituais com seus pacientes? Quais são os limites entre o médico/psicólogo e o paciente que consideram temas religiosos e espirituais? Quais são os limites profissionais entre o médico/psicólogo e o capelão/orientador espiritual? Estas são algumas das perguntas que norteiam discussões éticas recentes sobre o tema (Post *et al.*, 2000). A inclusão dos “problemas religiosos ou espirituais” como uma categoria diagnóstica inserida no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-IV) reconhece que os temas religiosos e espirituais podem ser o foco da consulta e do tratamento psiquiátrico/psicológico (Lukoff *et al.*, 1995). Alguns educadores na área de saúde recomendam que os profissionais da saúde pergun-

Como a psicoterapia pode ajudar?

Objetivando tratar, remover ou modificar sintomas de natureza emocional e promover o crescimento e o desenvolvimento da personalidade surgiram em meados do século XIX as psicoterapias no Ocidente. Estas variam em relação às escolas filosóficas, às perspectivas epistemológicas, às teorias e aos métodos que utilizam como orientação de suas intervenções práticas. A despeito dos diferentes tipos de abordagens, o que teriam as várias formas de psicoterapia em comum? A publicação do artigo "Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy", de Rosenzweig (1936), foi um marco original da discussão sobre diferenças, similaridades e eficácia das psicoterapias. O achado geral de pouca ou nenhuma diferença entre as principais escolas da psicoterapia em termos de uma efetividade global foi previsto nesse artigo publicado há 70 anos (Samstag, 2002). Atualmente as áreas de concordância entre as abordagens psicoterápicas continuam mais expressivas que as diferenças, sobressaindo em especial quatro aspectos: (1) a similaridade dos objetivos; (2) a relação terapeuta-paciente tem papel central nos processos; (3) o paciente responsabiliza-se pelas escolhas; (4) a promoção da compreensão do "Eu" pelo paciente (Duncan, 2002). Um detalhado exame de 17 metanálises de estudos comparativos de diversas modalidades de psicoterapias encontrou diferenças não significativas de resultados (Luborsky *et al.*, 2002). Os autores reconhecem que "resultados não significativos não indicam que os tratamentos comparados têm os mesmos efeitos para todos os pacientes". Por outro lado, Bohart (2000) postulou que o paciente deve ser visto como o fator comum mais importante na psicoterapia trazendo o conceito de "resiliência" – capacidade de atravessar dificuldades e voltar à qualidade satisfatória de vida – para argumentar que os pacientes, e não os terapeutas, são os curadores. Portanto, a psicoterapia deve voltar-se para os pacientes e respectivos sistemas de crenças, no sentido de potencializar suas capacidades, uma vez que a terapia funciona até onde o paciente aceita participar. Além disso, é fundamental que a psicoterapia trabalhe para desenvolver modelos colaborativos, com base na relação, que enfatizem a mobilização da esperança e do otimismo, o envolvimento ativo do paciente e a ajuda para que os pacientes mobilizem suas inteligências intrínsecas para encontrar soluções (Bohart, 2000). Nesse sentido, é razoável pensar que a religiosidade e a espiritualidade devem ser consideradas pelos terapeutas em suas abordagens. Realmente a psicoterapia pode ajudar, e vários estudos mostram os efeitos neurobiológicos e a atenuação dos sintomas após as intervenções terapêuticas (Peres *et al.*, 2007b; 2008).

tem rotineiramente sobre a espiritualidade e a religião ao conduzir a história médica de seus pacientes (Ehman *et al.*, 1999). Entretanto, integrar dimensões espirituais e religiosas de vidas dos pacientes durante a psicoterapia requer profissionalismo ético, alta qualidade de conhecimento e habilidades para alinhar as informações coletadas sobre as crenças e os valores ao benefício do processo terapêutico. A Associação Psiquiátrica Americana produziu um guia que orienta os terapeutas a compreender e manter um respeito empático ao abordar as crenças religiosas dos pacientes, reforçando que o treinamento adequado do terapeuta, a compatibilidade terapeuta-paciente, a atenção à pessoa e não apenas à doença e a busca da compreensão empática podem reduzir a ocorrência da conversão de valores e minimizar os problemas éticos associados (Tjeltveit, 1986; Post *et al.*, 2000). Lomax *et al.* (2002) apontam que algumas observações éticas merecem atenção como: (1) a habilidade de inquirir sobre a vida religiosa e espiritual dos pacientes é um elemento importante da competência psicoterapêutica; (2) a informação sobre a vida religiosa e espiritual dos pacientes revela frequentemente dados extremamente importantes para superação de suas dificuldades; (3) o processo da investigação sobre esse domínio deve ser respeitoso; (4) há um potencial significativo para faltas éticas quando o terapeuta busca impor suas convicções pessoais (religiosas ou antirreligiosas) abandonando o princípio da neutralidade.

Em convenção com a Associação Psiquiátrica Americana, Shafranske (2001) recomenda alguns procedimentos para psicoterapeutas ao abordarem o tema espiritualidade e religiosidade: (1) identificar se variáveis religiosas e espirituais são características clínicas relevantes às queixas e aos sintomas apresentados; (2) pesquisar o papel da religião e da espiritualidade no sistema de crenças do paciente; (3) identificar se idealizações religiosas e representações de Deus são relevantes e abordar clinicamente essa idealização; (4) demonstrar como os recursos religiosos e espirituais podem favorecer o tratamento psicológico; (5) utilizar um procedimento de entrevista para acessar o his-

tórico e o envolvimento com religião e espiritualidade; (6) treinar intervenções apropriadas a assuntos religiosos e espirituais e se atualizar a respeito da ética sobre tais temas na prática clínica.

Resumindo, os psicoterapeutas devem estar confortáveis com pacientes que levantem questões existenciais e espirituais (Shaw *et al.*, 2005; Peres *et al.*, 2007a; 2007b). Uma vez que explorar as crenças religiosas e espirituais pode ser útil no processo psicoterápico, é uma necessidade terapêutica e um dever ético o respeito a essas opiniões, a empatia, assim como a continência à realidade que o paciente traz, ainda que os terapeutas não compartilhem das mesmas crenças religiosas (Shafranske, 1996).

Desamparo e esperança

Desamparo é uma palavra usada frequentemente pelos indivíduos traumatizados com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) quando procuram expressar seus estados emocionais (Scher e Resick, 2005). Estudos sugerem que o aumento da esperança e a diminuição do desespero e do desamparo podem ser fatores importantes para melhor saúde e longevidade (Kubzansky *et al.*, 2001). Indivíduos traumatizados procuram novos sentidos e significados em suas vidas (Peres *et al.*, 2007a) e as crenças e as práticas espirituais e religiosas são fortemente baseadas em buscas pessoais para compreender o significado da vida, o relacionamento com o sagrado e o transcendente (Moreira-Almeida e Koenig, 2006). As práticas religiosas podem ter uma influência importante no modo como as pessoas interpretam e lidam com os eventos traumáticos, promovendo percepções resilientes e comportamentos como a aprendizagem positiva da experiência, o amparo para superação da dor psicológica e a autoconfiança em lidar com as adversidades (Fontana e Rosenheck, 2004). A revisão de 11 estudos empíricos sobre as associações entre a religião, a espiritualidade e os traumas psicológicos mostrou três achados principais: (1) a religião e a espiritualidade são geralmente, embora não sempre, benéficas no tratamento pós-trauma; (2) as experiências traumáti-

cas podem conduzir ao aprofundamento da religiosidade ou da espiritualidade; (3) o manejo religioso positivo, a abertura religiosa, a prontidão para enfrentar perguntas existenciais e a religiosidade intrínseca estiveram associados com a superação psicológica pós-trauma (Shaw *et al.*, 2005). Pargament *et al.* (2004) propõem que o manejo religioso oferece algo especial: “pode equipar excepcionalmente indivíduos para responderem às situações em que se veem face a face com os limites do poder e do controle humanos quando confrontados com suas vulnerabilidades”. O autor ainda refere que as crenças e as práticas religiosas podem reduzir a perda do controle e do desamparo, fornecendo uma estrutura cognitiva que possa diminuir o sofrer e desenvolver a finalidade e significado ante o trauma.

São múltiplos e, às vezes, inesperados os caminhos à resiliência. Uma vez que o desamparo é um fator de risco ao TEPT, assim como a vulnerabilidade e a desesperança elevadas (Scher e Resick, 2005), é possível que o sentido de amparo, suporte e esperança possam, além de ajudar a recuperação, proteger os indivíduos expostos aos eventos traumáticos (Peres *et al.*, 2007a).

Religiosidade e espiritualidade integradas à psicoterapia

Pesquisas que convergem a religiosidade e a espiritualidade à psicoterapia têm avançado nos últimos 25 anos. Por exemplo, Propst *et al.* (1992) investigaram a abordagem cognitiva comportamental padrão e a abordagem cognitiva comportamental religiosa aplicadas a pacientes com depressão por terapeutas religiosos e não religiosos e compararam as respectivas intervenções com grupo-controle em lista de espera. A melhora dos indivíduos submetidos à psicoterapia foi observada igualmente nas condições terapêuticas utilizadas e os terapeutas não religiosos obtiveram resultados superiores aos dos terapeutas religiosos enquanto aplicavam abordagem cognitiva comportamental religiosa. Considerando esses achados, é possível que os melhores resultados terapêuticos sejam alcançados quando o profissional foca sua atenção

na religiosidade do paciente, sem contaminar seu trabalho com as próprias projeções religiosas. Uma metanálise de cinco estudos que compararam a eficácia de abordagens de aconselhamento padrão e abordagens de aconselhamento adaptadas à religião também não encontrou evidência de superioridade de uma abordagem sobre a outra. Os achados sugerem que a possibilidade de usar uma abordagem religiosa com pacientes religiosos é provavelmente mais uma questão da preferência do paciente que uma questão de eficácia diferencial (McCullough, 1999). A despeito de a abordagem cognitiva comportamental adaptada à religiosidade ser tão eficaz como o tratamento padrão (Berry, 2002), a primeira mostrou uma melhora mais rápida inicial em três meses comparada à segunda em grupos étnicos com fortes características culturais religiosas (Azhar e Varma, 1995). Convergindo com esses achados, em estudo com pacientes ansiosos e depressivos, Razali *et al.* (1998) observaram que aqueles submetidos à psicoterapia adaptada para aspectos socioculturais e religiosos melhoraram dos sintomas mais rapidamente nas primeiras semanas que o grupo-controle com psicoterapia padrão, porém os resultados não se diferenciaram aos seis meses. Os autores destacam a importância de a psicoterapia com componente religioso precipitar a redução dos sintomas nos primeiros meses de tratamento. A terapia cognitivo-comportamental adaptada para abordar a espiritualidade (*spiritually augmented cognitive behavioural therapy*) mostrou que o uso da meditação promoveu benefícios significativos no tratamento da desesperança e do desespero (D'Souza e Rodrigo, 2004). Uma revisão dos artigos sobre a eficácia da terapia cognitiva espiritual modificada (*spiritually modified cognitive therapy*) aponta, segundo critérios da Associação Americana de Psicologia, que essa modalidade tem validade empírica apenas no tratamento da depressão (Hodge, 2006). Propostas de terapias de grupo e terapia familiar que inserem temas espirituais e religiosos também têm sido pesquisadas, assim como programas de intervenções psicoeducacionais semiestruturados em que o paciente discute sobre recursos religiosos, espiritualidade, perdão e esperança

(Jacques, 1998; Patterson *et al.*, 2000). A maioria dos grupos considerou que uma vida espiritual é relevante para a compreensão dos problemas pessoais e preferiu um terapeuta que estivesse confortável em discutir esses tópicos.

Os dois tratamentos mencionados – que contemplam ou não a religiosidade e a espiritualidade – focam técnicas de reestruturação cognitiva e avaliações comportamentais. As abordagens que contemplam a religiosidade e a espiritualidade acolhem as crenças dos pacientes e estabelecem uma aliança terapêutica a certos enquadramentos cognitivos que favorecem a superação ou a atenuação do sofrimento, com os seguintes diferenciais: utilizam argumentos racionais religiosos para contrapor pensamentos disfuncionais; encorajam a oração diária como recurso provedor de tranquilidade, orientam a leitura de textos/escrituras sagradas conforme a crença do paciente (Bíblia, Torah, Alcorão etc.); aceitam a interpretação do paciente a respeito de seus sintomas e discutem exemplos de estilos de vida saudáveis postulados pela religião; evitam a pregação e a oposição em relação à visão religiosa do paciente; além de trabalharem com técnicas de visualização. O último recurso é usado especialmente para substituir pensamentos antecipatórios negativos por imagens significativas ao paciente, provedoras de tranquilidade e segurança. Por exemplo: “Eu visualizo Jesus Cristo e sua luz me acompanhando naquela situação difícil que estou tentando enfrentar...”. Outro diferencial da abordagem cognitiva que contempla a religiosidade e a espiritualidade diz respeito às lições de casa com autoafirmações construídas para a exposição e o enfrentamento das dificuldades (por exemplo, afirmativas como “Deus nos ama, aceita e valoriza como nós somos” em casos de baixa autoestima), orações e exercícios de comportamentos bíblicos conversados em terapia. Além dos componentes citados, um terceiro pode ser incluído: o terapeuta e o paciente fazem uma breve oração ao término de cada sessão com enfoque no bem-estar e na superação do paciente.

Concluindo, as religiões advogam em geral o perdão e a absolvição, frequentemente úteis em resolução de conflitos.

Aqui observamos que vários estudos internacionais contemplaram o tema espiritualidade e psicoterapia demonstrando pertinência dessa interface com bons resultados terapêuticos. O Brasil possui um potencial religioso sincrético expressivo e alta prevalência de praticantes de religiosidade/espiritualidade – apenas 7,3% não têm religião (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Censos Demográficos 2000). Faz-se necessário o reconhecimento por parte dos profissionais de que a espiritualidade é um componente importante da personalidade e da saúde; esclarecer os conceitos de religiosidade e espiritualidade junto aos profissionais; incluir a espiritualidade como recurso de saúde na formação dos novos profissionais; adaptar e validar escalas de espiritualidade/religiosidade à realidade brasileira e treinamento específico para a área clínica. De maneira similar à exploração de toda a dimensão pessoal da experiência humana, a integração das dimensões espirituais e religiosas dos pacientes em seus tratamentos requer profissionalismo ético, alta qualidade de conhecimento e habilidades para alinhar as informações coletadas sobre as crenças e valores à eficácia terapêutica.

Referências

- Azhar MZ, Varma SL. Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychother Psychosom.* 1995;63(3-4):165-8.
- Berry D. Does religious psychotherapy improve anxiety and depression in religious adults? A review of randomized controlled studies. *Int J Psychiatr Nurs Res.* 2002;8(1):875-90.
- Bohart AC. The client is the most important common factor: clients' self-healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration.* 2000;10(2):127-49.
- Carone Jr. DA, Barone DF. A social cognitive perspective on religious beliefs: their functions and impact on coping and psychotherapy. *Clin Psychol Rev.* 2001;21(7):989-1003.
- D'Souza RF, Rodrigo A. Spiritually augmented cognitive behavioural therapy. *Australas Psychiatry.* 2004;12(2):148-52.
- Duncan BL. The founder of common factors: a conversation with Saul Rosenzweig. *Journal of Psychotherapy Integration.* 2002;12:10-31.
- Ehman JW, Ott BB, Shor TH, Ciampa RC, Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med.* 1999;159(15):1803-6.
- Fontana A, Rosenheck R. Trauma, change in strength of religious faith, and mental health service use among veterans treated for PTSD. *J Nerv Ment Dis.* 2004;192(9):579-84.
- Hodge DR. Spiritually modified cognitive therapy: a review of the literature. *Soc Work.* 2006;51(2):157-66.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico; Brasil 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em: 25 jul. 2005.
- Jacques JR. Working with spiritual and religious themes in group therapy. *Int J Group Psychother.* 1998;48(1):69-83.
- Kubzansky LD, Sparrow D, Vokonas P, Kawachi I. Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Psychosomatic Medicine.* 2001;63:910-6.
- Lomax JW, Karff RS, McKenny GP. Ethical considerations in the integration of religion and psychotherapy: three perspectives. *Psychiatr Clin North Am.* 2002;25(3):547-59.
- Luborsky L, Rosenthal R, Diguier L, Andrusyna TP, Berman JS, Levitt JT. The Dodo Bird is alive and well—mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2002;9:2-12.
- Lukoff D, Lu FG, Turner R. Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *Psychiatr Clin North Am.* 1995;18(3):467-85.
- McCullough ME. Research on religion-accommodative counseling: review and meta-analysis. *Journal of counseling psychology.* 1999;46(1):92-8.
- Miovic M, McCarthy M, Badaracco MA, Greenberg W, Fitzmaurice GM, Peteet JR. Domains of discussion in psychotherapy: what do patients really want? *Am J Psychother.* 2006;60(1):71-86.
- Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality. *Soc Sci Med.* 2006;63(4):843-5.
- Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *J Health Psychol.* 2004;9(6):713-30.
- Patterson J, Hayworth M, Turner C, Raskin M. Spiritual issues in family therapy: a graduate-level course. *J Marital Fam Ther.* 2000;26(2):199-210.
- Peres JF, McFarlane A, Nasello AG, Moores KA. Traumatic memories: bridging the gap between functional neuroimaging and psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry.* 2008;42(6):478-88.
- Peres JF, Newberg AB, Mercante JP, Simão M, Albuquerque VE, Peres MJ, Nasello AG. Cerebral blood flow changes during retrieval of traumatic memories before and after psychotherapy: a SPECT study. *Psychol Med.* 2007b;37(10):1481-91.
- Peres JFP, Mercante JPP, Nasello AG. Psychological dynamics affecting traumatic memories: implications in psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 2005;78:431-47.
- Peres JFP, Moreira-Almeida A, Nasello AG, Koenig HG. Spirituality and Resilience in Trauma Victims. *Journal of Religion and Health.* 2007a;46:343-50.
- Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. *Ann Intern Med.* 2000; 132(7):578-83.
- Propst LR, Ostrom R, Watkins P, Dean T, Mashburn D. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1992;60(1):94-103.
- Razali SM, Hasanah CI, Aminah K, Subramanian M. Religious-sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 1998;32:867-72.
- Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry.* 1936;6:412-5.
- Samstag LW. The common versus unique factors hypothesis in psychotherapy research: Did we misinterpret Rosenzweig? *Journal of Psychotherapy Integration.* 2002;12(1):58-66.
- Scher CD, Resick PA. Hopelessness as a risk factor for post-traumatic stress disorder symptoms among interpersonal violence survivors. *Cogn Behav Ther.* 2005;34(2):99-107.
- Shafranske E. Religion and the clinical practice of psychology. Washington: American Psychological Association, 1996.
- Shafranske E. Disponível em: www.apa.org/ce/conventionfri, 2001.
- Shaw A, Joseph S, Linley PA. Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review. *Mental Health, Religion & Culture.* 2005;8(1):1-11.
- Sperry L, Shafranske E. Spiritually oriented psychotherapy. APA, 2004.
- Tjeltveit AC. The ethics of value conversion in psychotherapy: Appropriate and inappropriate therapist influence on client values. *Clinical Psychology Review.* 1986;6(6):515-37.

O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade de seu(s) autor(es).
Produzido por Segmento Farma Editores Ltda., sob encomenda de Mantecorp em junho de 2009.
Material de distribuição exclusiva à classe médica.



Rua Anseriz, 27, Campo Belo – 04618-050 – São Paulo, SP. Fone: 11 3093-3300 • www.segmentofarma.com.br • segmentofarma@segmentofarma.com.br

Diretor-geral: Idelcio D. Patrício **Diretor executivo:** Jorge Rangel **Gerente financeira:** Andréa Rangel **Gerente comercial:** Rodrigo Mourão
Editora-chefe: Daniela Barros MTB 39.311 **Diretor de criação:** Eduardo Magno **Gerentes de negócios:** Claudia Serrano, Eli Proença, Marcela Crespi e Rosana Moreira
Coordenadora editorial: Cristiane Mezzari **Diretora de arte:** Renata Variso Peres **Designer:** Miguel Simon **Revisoras:** Lilian Regato Garrafa e Renata Del Nero
Produtor gráfico: Fabio Rangel • **Cód. da publicação:** 8820.06.09