Integrando Religião e Espiritualidade no cuidado em saúde mental, na Psiquiatria e na Psicoterapia¹

René Hefti

Tradução: Hartmut August e Pedro Luís Tizo Santos

RESUMO

A integração da espiritualidade no cuidado em saúde mental, na psiquiatria e na psicologia ainda é algo controverso, apesar de um crescente corpo de evidências estar mostrando os efeitos benéficos e a real necessidade de tal integração. Na presente revisão, eu resumo pesquisas antigas e recentes, assim como evidências da nossa prática clínica na Suíça. Coping religioso é altamente presente entre pacientes com transtornos psiquiátricos. Pesquisas indicam que 70% a 80% usam de crenças ou práticas religiosas ou espirituais para lidar com dificuldades e frustrações diárias. A religião pode ajudar os pacientes a melhorar o ajustamento emocional e a manter a esperança, os propósitos e o sentido. Os pacientes enfatizam que servir a um propósito além de si mesmos pode tornar possível viver com algo que, de outra maneira, seria insustentável. São descritos e discutidos programas que incorporaram com sucesso a espiritualidade na prática clínica. Estudos indicam que o resultado da psicoterapia em pacientes religiosos pode ser incrementado ao integrar-se elementos religiosos no protocolo terapêutico e que isso pode ser feito com sucesso por terapeutas religiosos ou não..

Palavras-chave: cuidado em saúde mental; coping religioso/espiritual; psicoterapia religiosa.

ABSTRACT

Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy

Integrating spirituality into mental health care, psychiatry and psychotherapy is still controversial, albeit a growing body of evidence is showing beneficial effects and a real need for such integration. In my review I summarize past and recent research as well as evidence from clinical practice at our clinic in Langenthal/Switzerland. Religious coping is highly prevalent among patients with psychiatric disorders. Surveys indicate that 70-80% use religious or spiritual beliefs and activities to cope with daily difficulties and frustrations. Religion helps patients to enhance emotional adjustment and to maintain hope, purpose and meaning. Patients emphasize that serving a purpose beyond one's self can make it possible to live with what might otherwise be unbearable. Programs successfully incorporating spirituality into clinical practice are described and discussed. Studies indicate that the outcome of psychotherapy in religious patients can be enhanced by integrating religious elements into the therapy protocol and that this can be successfully done by religious and non-religious therapists alike.

Keywords: mental health care, religious/spiritual coping, religious psychotherapy.

1. Publicado originalmente em *Religions*, 2(1), pp. 611-627, 2011. Agradecemos ao autor e aos editores, pela gentileza de autorizar a tradução.

Sobre o Autor

R. H.
Departamento de Medicina
Psicossomática, Clínica SGM
Langenthal, Suíça
rene.hefti@klinik-sgm.ch

Sobre os tradutores

H. A.
hart@ausland.com.br

P. L. T. S.
orcid.org/0000-0003-2953-659X
Universidade Federal do Paraná
(UFPR) - Curitiba, PR.
pedro.tizo.psico@gmail.com

Direitos Autorais

Este é um artigo de acesso aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons CC-BY-NC.

ESPIRITUALIDADE NA DOENÇA MENTAL E TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Abordagens espirituais na doença mental ainda estão em sua infância na Europa, certamente. Existe uma controvérsia corrente sobre integrar ou não a espiritualidade no tratamento de pessoas que sofrem de doenças mentais, principalmente por conta de preocupações sobre os efeitos colaterais nocivos de encorajar e dar suporte ao envolvimento religioso. Por outro lado, um crescente corpo de evidências está mostrando resultados benéficos de abordagens religiosas e espirituais nos transtornos psiquiátricos. Espiritualidade pode ser vista como uma dimensão humana única (Frankl, 1984), tornando a vida sagrada e com sentido (Blanch, 2007), sendo parte essencial da relação médico-paciente (Matthews, 1998) e do processo de recuperação (Fallot, 1998; Russinova & Blanch, 2007).

Pessoas sofrendo de doenças mentais enfatizam que entender os problemas de alguém em termos religiosos ou espirituais pode ser uma alternativa poderosa para a estrutura biológica ou psicológica. Embora recolocar a questão dessa maneira não mude a realidade, ter um propósito maior pode fazer uma grande diferença na disposição do indivíduo em suportar a dor, lidar com dificuldades e fazer sacrifícios. Dado o fato de que pessoas com doenças mentais sérias já tem dificuldades com a discriminação e o preconceito disseminados, pareceria importante manter ou fortalecer as afiliações religiosas e sistemas de suporte como parte de seu tratamento ou plano de reabilitação (Blanch, 2007).

Lindgren e Coursey (1995) entrevistaram participantes de um programa de reabilitação psicossocial: 80% disseram que a religião e a espiritualidade foram de ajuda para eles. Tepper et al. (2001) identificaram que participantes vivenciando sintomas de maior severidade e menor funcionamento geral estão mais propensos a usar atividades religiosas como parte de seu *coping*. Tensões relacionadas aos sintomas levam a um maior uso do *coping* religioso, um fenômeno que também tem sido evidenciado em outros estudos (Chang, 2001; Koenig, 1992). Baetz et al. (2002) demonstraram que, entre pacientes psiquiátricos internados, tanto a religião pública (por exemplo, ida a missas e cultos) como a espiritualidade privada estavam associadas a sintomas depressivos menos severos. Pacientes religiosos também tiveram períodos menores de estadia no hospital e maior nível de satisfação com suas vidas.

Koenig, George e Peterson (1998) acompanharam pessoas mais velhas, clinicamente doentes, diagnosticadas com depressão e descobriram que a religiosidade intrínseca (entendendo a religião como um “fim em si mesmo”, ao invés

de um meio para outros fins) era preditivo de um tempo mais curto para a remissão da depressão, depois de controlar muitos outros preditores da remissão. Pargament (1997, 2002) estudou extensivamente o papel dos métodos de *coping* religioso para lidar com o estresse. Ele encontrou conexões consistentes entre estilos positivos do *coping* religioso e melhores resultados na saúde mental. Estilos de *coping* religiosos como a percepção da colaboração com Deus, busca de suporte espiritual vindo de Deus ou de comunidades religiosas e avaliações religiosas benevolentes de situações negativas foram associadas com redução da depressão (Koenig, George & Peterson, 1998), redução da ansiedade (Pargament, Koenig & Perez, 2000) e outros afetos positivos (Bush et al., 1999).

UMA ESTRUTURA HOLÍSTICA E INTEGRATIVA PARA A TERAPIA

O Modelo Biopsicossocial Estendido

Na psiquiatria e medicina psicossomática, o modelo biopsicossocial, introduzido por George L. Engel (1977), é o conceito predominante na prática clínica e na pesquisa. Ele mostra que os fatores biológicos, psicológicos e sociais interagem de maneira complexa com a saúde e a doença. No modelo biopsicossocial estendido (Hefti, 2003), religião e espiritualidade constituem a quarta dimensão (Figura 1). Essa estrutura holística e integrativa é uma ferramenta útil para entender como a religião e a espiritualidade influenciam a saúde tanto mental quanto física. Interações com as dimensões biológica, psicológica e social constituem as disciplinas distintas da “biologia da religião”, da psicologia da religião e da sociologia da religião. O modelo biopsicossocial estendido ilustra que a abordagem holística na doença mental deve integrar a terapêutica farmacológica, a psicoterapia, a terapêutica social e elementos espirituais.

Religião e Espiritualidade como Recurso ou Fardo

Religião e espiritualidade podem ter efeitos benéficos ou adversos na saúde. No geral, pessoas que são mais religiosas relatam melhor saúde física e maior ajustamento psicológico e menores níveis de comportamento social problemático (Miller & Thoresen, 1999; Mulligan & Mulligan, 1999; Richards & Bergin, 2000; Seybold & Hill, 2001). A espiritualidade fortalece o senso de si (self) e a autoestima (Longo & Peterson, 2002; Sullivan, 1998), o sentir-se mais como uma “pessoa completa” e de ser valorizada pelo divino (como parte da criação, como um “filho de Deus”), opondo o estigma e a vergonha com atribuições positivas sobre si e, por tudo isso, reforçando a “personalidade” (Anthony, 2004).

Figura 1. Modelo biopsicossocial estendido integrando a religião/espiritualidade como quarta dimensão (Reproduzido com permissão da MDPI).

A espiritualidade é associada com níveis menores de depressão (Cosar et al. (1997), especialmente entre pessoas com orientação intrinsecamente religiosa baseada em crenças internalizadas (Mickley, Carson & Soeken, 1995). Espiritualidade está correlacionada a menores níveis de ansiedade geral (Bergin, Masters & Richards, 1987) e com resultados positivos no enfrentamento da ansiedade (Jahangir, 1995). Maiores níveis de espiritualidade entre indivíduos se recuperando do abuso de substâncias, estão associados ao otimismo e à resiliência ao estresse (Pardini, Plante & Sherman, 2001), sendo que foi descoberto que os métodos de *coping* espiritual tem efeitos positivos para pessoas diagnosticadas com esquizofrenia (Walsh, 1995). A participação em atividades espirituais e religiosas ajuda a integrar os indivíduos em suas famílias (MacGreen, 1997).

Religião e espiritualidade também proveem recursos sociais e comunitários (Longo & Peterson, 2002; Sullivan, 1998), os quais são aprimorados pela “natureza transcendente” desse suporte. Pertencer e encontrar aceitação numa comunidade religiosa pode ter importância especial para pessoas que são tipicamente rejeitadas, isoladas ou estigmatizadas (Fallot, 1997). Experiências espirituais facilitam o desenvolvimento de um senso fundamental de conexão. Religião e espiritualidade também alimentam um senso de esperança e propósito, uma razão de ser, assim como oportunidades para o crescimento e mudanças positivas (Fallot, 1998; Sullivan, 1998; Onken et al. 2002). Essas são as maneiras como os pacientes

expressaram sua experiência de personalidade ou empoderamento melhorados.

Além dos efeitos benéficos, é importante estar ciente da influência “negativa” que a religião e a espiritualidade podem ter nos resultados e na recuperação em saúde mental. *Coping* religioso negativo envolve crenças e atividades como expressar raiva de Deus, questionar o poder de Deus, atribuir eventos negativos a punições provenientes de Deus, assim como um descontentamento com comunidades religiosas e sua liderança. *Coping* religioso negativo foi associado a maiores aflições afetivas, incluindo maior ansiedade e depressão e autoestima mais baixa (Exline, Yali & Lobel, 1999). Dificuldades religiosas envolvendo tensão interpessoal, ao invés de suporte social e conflitos com Deus, ao invés de uma percepção de colaboração, foram associados a maiores níveis de depressão e comportamento suicida (Exline, Yali & Sanderson, 2000). Experiências negativas com grupos religiosos podem agravar sentimentos de rejeição e marginalização (Bussema & Bussema, 2000).

Convicções religiosas desfavoráveis podem intensificar excessos de auto-culpa e percepções de pecaminosidade imperdoável. Se forem entrelaçados a padrões de sintomas obsessivos ou depressivos, podem ser ainda mais aflitivos. Ademais, dificuldades emocionais e sentimentos de rejeição podem ser reforçados por comunidades religiosas que veem as desordens mentais como sinais de fraqueza ou falha moral ou espiritual. Orações ou outros rituais religiosos

podem se tornar compulsivos e interferir no funcionamento diário geral (Tepper et al., 2001). Finalmente, crenças envolvendo temas do abandono divino ou condenação, rejeição implacável ou poderosa retaliação podem fazer a recuperação parecer inatingível ou desimportante (Exline, 2002).

OS PAPEIS FUNDAMENTAIS DO COPING RELIGIOSO E ESPIRITUAL

Achados da Literatura

Muitas pesquisas demonstraram a elevada prevalência do *coping* religioso entre pacientes com severas e persistentes doenças mentais. Tepper et al. (2001) investigaram 406 pacientes em um dos treze estabelecimentos de saúde mental do Condado de Los Angeles. Mais de 80% dos participantes usaram de crenças ou atividades religiosas para lidar com dificuldades e frustrações diárias. A maioria dos participantes devotou até metade de seu tempo de *coping* para práticas religiosas, sendo a oração a atividade mais frequente. Estratégias religiosas específicas, como a oração ou ler a Bíblia, foram associadas com altos escores SCL-90 (indicando sintomas mais severos), maior relato de frustração e menor escore GAF (indicando prejuízos maiores). A quantia de tempo que os participantes devotaram ao *coping* religioso foi negativamente relacionada com os níveis reportados de frustração e escores nas subescalas de sintoma SCL-90. Os resultados do estudo sugerem que as atividades e crenças religiosas podem ser particularmente importantes para pessoas que estejam vivenciando sintomas mais severos sendo que um aumento na atividade religiosa pode estar associado com uma redução dos sintomas ao longo do tempo.

Isso é verdade não somente nos Estados Unidos, mas também na Europa. Os achados de Tepper et al. foram replicados por Mohr et al. em Genebra, Suíça (Mohr et al., 2006). Entrevistas semiestruturadas focadas no *coping* religioso foram conduzidas junto a uma amostra de 115 pacientes não residentes com doenças psicóticas em um dos quatro estabelecimentos psiquiátricos para não residentes de Genebra. Para a maioria dos pacientes, a religião instigava a esperança, propósito e sentido em suas vidas (71%), enquanto em outros, ela induzia ao desespero espiritual (14%). Os pacientes também reportaram que a religião diminuiu (54%) ou aumentou (10%) os sintomas psicóticos e gerais. Foi descoberto que a religião aumentava a integração social (28%), apesar de, em algumas ocasiões, levar ao isolamento social (3%). Foram reduzidos (33%) ou aumentados (10%) o risco de tentativas de suicídio, foi reduzido (14%) ou aumentado (3%) o uso de substâncias e foi

fomentada a aderência (16%) ou a oposição (15%) ao tratamento psiquiátrico. Os resultados demonstram a significância clínica da religião e do *coping* religioso para pacientes com esquizofrenia, encorajando a integração da espiritualidade nas dimensões do cuidado psicossocial.

Huguelet et al. (2006), do mesmo departamento de pacientes não residentes da psiquiatria pública em Genebra, investigaram a espiritualidade e as práticas religiosas de pacientes não residentes (N=100) com esquizofrenia e compararam os resultados com o conhecimento dos clínicos acerca do envolvimento religioso dos pacientes. Foram conduzidas entrevistas gravadas em áudio sobre *coping* religioso e espiritual. Aos médicos clínicos dos pacientes (N=34) foi perguntado sobre suas próprias crenças e atividades religiosas, assim como as características religiosas e clínicas dos seus pacientes. A maioria dos pacientes relatou que a religião era um aspecto importante em suas vidas, mas apenas 36% deles levantaram o assunto com seus clínicos. Um número menor de clínicos estava religiosamente envolvido e, na metade dos casos, suas percepções do envolvimento religioso dos pacientes eram inexatas. Alguns pacientes consideraram o tratamento como incompatível com suas práticas religiosas, mas os clínicos estavam pouco cientes de tais conflitos.

Experiência Clínica e Pesquisa Qualitativa

Os achados sobre o *coping* religioso refletem a experiência na clínica para doenças psicossomáticas, psiquiatria e psicoterapia em Langenthal, Suíça (www.klinik-sgm.ch). Para a maioria dos pacientes, o *coping* religioso ou espiritual é uma parte essencial do seu comportamento de *coping*. A religião provê aos pacientes uma estrutura para enfrentar as dificuldades relacionadas à doença. Necessidades existenciais como estar seguro, estimado e ter sentido são endereçados pelos clínicos e conselheiros pastorais – apesar e além das condições psiquiátricas (Längle, 2003). Dois exemplos de entrevistas não estruturadas conduzidas com pacientes depressivos da clínica, como parte de um estudo qualitativo, ilustram isso (Schmidt & Adami, 2008):

Primeiro exemplo: Um homem de 32 anos é casado e tem um filho de um ano. Ele tem trabalhado na mesma companhia por muitos anos e é membro de uma Igreja Protestante. Ele foi hospitalizado por conta de um episódio severo de depressão. Como ele usou o *coping* religioso para superar sua depressão?

A. Lendo escrituras/salmos: “*Ler salmos me ajudou a sentir-me mais próximo a Deus em tempos difíceis. Eu percebi que outros (os escritores dos salmos) também tiveram que*

chorar e se sentiram desesperados com sua situação. Eles argumentaram com Deus e suplicaram a Ele”.

B. Recebendo suporte espiritual: “Nos momentos muito sombrios, quando eu me sentia totalmente perdido e abandonado por Deus, eu não conseguia mais lidar com minha situação. Eu não podia lutar contra pensamentos negativos quanto ao futuro e a mim mesmo. Eu precisava que alguém de fora me dissesse que eram mentiras, que eu não estava abandonado nem por Deus nem por minha família, que eu não era sem valor mas, sim, amado”.

Segundo exemplo: Uma mulher de 65 anos cresceu em uma pequena vila no interior. Ela teve cinco irmãos e irmãs. Seu pai era alcoólatra. A paciente deixou sua casa bastante jovem. Seu primeiro casamento terminou por conta do alcoolismo do marido. Eles tiveram dois filhos. Depois do divórcio, a paciente vivenciou sua primeira depressão. Mais tarde, casou-se novamente e tornou-se membra da Igreja Metodista (depois de uma conversão religiosa). Episódios depressivos tornaram-se menos frequentes e menos severos. O que ajudou a paciente a lidar com a depressão?

A. Controlando a depressão pela fé/oração: “Quando me sinto triste e meus pensamentos ficam sombrios, quando eu acordo mais cedo de manhã e não consigo mais dormir, aí vou para fora, na natureza, e falo com Deus, agradecendo-O por estar no controle e por não me deixar cair”.

B. Não perguntar o porquê: “Em tempos passados eu sempre começava a perguntar por quê, por que eu casei com esse homem, porque Deus deixou isso acontecer? Mas isso tornou as coisas piores. Hoje eu paro de pensar nesse tipo de pensamento e foco em Deus”.

PROGRAMAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INTEGRANDO A RELIGIÃO E A ESPIRITUALIDADE

Nos parágrafos seguintes estão sumarizados quatro programas de saúde mental que integram religião e espiritualidade no contexto de cuidado em saúde mental. Uma descrição mais detalhada pode ser encontrada em outro lugar (Hefti, 2009).

Grupo Terapêutico sobre Questões Espirituais na Cambridge Health Alliance Belmont

O primeiro grupo de terapia sobre questões espirituais foi iniciado por Nancy Kehoe em 1981 no departamento de psiquiatria da Cambridge Health Alliance e Escola Médica de Harvard em Belmont, Massachusetts (Kehoe, 1999). Ela sentiu a necessidade de prover para pessoas com sérias doenças mentais a oportunidade de explorar questões

religiosas e espirituais em relação à sua doença mental. A princípio, a ideia de existir tal grupo gerava ansiedade, medo e dúvida entre os membros da equipe. Isso trouxe a ambivalência que muitos profissionais de saúde mental têm acerca de questões religiosas, refletindo a ambivalência encontrada nas pesquisas de Gallup (1994). Além disso, o trabalho de Bergin e Jensen (1990) salientou a diferença marcada entre as crenças e práticas religiosas da população no geral e as crenças e práticas dos profissionais de saúde mental. Treinamento e instrução aliviaram algumas das preocupações da equipe sobre o grupo de Kehoe. Entretanto, o sucesso de longo prazo do grupo tem sido o fator mais forte para a aceitação da equipe. Regras de grupo que contribuem para seu sucesso são a tolerância à diversidade, respeito às crenças dos outros e o banimento do proselitismo. Outro fator é que o grupo é aberto a todos, independentemente de sua experiência religiosa ou diagnóstico.

Grupo de Espiritualidade no Centro de Saúde Mental de Hollywood em Los Angeles

Num programa de reabilitação psicossocial padrão, enfatizando o treinamento de habilidades, educação psicológica e tratamento cognitivo comportamental (Reger, Wong-McDonald & Liberman, 2003), foi oferecido um grupo de espiritualidade como uma sessão opcional de 60 minutos (Wong-McDonald, (2007) no mesmo espaço de tempo de um grupo padrão. Cada sessão focou num tópico de interesse (por exemplo, perdão). Intervenções espirituais incluíram a discussão de conceitos espirituais (por exemplo, ajudando os participantes a enxergar seu valor-próprio baseado nas promessas de Deus), encorajando o perdão, referindo-se às Escrituras Sagradas (por exemplo, a história do filho pródigo, Lucas 15.11-32), escutando música gospel, e encorajando suporte espiritual e emocional entre os membros do grupo (por exemplo, orando uns pelos outros).

O propósito geral das intervenções era ajudar os participantes a entender seus problemas de uma perspectiva eterna, espiritual, para ganhar um senso maior de esperança, para perdoar emocionalmente e curar dores passadas, para aceitar a responsabilidade por suas próprias ações e para vivenciar e afirmar o seu senso de identidade e valor-próprio. Os participantes também foram encorajados a se conectar com suas comunidades de fé.

Todos os 20 participantes (100%) do grupo de espiritualidade alcançaram seus objetivos de tratamento, comparados com 16 das 28 pessoas (57%) do grupo na não espiritualidade. A diferença na obtenção de objetivos entre os dois grupos foi altamente significativa ($p = 0,0001$). Uma participante com 30 anos de história de agorafobia e ataques

de pânico diários compartilhou que ela foi capaz de “expulsar” os sintomas utilizando uma combinação de orações e técnicas de relaxamento. Os participantes, como um grupo, constataram que sentir a presença de Deus os ajudou a diminuir os sentimentos de tristeza, acalmar medos e ansiedades, lidar com o perdão e resolver problemas diários. Os achados do estudo de Wong sugerem que a inclusão da espiritualidade na reabilitação psiquiátrica é uma abordagem promissora.

Grupo A Espiritualidade Importa no Instituto Nathan Kline em Nova Iorque

O Grupo A Espiritualidade Importa (Spirituality Matters Group - SMG) foi desenvolvido em 2001 nas dependências de Avaliação da Pesquisa Clínica do Instituto Nathan Kline para pessoas hospitalizadas com deficiências psiquiátricas persistentes (Revheim & Greenberg, 2007), seguindo o argumento de que o suporte espiritual favorece o processo de recuperação. O SMG é distinto de outros grupos comparáveis na medida em que sua liderança multidisciplinar foca na integração espiritual/religiosa, psicológica e perspectivas reabilitadoras. O SMG é composto de pessoas autorreferenciadas que se juntam a três co-líderes de grupo (representando a psicologia, o cuidado pastoral e a reabilitação) na exploração de temas religiosos e espirituais não-denominacionais escolhidos para prover conforto e esperança, na medida em que estão alinhados com as preocupações terapêuticas mais relevantes. Aos pacientes é dito que este grupo “foca no uso de crenças espirituais para cada um enfrentar sua doença e hospitalização.” O formato de grupo altamente estruturado acomoda déficits cognitivos e habilidades sociais limitadas que são prevalentes em pessoas com deficiências psiquiátricas persistentes.

Durante a *fase inicial* de cada sessão, novos membros são apresentados, o propósito do grupo é revisto, a natureza multirreligiosa e não denominacional de grupo é afirmada, a espiritualidade é definida como “crenças e valores pessoais relacionados com o sentido e o propósito da vida, os quais podem incluir a fé em um propósito ou poder maior”. Na *fase intermediária*, é apresentado um tópico com uma atividade relacionada ao grupo. Os tópicos são selecionados pelos líderes numa ordem rotacional e cuidadosamente preparados para que tanto as emoções negativas como as positivas possam ser abordadas. Os membros do grupo são encorajados a compartilhar em que medida o tópico tem relevância na percepção de suas doenças, padrões de comportamentos anteriores, falhas no tratamento e objetivos futuros. Na *fase final*, os membros do grupo resumem os temas emergentes e os novos aprendizados.

As atividades do grupo são: 1. *Leituras do Livro de Salmos*

(Weintraub, 1999). Os Salmos evocam o escopo completo das emoções humanas, desde a gratidão e louvor até a raiva, medo, desespero, abandono, esperança e proteção. Ler Salmos selecionados enfatiza a natureza universal dos conflitos vivenciados e das dificuldades do dia a dia, enquanto foca nos elementos da fé que mantêm sua força e perseverança durante tais dificuldades. 2. *Recitar orações em conjunto*, que sejam familiares e comuns, reforça as práticas religiosas e espirituais dos indivíduos. 3. *Escrever orações* ajuda a melhorar a percepção das próprias necessidades e permite a articulação com as próprias experiências num espaço que traz conforto e senso de completude. 4. *Escrever histórias espirituais* permite aos membros do grupo identificar valores pessoais.

A maioria dessas atividades de grupo pode ser entendida com *coping* focado em emoções (Folkman et al. 1991). Isso inclui a reestruturação cognitiva, comparações sociais, minimização (“olhar o lado bom das coisas”) e esforços comportamentais para se sentir melhor (exercício, relaxamento, meditação). O *coping* focado em emoções é útil quando a situação não pode ser mudada, embora apenas a resposta emocional possa mudar, a qual é auto afirmadora e empoderadora. Esse estilo de *coping* pode coexistir com as abordagens focadas no problema.

Grupo Psicoeducacional de Problemas Espirituais na Universidade Bowling Green State

O programa era uma intervenção psicoeducacional semiestruturada de sete semanas, feita no Departamento de Psicologia na Universidade de Ohio Bowling Green State (Phillips, Lakin & Pargament, 2002). Dois estudantes de doutorado em psicologia clínica serviram como facilitadores de cada sessão do grupo (1,5 horas). Os participantes discutiram recursos religiosos, dificuldades espirituais, perdão e esperança. A intervenção foi planejada para prover aos participantes novas informações sobre espiritualidade e permitir que eles compartilhem experiências e conhecimento. Um objetivo adicional era apresentar um grupo mais inclusivo de tópicos espirituais para pacientes com severas doenças mentais (Tabela 1).

Os membros do grupo foram recrutados através de referências feitas por trabalhadores em saúde mental de um centro comunitário local de saúde mental. Membros potenciais participaram de entrevistas individuais para determinar se suas necessidades, expectativas e nível de funcionamento eram apropriados para o grupo. Um terço dos membros do grupo relataram um diagnóstico de esquizofrenia, um terço indicou um diagnóstico de depressão e um terço reportou desordens de personalidade como seu diagnóstico primário. Em termos de afiliação religiosa, 30%

Tabela 1. *A Visão geral do programa psicoeducacional semiestruturado de sete semanas (reproduzido com permissão da MDPI)*

Semana	Tópico	Descrição
1	Introdução	Facilitadores deram aos membros do grupo uma visão geral do formato do grupo e dos tópicos. Adicionalmente, as regras do grupo foram revistas e os membros do grupo compartilharam suas “jornadas espirituais pessoais” (Kehoe, 1999).
2	Recursos Espirituais	Essa sessão tencionava extrair dos membros suas ideias de recursos espirituais pessoais e comunitários (Pargament, 1997). A sessão iniciou provendo ao grupo definições e exemplos de recursos espirituais. As potenciais barreiras de utilizar esses recursos foram exploradas e discutidas.
3	Buscas Espirituais	O objetivo primário é que os membros do grupo explorem maneiras de criar e atingir metas significativas e realistas referentes à sua jornada espiritual. Os facilitadores discutiram a importância de terem lutas (Emmons, 1999). Para promover a discussão, os membros do grupo criam uma lista de suas lutas pessoais.
4	Dificuldades Espirituais	O objetivo geral é enfatizar a importância de expressar pensamentos e sentimentos sobre as dificuldades espirituais, validar e normalizar a raiva para com Deus ou a Igreja e reestruturar as dificuldades como sendo um período de crescimento pessoal.
5	Perdoar os Outros	Os membros do grupo discutem a definição de perdão. Eles então refletem nos incidentes de suas vidas em que foram machucados por outras pessoas ou instituições. Finalmente, são delineados passos em direção ao perdão (Enright & Fitzgibbons, 2000).
6	Esperança	O objetivo primário é explorar as estratégias espirituais que podem ser utilizadas para se ater à esperança (Yahne & Miller, 1999). Os membros do grupo falam sobre o significado da esperança e as razões para mantê-la. Os principais caminhos para manter a esperança são os rituais, hinos, confiar que Deus tem um propósito maior e dar suporte uns aos outros.
7	Finalização	Na sessão final, os dois facilitadores permanentes revisam os tópicos que foram cobertos pelo grupo e solicitam um feedback dos membros do grupo. É dada ênfase na manutenção da confidencialidade.

se identificava como católico romano, enquanto todos os outros estavam afiliados a denominações protestantes; 70% indicava que frequentavam a igreja semanalmente.

Concluindo, essa intervenção proveu um ambiente seguro para que aqueles que tinham doenças mentais severas pudessem discutir questões espirituais. Essa intervenção única parece ter sido de grande valia para seus participantes. Os profissionais da comunidade de saúde mental podem sentir que não é de sua alçada utilizar grupos de questões espirituais numa instituição financiada pelo governo. Mesmo assim, Richards e Bergin (1997) notam que “não existem diretrizes éticas profissionais que proíbam terapeutas em instituições governamentais de discutir questões religiosas ou usar de intervenções espirituais com os pacientes.” De fato, eles afirmam, que não é ético minimizar ou ignorar essa dimensão. Com algum treinamento na área de doenças

mentais severas e questões espirituais, os profissionais das diversas áreas de treinamento poderiam conduzir tais “grupos de espiritualidade”.

INTEGRANDO RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE NA PSICOTERAPIA

O Conceito Holístico de uma Clínica Suíça

Desde seu início, a Clínica SGM de Langenthal para psicossomática, psiquiatria e psicoterapia integrou a religião e a espiritualidade nas intervenções psicoterapêuticas. A estrutura teórica para essa integração foi o modelo biopsicossocial estendido (Hefti, 2003), conforme já descrito neste artigo. Tanto na doença mental como na doença física sempre existe uma dimensão existencial e, portanto,

espiritual que deve ser explorada, pois influenciará a terapia de uma maneira explícita ou implícita. Por essa razão, de cada paciente é tomada uma breve biografia espiritual para identificar a relevância da espiritualidade na vida do paciente e em sua doença. Uma ênfase especial recai sobre a identificação de recursos e fardos espirituais. Se a religião ou a espiritualidade são relevantes para o paciente, é importante entender como ele/ela quer implementar essa dimensão na terapia e qual deve ser o papel do terapeuta.

Um paciente pode integrar objetivos espirituais em seu plano de tratamento, por exemplo: reavendo esperança e sentido; fortalecendo o relacionamento com Deus para lidar melhor com a enfermidade mental; perseverando em circunstâncias psicossociais difíceis; lidando com a raiva, frustração ou desapontamento em relação a Deus; entendendo porque Deus permite que coisas ruins aconteçam na vida do paciente, trabalhando em direção ao perdão em relacionamentos rompidos; e estando mais consciente da presença e orientação de Deus da vida diária. Objetivos espirituais são discutidos no time interdisciplinar, no qual o conselheiro pastoral é membro integral. É importante que objetivos espirituais estejam alinhados (não conflituem) com outros objetivos do tratamento. "Espiritualidade" pode ser utilizada (ou usada de maneira errada) para escapar de circunstâncias difíceis. Isso não seria endossado no contexto terapêutico.

Há muitos anos, a clínica oferece encontros de grupos psico-educacionais focando na integração de aspectos terapêuticos e espirituais, e enfatizando o benefício e a importância do *coping* religioso e espiritual (Hefti, 2003; Pargament, 1997; Phillips, Lakin & Pargament, 2002; Mohr et al. 2006). Os tópicos desses grupos psicoeducacionais são: desenvolver uma perspectiva de vida positiva apesar da doença e das limitações, lidar com o medo e a depressão, ouvir o livro de Salmos, desenvolver uma identidade espiritual ("eu chamei você pelo seu nome"), fomentando a personalidade, e refletindo sobre crenças religiosas e espirituais saudáveis e não saudáveis.

A integração de questões espirituais na psicoterapia (Anthony, 2004) representa mais um aspecto do conceito holístico da clínica. Um paciente em estado psicótico sentiu-se energizado pela presença esmagadora de Deus em sua mente e seu corpo. O terapeuta desafiou essa "percepção espiritual" durante a consulta psicoterapêutica perguntando por outras possíveis explicações. Se um paciente tem crenças não saudáveis, é importante desafiá-las de um ponto de vista tanto espiritual quando psicoterapêutico. Outros tópicos são sentimentos de culpa, ser rejeitado ou abandonado pelo divino e trabalhar em busca do perdão.

O Impacto da Religiosidade nos Resultados da Psicoterapia numa Amostra de Pacientes Residentes

Para avaliar o impacto da religiosidade nos resultados da psicoterapia na clínica em Lagenthal, na Suíça, foi realizado um estudo longitudinal com um modelo pré-pós (Allemand & Kliegel, 2003). A lógica por trás dessa investigação foi que a religiosidade pode ser conceitualizada como um recurso para pacientes religiosamente orientados (Koenig & Pritchett, 1998) e que a ativação desse recurso pode dar suporte ao processo terapêutico (Plante & Sherman, 2001) e melhorar os resultados de saúde. Na literatura recente, referente a mecanismos empiricamente validados sobre mudança em psicoterapia, os recursos pessoais pareceram ter um papel importante. De acordo com Klaus Grawe (1998), a "ativação de recursos" é um mecanismo chave de mudança, como também um importante fator para a melhora do bem-estar subjetivo (Howard et al., 1993). No comportamento religioso de pacientes psicossomáticos e psiquiátricos, a experiência e a reflexão podem ser particularmente importantes para o bem-estar. De acordo com Howard et al. (Grom, Hellmeister & Zwingmann (1998), a melhoria do bem-estar subjetivamente vivenciado está associada à redução na angústia sintomática, sendo que a última está associada com mudanças no funcionamento da vida.

A amostra consistiu de 189 pacientes residentes da clínica para psicossomática, psiquiatria e psicoterapia em Langenthal. Dados foram coletados segundo um procedimento padrão de gerenciamento de qualidade. A idade média foi de 43 anos. Mais de dois terços dos pacientes eram mulheres. O tempo médio de duração do tratamento foi de 70 dias. Havia alguns pacientes cronicamente doentes e com uma longa história de sofrimento. Para avaliar a religiosidade, foi utilizado o *Munich Motives for Religiosity Inventory* (MMRI), um instrumento desenvolvido por Grom, Hellmeister e Zwingmann (1998). O questionário consiste de oito subescalas que cobrem diferentes componentes da religiosidade intrínseca: autocontrole moral ($\alpha = 0,76$), controle cooperativo de eventos significativos na vida ($\alpha = 0,75$), controle passivo de eventos significativos na vida ($\alpha = 0,81$), justiça ou recompensa por ações ($\alpha = 0,79$), auto estima positiva ($\alpha = 0,85$), gratidão e adoração ($\alpha = 0,89$), atitude e comportamento pró-social ($\alpha = 0,84$), disposição para reflexão ($\alpha = 0,71$). As oito dimensões foram extraídas das teorias de motivação psicológica (ex., auto eficácia, comportamento pró social).

Para avaliar a saúde mental, foi adotado o bem conhecido *Symptom Check List* (SCL-90-R, Derogatis 1977), focalizando na escala *Global Severity Index* (GSI) como uma medida da aflição total dos sintomas. O bem-estar subjetivo (*subjective*

well-being – SWB) foi medido com uma escala de quatro itens incluindo itens sobre aflição (“Atualmente, quão chateado ou aflito você tem se sentido?”), energia e saúde (“Atualmente, quão saudável e em forma você tem se sentido?”), ajustamento emocional e psicológico (“Atualmente, em que medida você sente que está se dando bem emocional e psicologicamente?”) e satisfação com a vida atual (“Atualmente, quão satisfeito você está com sua presente vida?”).

Para examinar em que medida a religiosidade intrínseca sofreu alterações ao longo do tratamento, foram aplicados testes *t* pareados nas mensurações do MMRI. A Tabela 2

apresenta as médias e desvios padrão das subescalas do MMRI, pré e pós-tratamento, bem como as diferenças pré e pós calculadas com teste *t* pareado. Cinco subescalas do MMRI apresentaram diferenças pré e pós significativas, sendo que ‘controle cooperativo’, ‘controle passivo’ e ‘autoestima positiva’ obtiveram as maiores mudanças. Todas as subescalas, com exceção de ‘autocontrole moral’ e ‘justiça ou recompensa por ações’ cresceram em número. Foi observada uma significativa mudança na religiosidade durante o tratamento.

Para examinar a abrangência da mudança na religiosidade, na aflição sintomática e no bem-estar subjetivo

Tabela 2. *Mudanças na Religiosidade (subescalas do Munich Motives for Religiosity Inventory – MMRI) durante o tratamento*

Subescalas MMRI	Pré-teste M (SD)	Pós-teste M (SD)	t (188)
Autocontrole moral	4,46 (1,02)	4,37 (1,06)	1,58
Controle cooperativo	4,16 (1,02)	4,39 (0,99)	3,76 ***
Controle passivo	3,99 (1,09)	4,22 (1,07)	3,42 ***
Justiça ou recompensa por ações	2,89 (1,34)	2,84 (1,33)	0,68
Autoestima positiva	4,75 (1,04)	5,03 (1,03)	4,89 ***
Gratidão e louvor	4,47 (1,08)	4,65 (1,13)	2,87 **
Atitude/comportamento pró-social	4,49 (1,08)	4,54 (1,13)	0,83
Prontidão à reflexão	4,13 (1,03)	4,28 (1,04)	2,33 *
Religiosidade (Média MMRI)	4,17 (0,78)	4,29 (0,82)	2,89 **

durante a terapia, foi calculado o tamanho do efeito ($ES_{pre} = Diff_{pre-post}/SD_{pre}$). Foi utilizada a média de todas as subescalas da MMRI como uma medida integrada de religiosidade. Bem-estar subjetivo ($ES_{pre} = 1,34$) e aflições sintomáticas ($ES_{pre} = 0,81$) demonstraram mudanças substanciais no período de tratamento enquanto mudanças na religiosidade foram pequenas ($ES_{pre} = 0,15$). Isso foi esperado porque a religiosidade pode ser conceitualizada como uma característica/traço de personalidade e é bastante estável.

As correlações pré-teste (Tabela 3) demonstram que pacientes com maior religiosidade tendem a ter melhor bem-estar. Na avaliação pré-teste, a religiosidade não está associada com aflições sintomáticas. Em contraste, o bem-estar subjetivo estava significativamente e negativamente associado com aflição sintomática, evidenciando que pacientes com fardos sintomáticos mais elevados apresentam menor bem-estar.

As correlações pós-teste (Tabela 4) basicamente apresentaram os mesmos padrões de relacionamento entre religiosidade, bem-estar subjetivo e aflição sintomática. A associação entre religiosidade e bem-estar subjetivo foi mais forte e altamente significativa. Em contraste com os achados

do pré-teste, identificou-se uma pequena, porém negativa correlação entre religiosidade e aflição sintomática.

Para prever o bem-estar subjetivo na mensuração após o teste, realizou-se uma análise de regressão hierárquica. No primeiro passo, foram inseridos simultaneamente os escores iniciais de bem-estar subjetivo, aflições sintomáticas, e escores médios iniciais do MMRI como variáveis independentes. No próximo passo, foram inseridos os escores de diferenças entre aflições sintomáticas e diferentes escores da média MMRI. Os resultados estão resumidos na Tabela 2. O primeiro passo explicou 12% da variação no bem-estar subjetivo. O segundo passo explicou outros 38% de variação. Os coeficientes de regressão padronizada demonstraram que a religiosidade e também mudanças na realidade têm um papel significativo em prever o bem-estar subjetivo na diminuição de aflições sintomáticas.

Para prever o bem-estar subjetivo na avaliação pós-teste, foi conduzida uma análise de regressão hierárquica. No primeiro passo, os valores iniciais do bem-estar subjetivo e da aflição sintomática, bem como as médias iniciais do MMRI foram introduzidos simultaneamente como variáveis independentes. No passo seguinte, foram fornecidos os

Tabela 3. *Correlações pré-teste entre religiosidade, bem-estar e aflição*

Variável	1	2	3
1. Religiosidade (média MMRI, t1)	(0,93)		
2. Bem-estar subjetivo (SWB, t1)	0,17 *	(0,82)	
3. Aflição sintomática (GSI, t1)	-0,08	-0,43 ***	(0,97)

Nota. N = 189, confiabilidade (α de Cronbach) entre parênteses; * $p < 0,05$, *** $p < 0,001$.

valores da diferença da aflição sintomática, bem como os valores da diferença da média do MMRI. Os resultados estão sumarizados na Tabela 5. O primeiro passo explica 12% da variância no bem-estar subjetivo. O segundo passo explica outros 38% da variância. Os coeficientes de regressão padronizados demonstraram que a religiosidade, bem como mudanças na religiosidade, desempenham um papel significativo na predição do bem-estar subjetivo e na redução da aflição sintomática.

Tabela 5. *Religiosidade intrínseca predizendo o bem-estar subjetivo (t2)*

Variável	ΔR^2	β
Passo 1	0,12	
Bem-estar subjetivo (SWB, t1)		0,24***
Aflição sintomática (GSI, t1)		0,48***
Religiosidade (média MMRI, t1)		0,22***
Passo 2	0,38	
Δ Aflição sintomática (Δ GSI)		0,70***
Δ Religiosidade (média Δ MMRI)		0,24***
Todas as variáveis	0,50	

Nota. β = Regressão de coeficientes padronizados;

*** = $p < 0,0001$.

Primeiro, os achados dão suporte à ideia de que a fé religiosa é um recurso importante para pacientes religiosamente orientados (Koenig & Pritchett, 1998) e que está associado a resultados terapêuticos. Segundo, os achados demonstram que mudanças significativas no bem-estar subjetivo estão associadas com a religiosidade. Esses resultados, portanto, proporcionam evidência empírica que favorece a integração de comportamentos, experiências e pensamentos religiosos na psicoterapia visando melhorar os resultados dos tratamentos em pacientes (residentes ou não) psicossomáticos e psiquiátricos.

Pacientes Religiosos se beneficiam da Terapia Religiosa com Terapeutas Religiosos ou Não-Religiosos

Existem apenas alguns estudos que investigam os resultados de "terapias religiosas" (Azahr, Varma & Dharap, 1994; Azahr & Varma, 1995; Propst et al., 1992). A integração

Tabela 4. *Correlações pós-teste entre religiosidade, bem-estar e aflição*

Variável	1	2	3
1. Religiosidade (média MMRI, t2)	(0,95)		
2. Bem-estar subjetivo (SWB, t2)	0,35 ***	(0,79)	
3. Aflição sintomática (GSI, t2)	-0,15 *	-0,58 ***	(0,97)

Nota. N = 189, confiabilidade (α de Cronbach) entre parênteses; * $p < 0,05$, *** $p < 0,001$.

de elementos religiosos na psicoterapia é tipicamente usada por pacientes religiosos. Rebecca Probst, do Departamento de Aconselhamento Psicológico, em Portland, conduziu um estudo comparativo sobre a eficácia da terapia cognitivo-comportamental religiosa e não religiosa com terapeutas religiosos ou não religiosos em pacientes religiosos com depressão clínica (Propst et al., 1992). Ela levantou a hipótese de que as terapias cognitivo-comportamentais religiosas (RCT) poderiam ser mais efetivas em pacientes religiosos do que a terapia cognitivo-comportamental comum (CTB), por causa da maior consistência de seus valores e estruturas. A terapia cognitivo-comportamental religiosa (RCT) forneceu uma base lógica religiosa para os procedimentos, utilizou de argumentos religiosos para combater pensamentos irracionais e usou de procedimentos do imaginário religioso, de acordo com o manual publicado por Probst (1988). Ademais, o estudo foi projetado para determinar se terapeutas não religiosos poderiam implementar com sucesso a terapia cognitivo-comportamental religiosa (RCT).

Focando nos resultados antes e depois do tratamento, Probst et al. descobriram que indivíduos religiosos que recebem terapia cognitivo-comportamental religiosa (RCT) relataram uma redução maior da depressão (BDI) e uma melhora maior no ajustamento social (SAS) e na sintomatologia geral (GSI, SCL-90-R) do que os pacientes no grupo da terapia cognitivo-comportamental comum (CTB). Indivíduos do grupo de aconselhamento pastoral (PCT), o qual foi incluído para controlar os efeitos não específicos do sistema de tratamento, também demonstraram melhora significativa no pós-tratamento e até demonstraram performance superior ao CTB padrão. Esse achado é similar aos resultados encontrados em população não clínica (Propst, 1980).

O achado mais surpreendente no estudo de Probst foi uma forte interação entre terapeuta-tratamento. O grupo que demonstrou a melhor performance em todas as medidas foi a condição RCT com os terapeutas não religiosos (RCT-NT), enquanto o grupo com o pior padrão de performance foi a CTB padrão com pacientes não-religiosos (CTB-NT). Houve uma diferença menor de performance entre as condições da terapia cognitivo-comportamental para terapeutas não

religiosos (RCT/CBT-RT). Esse padrão de interação entre terapeuta-tratamento sugere o seguinte: 1. A efetividade da CTB para pacientes religiosos realizada por terapeutas não religiosos pode ser significativamente melhorada utilizando uma estrutura religiosa. 2. O impacto dos resultados na terapia em pacientes e terapeutas/terapia com orientação de valores similares sugere que nem similaridade de valores, nem diferença extrema de valores facilita os resultados. A similaridade de valores deve ser definida como uma combinação de valores pessoais do terapeuta e a orientação de valor do tratamento. As condições de RCT com terapeutas religiosos e o CBT padrão com terapeutas não religiosos demonstra a maior similaridade de valores. Nenhum dos dois, porém, demonstrou alta performance nem foi particularmente relevante para este estudo.

CONCLUSÕES PARA A INTEGRAÇÃO DA RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE NA TERAPIA

Os estudos revisados neste artigo suportam a integração da religião e da espiritualidade no cuidado em saúde mental, na psiquiatria e na psicologia. Muitos pacientes desejam que os provedores dos serviços deem atenção a questões espirituais e religiosas durante a terapia (D'Souza, 2002). Alguns temem que os clínicos irão "diminuir" ou "banalizar" suas crenças ou que verão as mesmas como um sinal da patologia. Isso requer que os clínicos adotem uma abordagem respeitosa e individualizada em relação ao histórico espiritual e religioso do paciente (Plante, 2007).

Para desenvolver a competência na integração da religião e da espiritualidade no cuidado em saúde mental, os clínicos (incluindo psiquiatras, psicoterapeutas, assistentes sociais e enfermeiros psiquiátricos) precisam de treinamento profissional pertinente para cada serviço particular (Fallot, 2007). Tal treinamento deve contemplar os seguintes tópicos: 1) Entender os meios pelos quais a religião e a espiritualidade se relacionam com o bem-estar geral do paciente, avaliar se a expressão particular da espiritualidade do paciente é útil ou danosa para seu processo de recuperação. 2) Tomar a história espiritual, desenvolver a habilidade de falar com os pacientes sobre a espiritualidade de uma maneira que não seja nem intrusiva nem reducionista, mas que comunica uma abertura respeitosa às experiências espirituais únicas do paciente, sejam elas positivas ou negativas. 3) Dar suporte ao *coping* religioso e espiritual, por exemplo, orações e meditação, ler salmos e outras literaturas religiosas/espirituais, frequentar serviços religiosos. 4) Considerar as reações de contratransferência que podem ser influenciadas pelas experiências religiosas ou espirituais dos terapeutas (Koenig, 2002). 5) Utilizar dos recursos sociais e comunitários, provendo oportunidades para expandir as

conexões entre as atividades religiosas ou espirituais na comunidade e no próprio programa de saúde mental. 6) Aprender quando e como fazer encaminhamentos para profissionais religiosos, para programas baseados na fé ou para centros de atividade espiritual.

Programas de cuidado em saúde mental que integram questões espirituais variam desde grupos psico educacionais até grupos de discussão abertos que integram "questões espirituais" e a maneira como se relacionam com as preocupações da saúde mental. Os programas descritos ilustram as possíveis formas de integração. Para a psicoterapia, o estudo de Probst (Propst et al., 1992), assim como os estudos de Azahr (Azahr, Varma & Dharap, 1994; Azahr & Varma, 1995), indicam claramente que os resultados em pacientes religiosos podem ser melhorados pela integração de elementos religiosos na terapia e que isso pode ser feito com sucesso tanto por terapeutas religiosos ou não. Futuros estudos são necessários para investigar essa área promissora.

DECLARAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

R. H. fez a redação do artigo original e H. A. e P. T. são os responsáveis pela tradução.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflitos de interesse no manuscrito submetido.

REFERÊNCIAS

- Allemand, M. & Kliegel, M. (2003). Religiosity and its relation to therapeutic changes in subjective well-being and mental health in a Swiss inpatient sample. *Paper presented at the Psychology of Religion Conference*, August 28-31, Glasgow, Scotland.
- Anthony, W.A. (2004). The principle of personhood: The field's transcendent principle. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 205.
- Azahr, M. & Varma, S.L. (1995). Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 63, 165-168.
- Azahr, M.; Varma, S.L. & Dharap, A.S. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 1-3.
- Baetz, M.; Larson, D.B.; Marcoux, G.; Bowen, R.; Griffin, R. (2002). Canadian psychiatric inpatient religious commitment: An association with mental health. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 159-166.

- Bergin, A.E. & Jensen, J.P. (1990). Religiosity of psychotherapists: a national survey. *Psychotherapy*, 27, 3-7.
- Bergin, A.E.; Masters, K.S. & Richards, P.S. (1987). Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling Psychology*, 34(2), 197-204.
- Blanch, A. (2007). Integrating religion and spirituality in mental health: the promise and the challenge. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30, 251-260.
- Bush, E.G.; Rye, M.S.; Brant, C.R.; Emery, E.; Pargament, K. & Riessinger, C.A. (1999). Religious coping with chronic pain. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 24, 249-260.
- Bussema, K.E. & Bussema, E.F. (2000). Is there a balm in Gilead? The implications of faith in coping with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 117-124.
- Chang, B.H. (2001). Religion and mental health among women veterans with sexual assault experience. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31, (1) 77-95.
- Cosar, B.; Kocal, N.; Arikan, Z.; Isik, E. (1997). Suicide attempts among Turkish psychiatric patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 1072-1075.
- D'Souza, R. (2002). Do patients expect psychiatrists to be interested in spiritual issues? *Australasian Psychiatry*, 10(1), 44-47.
- Emmons, R.A. (1999). *The Psychology of Ultimate Concerns*. New York: The Guilford Press.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-36.
- Enright, R.D. & Fitzgibbons, R.P. (2000). *Helping Clients Forgive*. An empirical guide for resolving anger and restoring hope. Washington D.C: American Psychological Association.
- Exline, J.J. (2002). Stumbling blocks on the religious road: fractured relationships, nagging vices, and the inner struggle to believe. *Psychological Inquiry*, 13(3), 182-189.
- Exline, J.J.; Yali A.M.; Sanderson, W.C. (2000). Guilt, discord, and alienation: the role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology*, 56(12), 1481-1496.
- Exline, J.J.; Yali, A.M.; Lobel, M. (1999). When God disappoints: difficulty forgiving God and its role in negative emotion. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 365-379.
- Fallot, R.D. (1997). Spirituality in trauma recovery. In M. Harris (Ed.). *Sexual abuse in the lives of women diagnosed with serious mental illness* (pp. 337-355). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Fallot, R.D. (1998). Spirituality and religion in recovery from mental illness. *New Directions for Mental Health Services*, 80, 25-33.
- Fallot, R.D. (2007). Spirituality and religion in recovery: some current issues. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4), 261-270.
- Folkman, S.; Chesney, M.; McKusick, L.; Ironson, G.; Johnson, D.S. & Coates, T.J. (1991). Translation coping theory into an intervention. In J. Eckenrode (Ed). *The social context of coping* (pp. 239-260). New York: Plenum Press.
- Frankl, V.E. (1984). *Men's search for meaning*. Washington: Square Press.
- Gallup, G. (1994). *The Gallup Poll: Public Opinion*. Wilmington, Del, Scholarly Resources.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grom, B.; Hellmeister, G. & Zwingmann, C. (1998). Münchner Motivationspsychologisches. Religiositäts-Inventar (MMRI). Entwicklung eines neuen Meßinstruments für die religionspsychologische Forschung. In C.Henning & E.Nestler (pp 181-203), *Religion und Religiosität zwischen Theologie und Psychologie*. Frankfurt am Main: Lang.
- Hefti, R. (2003). *Unser Therapiekonzept*. Infomagazin.
- Hefti, R. (2009). Integrating Spiritual Issues into Therapy. In P. Huguelet & H.G. Koenig (Eds). *Religion and Spirituality in Psychiatry* (pp. 244-267). Cambridge: University Press.
- Howard, K. I.; Lueger, R. J.; Maling, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.
- Huguelet, P.; Mohr, S.; Brandt, P-Y.; Borrás, L. & Gillieron, C. (2006). Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatric Services*, 57, 366-372.
- Jahangir, F. (1995). Third force therapy and its impact on treatment outcome. *International Journal for the Psychology of Religion*, 5, 125-129.
- Kehoe, N.C. (1999). A therapy group and spirituality issues for patients with chronic mental illness. *Psychiatric Services*, 50, 1081-1083.
- Koenig, H. G. & Pritchett, J. T. (1998). Religion and psychotherapy. In H.G.Koenig (Ed). *Handbook of religion and mental health* (pp. 323-336). San Diego CA: Academic Press.
- Koenig, H.G. (1992) Religious coping and depression in elderly hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1693-1700.
- Koenig, H.G. (2002). Spirituality in Patient Care: Why, How, When and What. *Religious Studies Review*, 34(1), 31-32. https://doi.org/10.1111/j.1748-0922.2008.00237_2.x

- Koenig, H.G.; George, L.K.; Peterson, B.L. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 536–542.
- Längle, A. (2003). The art of involving the person – fundamental existential motivations as the structure of the motivational process. *European Psychotherapy*, 4(1), 25-36.
- Lindgren, K.N. & Coursey, R.D. (1995). Spirituality and serious mental illness: A two-part study. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 93–111.
- Longo, D.A. & Peterson, M.S. (2002). The role of spirituality in psychosocial rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 333–340.
- MacGreen, D. (1997). Spirituality as a coping resource. *Behavior Therapist*, 20, 28.
- Matthews, D.A. (1998). *The faith factor: Proof of the Healing Power of Prayer*. Washington: Penguin Books.
- Mickley, J.; Carson, V. & Soeken, L. (1995). Religion and adult mental health: State of the science in nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 16, 345–360.
- Miller, W.R. & Thoresen, C.E. (1999). Spirituality and health. In W.R. Miller (Ed). *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*. Washington DC: American Psychological Association.
- Mohr, S.; Brandt, P.-Y.; Borrás, L.; Gilliéron, C. & Huguelet, P. (2006). Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1952-1959.
- Mulligan, R. & Mulligan, T. (1999). The science of religion in health care. *Veterans Health System Journal*, 55–57.
- Onken, S.J.; Dumont, J.M.; Ridgway, P.; Dornan, D.H. & Ralph, R.O. (2002). *Mental health recovery: what helps and what hinders?* Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors
- Pardini, D.; Plante, T.G. & Sherman, A. (2001). Strength of religious faith and its association with mental health outcomes among recovering alcoholics and addicts. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 347–354.
- Pargament, K. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, and practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. (2002). The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychological Inquiry*, 13, 168–181.
- Pargament, K.; Koenig, H.G. & Perez, L.M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519–543.
- Phillips, R.S.; Lakin, R.; Pargament, K. (2002). Development and implementation of a spiritual issues psychoeducational group for those with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 38, 487–496.
- Plante, T. G. & Sherman, A. C. (2001). *Faith and health: Psychological perspectives*. New York: Guilford Press.
- Plante, T.G. (2007). Integrating spirituality and psychotherapy: ethical issues and principles to consider. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 891-902
- Probst, L.R. (1998). *Psychotherapy in a religious framework: Spirituality in the emotional healing process*. New York: Human Sciences Press.
- Propst L.R. (1980). The comparative efficacy of religious and nonreligious imagery for the treatment of mild depression in religious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 167-178.
- Propst, L.R.; Ostrom, R.; Watkins, P.; Dean, T. & Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavior therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 94-103.
- Reger, G.; Wong-McDonald, A. & Liberman, R. (2003). Psychiatric rehabilitation in a community mental health center. *Psychiatric Services*, 54(11), 1457-1459.
- Revheim, N. & Greenberg, W.M. (2007). Spirituality matters: Creating a time and place for hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30, 307-310.
- Richards, P.S. & Bergin, A.E. (1997). *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Richards, P.S. & Bergin, A.E. (2000). Toward religious and spiritual competency for mental health professionals. In R. Richards & A. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity* (pp. 3-26), Washington DC: American Psychological Association.
- Russinova, Z. & Blanch, A. (2007). Supported spirituality: a new frontier in the recovery-oriented mental health system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30, 247–249.
- Schmidt, T. & Adami, S. (2008). *Depression und Glaube – eine qualitative Studie an der Universität Freiburg*. Diplomarbeiten.
- Seybold, K. & Hill, P. (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 10(1), 21–24.
- Sullivan, W.P. (1998). Recoiling, regrouping, and recovering: first-person accounts of the role of spirituality in the course of serious mental illness. *New Directions for Mental Health Services*, 80, 25–33.

- Tepper, L.; Rogers, S.A.; Coleman, E.M.; Malony, H.N. (2001). The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 660–665.
- Walsh, J. (1995). The impact of schizophrenia on clients' religious beliefs: Implications for families. *Families in Society*, 76, 551–558.
- Weintraub, S.Y. (1999). *From the depths: Psalms as a spiritual reservoir in difficult times. In the outstretched arm*. New York: National Center for Jewish Healing of JBFCs. Disponível em: www.ncjh.org/downloads/Psalms.
- Wong-McDonald, A. (2007). Spirituality and psychosocial rehabilitation: empowering persons with serious psychiatric disabilities at an inner-city community program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30, 295-300.
- Yahne, C.E. & Miller, W.R. (1999). Evoking Hope. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating Spirituality into Treatment* (pp. 217-233), Washington D.C.: American Psychological Association.

Aceite do artigo original em 17/10/2011

Data de submissão da tradução: 05/04/2019

Primeira decisão editorial: 01/06/2019

Aceite em 22/06/2019