

A RELEVÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE EM TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

THE RELEVANCE OF SPIRITUALITY IN DEPRESSIVE DISORDERS

Samuel Davi Garcia Mendonça, Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.
samuel.mendonca@ivc.br

Resumo: O presente trabalho pretende apresentar os conceitos de espiritualidade e transtornos depressivos visando relacioná-los à prática clínica da psicoterapia que leva em conta a dimensão espiritual humana para tratar adequadamente os pacientes deprimidos. A espiritualidade é abordada em várias vertentes, assim como sua relação com a religião. Também é abordado o interesse científico hodierno pela espiritualidade. Os transtornos depressivos são conceituados dentro da psicologia. A seguir são apresentadas algumas causas e efeitos destes transtornos para as pessoas. Por fim, apresenta-se os resultados de pesquisas que tratam da consideração da dimensão da espiritualidade para o tratamento e prevenção dos transtornos depressivos, abordando o interesse da psicologia pela espiritualidade e a noção de *coping* religioso/espiritual positivo e negativo para efeito sobre a depressão. Esta nova abordagem tem encontrado respaldo científico por meio de pesquisas e publicações científicas.

Palavras-chave: Espiritualidade. Religião. Depressão. Religião-saúde.

Abstract: The present work intends to present the concepts of spirituality and depressive disorders aiming to relate them to the clinical practice of psychotherapy that takes into account the human spiritual dimension to adequately treat depressed patients. Spirituality is approached in several aspects, as well as its relationship with religion. Today's scientific interest in spirituality is also addressed. Depressive disorders are conceptualized within psychology. The following are some causes and effects of these disorders for people. Finally, it presents the results of research that deals with the consideration of the dimension of spirituality for the treatment and prevention of depressive disorders, addressing the interest of psychology in spirituality and the notion of positive and negative religious / spiritual coping for effect on depression . This new approach has found scientific support through research and scientific publications.

Keywords: Spirituality. Religion. Depression. Religion-health.

1 INTRODUÇÃO

A depressão se apresenta atualmente como uma das maiores doenças em incidência no mundo, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde). As projeções de seu crescimento levam a um quadro preocupante: até o ano de 2020 poderá se tornar a segunda maior doença em países desenvolvidos e a principal em das nações em desenvolvimento. Por isso é crescente o número de pesquisas nesta área e a teologia pode ter algo a contribuir.

O presente trabalho de pesquisa apresenta-se como um levantamento da relevância da espiritualidade no auxílio ao tratamento e prevenção dos transtornos depressivos. Faz parte de seu objetivo compreender os conceitos de espiritualidade e transtorno depressivo, assim como a relação entre eles no auxílio terapêutico destes transtornos.

Atualmente há um crescente interesse científico na relação entre espiritualidade e saúde, tanto física quanto mental. Nesta pesquisa especificamente, procura-se observar o papel da espiritualidade no tratamento e prevenção dos transtornos depressivos. Esta pesquisa não se trata, então, de procurar ou analisar causas espirituais para os transtornos depressivos, este não será o foco.

A espiritualidade será abordada no âmbito da ciência da religião, da teologia e da psicologia, muito mais conforme o interesse de reconhecer-se como algo inerente ao ser humano e em múltiplas visões científicas, onde há até mesmo espaço para uma reflexão espiritual de relacionamento natural, abrindo mão do lado transcendental e verificando-se no aspecto de relações humanas e físicas.

A relevância da espiritualidade no tratamento e prevenção dos transtornos depressivos será analisada a partir de artigos científicos do campo da psicologia e da psiquiatria, que abordam os aspectos do que é chamado de *coping* religioso/espiritual, a forma como a pessoa lida com o estresse de várias situações dolorosas ou conflitantes para as pessoas.

2 MÉTODOS

A metodologia utilizada no desenvolvimento do presente trabalho foi a da pesquisa essencialmente bibliográfica, buscando-se os posicionamentos doutrinários acerca de tal conduta, os arestos jurisprudenciais que tratam do tema, ultimando-se com um sopesamento dos entendimentos doutrinários e jurisprudenciais coletados.

As literaturas citadas se referem a livros e artigos que corroboram com a argumentação e defesa do tema deste estudo que ora se publica, pelo que se tem aqui uma pesquisa essencialmente bibliográfica.

3 A DIMENSÃO DA ESPIRITUALIDADE

3.1 O INTERESSE CIENTÍFICO CONTEMPORÂNEO PELA ESPIRITUALIDADE

Desde o final do século XX (década de 1990) é crescente o interesse científico pela espiritualidade e seus efeitos sobre a saúde mental e, até certo ponto, física. “A discussão e o interesse em torno das questões de espiritualidade ligada à saúde, a um viver saudável e feliz, tendo como parceiro o conhecimento científico, estão na ordem do dia” (PESSINI, 2007, p. 187). Peres (2009) afirma que os primeiros estudos surgiram por volta de 1960, mas muito dispersos, contudo já demonstrando a pertinência de estudos sobre o efeito da espiritualidade na saúde.

Se no século XIX ainda predominavam as instituições religiosas para cuidados de pessoas com doenças mentais, com os conceitos da psicanálise no início do século XX, houve uma desvalorização da religião como propiciadora de saúde para uma inversão dessa visão. Sigmund Freud e G. Stanley Hall foram os principais causadores desta inversão, pois

Esses autores acreditavam que a religião gerava neurose e que teorias psicológicas iriam substituir as religiões como propiciadoras da visão de mundo e fonte de tratamento. Tais atitudes negativas em relação à religião não eram baseadas em pesquisas científicas nem em estudos sistemáticos, mas primordialmente nas crenças e opiniões pessoais desses pioneiros. Como consequência, durante a maior parte do século XX, o campo dos cuidados à saúde mental subestimou e frequentemente desqualificou as crenças e práticas religiosas dos pacientes. Tais posturas estão refletidas em textos fortemente anti-religiosos [sic] escritos ainda nas décadas de 1980 e 1990 (...) (KOENIG, 2007, p. 5)

Conforme R. G. Panzini *et al.*, com a realização de pesquisas sistemáticas nas últimas décadas foi possível afirmar que a espiritualidade e a religião, na verdade, atuam como fator considerável de benefício à qualidade de vida para a maioria das pessoas. E há pesquisas em várias partes do mundo, o que demonstra não haver restrição religiosa para tais benefícios. E os resultados dessas pesquisas resultam em aplicações relevantes de apoio para o cuidado clínico terapêutico de várias doenças. “Assim, os profissionais da saúde possuem indicações científicas do benefício da exploração da espiritualidade na programação terapêutica de virtualmente qualquer doença” (PANZINI *et al.*, 2007, p. 106). Segundo H. G. Koenig (2007), a maioria das práticas religiosas pode ser associada a um maior bem-estar, assim como melhor êxito no enfrentamento de situações estressantes.

Bertachini e Pessini afirmam que, por outro lado, também se verifica uma tendência a compreender o ser humano de uma maneira mais completa, sem desprezar aspectos que a ciência tecnicista via como místicos ou irracionais. “Há um cansaço na cultura contemporânea em relação a uma medicina que reduz o ser humano (...). O ser humano é muito mais do que sua materialidade biológica” (BERTACHINI & PESSINI, 2010, p. 315). Essa questão provocou um favorecimento de um novo modelo na área de cuidados com a saúde, pois a espiritualidade é uma nova (ou renovada) dimensão a ser conhecida do ser humano. Segundo Alexander M. de Almeida (2009), as pesquisas “(...) têm identificado uma relação positiva entre religiosidade/ espiritualidade (RE) e saúde, principalmente saúde mental (...), pois crenças religiosas influenciam o modo como pessoas lidam com situações de estresse (...)” (p. 2).

Tais conclusões despertaram o interesse até mesmo das reações químicas e elétricas do cérebro humano nas ações e reações ligadas à espiritualidade, criando especulações de uma área que foi chamada de neuroteologia. Este campo procura possíveis evidências biológicas para a espiritualidade e alguma ligação genética entre neurotransmissores com descargas de elementos químicos cerebrais e o temperamento e ânimo das pessoas (SOUZA, 2006, apud PESSINI, 2007). Contudo, há críticas que sugerem que a neuroteologia é uma nova forma de reducionismo da espiritualidade.

Uma vez apresentado em que que termos são definidos a espiritualidade contemporânea, assim como sua relação com a religião e o interesse científico hodierno pelo tema, é mister agora, definir o que são transtornos depressivos e posteriormente fazer a relação entre espiritualidade e transtornos depressivos.

4 OS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

4.1 O QUE SÃO TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

Segundo Marty (2012), desde a Antiguidade já havia interesse em entender o comportamento depressivo, naquele momento conhecido como *melancolia*. Hipócrates, na Grécia Antiga, atribuía o transtorno a causas naturais, a bile negra (localizada no baço). A partir daí, conforme Terodoro (2010), outros estudiosos, como Galeno (século II a.C.) e Areteu da Capadócia (século I) se lançaram ao entendimento da melancolia e seu tratamento. O termo *depressão* só começa a ser utilizado na Modernidade. Chegando à Idade Contemporânea, novos estudos surgem com Philippe Pinel e Emil Kraepelin, que procuravam descrever e categorizar os transtornos depressivos, segundo observam Monteiro e Lage (2007), e ainda se cita Sigmund Freud com seu texto *Luto e melancolia* (1917), onde o Pai da psicanálise aborda a melancolia, em sua comparação, como um quadro psicótico.

Como Freud não estabeleceu uma diferenciação precisa entre melancolia e depressão, da mesma forma que se dispôs a distingui-la do luto, torna-se bastante significativo buscar a contribuição de psicanalistas contemporâneos a fim de fundamentar, [...], o conceito de depressão. (MONTEIRO & LAGE, 2007, p. 113)

Segundo o *site* da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), transtornos depressivos ou simplesmente depressão é uma designação para um transtorno mental caracterizado, conforme a OMS (Organização Mundial de Saúde), por uma profunda apatia, tristeza, falta de interesse e prazer, assim como uma baixa autoestima e distúrbios no sono e no apetite.

Segundo Davidoff, apesar de momentos de tristeza serem comuns a todos os seres humanos, a depressão se caracteriza pela persistência dos sintomas.

Todos se sentem infelizes às vezes. A depressão é um estado mais intenso e persistente. Durante a *depressão profunda* [grifo da autora], as pessoas sentem-se desesperançosas e desanimadas e o tempo custa a passar. Entes queridos, comida, sexo, *hobbies*, trabalho e recreação, tudo parece desinteressante. Como consequência, talvez, as pessoas deprimidas isolam-se dos outros, negligenciando deveres e responsabilidades. Algumas são passivas e letárgicas, outras são inquietas e agitadas. As conversas de

depressivos sugerem que eles se sentem críticos de si mesmos e são atormentados pela culpa, irritáveis, incapazes de controlar a própria vida. (DAVIDOFF, 2010, p.553, 554)

Os depressivos indicam algo pelo seu aspecto exterior, conforme Braghirolli *et al* (2010), como se chorassem sem derramar suas lágrimas numa profunda quietude e abatimento, até mesmo sua fala e seus movimentos transmitem insegurança. Inclusive a aparência dos depressivos se torna um indicativo de mudança, pois perdem o interesse em cuidar de si mesmos. Também se tornam desesperançosos, pois não acreditam que alguém possa ajudá-los. Não há teatralidade nesse comportamento, sua angústia é real e profunda, por isso está em risco iminente de suicídio. O próprio termo *depressão* já aponta para algo mais profundo que uma tristeza ocasional. Segundo F. Marty (2012), a sua etimologia já anuncia algo ruim, do latim *depressio* significa um afundamento sob pressão, uma pressão de cima para baixo. No campo da psicopatologia é que a palavra foi mais vulgarizada em seu sentido negativo.

Lawson (2012) fala sobre transtornos depressivos através de uma experiência narrada por uma jovem de 25 anos:

O que está acontecendo com a minha vida? Parece que está indo pelo ralo! Sinto-me atordoada. Durmo muito mal. Tenho sentimento de culpa. Nem eu me aguento, e tenho certeza que os outros me acham rabugenta e chata. Estou cansada, e só quero chorar. A vida é uma batalha morro acima..." (LAWSON, 2012, p. 14)

Afirma Lawson, assim, que os transtornos depressivos possuem sinais reconhecíveis, importantes para seu diagnóstico, que vão diferenciá-los de um episódio comum de tristeza. "A clínica depressiva caracteriza-se de fato correntemente por prostração e abatimento, tédio [...] e pessimismo [...]. Nela se observam igualmente distúrbios do sono e do apetite [e] distúrbios somáticos ([...] vertigens, dores [...])" (MARTY, 2012, p. 253)

5 A RELEVÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE NO TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

5.1 A RELEVÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE NA PERSPECTIVA CONTEMPORÂNEA DA PSIQUIATRIA E DA PSICOLOGIA SOBRE OS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

Como já foi dito anteriormente, a espiritualidade passa a ter um novo olhar por parte de uma parcela considerável de pesquisadores e acadêmicos desde a segunda metade do século passado e exponencialmente a partir deste presente século. Segundo Harold G. Koenig,

[...] mudanças começaram a ocorrer na área da saúde mental na década de 1990 e na virada para o século XXI. Investigações sistemáticas passaram a demonstrar que pessoas religiosas não eram sempre neuróticas ou instáveis e que indivíduos com fé religiosa profunda na realidade pareciam lidar melhor com estresses da vida, recuperar-se mais rapidamente de depressão e apresentar menos ansiedade e outras emoções negativas que as pessoas menos religiosas [...]. (KOENIG, 2007, p. 5)

Nesta perspectiva transmitida pela pesquisa de Koenig, a espiritualidade (representada pela fé religiosa), no mínimo, passa a ser um elemento a ser considerado no campo de pesquisas e na observação de tratamentos de transtornos depressivos como agente potencial para auxílio à recuperação destes por parte dos indivíduos deprimidos. Por isso, afirma Koenig, desde a década de 1990, as pesquisas sobre esta temática chegaram a todos os continentes, em países como Alemanha, Holanda, Malásia, Austrália, Nigéria, Estados Unidos, Canadá e Índia, por exemplo, em diferentes condições tanto científicas quanto sociorreligiosas, mas presentes no interesse da academia.

A razão de tamanha relevância considerada à relação entre saúde mental – e em certos casos até mesmo física – e espiritualidade recentemente, ainda segundo Koenig, é a importância do conhecimento do “impacto que as crenças religiosas podem ter na etiologia [o estudo sobre a origem de uma doença], diagnóstico e evolução dos transtornos psiquiátricos” (2007, p. 6). A finalidade de tal conhecimento para a psiquiatria é uma compreensão mais adequada dos pacientes a partir de uma avaliação a respeito do valor de suas crenças religiosas e expectativas espirituais quando lidam com uma doença mental.

Assim, entende-se que existem razões clínicas para abordar o tema da espiritualidade. Franklin S. Santos, ao abordar a espiritualidade na prática clínica, descreve aos profissionais da saúde as razões para investigarem a espiritualidade de seus pacientes:

Muitos pacientes são religiosos e gostariam de abordar isso nos cuidados em saúde (King e Bushwick, 1994). Muitos pacientes têm necessidades espirituais relacionadas a doenças que poderiam afetar sua saúde mental, mas elas não são atendidas. Pacientes, particularmente quando hospitalizados, são frequentemente isolados de suas comunidades

religiosas. Crenças religiosas afetam decisões médicas e podem conflitar com tratamentos (Coakley e McKenna, 1986). As religiões influenciam cuidados de saúde na comunidade (Koenig e Larson, 1998). A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, uma entidade internacional de acreditação de hospitais, tem como um dos pré-requisitos para dar o certificado de qualidade a exigência de abordar espiritualidade. (SANTOS, 2009, p. 3)

Ainda afirma Santos que a espiritualidade influencia as decisões dos pacientes sobre seu tratamento, para aceitarem medicamentos e procedimentos, da mesma maneira que influencia sua saúde em relação a dieta, estilo de vida e aceitar tratamento psicológico ou psiquiátrico. “O objetivo é entender as crenças do paciente e qual sua participação na saúde e na doença, sem julgamento ou tentativa de modificar crenças ou a falta delas” (SANTOS, 2009, p.4).

5.2 O EFEITO DA ESPIRITUALIDADE SOBRE OS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS: O USO DO *COPING* RELIGIOSO/ESPIRITUAL

Compreender as necessidades espirituais de pessoas que sofrem de transtornos depressivos pode ser uma contribuição significativa na sua maneira de lidar com a doença. Por isso, entende-se que é importante conhecer o melhor possível como é esse lidar e qual é o papel da espiritualidade neste processo, seja anterior ou posterior ao transtorno enfrentado.

Desde que o homem se entende como ser pensante, ele vem usando a espiritualidade para entender o significado da vida e da morte, de sua presença no mundo, melhorar sua saúde e como ferramenta para lidar com (*coping*) as adversidades e a dor, seja ela física, moral ou espiritual. (SANTOS, 2009, p. 2)

Segundo Almeida e Stroppa (2009), pesquisas sistematizadas relacionam positivamente a espiritualidade à saúde mental. A espiritualidade, como foi dito anteriormente, não só contribui para a prevenção como para o tratamento e recuperação dos transtornos mentais, como a depressão. O efeito produzido pela espiritualidade dependerá do seu tipo e da sua aplicação para as situações onde seja possível a influência das crenças do paciente ao lidar com uma série de acontecimentos dados num certo momento de estresse, ou de sofrimento, ou mesmo pelos problemas concernentes à própria vida e suas perdas, como a morte ou uma enfermidade, por exemplo. A maneira como se encara essas situações é o que se identifica no termo *coping*.

Coping não tem uma tradução exata para a língua portuguesa, mas pode significar lidar, manejar, adaptar-se ou enfrentar. Trata-se de um processo de interação entre o indivíduo e o ambiente, com a função de reduzir ou suportar uma situação adversa que exceda os recursos do indivíduo. (ALMEIDA & STROPPIA, 2009, p. 2)

Assim sendo, existem estratégias de *coping*, conforme Panzini e Bandeira (2007). Estas estratégias são cognitivas e comportamentais, empregadas com a intenção de enfrentar situações estressantes. São estratégias cognitivas porque o indivíduo usa-as a partir de uma avaliação do fenômeno estressante. Sua classificação funcional pode se dar pelo foco na emoção dirigida como resposta ao problema ou pelo foco no próprio problema objetivando sua solução. “Por ser o *coping* um processo de interação entre indivíduo e ambiente, sua função é administrar (reduzir/minimizar/tolerar) a situação estressora, mais que controlá-la ou dominá-la (Folkman e Lazarus, 1980)” (PANZINI & BANDEIRA, 2007, P. 128)

Existem três meios pelos quais a religião pode estar envolvida no *coping*: pode ser parte, contribuir ou ser resultado/produto do processo de *coping* – os dois últimos exemplificando seu papel bidirecional no *coping* (Pargament, 1997). Para Pargament, autor de referência no tema, quando as pessoas se voltam para a religião para lidar com o estresse, ocorre o *coping* religioso. (PANZINI & BANDEIRA, 2007, p. 128)

O entendimento sobre o significado clínico do *coping* religioso/espiritual tem sua base teórica na psicologia da religião e outras áreas afins.

O conceito de *coping* religioso/espiritual está inserido nas áreas da psicologia cognitivo-comportamental, psicologia da religião, psicologia positiva, psicologia da saúde e do escopo de estudos sobre religião e saúde, medicina e espiritualidade, tendo sido delineado a partir do estudo cognitivista do estresse e do *coping*. Não há consenso na definição de estresse. Este tem sido definido como um referente, tanto para descrever uma situação de muita tensão quanto para definir a tensão de tal situação (Lipp e Rocha, 1994). Lazarus e Folkman (1984) definem o estresse psicológico como a relação entre pessoa e contexto ambiental que é percebida como indo além do que aquela pode suportar, excedendo seus recursos pessoais e ameaçando seu bem-estar. (PANZINI & BANDEIRA, 2007, p. 128)

O *coping* religioso/espiritual representa de que maneira a religiosidade e/ou espiritualidade é utilizada pelas pessoas nos momentos em que necessitam lidar com circunstâncias ou condições de estresse em suas vidas. Panzini e Bandeira afirmam que o “*coping* religioso-espiritual (CRE), que descreve o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com o estresse, tem se mostrado associado com melhores índices de qualidade de vida e saúde física e mental” (2007, p. 507).

Contudo, as relações com as estratégias de *coping* religioso/espiritual podem ser diferentes conforme a definição do seu modelo e como é utilizado pela pessoa: CRE positivo ou CRE negativo. Almeida e Stroppa apresentam o quadro de definições de *coping* religioso/espiritual proposto por Pargament e Koenig (1998):

Estratégias de <i>coping</i> religioso-espiritual positivo	Estratégias de <i>coping</i> religioso-espiritual negativo
<p>O CRE positivo abrange estratégias que proporcionam efeito benéfico ou positivo ao praticante como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procurar o amor e a proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais; • Buscar ajuda e conforto na literatura religiosa; • Buscar perdoar e ser perdoado; • Orar pelo bem-estar de outros; • Resolver seus problemas em colaboração com Deus etc. 	<p>O CRE negativo envolve estratégias que geram consequências prejudiciais ou negativas ao indivíduo, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A crença em um Deus punitivo; • Questionar a existência, o amor ou os atos de Deus; • Delegar a Deus resolução dos problemas; • Sentir insatisfação ou descontentamento em relação a Deus ou sua instituição religiosa etc.

(ALMEIDA & STROPPIA, 2009, p. 3)

Almeida e Stroppa também citam que muitos pesquisadores têm se debruçado sobre pesquisas a este respeito. Por exemplo, relacionam Pargament, que identificou benefícios clínicos no uso de estratégias de *coping* religioso/espiritual positivo. Afirma o pesquisador que as estratégias de CRE positivo mostraram-se inversamente associados a casos de transtornos depressivos tanto quanto aos graus dos sintomas depressivos. Também relacionam a pesquisa de Koenig *et al.* que demonstra a existência de uma relação estreita entre as estratégias de *coping* religioso/espiritual negativo e transtornos depressivos. Há uma possibilidade considerável de estresse psicológico, causante de transtornos depressivos, para o uso de CRE negativo, considerando os problemas gerados pela passividade e submissão, insatisfação com a religião ou com a comunidade religiosa, assim como pela interpretação de um castigo, conflito ou abandono por parte de Deus para as circunstâncias estressantes que a pessoa está vivendo.

Os autores [K. Pargament *et al.*, citados no parágrafo anterior] concluíram que a religião/espiritualidade pode ser fonte de alívio ou desconforto, de solução de problemas ou causa de estresse, dependendo de como a pessoa se relaciona com ela, ou seja, se utiliza estratégias de CRE positivo ou negativo. (PANZINI *et al.*, 2007, p. 108)

As estratégias de *coping* religioso/espiritual não são meramente defensivas. Conforme Panzini e Bandeira (2007), tais estratégias abrangem uma série de comportamentos, emoções, relações e cognições que reportam a várias funções, como significado e conforto, além de intimidade com o lado tanto espiritual como social do indivíduo. Tal processo psíquico pode ter benefícios ou malefícios, dependendo do tipo de sentimento que aflora no uso das estratégias de CRE. Pela relação com os resultados é que se pode fazer uma classificação de CRE positivo ou negativo.

As pesquisadoras supracitadas também apresentam o modelo de Pargament *et al.* para os estilos de *coping* religioso/espiritual. São três estilos propostos, tipificando o nível e o controle de atividade. O primeiro destacado foi o estilo autodireção (originado do termo em inglês *self-directing*) onde o indivíduo tem um papel ativo no equacionamento dos problemas enquanto Deus tem um papel mais passivo. Essa posição tem por base a premissa de que as pessoas receberam de Deus os meios e a liberdade de ação para conduzirem suas próprias vidas. O segundo estilo destacado é a delegação (*deffering*), no qual o indivíduo, mais passivo, assume a posição de aguardar que seus problemas sejam resolvidos por Deus, mais ativo, que passa a ser presente em toda a responsabilidade. O terceiro estilo destacado é chamado de colaboração (*collaborative*), no qual tanto o homem como Deus tem um papel ativo para determinar a resolução do problema, havendo um tipo de parceria com corresponsabilidade. Anos depois, Pargament propôs um quarto estilo de CRE que foi chamado de súplica (*pleading* ou *petitionary*), onde o indivíduo procura ativamente por meio de rogos e petições (rezas e orações) influenciar a decisão divina de intervir no seu problema.

Um quinto estilo apresentado foi chamado de renúncia (*surrender*), no qual o indivíduo se reserva a renunciar à sua vontade e coloca-se plenamente sob a vontade de Deus. Este estilo foi proposto por Wong-McDonald e Gorsuch (2000), teoricamente sugerido pela autorrenúncia de Cristo descrita no Novo Testamento: “Adiantando-se um pouco, prostrou-se sobre o seu rosto, orando e dizendo: Meu pai, se possível, passe de mim este cálice! Todavia, não seja como eu quero, e sim como tu queres” (BÍBLIA SAGRADA, Tradução João Ferreira de Almeida Revista e Atualizada, Mateus, 26:39). Associa-se ao estilo colaboração, mas há uma clara submissão. Também não se iguala ao estilo delegação porque possui o aspecto

ativo da decisão pessoal, assim como do estilo súplica pela renúncia ao desejo de influenciar a vontade de Deus.

Os estilos autodireção, colaboração e renúncia, habitualmente são considerados como *coping* religioso/espiritual positivo e a delegação e súplica, como *coping* religioso/espiritual negativo. Porém, a súplica pode ser, por outra via de interpretação, CRE positivo ou CRE negativo conforme o teor e a forma da petição. Uma súplica baseada na própria vontade pretendendo se colocar sobre a vontade de Deus, pode ser analisada como CRE negativo, enquanto a súplica pelo auxílio divino, mas aceitando a vontade de Deus – aproximando-se da renúncia –, poderia ser analisada como CRE positivo.

Observando os resultados de pesquisas em diferentes populações clínicas, foi possível descrever um pouco da relevância do *coping* religioso/espiritual sobre pacientes com transtornos depressivos.

[Entre homossexuais HIV-soropositivos] Em 106 homens, alguns tipos de CRE estiveram associados com menos sintomas de depressão, outros com maior contagem de CD4+, independentemente da intensidade dos sintomas físicos (Woods et al., 1999).

[Entre idosos hospitalizados] Em 832 pacientes, o CRE esteve associado com menores sintomas cognitivos de depressão, mas não sintomas somáticos. Sentimentos de infelicidade, fracasso, desesperança ou que outras pessoas estão melhores, perda de interesse, tédio, isolamento social e impaciência foram significativamente menos comuns entre os que usavam CRE (Koenig et al., 1995).

[Entre populações clínicas] Diferentes estudos mostraram que: o CRE foi preditor negativo de depressão e estresse psicológico global em 104 pacientes do Ambulatório de Medicina de Família; esteve relacionado à menor desesperança e ansiedade em 127 pacientes ambulatoriais com HIV; elevado CRE externo/social esteve associado à menor depressão em 159 pacientes em hemodiálise; e baixos escores de CRE interno/cognitivo e de CRE total estiveram associados com história de atendimento psiquiátrico em 451 pacientes de atendimento primário, indicando que o uso de CRE interno/cognitivo pode estar negativamente associado à utilização de serviços psiquiátricos em pacientes (Martin et al., 1998). (PANZINI & BANDEIRA, 2007, P. 131)

5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O RESPEITO À ESPIRITUALIDADE DE PACIENTES COM TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

Segundo esta consideração, conforme Bertachini e Pessini (2010), a AMA (Associação Médica Mundial), em 2008, na sua Declaração sobre os Direitos do Paciente inclui o direito à assistência religiosa para conforto espiritual. A consideração da importância do âmbito religioso/ espiritual para o paciente passa, a partir daí, a figurar em vários documentos de associações médicas ou órgãos

reguladores de vários governos. No Brasil, desde 2009, pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada pelo Ministério da Saúde, é incluído no direito ao atendimento humanizado o respeito aos valores religiosos.

Peres levanta a questão: “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?” (2009, p. 2). Para integrar a dimensão espiritual do paciente à psicoterapia, além de ética e habilidades específicas é necessário um considerável nível de conhecimento para alinhar os dados sobre a espiritualidade do paciente aos benefícios do processo terapêutico.

Considerando que as pesquisas a respeito da relevância da espiritualidade sobre a saúde, observando em especial a saúde mental, são relativamente recentes, ainda não existe um consenso sobre os resultados da aplicação desta associação na prática clínica, conforme Panzini e Bandeira (2007). Entretanto, há uma boa receptividade dos pesquisadores desta área para a ideia da integração entre as teorias e a prática clínica, assim como também se pode notar também tal receptividade nos pacientes. Estes demonstram o desejo de serem abordados sobre sua religião ou espiritualidade pelos profissionais da saúde, e aqueles por apoiarem o enfoque da espiritualidade sobre as intervenções clínicas, embasados pelos resultados empíricos. Entre os objetivos destas intervenções clínicas, Panzini e Bandeira citam algumas que se relacionam, por pesquisas publicadas, aos transtornos depressivos, tanto no tratamento quanto prevenção:

- 1) promover ajustamento psicossocial no tratamento de pacientes com câncer (Schnoll et al., 2000);
- 2) otimizar o cuidado de saúde de mulheres portadoras de HIV deprimidas (Dalmida, 2006);
- 3) beneficiar pacientes com doenças crônicas (Narayanasamy, 2003);
- 4) melhorar os resultados de saúde em idosos deprimidos (Koenig et al., 1998a);
- 5) oferecer recursos úteis a cuidadores de vítimas de demência (Kaye e Robinson, 1994);
- e 6) como parte essencial do tratamento paliativo de pacientes terminais (Burton, 1998), entre outros. (PANZINI & BANDEIRA, 2007, p. 132)

Em uma pesquisa citada por Peres, realizada por Razali em 1998, pacientes que sofriam com transtornos depressivos obtiveram uma melhora mais rápida no início do tratamento ao serem “submetidos à psicoterapia adaptada para aspectos socioculturais e religiosos [...] que o grupo-controle com psicoterapia padrão, porém os resultados não se diferenciaram aos seis meses” (2009, p. 5). Isso significa,

segundo os pesquisadores, que o componente religioso/espiritual é relevante na precipitação da redução dos sintomas depressivos.

Igualmente, em uma coleta de pesquisas feita por Panzini e Bandeira (2007) foi encontrado um trabalho realizado por Cole e Pargament em 1999, que “comparando a eficácia da terapia cognitivo-comportamental religiosa e não-religiosa, a psicoterapia religiosa com pacientes religiosos resultou recuperação mais rápida de depressão comparada a terapias seculares” (p. 133).

A espiritualidade e o envolvimento em religiões organizadas podem proporcionar aumento do senso de propósito e significado da vida, que são associados a maior resiliência e resistência ao estresse relacionado às doenças (Lawler e Younger, 2002). Vários estudos enfatizam o desempenho da religião/espiritualidade como fator de proteção à saúde, acelerando a remissão (Koenig et al., 1998a) e prevenindo a recaída (Miller et al., 1997) da depressão [...] ((PANZINI & BANDEIRA, 2007, p. 127)

A dimensão espiritual integrada à psicoterapia deve ser uma questão de decisão do paciente, pois o foco está sobre a sua espiritualidade e não a do psicoterapeuta ou qualquer outra. Afirma Peres (2009) que

As abordagens que contemplam a religiosidade e a espiritualidade acolhem as crenças dos pacientes e estabelecem uma aliança terapêutica a certos enquadres 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. (2009, p. 5)

Desta maneira, haverá um tratamento mais humanizado e integrado entre o paciente e psicólogo, considerando o papel da espiritualidade na saúde mental e, assim, conseqüentemente sobre os transtornos depressivos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentados os conceitos da dimensão espiritual e dos transtornos depressivos, assim como as pesquisas recentes que tem estudado a relação entre estas e sua aplicação na prática clínica, é possível concluir que há um benefício considerável na abordagem psicoterápica que leva em conta a espiritualidade do paciente deprimido. Tal abordagem apresenta-se como mais humanizada, respeitando o ser humano de maneira integral, pois expande o conceito antropológico evitando a redução do ser humano ao aspecto meramente material.

Sendo os transtornos depressivos de múltiplas origens, é importante e necessário abordar o paciente em suas múltiplas dimensões. A espiritualidade é inerente ao ser humano, vai além da perspectiva religiosa, alvo de tantas críticas históricas e contemporâneas, e atualmente é vista como não apenas a transcendente relação com o divino, mas como uma compreensão interior e uma forma de relação com o próximo. Sendo assim, considerar a relevância da espiritualidade é observar mais profundamente o próprio ser humano, de maneira que seu tratamento em casos de transtornos depressivos se torna mais adequado ao paciente.

Esta preocupação é tão importante que tem chegado às mais altas referências sobre a saúde, como a OMS (Organização Mundial de Saúde), o órgão das Nações Unidas para esta área, a Associação Médica Mundial e o Ministério da Saúde do Brasil. Será necessário aprofundar os métodos de pesquisa para compreender melhor a relação entre espiritualidade e saúde mental, mas projeta-se que o interesse de tais órgãos mundiais e nacionais venha estimular este aprofundamento.

A espiritualidade não deve ser vista como uma forma de tratamento por ela mesma, mas como uma ferramenta de auxílio significativo no enfrentamento dos transtornos depressivos, sobretudo no que se refere às estratégias de *coping* religioso/espiritual positivo. É um trabalho do psicólogo adaptar a espiritualidade do

paciente à psicoterapia. Elas não devem se anular, como numa visão mais materialista de alguns ramos científicos, mas sim complementar-se de maneira funcional.

Concluindo, é importante que a teologia compreenda este novo papel da religião e da espiritualidade no aspecto psicológico, de maneira que ela possa contribuir para o crescimento e desenvolvimento das pesquisas que abrangem a fé como um fator tão relevante para o combate e prevenção aos transtornos depressivos, um mal crescente a nível mundial e com poucas respostas teológicas até este momento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Alexander M. & STROPPA, André. **Importância do impacto da espiritualidade na saúde mental**. In: Zen Review, mai/2009, p. 2-6.

BERTACHINI, L. & PESSINI, L. **A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos**. Revista Bioethikos – Centro Universitário São Camilo, 2010, p. 315-323, disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/78/Art08.pdf>, acesso em 16/09/2014.

BÍBLIA. Português. **Bíblia de Estudo de Genebra**. 2ed. Tradução João Ferreira de Almeida Revista e Atualizada. Barueri, Cultura Cristã, SBB, 2009.

BRAGHIROLI, Elaine M. et al. **Psicologia geral**. Petrópolis, Vozes, 2010.

DAVIDOFF, Linda L. **Introdução à psicologia**. 3ed. São Paulo, Pearson, 2010.

KOENIG, Harold G. **Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental**. In: Revista de Psiquiatria Clínica, 34, 2007, supl. 1, p. 5-7, disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/5.html>, acesso em 10/06/2014.

LAWSON, Michael. **Depressão: ajuda espiritual, psicológica e médica para a cura**. São Paulo, Shedd, 2012.

MARTY, François (org.). **Os grandes conceitos da psicologia clínica**. São Paulo, Loyola, 2012.

MONTEIRO, Kátia C. C. & LAGE, Ana M. V. **Depressão – Uma ‘Psicopatologia’ Classificada nos Manuais de Psiquiatria**. In: Psicologia, Ciência e Profissão, Universidade Federal do Ceará, 2007, 27 (1), p. 106-119.

PESSINI, Leo. **A espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde**. In: O Mundo da Saúde, abr/jun, 2007, p. 187-195, disponível em: http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/53/06_a_espiritualidade.pdf, acesso em 16/09/2014.

PANZINI, R. G. & BANDEIRA D. R. **Coping (enfrentamento) religioso/ espiritual**. In: Revista de Psiquiatria Clínica, 34, 2007, supl. 1, p. 126-135, disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/126.html>, acesso em 16/09/2014.

PANZINI R. G. et al. **Qualidade de vida e espiritualidade**. In: Revista de Psiquiatria Clínica, 34, 2007, supl. 1, p. 105-115, disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/105.html>, acesso em: 16/09/2014.

PERES, J. F. P. **Espiritualidade e psicoterapia**. In: Zen Review, mai/2009, p. 2-6.

SANTOS, Franklin S. **Espiritualidade e saúde mental: espiritualidade na prática clínica**. In: Zen Review, jul/2009, p. 2-7.

TEODORO, W L. G. **Depressão: corpo, mente e alma**. Uberlândia, 2010, disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/depressaocma.pdf>

COPYRIGHT

Direitos autorais: Os autores são os únicos responsáveis pelo material incluído no artigo.

Submetido em: 06/05/2021.
Aprovado em:30/07/2021.