

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por JANAÍNA SIQUEIRA R. MARTINS
TOSTES¹, ALEXANDRE
DE REZENDE PINTO² E
ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA³

ARTIGO

RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA: O QUE O PSIQUIATRA PODE FAZER?

RELIGIOSITY/SPIRITUALITY IN CLINICAL PRACTICE: WHAT DOES THE PSYCHIATRIST NEED TO DO?

Resumo

Há um consistente e diversificado corpo de evidências indicando a relevância da Religiosidade e Espiritualidade (R/E) para a saúde mental. É sabida a importância e o impacto que a R/E têm sobre a saúde. Entretanto, devido à carência de treinamento em temas desta natureza, grande parte dos profissionais de saúde têm dificuldades em lidar com a R/E na prática clínica. Este artigo visa oferecer uma breve orientação de algumas das diretrizes práticas de abordagem da R/E no atendimento clínico psiquiátrico e geral. Os profissionais são orientados a coletar a história espiritual do paciente no primeiro atendimento, propiciando a abertura para um diálogo sobre essa temática e determinando a postura e abordagem adequada para a condução do tratamento. Em alguns momentos poderá ser necessário desafiar as crenças que estão sendo utilizadas de maneira prejudicial ou, ainda, contatar o líder religioso. São discutidos critérios que auxiliam na distinção entre experiências espirituais e transtornos mentais. Por fim, o artigo discute brevemente intervenções psicoterapêuticas que incluem a R/E. Conclui-se que aspectos da R/E têm importantes implicações para a saúde mental das pessoas, devendo perpassar as questões de ensino na área e ser incorporada nas práticas de saúde. O desenvolvimento e a implementação das implicações clínicas da R/E nos cuidados em saúde mental estão entre os principais desafios na área.

Palavras chave: Religião, espiritualidade, avaliação, terapêutica, psicoterapia.

Abstract

There is a robust and diversified body of evidence indicating the importance of religiousness and spirituality (R/S) for mental health. It is known the importance and impact that the R/S have on health. However, due to lack of training on this topic, most health professionals have difficulties in dealing with the R/S in clinical practice. This paper presents a brief orientation of some practical guidelines to approach R/S in general and psychiatric clinical care. Professionals are advised to take a spiritual history as part of the initial evaluation

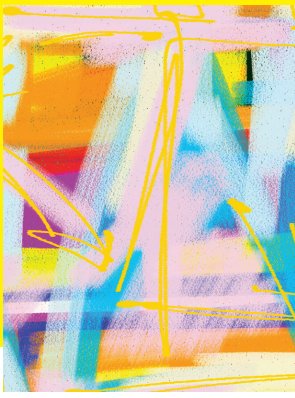
of all patients, providing the opening for a dialogue on this issue and determining the proper treatment. In some cases, it may be necessary to challenge beliefs that are being used in harmful ways or, contact the religious leader. Criteria are discussed that aid in the distinction between spiritual experiences and mental disorders. Finally, the article briefly discusses psychotherapeutic interventions that include R/S. We conclude that issues of R/S have important implications for people's mental health and should be taken in consideration in training of mental health professionals and be incorporated in health care. The development and implementation of clinical implications of R/S in mental health care are among the main challenges in the area.

Keywords: Religion, spirituality, assessment, treatment, psychotherapy.

INTRODUÇÃO

Há um crescente reconhecimento tanto por clínicos quanto por pesquisadores que Religiosidade e Espiritualidade (R/E) se relacionam com diversos aspectos ligados à saúde¹. Nas últimas décadas surgiu um robusto e diversificado corpo de evidências indicando que R/E estão habitualmente associadas a melhor saúde física e mental². Estudos recentes encontraram correlação positiva entre R/E e bem-estar psicológico, satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e autoestima elevada e menor ideação suicida entre os indivíduos mais religiosos³. Além disso, a religiosidade do paciente pode influenciar a tomada de decisões médicas, inclusive gerar crenças que conflitam com cuidados médicos, induzir conflitos espirituais que criam estresse prejudicando os resultados e interferir na detecção da doença e adesão ao tratamento⁴.

Com base nestes achados, instituições como a Associação Mundial de Psiquiatria (www.religionandpsychiatry.com), o Colégio Britânico de Psiquiatras (www.rcpsych.ac.uk/spirit) e as Associações



JANAÍNA SIQUEIRA R. MARTINS TOSTES¹

¹ *Doutoranda do NUPES - Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Psicóloga Clínica, Terapeuta Cognitivo-Comportamental, Diretora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental (NEISME).*

Americanas de Psiquiatria (<http://spiritualityreligionpsychiatrycaucus.com>) e Psicologia (www.apa.org/about/division/div36.html) possuem seções específicas de R/E e ressaltam a importância de reconhecer e avaliar a R/E do paciente. Neste sentido, vários estudos também apontam que a maior parte dos pacientes deseja que em seu atendimento os médicos abordem temas relacionados à R/E, no entanto há evidências de que em apenas uma minoria dos casos a R/E foi de fato abordada nas consultas. Em um estudo brasileiro com 110 idosos em reabilitação, 87% gostariam que seus médicos abordassem sua religiosidade e espiritualidade durante os cuidados clínicos, mas apenas 8% referiram já terem sido questionados quanto a sua religiosidade ou espiritualidade⁵. Em outro estudo brasileiro recente, entre 213 pacientes admitidos em um hospital psiquiátrico, quando questionados, 85% solicitaram assistência religiosa durante a internação⁶⁻⁷. Em um estudo com idosos em tratamento para depressão e ansiedade nos EUA, 77% dos participantes achavam importante incluir a religião ou espiritualidade na terapia e estes apresentaram maior *coping* religioso positivo, maior força de fé e estratégias de resolução de problemas mais colaborativas do que autocentradas, em comparação com os que não achavam importante⁸.

Apesar desses dados e recomendações destacarem a importância de abordar a R/E durante a assistência em saúde mental, esta abordagem ainda não foi incorporada rotineiramente à prática clínica. Alguns possíveis obstáculos serão discutidos a seguir.

Há evidências de que psiquiatras e psicólogos tendem a ser menos religiosos que a população em geral, o que pode acarretar, principalmente na ausência de treinamento adequado, em uma dificuldade em compreender e empatizar com a importância da R/E na vida dos pacientes. Essa diferença nos níveis de R/E entre profissionais de saúde mental e os pacientes é chamado por alguns autores como "religiosity gap" e pode, em parte, ser atribuída ao fato de que diversas correntes teóricas na psiquiatria e psicologia tendem a ignorar, desqualificar ou patologizar a R/E⁹. O fato é que uma atitude de mútua desconfiança e julgamentos estereotipados e estigmatizantes permeou boa parte das relações entre R/E e profissionais de saúde mental ao longo do século XX¹⁰.

Outro fator que parece explicar porque a R/E é uma área desconfortável para muitos médicos em nosso meio pode ser o fato de que a maioria dos clínicos não recebeu treinamento específico de como abordar e lidar com a R/E na prática clínica¹¹. A formação nas escolas médicas e os programas de educação continuada ainda são limitados nesse aspecto em nosso meio. De acordo com pesquisas recentes, 59% das escolas médicas britânicas e 90% das escolas médicas dos EUA já têm cursos com conteúdo sobre espi-

ritualidade e saúde. No Brasil, em pesquisa com 86 escolas médicas brasileiras, apenas 10% destas têm cursos na área de Espiritualidade e Saúde e em apenas três há cursos sobre como obter uma história espiritual. No entanto, 90% das escolas médicas investigadas acreditam que é importante ou muito importante que os estudantes de medicina aprendam sobre R/E¹⁰. Ou seja, mais uma vez, se percebe um abismo entre o reconhecimento da necessidade e a efetiva implantação prática.

Outro aspecto que parece influenciar é a dúvida sobre se é apropriado abordar no atendimento clínico um tema tão íntimo e pessoal como a R/E. No entanto, assim como os psiquiatras investigam outros aspectos íntimos centrais na vida dos pacientes como sexualidade, finanças, relacionamento, trabalho, pois podem influenciar diretamente a vida do indivíduo, é muito útil inquirir sobre a espiritualidade¹².

Tendo em vista a lacuna ainda existente em nosso meio sobre o treinamento e abordagem da R/E na prática psiquiátrica, este artigo visa revisar e oferecer uma breve orientação de diretrizes práticas básicas de abordagem da R/E no atendimento em saúde mental, tanto em aspectos de avaliação quanto de conduta terapêutica.

IMPLICAÇÕES CLÍNICAS NA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA: O QUE OS PSIQUIATRAS PODEM FAZER?

Tendo em vista os dados já apresentados, a espiritualidade deve ser abordada pelo clínico, independentemente deste ser religioso, a-religioso ou anti-religioso. O essencial é que a abordagem seja centrada no paciente, ou seja, o que importa são os valores, crenças e bem estar dos pacientes. Diretrizes elaboradas pela Associação Psiquiátrica Americana¹³ orientam sobre a importância dos psiquiatras conhecerem, respeitarem e empatizarem com os valores, crenças e visões de mundo de seus pacientes. Os psiquiatras não devem impor suas próprias crenças ou visões de mundo, religiosas ou não religiosas. Também não devem conceber as práticas religiosas como substitutos de procedimentos diagnósticos e terapêuticos bem estabelecidos, mas podem potencializar a recuperação dos pacientes ao tomar decisões clínicas que considerem cuidadosamente os valores e crenças culturais, religiosos/espirituais e pessoais dos pacientes.

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por JANAÍNA SIQUEIRA R. MARTINS
TOSTES¹, ALEXANDRE
DE REZENDE PINTO² E
ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA³

ARTIGO

Como abordar

História espiritual - Como o psiquiatra deve colher a história espiritual?

A história espiritual deve reunir informações sobre a R/E de seus pacientes, suas experiências durante a vida e determinar qual papel desempenha em seus problemas atuais. Mesmo que se perceba que o paciente não é religioso ou que R/E não são relevantes naquele momento, pelo fato de ter sido questionado a respeito, o paciente percebe que, caso sinta necessidade no futuro, há abertura para abordar tal tema na relação terapêutica estabelecida.

Primeiramente, pode-se explicar brevemente o porquê dessas perguntas estarem sendo realizadas¹⁴. Um modo é começar dizendo que a R/E influencia a forma como muitos pacientes lidam com seus problemas e sua saúde. Outro modo é simplesmente questionar o que tem auxiliado o paciente a lidar com o problema atual ou outros ao longo da vida, ou o que dá sentido à sua vida. Estas questões existenciais frequentemente proporcionam um contexto em que os pacientes expõem sua R/E¹⁰. Existem algumas escalas que ajudam a abordar a R/E dos pacientes como CSI-Memo¹⁵ e FICA¹⁶. Em resumo, as principais questões norteadoras estão no quadro 1:

Quadro 1 – Questões norteadoras da história espiritual

- Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada? Em caso afirmativo, qual a importância da religião ou espiritualidade em sua vida?
- Você é membro de alguma comunidade espiritual ou religiosa? Qual? Ela oferece apoio? Qual?
- Sua R/E influencia o modo como você lida com as dificuldades da vida e em particular com este problema que estamos conversando?
- Sua R/E oferece conforto ou é fonte de estresse?

No Brasil, há um alto grau de sincretismo religioso, mais de 10% dos brasileiros frequentam simultaneamente mais de uma religião¹⁷. Além de frequentar diretamente, as pessoas também podem ter outras formas de contato com outras religiões, tais como fazer leituras, ouvir músicas e acompanhar programas de rádio e TV. Assim, além de perguntar qual a religião do paciente, vale à pena perguntar se o paciente tem interesse por outras religiões ou formas de espiritualidade.

Experiências negativas no passado relacionado à religião são

particularmente importantes, inclusive decepções causadas por comportamentos inapropriados de líderes religiosos, orações percebidas como não respondidas, perdas importantes ou conflitos com o clero ou outros membros da igreja¹⁵.

No caso de pacientes não religiosos, ao invés de focar na espiritualidade, o médico pode perguntar como o paciente convive com a doença, o que promove um significado e propósito à sua vida e quais crenças culturais podem ter impacto no seu tratamento⁷. Nestes casos, vale também explorar possíveis experiências negativas que possam ter afastado o paciente da R/E¹⁵.

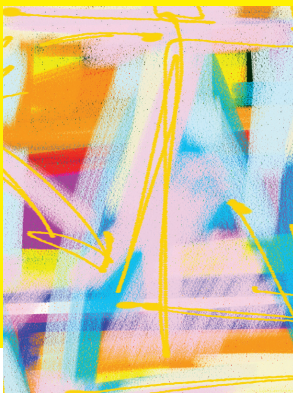
O que o médico faz com as informações coletadas pela história espiritual?

As informações obtidas com a história espiritual ajudarão a determinar a abordagem do terapeuta (seja apoiadora, neutra ou desafiadora)¹⁴. Se os aspectos religiosos ou espirituais não são importantes para o paciente, então a história deve ser brevemente documentada¹⁴. Se as crenças e práticas R/E, bem como o apoio do grupo religioso são ou foram úteis no modo como o paciente lida com situações de estresse (“*coping*”), então é apropriado incentivar e apoiá-los, do mesmo modo que deve ser feito com todo modo positivo de *coping* já desenvolvido pelos pacientes¹⁵. Como exemplo, temos pacientes que referem benefícios com práticas de oração, meditação, leituras, busca de aconselhamento religioso ou participação em atividades assistenciais promovidas pelos grupos religiosos. Em um estudo realizado em São Paulo, dependentes de drogas referiram a utilidade da oração como ferramenta eficaz para lidar com situações de fissura pela droga¹⁸.

O médico nunca deve impor ou cooptar o paciente para suas crenças religiosas ou anti-religiosas. Deve-se evitar também impor a história espiritual caso o paciente não deseje. Faz-se sempre importante atentar-se para que as atividades sejam centradas no paciente, em seus valores e crenças e não nas dos profissionais¹⁴.

Lidando com as crenças dos pacientes

Na abordagem da R/E no tratamento psiquiátrico/psicoterapêutico, torna-se importante observar as questões éticas, como a capacidade do médico de inquirir de maneira adequada sobre a vida religiosa e espiritual do paciente. Deve ser respeitoso este inquérito, pois falhas éticas podem ocorrer e as convicções do terapeuta podem fazer com que o princípio da neutralidade seja abandonado¹⁹. Mesmo que bizarras ou claramente patológicas, as crenças religiosas devem ser tratadas com respeito e deve-se ten-



ALEXANDRE DE REZENDE PINTO²

² Psiquiatra pelo HU-UFJF, Especialista em Dependência Química pela UNIFESP, Psiquiatra do CAPS-HU-UFJF

tar compreendê-las. Cuidados devem ser tomados e é prudente que o psiquiatra tenha um profundo conhecimento da patologia do paciente e a estrutura da personalidade subjacente¹⁴. Além disso, é preciso estar atento a possíveis reações contra-transferenciais que a R/E do paciente, ou mesmo sua ausência, possa gerar no profissional de saúde mental. Um profissional religioso pode se sentir desconfortável por um paciente apresentar crenças ou atitudes que diverjam de suas práticas religiosas, ou um terapeuta não religioso pode ter a mesma reação frente a um paciente religioso, cujas crenças são vistas como neuróticas ou delirantes¹⁵. É relevante ressaltar também a necessidade que futuras pesquisas sejam realizadas com o objetivo de investigar como a R/E dos terapeutas interage com a de seus pacientes.

Normalmente as crenças religiosas proporcionam sentido à vida e às dificuldades enfrentadas, sendo fonte de consolo e esperança, auxiliando o paciente a enfrentar de modo adequado às adversidades. Quando as crenças religiosas estão contribuindo para a manutenção ou aumento da psicopatologia, uma postura inicial respeitosa e neutra é a melhor escolha. Em algum ponto, no entanto, pode ser necessário gentilmente desafiar as crenças que estão sendo utilizadas de maneira prejudicial. Entretanto, para que tal estratégia seja tomada é importante que a aliança terapêutica esteja bem estabelecida, a história espiritual já tenha sido colhida e observar se outras estratégias já tenham sido tomadas¹⁵. Por vezes, certas crenças e práticas religiosas do paciente podem assumir um caráter que enfatize culpa inapropriada, restrições, punições, aceitação de comportamentos abusivos, não adesão ao tratamento proposto, ou que esteja de alguma forma bloqueando o progresso do desenvolvimento psíquico do paciente. Nestes casos, pode ser muito útil pedir ao paciente que busque conhecer outras visões sobre o aspecto em questão, tanto dentro da religião do paciente como em outras religiões. Frequentemente o paciente perceberá que aquela visão que ele possuía é apenas uma interpretação dentre as muitas possíveis dos ensinamentos religiosos que ele valoriza¹⁰.

Interação com líderes religiosos

Por vezes o paciente pode referir oposição entre questões religiosas e o tratamento médico. Nestes casos, pode ser de grande valia contatar o líder religioso, após autorizado pelo paciente, não com uma postura de confronto, mas tentando trabalhar em conjunto em busca do melhor atendimento ao paciente¹⁵. Os autores têm boa experiência neste tipo de procedimento e pode-se exemplificar com o seguinte caso clínico. Uma paciente com transtorno bipolar tinha relutância em aceitar o tratamento psiqui-

átrico pois seu grupo religioso julgava que ela possuía apenas um problema espiritual. Com autorização da paciente, contatamos o líder religioso de sua confiança e explicamos que desejávamos um trabalho conjunto pelo bem estar da paciente. Ressaltamos os benefícios que ela vinha tendo com o apoio do grupo religioso ao qual ela pertencia e que seria muito importante para manter o bem estar e estabilidade de humor da paciente que ela também realizasse o acompanhamento psiquiátrico e o uso de medicações. Ao perceber esta postura não confrontativa e de atuação colaborativa, obtivemos o apoio do líder religioso que passou a estimular a adesão da paciente ao tratamento psiquiátrico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Há evidências consistentes de que na população geral é alta a prevalência de experiências psicóticas ou dissociativas, mas a maioria dos indivíduos que vivenciam tais experiências não sofre de transtornos psicóticos ou dissociativos. Experiências espirituais frequentemente apresentam vivências que podem se assemelhar a sintomas psicóticos ou dissociativos, podendo acarretar problemas de diagnóstico diferencial²⁰. Neste sentido, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- 4ª Edição (DSM-IV) introduziu uma nova categoria chamada "Problemas Religiosos ou Espirituais" com o objetivo de direcionar a atenção clínica, justificando a avaliação de experiências religiosas e espirituais como parte constituinte da investigação psiquiátrica sem necessariamente julgá-las como psicopatológicas^{20,21}.

No quadro 2 são apresentadas algumas diretrizes que podem auxiliar o raciocínio clínico na avaliação de experiências espirituais, psicóticas ou dissociativas. Embora estes critérios não sejam absolutos, podendo haver contra-exemplos para todos eles, eles são sugestivos de uma experiência não patológica.

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por JANAÍNA SIQUEIRA R. MARTINS
TOSTES¹, ALEXANDRE
DE REZENDE PINTO² E
ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA³

ARTIGO

Quadro 2: Critérios sugestivos de experiências espirituais saudáveis²⁰

- Ausência de sofrimento psicológico,
- Ausência de incapacitações sociais ou ocupacionais,
- Existe uma atitude de discernimento com relação à experiência, incluindo a capacidade de perceber sua natureza anômala / incomum e que a mesma pode não ser compartilhada por outros.
- As experiências podem ser compreendidas dentro dos conceitos e práticas de algum grupo cultural ou religioso estabelecido,
- Ausência de comorbidades psiquiátricas,
- O indivíduo é capaz de limitar a ocorrência de suas experiências ao local e momento adequados,
- A experiência promove crescimento pessoal ao longo do tempo.

Dessa forma, o reconhecimento pelos médicos e pela população de que experiências aparentemente psicóticas são bastante comuns e não necessariamente patológicas pode não apenas melhorar a prática clínica, mas também contribuir para diminuir o estigma associado a pessoas com tais vivências.

INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS COM ASPECTOS DE R/E

Pesquisas indicam que a maioria dos pacientes querem discutir questões religiosas/espirituais em terapia, e que o uso de intervenções religiosas e espirituais para alguns pacientes pode ser um complemento eficaz às intervenções ditas tradicionais²². As evidências científicas disponíveis sugerem que intervenções religiosas/espirituais são muitas vezes eficazes. Duas abordagens com componentes espirituais que têm recebido crescente atenção e que têm demonstrado efeitos benéficos são as práticas de meditação²³ e os grupos de mútua ajuda que seguem os 12 passos^{24,25}.

Na última década tem havido um crescimento no número de ensaios clínicos controlados de psicoterapias adaptadas para inclusão de aspectos de R/E. As intervenções cognitivo-comportamentais modificadas para aspectos de R/E estão entre as mais estudadas. Entre as estratégias de uma terapia cognitivo-compor-

tamental modificada para aspectos de R/E estão: utilizar argumentos racionais religiosos com o intuito de contrapor pensamentos ou crenças disfuncionais; encorajar a oração diária como recurso de tranquilidade, orientar a leitura de textos religiosos conforme a crença do paciente e discutir exemplos de estilos de vida saudáveis valorizados pela religião.^{19,26,27}

Foi realizada uma meta-análise recente²⁷ de 46 estudos sobre integração de crenças e práticas R/E em práticas psicoterapêuticas. Os principais problemas abordados foram depressão, ansiedade, traumas, desesperança, doenças físicas (câncer, doenças cardíacas), falta de perdão, uso e abuso de substâncias e problemas conjugais. Concluiu-se que as psicoterapias que integram aspectos de R/E são pelo menos tão eficazes quanto as convencionais na melhora de sintomas psicológicos e são mais efetivas na melhora do bem estar espiritual dos pacientes. Estes resultados mantiveram-se mesmo após o término das intervenções terapêuticas. Com base na revisão meta-analítica realizada, os autores concluem sugerindo diversas aplicações práticas em relação às psicoterapias que incorporam aspectos de R/E:

- São eficazes e devem ser vistas como uma opção de tratamento para pacientes religiosos ou para aqueles que espiritualidade é algo importante;
- Não há evidências apontando piores resultados para esse tipo de psicoterapia em relação às psicoterapias convencionais;
- Oferecem aos pacientes um bem estar espiritual que as psicoterapias convencionais não oferecem. Para pacientes que valorizam R/E, podem ser consideradas como tratamento de escolha;
- A incorporação ou não de aspectos de R/E na psicoterapia deve se basear nos desejos e necessidades de cada paciente. Psicoterapeutas deveriam então investigar a R/E de seus pacientes e, se for o caso, incluir estes aspectos na terapia, pois evidências demonstram que adaptar a psicoterapia às preferências dos pacientes melhoram a eficácia e diminuem as taxas de abandono²⁷.

CONCLUSÃO

O cuidado com o ser humano a partir de uma integralidade e o respeito à individualidade são aspectos fundamentais na atuação do psiquiatra e dos demais profissionais de saúde. Neste sentido, aspectos ligados à R/E são relevantes na saúde mental, devendo perpassar o ensino na área e estarem inseridos nas práticas de saú-



ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA³

³Coordenador do NUPES - Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFJF, Doutorado pela Universidade de São Paulo e Pós-Doutorado pela Duke University, EUA.

de. Apesar de existirem robustas evidências da associação entre R/E e melhor saúde, ainda há pouco conhecimento e aplicação desta abordagem pelos profissionais. Entretanto, já há diversas formas de aplicação clínica deste conhecimento para benefício de nossos pacientes. Temos agora como desafio a maior difusão do conhecimento e o treinamento nestas práticas, bem como o desenvolvimento de outras formas de aplicação clínica.

Referências

- 1. Moreira-Almeida, A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. Rev. psiquiatr. clín. 2007; 34 (supl.1):3-4.
- 2. Moreira-Almeida A, Stroppa A. Espiritualidade e Saúde Mental: o que as evidências mostram? Revista Debates em Psiquiatria. 2012; 2: 34-41.
- 3. Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of religion and health. 2ª ed. New York: Oxford University Press, 2012
- 4. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice. South. med. j. 2004; 97:1194-200.
- 5. Lucchetti G, Lucchetti AG, Badan-Neto AM, Peres PT, Peres MF, Moreira-Almeida A et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. J Rehabil Med. 2011; 43(4):316-22.
- 6. Lucchetti G, Braguetta CC, Vallada C, Vallada H. Exploring the acceptance of religious assistance among patients of a psychiatric hospital. Int J Soc Psychiatry. 2012; january 5.
- 7. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? Rev Bras Clin Med. 2010; 8(2):154-8.
- 8. Stanley MA, Bush AL, Camp ME, Jameson JP, Phillips LL, Barber CR et al. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. Aging ment. health. 2011; 15(3):334-43.
- 9. Lukoff D, Lu F, Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV. Psychoreligious and psychospiritual problems. J Nerv Ment Dis. 1992; 180(11):673-82.
- 10. Griffith, J. L. (2012). Psychiatry and Mental Health treatment. In: Mark Cobb, Christina M Puchalski, Bruce Rumbold (Eds). Oxford Textbook of spirituality in healthcare. Oxford: Oxford University Press. pp.227-33.
- 11. Lucchetti G, Lucchetti AL, Espinha DC, Oliveira LR, Leite JR, Koenig HG. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. BMC Med Educ. 2012; 12 (1):7-8
- 12. Cook CCH, Dein S, Powell A, Egger S. Spirituality and boundaries in psychiatry. The Psychiatrist Online.

Correspondência:

Alexander Moreira-Almeida
Rua Itália Cautiero Franco 497
Granville 36036-241 - Juiz de Fora – MG
alex.ma@uffj.edu.br

Fontes de financiamento: Bolsa de doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (CAPES) para JSRMT.

Conflito de interesses: Inexistente

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

por **JANAÍNA SIQUEIRA R. MARTINS
TOSTES¹, ALEXANDRE
DE REZENDE PINTO² E
ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA³**

ARTIGO

2010; 34:257-58.

- 13. American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders. Compendium 2006. APA, 2006.
- 14. Koenig HG. Religion and mental health: what should psychiatrists do? *The Psychiatrist*. 2008; 32: 201-03.
- 15. Koenig HG. Spirituality in patient care. Why, how, when, and what. 2nd Ed. Philadelphia: Templeton Foundation Press; 2007.
- 16. Puchalski CM. A time for listening and caring-spirituality and the care of the chronically ill and dying. New York: Oxford University Press; 2006.
- 17. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)*. 2010; 37:12-15.
- 18. Sanchez ZM. As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas [tese de doutorado]. São Paulo: UNIFESP; 2006.
- 19. Peres JFP, Simão MJP, Nasello AG. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Rev. Psiq. Clín.* 2007; 34(supl 1): 136-45.
- 20. Moreira-Almeida A, Cardeña E. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2011; 33 (supl.1):21-8.
- 21. Menezes Junior A, Moreira-Almeida, A. O diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso. *Rev. psiquiatr. clín.* 2009; 36(2): 75-82.
- 22. Post BC, Wade NG. Religion and spirituality in psychotherapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol.* 2009;65(2):131-46.
- 23. Hathaway W, Tan E. Religiously oriented mindfulness-based cognitive therapy. *J Clin Psychol.* 2009; 65(2):158-71.
- 24. Emrick CD, Tonigan JS, Montgomery H, Little L. Alcoholics Anonymous: What is currently known? In: McCrady BS, Miller WR, editores. *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives.*

Piscataway, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies;1993: 41-76.

- 25. Jackson P, Cook CCH. Introduction of a spirituality group in a community service for people with drinking problems. *Journal of Substance Use*. 2005; 10(6):375-383.
- 26. Worthington EL, Aten JD. Psychotherapy with religious and spiritual clients: an introduction. *J Clin Psychol.* 2009; 65(2):123-30.
- 27. Worthington EL, Hook JN, Davis DE, McDaniel MA. Religion and spirituality. In: Norcross JC (Org). *Psychotherapy relationships that work*. 2a. ed. New York: Oxford University Press; 2011:402-19.