
Terapia cognitivo-comportamental adaptada à religiosidade: um guia prático para os pacientes adeptos ao espiritismo

*Cognitive-behavioral therapy adapted to the religiosity:
a practical guide adapted to spiritist patients*

*Terapia cognitivo-conductual adaptada a la religiosidad:
una guía práctica del pacientes espiritistas*

Marianna de Abreu Costa



[ORCID](#) - [Lattes](#)

Alexander Moreira-Almeida – [ORCID](#) - [Lattes](#)

RESUMO:

Sabe-se que a religiosidade e a espiritualidade (R/E) impactam a saúde física e mental e há um crescente reconhecimento por entidades clínicas e científicas da necessidade de se abordar R/E na prática, em especial no contexto psicoterápico. Revisões sistemáticas mostraram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) adaptada à diversas religiões. No entanto, não há diretrizes que abordem o espiritismo, terceira maior religião do Brasil e que tem uma influência sobre a sociedade brasileira já que suas crenças e práticas são frequentemente adotadas por pessoas de outras filiações religiosas. Dessa forma, o presente estudo pretende cobrir duas importantes lacunas na literatura: a dissociação que existe entre o corpo de evidências e a prática clínica e a falta de estudos que abordem o espiritismo. Dessa forma, descrições práticas das técnicas de TCC adaptadas ao contexto espírita são apresentadas, ressaltando-se a necessidade da intervenção ética e centrada no paciente.

Palavras-chave: espiritualidade, religião, terapia cognitivo-comportamental, espiritualismo, espiritismo.

ABSTRACT:

It is clear the association between religiosity and spirituality (R/S) and physical and mental health and there is a growing recognition by clinical and scientific entities of the need to approach R/S in practice, especially in

the psychotherapeutic context. Systematic reviews have shown the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) adapted to different religions. However, there are no guidelines that address spiritism, the third religion in Brazil and which has an influence on Brazilian society as its beliefs and practices are often adopted by people from other religious affiliations. Thus, the present study intends to cover two important gaps in the literature: the dissociation that exists between the body of evidence and clinical practice, and the lack of studies that address spiritism. Hence, practical descriptions of CBT techniques adapted to Spiritism are presented, emphasizing the need for an ethical and patient-centered intervention.

Keywords: spirituality, religion, cognitive behavioral therapy, spiritualism.

RESUMEN:

Se sabe que la religiosidad y la espiritualidad (R/S) impactan la salud física y mental y existe un creciente reconocimiento por parte de entidades clínicas y científicas de la necesidad de abordar la R/S en la práctica, especialmente en el contexto psicoterapéutico. Las revisiones sistemáticas han demostrado la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) adaptada a diferentes religiones. Sin embargo, no existen lineamientos que aborden el espiritismo, la tercera religión más grande de Brasil y que tiene influencia en la sociedad brasileña, ya que sus creencias y prácticas a menudo son adoptadas por personas de otras afiliaciones religiosas. Así, el presente estudio pretende cubrir dos vacíos importantes en la literatura: la disociación que existe entre el cuerpo de evidencia y la práctica clínica y la falta de estudios que aborden el espiritismo. De esta forma, se presentan descripciones prácticas de técnicas de TCC adaptadas al contexto espírita, enfatizando la necesidad de una intervención ética y centrada en el paciente.

Palabras clave: espiritualidad, religión, terapia cognitivo-conductual, espiritualismo.

Como citar: Costa MA, Moreira-Almeida A. Terapia cognitivo-comportamental adaptada à religiosidade: um guia prático para os pacientes adeptos ao espiritismo. Rio de Janeiro. 2023;13:1-24.

<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2023.v13.437>

Conflito de interesses: declaram não haver
Fonte de financiamento: declaram não haver
Parecer CEP: não se aplica
Recebido em: 28/11/2022
Aprovado em: 10/03/2023
Publicado em: 23/04/2023

Introdução

Está claro do ponto de vista científico que a religiosidade e a espiritualidade (R/E) impactam a saúde física e mental ([1-4](#)) e há um crescente reconhecimento de entidades clínicas e científicas da necessidade de se abordar R/E na prática clínica [[5](#)]. O impacto dessas variáveis na saúde se torna ainda mais relevante quando levantamentos recentes reportam que 84% da população mundial possui alguma filiação religiosa [[6](#)].

O reconhecimento da importância do tema no meio clínico e acadêmico foi recentemente destacado a partir do posicionamento da Associação Mundial de Psiquiatria (WPA) sobre Espiritualidade e Religiosidade em Psiquiatria que propõe uma consideração cuidadosa das crenças e práticas religiosas e espirituais dos pacientes e uma abordagem centrada no indivíduo, independentemente da crença do profissional [[5](#)]. Soma-se a esse posicionamento institucional, o fato de que pesquisas revelam que a maior parte dos pacientes deseja que os médicos abordem temas relacionados à R/E em seu atendimento [[7](#)], inclusive, em seu processo psicoterápico [[8](#)].

Em relação ao contexto psicoterápico, cabe salientar que crenças R/E costumam ser centrais no encontro de significado [[9](#)] e no enfrentamento de desafios ao longo da vida [[10](#)]. Por outro lado, embora menos frequentemente, também podem representar áreas de conflitos, resultando em maior sofrimento mental [[11](#)]. Ainda, acessar a R/E do paciente auxilia no processo terapêutico e criação de vínculo, melhora a adesão do paciente ao tratamento e a sua capacidade de lidar com o sofrimento [[10](#), [11](#)]. Dessa forma, parece crucial que profissionais de saúde mental recebam treinamento para lidar com esta demanda em seus pacientes.

Diversas terapias adaptadas à fé do paciente têm sido propostas, e estudos têm demonstrado resultados em geral positivos [[12-17](#)]. Dentre as

diversas modalidades psicoterapêuticas, a com maior corpo de evidência é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), por isso foco deste trabalho.

Estudos incluem adaptações ao contexto cristão, budista, taoísta, islâmico e judaico e têm demonstrado resultados positivos em geral [18-27]. Metanálises recentes demonstram eficácia igual ou maior do que TCC padrão para transtorno depressivo e possivelmente ansioso em pacientes que são religiosos [16, 17]. Uma revisão sistemática recente apresentou as técnicas e abordagens de integração da R/S na TCC que se demonstraram eficazes em ensaios clínicos controlados [28].

Apesar da relevância clínica e das recomendações para integrar a R/E na prática clínica, ainda há uma grande lacuna entre o corpo de evidências e a prática clínica. Diversas barreiras são sugeridas, dentre elas a falta de treinamento dos profissionais sobre como abordar o tema com base nas melhores evidências disponíveis, respeitando questões éticas [29].

Os estudos demonstram que, embora a maioria dos psiquiatras e psicólogos tenham R/S, eles tendem a ter menores níveis do que a população em geral [7, 29-31]. Vale ressaltar que a abordagem da R/E do paciente independe da R/E do clínico, devendo ser centrada nos valores e crenças do paciente [32]. Inclusive, há evidência de que terapeutas não religiosos são eficazes em realizar psicoterapia com inclusão de conteúdo religioso [25].

Apesar de haver diversos exemplos práticos de intervenções cognitivas e comportamentais que contemplam a R/S dos pacientes [28], ainda não existem diretrizes que abordem o espiritismo, que é a terceira maior religião do Brasil [33] e religiões afro-brasileiras. Deve-se ainda destacar que o espiritismo tem uma influência sobre a sociedade brasileira que vai bem além de seu número de adeptos declarados. Suas crenças e práticas são frequentemente adotadas por pessoas de outras filiações religiosas ou mesmo sem filiação. Por exemplo, 37% da população brasileira “acredita totalmente” em reencarnação, uma crença central no espiritismo. Esse percentual chega a 44% entre os que se declaram católicos [34].

Considerando-se o impacto do espiritismo e da adaptação do atendimento às crenças do paciente, este estudo objetiva apresentar diretrizes práticas para a integração dos princípios e práticas do espiritismo na condução da

TCC com pacientes que aderem a estas crenças e que desejam que estes aspectos sejam integrados em seu processo psicoterápico. Ressalta-se que é necessário fazer a adaptação dentro do contexto de crenças, práticas e conforme o desejo do paciente [11, 26].

Métodos

Este é um trabalho descritivo. Para o presente o estudo, utilizou-se como referência para exemplos de técnicas adaptadas da TCC as técnicas descritas em revisão recente que analisa os manuais adaptados para a R/E do paciente já testados em ensaios clínicos [28]. Para adaptação das intervenções, foram consultadas obras de referência do espiritismo codificadas por Allan Kardec "O livro dos espíritos", "A gênese", "O céu e o inferno", "O evangelho segundo o espiritismo" e "O que é o espiritismo" bem como manual de orientações ao Centro Espírita organizado pela Federação Espírita Brasileira [35].

Resultados

Considerações iniciais

O espiritismo surgiu em meados do século XIX a partir da investigação que um intelectual francês, Hippolyte-Léon Denizard Rivail (pseudônimo Allan Kardec), realizou sobre experiências espirituais, notadamente a mediunidade (alegada capacidade de comunicação com espíritos de pessoas já falecidas) [36]. Com base nessas investigações, elaborou uma filosofia espiritualista à qual deu o nome de espiritismo [37, 38]. A primeira e mais fundamental obra do espiritismo é "O livro dos espíritos" (1857) e a mais vendida é o "O evangelho segundo o espiritismo" (1864)¹.

Para a doutrina espírita, o homem é composto de corpo e espírito, sendo este o "ser principal, racional e inteligente" [40, p. 27]. Já o corpo é visto como o "invólucro material que reveste o espírito temporariamente, para preenchimento de sua missão na terra e execução do trabalho necessário ao seu adiantamento" [40, p. 27].

Entende-se que os espíritos são criados simples e ignorantes e que devem progredir. Possuindo o livre arbítrio, cada ser é responsável pela sua atual situação, compreensão identificada na afirmação "a cada um segundo as

¹ Todas as obras de Kardec aqui citadas podem ser encontradas gratuitamente em: <https://kardecpedia.com/>

suas obras” [40, p. 28]. Dessa forma, a doutrina espírita compreende que a reencarnação é necessária ao progresso moral e intelectual do indivíduo, sendo cada existência uma oportunidade de progresso [39]. Logo, o estado corporal é transitório, e entende-se que a principal vida é a espiritual [39]. Compreende-se, ainda, que a cada nova existência o indivíduo traz dentro de si conhecimentos, habilidades e desenvolvimento moral das existências anteriores [39].

A visão espírita de como Deus ordenou as leis morais universais para conduzir as pessoas (espíritos imortais) de um ponto de partida (simples e ignorante) para o destino (perfeição intelectual e moral) encontra paralelos com a teoria do Condicionamento Operante de Skinner. Nessa perspectiva, todos os comportamentos (abertos ou encobertos) que conduzem ao fim são reforçados para que se mantenham, e todos os que se desviam dele são naturalmente punidos para que se extingam. Isto está descrito de modo mais claro e esquemático no texto "Código penal da Vida Futura", no livro "O céu e o inferno":

"O sofrimento é inerente à imperfeição. Toda imperfeição, assim como toda falta dela promanada, traz consigo o próprio castigo nas consequências naturais e inevitáveis: assim, a moléstia pune os excessos e da ociosidade nasce o tédio, sem que haja mister de uma condenação especial para cada falta ou indivíduo." [40, p. 85]

"Toda imperfeição é, por sua vez, causa de sofrimento [punição positiva] e de privação de gozo [punição negativa], do mesmo modo que toda perfeição adquirida é fonte de gozo [reforço positivo] e atenuante de sofrimentos [reforço negativo]." [40, p. 83]

Em resumo, para o terapeuta que irá lidar com um paciente espírita, é fundamental entender que a doutrina espírita compreende que o indivíduo é um espírito imortal "vestido" de um corpo; que a existência atual represente uma oportunidade de progresso; e que traz dentro de si bagagens de vidas anteriores, tendo, conseqüentemente, responsabilidade pela situação atual em que se encontra.

Técnicas adaptadas

Psicoeducação

Psicoeducação do modelo cognitivo-comportamental

Nas sessões iniciais de TCC, costuma-se psicoeducar o paciente quanto ao modelo da terapia. Com este propósito, é ressaltada a importância de

pensamentos, emoções e comportamentos no desenvolvimento dos sintomas, bem como a relação que existe entre esses. A doutrina espírita valoriza de forma especial o pensamento e suas consequências no indivíduo. Dessa forma, alguns entendimentos espíritas podem ser utilizados para a compreensão da relação pensamento, comportamento e emoção na psicoeducação do paciente desta crença. Em vários momentos, Allan Kardec destacou como o "ponto de vista" (pode-se entender como o enquadre cognitivo) em que nos colocamos tem muitas vezes influência capital em nossas emoções e comportamentos [41, cap. 2].

Abaixo seguem exemplos de como nossas emoções seriam influenciadas pela crença de que seríamos um espírito que preexiste e sobrevive à atual vida corpórea:

"A ideia clara e precisa que se faça da vida futura proporciona inabalável fé no porvir, fé que acarreta enormes consequências sobre a moralização dos homens, porque muda completamente o ponto de vista sob o qual encaram eles a vida terrena. Para quem se coloca, pelo pensamento, na vida espiritual, que é indefinida, a vida corpórea se torna simples passagem, breve estada num país ingrato. As vicissitudes e tribulações dessa vida não passam de incidentes que ele suporta com paciência, por sabê-las de curta duração, devendo seguir-se-lhes um estado mais ditoso." [40]

Psicoeducação do transtorno mental ou do sofrimento

A compreensão da base psicológica e biológica do sintoma emocional pode estar prejudicada em alguns pacientes espíritas. A doutrina espírita descreve causas espirituais para os transtornos mentais, entre elas as influências espirituais negativas (obsessões) e as consequências de experiências de vidas passadas (como fobias e aversões decorrentes de vivências traumáticas, ou limitações físicas ou mentais decorrentes de atitudes desequilibradas do passado, por exemplo suicídios, assassinatos e abortos).

E, com base nesse entendimento, alguns pacientes podem apresentar certa resistência a tratamentos farmacológicos ou psicoterápicos de transtornos mentais, pois os entendem como decorrentes de "problemas espirituais". Nesses casos, é útil enfatizar que os principais autores espíritas (por exemplo Allan Kardec, Bezerra de Menezes, Inácio Ferreira e Divaldo Franco) nunca negaram o valor dos tratamentos convencionais. Ao contrário, recomendavam a integração dos tratamentos médicos, psicológicos e espirituais. O espiritismo não nega as causas biopsicossociais dos transtornos mentais, mas acrescenta a essa as causas

espirituais. Assim, o tratamento eficaz deve levar em conta todos esses fatores, numa abordagem bio-psico-socio-espiritual [38].

A compreensão e a aceitação (i.e., não negação) do sofrimento mental como algo inerente à existência humana podem ser reforçadas através da visão de que todo efeito tem uma causa; logo, todo sofrimento tem a sua causa, que tem de ser justa, visto acreditarem num Deus justo. Como acreditam em múltiplas existências, as causas dos sofrimentos, não justificadas na existência atual, encontram-se em vidas passadas.

Algumas passagens do “Evangelho segundo o espiritismo” podem ser usadas para aceitação por parte do paciente espírita de seu sofrimento:

“Todavia, por virtude do axioma segundo o qual todo efeito tem uma causa, tais misérias são efeitos que hão de ter uma causa e, desde que se admita um Deus justo, essa causa também há de ser justa” [41, p. 83]

“De duas espécies são as vicissitudes da vida, ou, se o preferirem, promanam de duas fontes bem diferentes, que importa distinguir. Umas têm sua causa na vida presente; outras, fora desta vida” [41, p. 80].

No entanto, essa visão pode muitas vezes assumir um caráter de passividade frente às dificuldades da vida, como se fossem consequências inevitáveis de vidas passadas contra as quais nada se pode fazer.

Pode-se auxiliar o paciente a questionar essa postura passiva com a passagem abaixo descrita:

“As provas têm por fim exercitar a inteligência, tanto quanto a paciência e a resignação. Pode dar-se que um homem nasça em posição penosa e difícil, precisamente para se ver obrigado a procurar meios de vencer as dificuldades. O mérito consiste em sofrer, sem murmurar, as consequências dos males que lhe não seja possível evitar, em perseverar na luta, em se não desesperar, se não é bem-sucedido; nunca, porém, numa negligência que seria mais preguiça do que virtude” [41, p. 99]

Embora alguns espíritas associem o sofrimento a uma visão de punição e castigo, ele pode ser ressignificado como uma experiência de aprendizado. Esta mudança de perspectiva é fundamental no tratamento em saúde mental, visto o uso de *coping negativo* (descrito adiante) se relacionar de forma negativa à saúde mental [41]:

"Quem é, com efeito, o culpado? É aquele que, por um desvio, por um falso movimento da alma, se afasta do objetivo da criação, que consiste no culto harmonioso do belo, do bem, idealizados pelo arquétipo humano, pelo Homem-Deus, por Jesus-Cristo. Que é o castigo? A consequência natural, derivada desse falso movimento; uma certa soma de dores necessária a desgostá-lo da sua deformidade, pela experimentação do sofrimento. O castigo é o agulhão que estimula a alma, pela amargura, a se dobrar sobre si mesma e a buscar o porto de salvação. O castigo só tem por fim a reabilitação, a redenção" [43, p. 452]

"Os sofrimentos que decorrem do pecado são-lhe uma advertência de que procedeu mal. Dão-lhe experiência, fazem-lhe sentir a diferença existente entre o bem e o mal e a necessidade de se melhorar para, de futuro, evitar o que lhe originou uma fonte de amarguras" [41, p. 82].

Passagens em que os autores espíritas comparam o planeta Terra a uma escola também podem auxiliar na reelaboração cognitiva em relação ao sofrimento:

"O escolar não chega aos estudos superiores da Ciência, senão depois de haver percorrido a série das classes que até lá o conduzirão. Essas classes, qualquer que seja o trabalho que exijam, são um meio de o estudante alcançar o fim, e não um castigo que se lhe inflige. Se ele é esforçado, abrevia o caminho, no qual, então, menos espinhos encontra. Outro tanto não sucede àquele a quem a negligência e a preguiça obrigam a passar duplamente por certas classes. Não é o trabalho da classe que constitui a punição; esta se acha na obrigação de recomeçar o mesmo trabalho. Assim acontece com o homem na Terra" [41, p. 77].

Estratégias motivacionais para o enfrentamento de padrões disfuncionais podem ser reforçadas com os seguintes entendimentos:

"Bem-aventurados os que choram, pois que serão consolados. Bem-aventurados os famintos e os sequiosos de justiça, pois que serão saciados. Bem-aventurados os que sofrem perseguição pela justiça, pois que é deles o Reino dos Céus" [41, p. 79].

A seguir, são fornecidas interpretações da passagem supracitada do Sermão da Montanha de Jesus:

"Deveis considerar-vos felizes por sofrerdes, visto que as dores deste mundo são o pagamento da dívida que as vossas passadas faltas vos fizeram contrair; suportadas pacientemente na Terra, essas dores vos poupam séculos de sofrimentos na vida futura. Deveis, pois, sentir-vos felizes por reduzir Deus a vossa dívida, permitindo que a saldeis agora, o que vos garantirá a tranquilidade no porvir. O homem que sofre assemelha-se a um devedor de avultada soma, a quem o credor diz: Se me pagares hoje mesmo a centésima parte do teu débito, quitar-te-ei do restante e

ficarás livre; se o não fizeres, atormentar-te-ei, até que pagues a última parcela. Não se sentiria feliz o devedor por suportar toda espécie de privações para se libertar, pagando apenas a centésima parte do que deve? Em vez de se queixar do seu credor, não lhe ficará agradecido?" [41, p. 86].

"Aquele que se acha bem compenetrado de seu destino futuro não vê na vida corporal mais do que uma estação temporária, uma como parada momentânea em péssima hospedaria. Facilmente se consola de alguns aborrecimentos passageiros de uma viagem que o levará a tanta melhor posição, quanto melhor tenha cuidado dos preparativos para empreendê-la" [43, p. 413]

Ainda, a ideia de que "o fardo é proporcionado às forças, como a recompensa o será à resignação e à coragem" [41, p. 90] pode auxiliar o paciente a acreditar na sua capacidade de superar suas dificuldades. E, por fim, a crença de que a vida física não é a principal pode ser destacada para ajudar o paciente a relativizar o seu sofrimento:

"Habituai-vos a não censurar o que não podeis compreender e crede que Deus é justo em todas as coisas. Muitas vezes, o que vos parece um mal é um bem. Tão limitadas, no entanto, são as vossas faculdades, que o conjunto do grande todo não o apreendem os vossos sentidos obtusos. Esforçai-vos por sair, pelo pensamento, da vossa acanhada esfera e, à medida que vos elevardes, diminuirá para vós a importância da vida material que, nesse caso, se vos apresentará como simples incidente, no curso infinito da vossa existência espiritual, única existência verdadeira" [41, p. 96]

"De ordinário, o homem só é infeliz pela importância que liga às coisas deste mundo. Fazem-lhe a infelicidade a vaidade, a ambição e a cobiça desiludidas. Se se colocar fora do círculo acanhado da vida material, se elevar seus pensamentos para o infinito, que é seu destino, mesquinhas e pueris lhe parecerão as vicissitudes da Humanidade, como o são as tristezas da criança que se aflige pela perda de um brinquedo, que resumia a sua felicidade suprema" [43, p. 418].

Componentes comportamentais

Motivando para ativação comportamental

Alguns princípios encontrados dentro do espiritismo podem ajudar o paciente a se motivar para a ação. No "Livro dos Espíritos" há um capítulo intitulado "A Lei do Trabalho", onde o trabalho é definido como "toda ocupação útil". Nesse, entende-se que o trabalho é fundamental, sendo essencial ao aprimoramento do indivíduo e da sociedade.

O espiritismo enfatiza uma moral ativa, a busca constante em fazer o bem, pois

"não há dia da existência que não ofereça, a quem não se ache cego pelo egoísmo, oportunidade de praticá-lo. Porque fazer o bem não consiste, para o homem, apenas em ser caridoso, mas em ser útil, na medida do possível, todas as vezes que o seu concurso venha a ser necessário" [43, p. 303].

Além da motivação para as atividades de forma geral, algumas compreensões podem ser utilizadas para direcionar o paciente para atividades de caridade e de reinserção social. O espiritismo entende que a interação social é importante para o autoconhecimento e autoaperfeiçoamento, de forma que "Para o homem que vivesse isolado não haveria vícios nem virtudes; preservando-se do mal pelo insulamento, o bem de si mesmo se anularia" [40, p. 29]. Dessa forma, lembrar ao paciente de que a interação social é preciso dentro de sua crença pode ser um poderoso motivador.

Utilizando a prece como relaxamento ou distração

Segundo a doutrina espírita, a prece é "uma invocação, mediante a qual o homem entra, pelo pensamento, em comunicação com o ser a quem se dirige. Pode ter por objeto um pedido, um agradecimento, ou uma glorificação" [41, p. 314].

Não há uma forma ou regras definidas de fazê-las, e as mesmas podem ser realizadas a todo instante e sob qualquer circunstância [40]. Dessa forma, a prece pode ser incorporada aos exercícios de relaxamento utilizados no transcorrer da TCC, podendo, inclusive, servir de apoio às técnicas de exposição. Apesar de não haver textos de preces pré-definidos, pode-se encontrar no capítulo XXVIII do "Evangelho segundo o espiritismo" uma coletânea de preces que podem ser sugeridas ao paciente.

Atividades espíritas para ativação comportamental e reinserção social

A inserção na rotina de atividades associadas à crença do paciente pode auxiliar na ativação comportamental. É importante que o terapeuta tenha conhecimento sobre as atividades que são oferecidas pela instituição religiosa que o paciente frequenta. De forma geral, as atividades oferecidas em um centro espírita são: palestras públicas, grupos de estudo, atendimento individual e serviços de assistência e promoção social [35].

É muito comum que o paciente frequente ou já tenha frequentado uma ou várias dessas atividades. Pode-se estimular o paciente a retomar ou a ir com mais regularidade a essas atividades [43]. Geralmente começa-se pelas palestras e passes, seguidos de integração em grupos de estudos e trabalhos voluntários. Além da ativação comportamental, essas atividades viabilizam a interação social, o receber e oferecer suporte social, a maior exposição a compreensões espíritas que podem ser úteis ao *coping* dos pacientes, bem como ao sentimento de ser útil ao outro.

Aquisição de habilidades sociais e exposição a situações temidas

O ambiente religioso pode ser um ambiente protegido para o indivíduo realizar exposições a situações fóbicas. No convívio mais íntimo e contínuo com outros frequentadores do centro espírita, o paciente pode, através da modelagem comportamental ou da exposição gradual em um ambiente mais acolhedor, ir adquirindo habilidades sociais e se habituando a situações que costumavam gerar ansiedade social. Um paciente fóbico social, por exemplo, pode realizar exposição gradual inicialmente fazendo breves comentários em um grupo de estudos, depois, fazendo curtas leituras em voz alta de textos de reflexão ou proferir preces nas reuniões, até ser capaz de conduzir um estudo em grupo, atuar como recepcionista no centro ou ministrar uma palestra em uma reunião pública.

Reestruturação cognitiva

O conteúdo religioso do paciente pode conter valioso material para a reestruturação cognitiva, ou seja, a avaliação dos pensamentos disfuncionais e a reestruturação das crenças distorcidas na melhora nos sintomas emocionais. A literatura apresenta dois estudos que adaptaram a reestruturação cognitiva tradicional para contemplar tanto a avaliação de crenças distorcidas associadas à fé do paciente e que causam sofrimento, quanto o uso do conteúdo da fé do paciente na reestruturação dos pensamentos disfuncionais [22, 27].

Koenig et al. [22] adaptaram método “ABCDE” desenvolvido por Albert Ellis (para identificação de pensamentos disfuncionais e reestruturação cognitiva) adicionando um passo “R” (**R**eligious beliefs [crenças religiosas]) ao passo D (**D**ispute the Beliefs and Deal with the Situation) (22, 44).

De forma breve, os seguintes passos são realizados: **1.** Identificação do **A**tivador (evento que desencadeou as emoções indesejáveis; **2.** Identificação das crenças (**B**eliefs do inglês), ou seja, pensamentos que surgiram após o evento; **3.** Descrição das **C**onsequências emocionais e comportamentais; **4.** **D**esafiar os pensamentos, examinando suas crenças disfuncionais a partir dos recursos de sua crença **R**eligiosa (adaptação); **5.** Avaliar a **E**ficácia da reestruturação do pensamento [44].

Uma sugestão de questionamento para incluir o passo "R" ao passo "D" é fornecida: "Quando você olha para sua crença original, expectativa ou sua maneira de pensar sobre a situação, há alguma crença ou atitude de sua tradição religiosa que lhe parece ajudar a gerar um ponto de vista alternativo?"

"When you look at your original belief, expectation, or your way of thinking about the situation, are there any beliefs or attitudes from your religious tradition that strike you as helping to generate an alternative viewpoint?" [45, p. 6].

Na seção seguinte descrevemos alguns conteúdos da doutrina espírita que podem ser utilizados no passo "D" de acordo com cada categoria de crenças disfuncionais.

Uso do conteúdo espírita na reestruturação de distorções cognitivas e crenças disfuncionais

a. Pensamento tipo tudo ou nada, visão em túnel, desqualificação do positivo, supergeneralização.

Há, nesse grupo de distorções cognitivas, uma tendência a julgar as experiências em termos de categorias opostas, e não de um *continuum*, a valorizar os aspectos negativos de um evento e desvalorizar as qualidades ou experiências positivas. A ideia espírita de que somos seres imperfeitos, em um mundo imperfeito, e de que precisamos valorizar nossos erros para o progresso, e de que nada nos ocorre ao acaso, podem ser utilizadas com o paciente, objetivando fazê-lo perceber as experiências como um *continuum*, a relativizar o negativo e a valorizar o positivo.

As seguintes passagens podem servir de auxílio:

"No vosso [mundo], precisais do mal para sentirdes o bem; da noite, para admirardes a luz; da doença, para apreciardes a saúde" [41, p. 62].

"Deus criou todos os Espíritos simples e ignorantes, isto é, sem saber... os Espíritos, em sua origem, seriam como as crianças, ignorantes e inexperientes,

só adquirindo pouco a pouco os conhecimentos de que carecem com o percorrerem as diferentes fases da vida” [43, p. 99].

“[O homem de bem] Deposita fé em Deus, na sua bondade, na sua justiça e na sua sabedoria. Sabe que sem a sua permissão nada acontece e se lhe submete à vontade em todas as coisas... Estuda suas próprias imperfeições e trabalha incessantemente em combatê-las. Todos os esforços emprega para poder dizer, no dia seguinte, que alguma coisa traz em si de melhor do que na véspera.” [41, p. 232]

b. Catastrofização, superestimação do risco, excesso de responsabilidade, intolerância à incerteza e necessidade de ter certeza

Neste grupo de distorções cognitivas, há a preocupação com um evento negativo, seja através do exagero de sua probabilidade, da preocupação com o pior desfecho, do excesso de responsabilidade ou culpa por esses eventos ou da associação arbitrária entre incerteza e desfecho negativo.

A compreensão do conteúdo espírita sobre a fé e a crença de que “nada ocorre sem a permissão de Deus” [43, p. 168] podem auxiliar o paciente espírita a lidar com a preocupação patológica e com a incerteza e falta de controle diante da possibilidade de eventos negativos:

“Buscai primeiramente o Reino de Deus e a sua justiça, que todas essas coisas vos serão dadas de acréscimo. Assim, pois, não vos ponhais inquietos pelo dia de amanhã, porquanto o amanhã cuidará de si. A cada dia basta o seu mal” trecho do Sermão da Montanha citado por Kardec [41, p. 301]

“A fé sincera e verdadeira é sempre calma; faculta a paciência que sabe esperar, porque, tendo seu ponto de apoio na inteligência e na compreensão das coisas, tem a certeza de chegar ao objetivo visado... A verdadeira fé se conjuga à humildade; aquele que a possui deposita mais confiança em Deus do que em si próprio, por saber que, simples instrumento da vontade divina, nada pode sem Deus” [41, p. 254].

c. Perfeccionismo, pensamentos do tipo “deveria” e “tenho que”

Assim como no primeiro grupo descrito, as distorções reunidas neste item também se caracterizam por uma rigidez e, conseqüentemente, dificuldade na flexibilidade cognitiva. Logo, algumas considerações levantadas por este trabalho no item “a” também podem ser aproveitadas para este grupo de distorções. Uma das conseqüências emocionais deste tipo de distorção cognitiva é a culpa inapropriada.

Dessa forma, abaixo são apresentados alguns trechos que podem auxiliar no manejo da culpa:

“Sede, pois, vós outros, perfeitos, como perfeito é o vosso Pai celestial. (Mateus, 5:44, 46 a 48.) ... esta proposição, interpretada literalmente, pressuporia a possibilidade de atingir-se a perfeição absoluta. Se à criatura fosse dado ser tão perfeita quanto o Criador, tornar-se-ia ela igual a este, o que é inadmissível.... Aquelas palavras, portanto, devem entender-se no sentido da perfeição relativa, a de que a humanidade é suscetível...” [41, p. 231].

“Reconhece-se o verdadeiro espírita pela sua transformação moral e pelos esforços que emprega para domar suas inclinações más” [41, p. 235].

Estratégias de *coping*

Estratégias de *coping* religioso ou espiritual podem ser tanto positivas (ex: buscar suporte na comunidade religiosa, buscar um significado para vida ou estressores, ver Deus como acolhedor) quanto negativas (ter conflitos com Deus ou com a comunidade religiosa, ver Deus apenas como punidor), podendo, respectivamente, estar associado a desfechos positivos e negativos em saúde mental [10]. Vale ressaltar que o *coping* religioso negativo, embora menos frequente, parece ter maior impacto na saúde mental do que o positivo, tornando crucial o seu manejo quando se faz presente [41].

Seguem algumas passagens que podem auxiliar no manejo do *coping* negativo:

“Deus é soberanamente justo e bom. A sabedoria providencial das Leis divinas se revela nas mais pequeninas coisas, como nas maiores, não permitindo essa sabedoria que se duvide da sua justiça, nem da sua bondade. O fato de ser infinita uma qualidade, exclui a possibilidade de uma qualidade contrária, porque esta a apoucaria ou anularia.... Deus, pois, não poderia ser simultaneamente bom e mau, porque então, não possuindo qualquer dessas duas qualidades no grau supremo, não seria Deus.... A soberana bondade implica a soberana justiça, porquanto, se Ele procedesse injustamente ou com parcialidade numa só circunstância que fosse, ou com relação a uma só de suas criaturas, já não seria soberanamente justo e, em consequência, já não seria soberanamente bom” [46, p. 51]

“Pergunta: Não é Deus, então, quem lhe impõe as tribulações da vida, como castigo?

Resposta: Nada ocorre sem a permissão de Deus.... Dando ao Espírito a liberdade de escolher, Deus lhe deixa a inteira responsabilidade de seus atos e das consequências que estes tiverem. Nada lhe estorva o futuro; abertos se lhe acham, assim, o caminho do bem, como o do mal” [43, p. 168].

Discussão

Este estudo teve por finalidade oferecer alguns recursos das crenças e práticas espíritas para adaptações da TCC já descritas e investigadas na literatura científica [28], contemplando, assim, pacientes dessa crença. É importante notar que as adaptações são sugeridas baseadas nas adaptações já investigadas em outros contextos religiosos. Entretanto, até o presente momento, nenhum estudo foi realizado para avaliar a eficácia dessas adaptações com pacientes espíritas.

No entanto, como essas técnicas têm se mostrado apropriadas e eficazes em diversos contextos religiosos (cristianismo, judaísmo, islamismo, budismo, taoísmo e hinduísmo), portanto é razoável supor que possam ter resultados semelhantes às adaptações já testadas para as outras crenças. Sugere-se avaliar a sua eficácia de forma empírica, observado seus resultados para cada paciente ao longo do tratamento [46]. Cabe ainda ressaltar que o presente estudo visou a apresentar algumas sugestões, mas não teve por finalidade esgotar a possibilidade de recursos possíveis devido à impossibilidade de tal objetivo.

Os trechos da literatura espírita selecionados no presente estudo foram escolhidos pelos autores, e está aberto para um maior aprofundamento a partir de líderes da religião. Futuros estudos podem avaliar a viabilidade dessas adaptações. Assim como outras religiões, o espiritismo encoraja para o desenvolvimento de diversos valores, como gratidão, perdão, compaixão e altruísmo. Importante notar que, dentro da TCC, as terapias contextuais (como a Terapia Comportamental Dialética) estão abertas para a discussão desses temas. Também, existem manuais de TCC adaptados à religiosidade que exploram esses valores e que podem servir de exemplo para a prática como os de Zhang et al. [27], Bowland et al. [19] e Koenig et al. [22].

Deve-se notar que diversos desafios são encontrados na adaptação da psicoterapia às crenças R/E do paciente [44]. Um desses desafios é a falta de familiaridade do terapeuta com a tradição religiosa do paciente. Dessa forma, o presente estudo visou a preencher uma lacuna existente na literatura, já que não se encontrou nenhum manual com adaptações para o espiritismo.

É também de grande importância uma postura de humildade intelectual e filosófica do terapeuta, pedindo para que o paciente explique e explore as suas crenças e práticas R/S que possam ser relevantes para os problemas enfrentados pelo paciente [32].

Além disso, caso julgue necessário, o terapeuta pode consultar os manuais adaptados existentes (muitos citados ao longo deste artigo) e consultar a literatura própria da religião do paciente para se familiarizar com a terminologia e o conhecimento específicos. O encaminhamento do paciente para o aconselhamento com seus líderes religiosos assim como o trabalho em conjunto com esses pode ser de grande valor.

Um segundo desafio é lidar com as diferenças de interpretações dentro de uma mesma religião. Talvez esse desafio seja ainda maior quando o terapeuta possui a própria crença do paciente. Dessa forma, sugere-se que o terapeuta fique atento para possíveis inferências de que o conjunto de crenças e interpretações do paciente é o mesmo do seu por compartilharem da mesma religião.

Deve-se, ainda, ter claro que a adaptação envolve o uso de conteúdo religioso do paciente (e não do terapeuta), deve ser sensível, ética e centrada no paciente, ou seja, não apenas na sua religião em si, mas na forma como ele a entende e a pratica. Devemos lembrar que o papel do terapeuta não deve ser confundido com aconselhamento pastoral.

Finalmente, deve-se resistir ao impulso de oferecer adaptações religiosas a pacientes que, mesmo religiosos, não concordem com tal abordagem. Mais uma vez, a abordagem deve ser ética, centrada no paciente, não se utilizando de proselitismo. Por fim, vale considerar que contemplar a crença religiosa do paciente no *setting* psicoterápico é como abordar qualquer outro aspecto relevante na vida do paciente com potencial impacto clínico, como sua sexualidade, sua relação com o dinheiro ou seu direcionamento político. Muitas vezes, não compartilhamos das mesmas experiências e dos mesmos posicionamentos de nossos pacientes e isso, naturalmente, não é um impeditivo para podermos auxiliá-los de modo ético e respeitoso.

Conclusão

Sabe-se que a R/E impactam a saúde mental e há um crescente reconhecimento por entidades clínicas e científicas da necessidade de se abordar R/E na prática, em especial no contexto psicoterápico. O presente estudo pretendeu auxiliar a preencher a lacuna existente entre o corpo de evidências e a prática clínica, apresentando adaptações práticas baseadas em evidência de intervenções em TCC adaptadas ao contexto Espírita, tendo importante relevância para psicoterapeutas que trabalham com TCC.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os pesquisadores e estudiosos que se dedicam ao estudo à investigação da religiosidade e espiritualidade no contexto de saúde e que conduziram investigações e desenvolveram manuais que possibilitaram o desenvolvimento do atual estudo.

Referências

1. Chida Y, Steptoe A, Powell LH. Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review. *Psychother Psychosom.* 2009;78(2):81-90. <https://doi.org/10.1159/000190791> PMID:19142047
2. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry.* 2009;54(5):283-91. <https://doi.org/10.1177/070674370905400502> - PMID:19497160
3. Moreira-Almeida A, Mosqueiro BP, Bhugra D, editors. *Spirituality and mental health across cultures.* New York: Oxford University Press; 2021. <https://doi.org/10.1093/med/9780198846833.001.0001>
4. VanderWeele TJ, Li S, Tsai AC, Kawachi I. Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(8):845-51. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1243> PMID:27367927 - PMCID:PMC7228478
5. Moreira-Almeida A, Sharma A, van Rensburg BJ, Verhagen PJ, Cook CCH. WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. *World Psychiatry.* 2016;15(1):87-8. <https://doi.org/10.1002/wps.20304> - PMID:26833620 PMCID:PMC4780301
6. Hackett C, Grim BJ, Stonawski M, Skirbekk V, Potancoková M, Abel G. *The global religious landscape: a report on the size and distribution of the world's major religious groups as of 2010.* Washington: Pew Research Center; 2012. <https://doi.org/10.13140/2.1.4573.8884>
7. Baetz M, Griffin R, Bowen R, Marcoux G. Spirituality and psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patient expectations. *Can J Psychiatry.* 2004;49(4):265-71. <https://doi.org/10.1177/070674370404900407> - PMID:15147025

8. Post BC, Wade NG. Religion and spirituality in psychotherapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol.* 2009;65(2):131-46. <https://doi.org/10.1002/jclp.20563> - PMID:19132737
9. Pargament KI. Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred. New York: Guilford Press; 2011.
10. Zimpel RR, Mosqueiro BP, Rocha NS. Espiritualidade como mecanismo de coping em transtornos mentais. *Debates Psiquiatr.* 2015;5(2):28-30. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2015.v5.172>
11. Johnson CV, Hayes JA, Wade NG. Psychotherapy with troubled spirits: a qualitative investigation. *Psychother Res.* 2007;17(4):450-60. <https://doi.org/10.1080/10503300600953520>
12. Pearce MJ, Koenig HG, Robins CJ, Nelson B, Shaw SF, Cohen H J, King MB. Religiously integrated cognitive behavioral therapy: a new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness. *Psychotherapy.* 2015;52(1):56-66. <https://doi.org/10.1037/a0036448>
13. Hook JN, Worthington EL Jr, Davis DE, Jennings DJ 2nd, Gartner AL, Hook JP. Empirically supported religious and spiritual therapies. *J Clin Psychol.* 2010;66(1):46-72. <https://doi.org/10.1002/jclp.20626> - PMID:19904806
14. Worthington EL Jr, Hook JN, Davis DE, McDaniel MA. Religion and spirituality. *J Clin Psychol.* 2011;67(2):204-14. <https://doi.org/10.1002/jclp.20760> - PMID:21108313
15. Lim C, Sim K, Renjan V, Sam HF, Quah SL. Adapted cognitive-behavioral therapy for religious individuals with mental disorder: a systematic review. *Asian J Psychiatr.* 2014;9:3-12. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.12.011> - PMID:24813028

16. Anderson N, Heywood-Everett S, Siddiqi N, Wright J, Meredith J, McMillan D. Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2015;176:183-96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.019> PMID:25723562
17. Gonçalves JPB, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychol Med.* 2015;45(14):2937-49. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001166> - PMID:26200715 PMCID:PMC4595860
18. Armento MEA. Behavioral activation of religious behaviors: treating depressed college students with a randomized controlled trial [dissertation]. [Knoxville]: University of Tennessee; 2011. 111 p. http://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/1052
19. Bowland S, Edmond T, Fallot RD. Evaluation of a spiritually focused intervention with older trauma survivors. *Soc Work.* 2012;57(1):73-82. <https://doi.org/10.1093/sw/swr001> PMID:22768630
20. Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Mousavi SG, Asadollahi GA, Nasiri H. Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. *Adv Biomed Res.* 2013;2:53. <https://doi.org/10.4103/2277-9175.114201> - PMID:24516853 PMCID:PMC3905344
21. Johnson WB, Ridley CR. Brief christian and non-christian rational-emotive therapy with depressed christian clients: an exploratory study. *Couns Values.* 1992;36(3):220-9. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.1992.tb00790.x>
22. Koenig HG, Pearce MJ, Nelson B, Shaw SF, Robins CJ, Daher NS, Cohen HJ, Berk LS, Bellinger DL, Pargament KI, Rosmarin DH, Vasegh S, Kristeller J, Juthani N, Nies D, King MB. Religious vs. conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: a pilot randomized trial. *J Nerv*

Ment Dis. 2015;203(4):243-51.

<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000273> PMID:25816046

23. Pecheur DR, Edwards KJ. A comparison of secular and religious versions of cognitive therapy with depressed Christian College students. *J Psychol Theol.* 1984;12(1):45-54.
<https://doi.org/10.1177/009164718401200106>
24. Propst LR. The comparative efficacy of religious and nonreligious imagery for the treatment of mild depression in religious individuals. *Cognit Ther Res.* 1980;4(2):167-78.
<https://doi.org/10.1007/BF01173648>
25. Propst LR, Ostrom R, Watkins P, Dean T, Mashburn D. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60(1):94-103.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.1.94> - PMID:1556292
26. Razali SM, Aminah K, Khan UA. Religious-cultural psychotherapy in the management of anxiety patients. *Transcult Psychiatry.* 2002;39(1):130-6. <https://doi.org/10.1177/136346150203900106>
27. Zhang Y, Young D, Lee S, Zhang H, Xiao Z, Hao W, Feng Y, Zhou H, Chang DF. Chinese taoist cognitive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder in contemporary China. *Transcult Psychiatry.* 2002;39(1):115-29.
<https://doi.org/10.1177/136346150203900105>
28. Costa MA, Moreira-Almeida A. Religion-adapted cognitive behavioral therapy: a review and description of techniques. *J Relig Health.* 2022;61:443-66. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01345-z> - PMID:34518980 - PMCID:PMC8837510
29. Menegatti-Chequini MC, Gonçalves JPB, Leão FC, Peres MFP, Vallada H. A preliminary survey on the religious profile of Brazilian psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. *BJPsych Open.* 2016;2(6):346-52.
<https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.002816> - PMID:27847592
PMCID:PMC5099984

30. Menegatti-Chequini MC, Maraldi EO, Peres MFP, Leão FC, Vallada H. How psychiatrists think about religious and spiritual beliefs in clinical practice: findings from a university hospital in São Paulo, Brazil. *Braz J Psychiatry*. 2019;41(1):58-65.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2447> - PMID:30427386
PMCID:PMC6781700
31. Paulino PRV. Religiosidade/espiritualidade em uma amostra nacional de psicólogos brasileiros: perfil e implicações na prática profissional [dissertação]. [Juiz de Fora]: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2019. 237 p.
<https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/12370>
32. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Braz J Psychiatry*. 2014;36(2):176-82.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1255> - PMID:24839090
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo - amostra religião. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/22107>
34. Datafolha Instituto de Pesquisas. [local desconhecido]: Datafolha; 2007.
http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2013/05/02/religiao_03052007.pdf
35. Carvalho ACP. Orientações ao Centro Espírita. Organizado pela equipe da Secretaria Geral do Conselho Federativo Nacional. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira; 2007.
36. Pimentel MG. O método de Allan Kardec para investigação dos fenômenos mediúnicos (1854-1869) [dissertação]. [Juiz de Fora]: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2014. 156 p.
<https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/513>
37. Kardec A. O que é o espiritismo: introdução ao conhecimento do mundo invisível, pelas manifestações dos espíritos. 56. ed. Brasília: Federação Espírita Brasileira; 2013. <https://www.febnet.org.br/wp-content/uploads/2014/05/o-que-e-o-espiritismo.pdf>

38. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F. Spiritist views of mental disorders in Brazil. *Transcult Psychiatry*. 2005;42(4):570-95. <https://doi.org/10.1177/1363461505058916> - PMID:16570518
39. Kardec A. O céu e o inferno: ou a justiça divina segundo o espiritismo. 61. ed. Brasília: Federação Espírita Brasileira; 2013. <https://www.febnet.org.br/wp-content/uploads/2014/05/ceu-e-inferno-Manuel-Quintao.pdf>
40. Kardec A. O evangelho segundo o espiritismo. 131. ed. Brasília: Federação Espírita Brasileira; 2013.
41. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2013;15(4):385-93. <https://doi.org/10.1111/bdi.12069> - PMID:23601141
42. Kardec A. O livro dos espíritos: princípios da doutrina espírita. 93. ed. Brasília: Federação Espírita Brasileira; 2013. <https://www.febnet.org.br/wp-content/uploads/2014/05/Livro-dos-Espiritos.pdf>
43. VanderWeele TJ, Balboni TA, Koh HK. Invited commentary: religious service attendance and implications for clinical care, community participation, and public health. *Am J Epidemiol*. 2022;191(1):31-5. <https://doi.org/10.1093/aje/kwab134> PMID:33977296 - PMCID:PMC8751781
44. Pearce MJ, Koenig HG, Robins CJ, Daher N, Shaw SF, Nelson B, Berk LS, Bellinger D, Cohen HJ, King MB. Effects of religious versus conventional cognitive-behavioral therapy on generosity in major depression and chronic medical illness: a randomized clinical trial. *Spiritual Clin Pract (Wash D C)*. 2015;2(3):202-15. <https://doi.org/10.1037/scp0000076>
45. Kardec A. A gênese: os milagres e as predições segundo o espiritismo. 2. ed. Brasília: Federação Espírita Brasileira; 2013. https://www.febnet.org.br/wp-content/uploads/2012/07/A-genese_Noleto.pdf
46. Rosmarin DH. Spirituality, religion, and cognitive-behavioral therapy: a guide for clinicians. New York: Guilford Press; 2018.