

## Terapias Cognitivo-Comportamentais no Manejo Clínico de Conflitos Religiosos e Espirituais: uma revisão sistemática

Cognitive Behavioral Therapies in the Clinical Management of Religious and Spiritual Struggles: a systematic review

João André Webber de Oliveira\* / Natacha Gosmann / Lauren Heineck

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

**Resumo:** Uma grande parcela dos pacientes deseja conversar sobre a sua religiosidade e/ou espiritualidade (R/E). No entanto, historicamente as TCCs se mantiveram distantes de aspectos R/E. O estudo objetivou investigar como as TCCs abordam problemas de temática R/E. A busca por publicações aconteceu nas bases de dados PsycINFO, EMBASE, Scopus e Pubmed, e utilizaram-se as recomendações da Declaração Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses para esta revisão. A partir de critérios de inclusão/ exclusão, foram recuperadas e analisadas seis publicações. Os estudos apontam a necessidade de adaptação das intervenções para o manejo de problemas R/E, a depender das crenças e cultura do paciente. São possíveis alterações na relação terapêutica e na escolha das técnicas. Conclui-se que as TCCs parecem se adequar a demandas R/E, desde que sejam devidamente estudadas e abordadas pelos psicoterapeutas.

**Palavras-chave:** terapia cognitivo-comportamental; espiritualidade; religião

**Abstract:** A large portion of patients want to talk about their religiosity and/or spirituality (R/S). However, historically TCCs have remained distant from R/E aspects. The study aimed to investigate how CBTs address R/E struggles. The search for publications took place in the PsycINFO, EMBASE, Scopus and Pubmed databases, and the recommendations of the Declaration Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses were used for this review. Based on inclusion/exclusion criteria, six publications were retrieved and analyzed. Studies indicate the need to adapt interventions to manage R/S problems, depending on the patient's beliefs and culture. Changes in the therapeutic relationship and choice of techniques are possible. It is concluded that CBTs seem to fit R/S demands, as long as they are properly studied and addressed by psychotherapists.

**Keywords:** cognitive behavioral therapy; spirituality; religion

### Introdução

O número de publicações sobre religiosidade e espiritualidade (R/E) cresceu de forma drástica nas últimas décadas. Foram realizados mais estudos nos primeiros 15

\* Correspondência para: Av. Ipiranga, 6681 - Partenon, Porto Alegre - RS, 90619-900. E-mail: joao.webber@edu.pucrs.br

anos do século XXI do que em todo o século XX, demonstrando que se trata de uma temática em ascensão no cenário científico internacional (Zimpel. et al., 2015). Apesar disso, investigações e debates sobre o assunto são realizados há mais de um século. No âmbito da psicologia, autores renomados de diferentes épocas estudaram o fenômeno religioso, entendendo-o como influente no psiquismo humano, como Wilhelm Wundt, William James, Sigmund Freud e Carl Jung (Nantes & Grubtis, 2018; Anczyk & Grzymała-Moszczyńska, 2020).

Não há consenso acerca da definição de espiritualidade. A *Association of American Medical Colleges* (1999), a identifica como um fenômeno presente em diferentes culturas e sociedades, sendo expressa nas buscas individuais para um sentido último, que pode se dar a partir da participação de grupos religiosos ou adesão a crenças específicas em Deus, família, racionalismo, naturalismo, humanismo e nas artes. Ainda, a caracteriza como um dos fatores que contribui para a saúde do indivíduo.

Outra definição de espiritualidade bastante utilizada é de Koenig et al. (2001), que a explicam como uma busca individual pela compreensão do sentido da vida, de questões relacionadas ao seu término, sobre sua relação com o sagrado e/ou transcendente. Entende-se que durante essa busca espiritual pode-se, ou não, vinculá-la a qualquer prática religiosa, sendo essas duas ideias distintas, mas conciliáveis e coabitantes.

Por sua vez, religião é um sistema de crenças, rituais e símbolos relacionados ao transcendente e compartilhados por uma comunidade (Koenig, 2012). Diferindo da espiritualidade, religiosidade é a forma subjetiva como cada um vive a sua religião (Paloutzian & Park, 2021). Acrescenta-se o conceito de secularização, que é caracterizado pela percebida menor influência da religião sobre a vida privada da população. É relatado que muitas esferas da sociedade atual não são preponderantemente regidas por valores religiosos, como o direito, a filosofia e a prática científica e, assim, são pautados por valores seculares, não religiosos. São entendidas, portanto, como seculares as

práticas ou modalidades psicoterápicas sem valores ou princípios religiosos (Ranquetat Jr., 2008).

Diversas instituições de classes profissionais internacionais destacam como relevante a influência da R/E do paciente em sua saúde, adicionando que deveriam ser englobados na compreensão e prática clínica (Lucchetti et al., 2016). Estudos apontam que uma significativa parte dos pacientes deseja conversar sobre a sua R/E, e que os profissionais e estudantes da área da saúde reconhecem a importância de abordar esses aspectos (Curlin et al., 2007). Ainda, somente uma pequena parte dos profissionais de saúde aborda a R/E dos pacientes (Vieten & Lukoff, 2021). A depender de como são vivenciadas, questões do âmbito R/E podem trazer malefícios à saúde mental. Conflitos com a própria R/E estão ligados ao surgimento de sintomas psicopatológicos e piores prognósticos em psicoterapia (Abu-Raiya, Pargament, Krause, & Ironson, 2015).

Conflitos R/E são conceituados como sofrimentos, tensões ou conflitos internos relacionados ao que pessoas consideram sagrado. São categorizados em vários subtipos: (1) Conflitos divinos: Raiva ou desapontamento com o divino, sentindo-se punido, abandonado ou não amado; (2) Conflitos demoníacos: Preocupações sobre problemas serem causados por espíritos ou demônios, sentindo-se atacado ou atormentado pelo mal; (3) Conflitos relacionados a dúvidas: Sofrimento em decorrência de dúvidas sobre crenças R/E; (4) Conflitos morais: Tensões e culpa sobre não atender a padrões morais estabelecidos. Também é utilizada a nomenclatura Lesões Morais (LM); (5) Conflitos de significado último: Preocupações sobre importância da vida e sobre significado da existência; (6) Conflitos Interpessoais: Tensões com outras pessoas ou instituições religiosas sobre assuntos sagrados, conflitos com organização religiosa ou com outras pessoas relacionadas à R/E (Exline, Pargament, Grubbs, & Yali, 2014).

O termo Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) se refere a um conjunto de abordagens psicoterápicas com grande robustez em estudos científicos, avaliadas como tratamentos de primeira escolha para diversas psicopatologias (David et al., 2018).

Assim, buscam mudanças em pensamentos, crenças e/ou comportamentos não adaptados ao contexto, proporcionando novas formas de interpretação do que ocorre com o indivíduo (Hollon & Beck, 2013).

Apesar de serem englobadas como TCC's, essas diferentes abordagens possuem formas distintas de compreensão dos transtornos (etiologia), de teorias de mudança do estado psicopatológico para o saudável (processo) e de técnicas para o tratamento (procedimentos). Variam ao longo de uma principal dimensão, referente a quanto uma abordagem ou técnica é cognitiva, comportamental ou ambas. Dessa forma, enquanto algumas terapêuticas tendem a um modelo teórico-interventivo voltado ao comportamento, outras são expressamente direcionadas às crenças e ao pensamento (Hollon & Beck, 2013).

Metodologias terapêuticas predominantemente comportamentais incluem análise comportamental aplicada. Utilizam princípios de condicionamento clássico e operante, buscando diminuir ou aumentar a probabilidade de que determinado comportamento ocorra novamente. Tratamentos com viés cognitivo trabalham sobre a forma de interpretação que um indivíduo faz de um evento, e as razões pelas quais ele o faz dessa maneira. Identificam relação estreita entre comportamento, emoções e cognição, e fazem uso de técnicas cognitivas e comportamentais (Newman, LaFreniere, & Shin, 2017). Enfatiza-se que historicamente as TCCs se mantiveram distantes e desconectadas de demandas R/E (Rosmarin et al., 2013).

Em termos históricos, as diferentes abordagens que são colocadas sob o termo TCCs são divididas em três ondas. A primeira onda diz respeito à terapia comportamental, com grande enfoque no comportamento e seus processos de manutenção e mudança. A segunda onda adota uma compreensão de pessoa baseada em aspectos cognitivos e faz uso de intervenções cognitivas e comportamentais. Possui grande enfoque nos padrões desadaptativos relacionados a cognições, emoções e comportamento. Terapias de terceira onda retomam a teoria comportamental somada a

princípios contextuais e zen-budistas (Hayes, & Hofmann, 2017). Apesar da adição de conceitos zen-budistas na terceira geração, historicamente as TCCs se mantiveram distantes e desconectadas de demandas R/E (Rosmarin et al., 2013).

Entende-se que temáticas R/E podem aparecer no ambiente clínico. Dessa forma, protocolos de atendimento seculares das TCCs podem ser aplicados para temáticas R/E. Além disso, cita-se o uso de intervenções relacionadas a práticas R/E como auxiliares ao tratamento psicológico, como a busca de conforto através de rituais religiosos e a leitura de textos sagrados (Rosmarin, 2018).

Acima da média mundial, 95% da população brasileira declara ter uma religião, e 83% avaliam a religião como muito importante em sua vida. Este estudo se justifica pela elevada probabilidade de questões relacionadas a R/E aparecerem no ambiente clínico (Moreira-Almeida et al., 2010). Além disso, a relação de conflitos R/E com as TCCs é pouco abordada em pesquisa (Rosmarin et al., 2013; Akwash, 2017), e não foram encontradas outras revisões que abarcassem o manejo dos conflitos R/E a partir das TCC's. destacando a necessidade de mais estudos sobre o tema. O presente artigo objetiva entender como as TCCs manejam os conflitos R/E dos pacientes. Visa-se também identificar que tipos de intervenções, seculares ou R/E, são mais recomendadas para o tratamento de conflitos R/E.

## Método

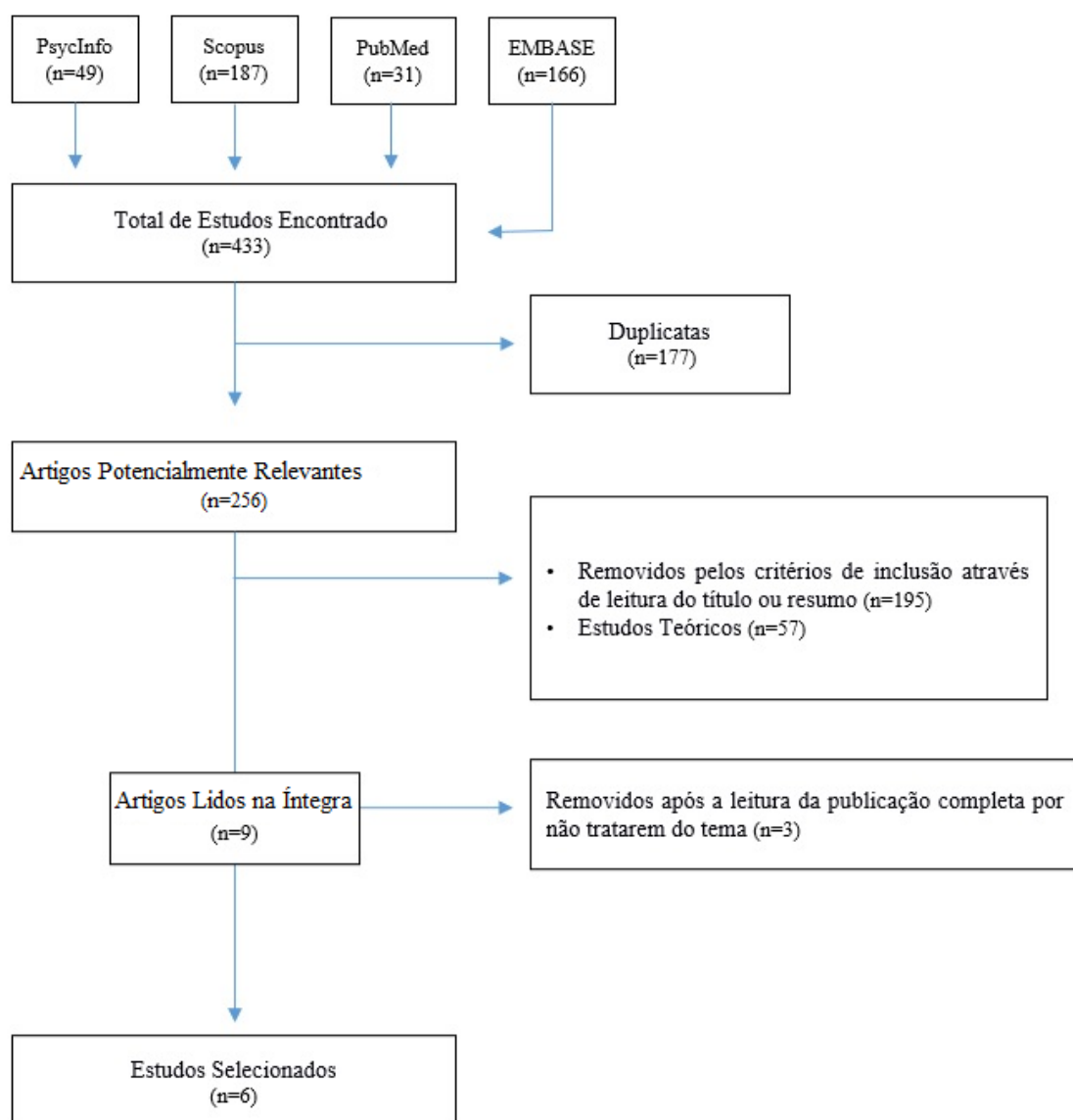
O presente estudo utilizou o modelo PRISMA, cujo objetivo é guiar a construção e reportação de revisões sistemáticas da literatura e meta-análises (Moher et al., 2009). Buscou-se a existência de publicações anteriores sobre o tema na *Cochrane Database of Systematic Review* (CDSR), e não foram encontrados estudos que se propusessem a estudar intervenções cognitivo-comportamentais para conflitos R/E. O descritor correspondente à TCC (*cognitive behavioral therapy*) foi escolhido a partir da plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), que identifica os termos mais

utilizados no âmbito acadêmico. Os descritores correspondentes aos conflitos R/E foram elegidos com base em sinônimos de *religious struggles* e *spiritual struggles* na língua inglesa, conforme descrito por Exline e Rose (2005). A partir dessa composição, formou-se a seguinte *string*: "*spiritual\**" OR "*religio\**" OR "*spiritual conflicts*" OR "*religious struggles*" OR "*religious strain*" OR "*religious conflict*" OR "*negative religious coping*" OR "*spiritual concerns*" OR "*spiritual risk*" OR "*spiritual injury*") AND "*cognitive behavioral therapy*". Essa busca foi realizada em maio de 2021 nas bases de dados PsycINFO, Scopus, Pubmed/Medline e EMBASE.

Os critérios de inclusão foram: (1) publicações empíricas; (2) artigos ou resumos de congresso (3) entre os anos de 2016 e 2021; (4) abordagem de alguma intervenção cognitivo-comportamental para conflitos R/E; (5) língua inglesa, portuguesa ou espanhola. O critério de exclusão foi de estudos repetidos entre as bases de dados. Utilizou-se a plataforma *Rayyan* para a disposição de publicações e posterior seleção. Dois juízes avaliaram de forma independente os artigos encontrados, escolhendo os que se encaixavam nos critérios de inclusão e exclusão. Após a tabulação dos artigos selecionados e excluídos, um terceiro juiz avaliou as divergências entre os dois primeiros juízes.

## Resultados

Dos 433 artigos inicialmente captados, 3 foram aprovados pelos dois juízes, havendo 5 conflitos definidos pelo terceiro juiz. Assim, chegou-se ao número total de 6 estudos, conforme a figura 1, sendo 5 artigos e um resumo de congresso.



**Figura 1.** Fluxograma

A seguir, apresenta-se a tabela 1, em que há um compilado de informações das publicações selecionadas, como o nome dos autores, ano, país de origem, objetivos, instrumentos, descrição da intervenção e principais achados. Posteriormente, cada estudo é detalhado.

Tabela 1.

Detalhamento dos Estudos

Ano e Nome do artigo	Autores e País	Objetivos	Método	População	Intervenção	Instrumentos	Resultados
1. 2016 Spiritual struggles and religious cognitive behavioral therapy: A randomized clinical trial in those with depression and chronic medical illness.	Pearce, M. J. & Koenig, H. (EUA)	Comparar a efetividade da TCC convencional e com religiosidade integrada para diminuição de spiritual struggles em pacientes depressivos e com doenças médicas crônicas	Ensaio Clínico Randomizado	Recrutados em Durham e em Los Angeles, nos EUA. Amostra entre 18 e 85 anos, possuidora de uma ou mais condições médicas crônicas, religiosos e dentro do diagnóstico de depressão	TCC convencional vs RTCC. 10 sessões de ambas modalidades	- Subescala de coping religioso negativo da Brief RCOPE (Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998), no início, após 12 e 24 semanas. - BDI-II para avaliar sintomas depressivos (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). - MINI Neuropsychiatric Inventory (Sheehan et al., 1998) para o diagnóstico de depressão. - Brief Mini-Mental para avaliar estado mental	Não houve diferenças significativas entre os dois tratamentos, com pequenas diferenças a favor da TCC convencional. Atribuiu-se esse resultado a características da amostra, com pequeno índice de <i>struggles</i> espirituais.
2. 2018 Spiritually Integrated Cognitive Processing Therapy: A New Treatment for Post-traumatic Stress Disorder That Targets Moral Injury	Pearce, M. , Haynes, K., Rivera, N. R., & Koenig, H. (EUA)	Adaptar e integrar aspectos religiosos e espirituais dos pacientes na Terapia Cognitivo Processual para o tratamento de LM	Proposta de intervenção e estudo de caso	O estudo de caso foi um compilado de vários pacientes para proteger a confidencialidade. Homem cristão de 39 anos, veterano de guerra com TEPT.	12 sessões entre 6 e 12 semanas, com duração entre 50 e 60 min. Descreve cada tópico a ser abordado.	Checklist do TEPT do DSM-5 (PCL-5) para avaliar sintomas de TEPT e LM.	Consegue-se diminuição dos escores no PCL-5. A nota pré-tratamento foi de 57, e pós tratamento foi 31. O diagnóstico de TEPT é fornecido a pessoas acima de 35 no escore.
3. 2017 Does Acceptance Mean Permission? Using Acceptance and Commitment Therapy to “Treat” Ego-Dystonic Masturbation in a Devout Jewish Man	Peleg-Sagy, T. (Israel)	Estudo de caso de aplicação de Terapia de Aceitação e Compromisso	Resumo em congresso. Estudo de caso	Homem judeu, casado, de 45 anos com masturbação egodistônica por conta de sua religião	Terapia de Aceitação e Compromisso. 20 sessões	Entrevista clínica	Paciente informa aceitar melhor a si mesmo após a masturbação. Se sentiu mais capaz de tomar responsabilidade sobre sua vida



Terapias Cognitivo-Comportamentais no Manejo Clínico de Conflitos Religiosos e Espirituais:  
uma revisão sistemática

4. 2017 Religious-integrated therapy for religious obsessive-compulsive disorder in na adolescente: a case report and literature review	Rosli, A. N., Sharip, S., & Ismail, W. S. W. (Malásia)	Estudo de caso de aplicação de TCC adaptada à religiosidade do paciente para TOC com sintomas religiosos	Estudo de caso e Revisão da literatura	Homem de 20 anos muçulmano diagnosticado com TOC desde os 14 anos	Tratamento psicofarmacológico acompanhado de 5 sessões de exposição e um número não descrito de sessões de reestruturação cognitiva	Entrevista Clínica	Verificou-se melhor controle sobre obsessões e ansiedade, mas sem remissão total. Obteve ganhos sociais importantes como retomar prática religiosa presencial e se tornar um melhor aluno na universidade
5. 2016 Culturally Adapted Spiritually Oriented Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Child Survivors of Restavek	Wang, D.C., Aten, J. D., Boan, D., Jean-Charles, W., Griff, K.P., Valcin, V.C., Davis, E.B., Hook, J.N., Davis, D. E., Tongeren, D.R.V., Abouezzeddine, T., Sklar, Q., & Wang, A. (EUA e Haiti)	Adaptar e testar a TCC focada no trauma adaptada espiritualmente para sintomas de estresse pós-trauma em comparação com grupo controle. Além disso, verificar efeitos da proposta terapêutica nos <i>struggles</i> espirituais. Comparar resultados a partir de diferentes grupos de aplicadores do método.	Desenvolvimento de intervenção e e comparação entre grupos	A fase de comparação entre grupos contou com: Grupo tratamento: n=38, entre 6 e 20 anos, tendo experienciado algum tipo de trauma. 68% meninas. Católicas (29%), protestantes (68%) Grupo controle: n=20, participantes entre 10 e 17 anos, 60% meninas, católicas (35%) e protestantes (45%)	Adaptação da TCC orientada ao trauma à cultura e religiões dos participantes através do processo DIME (AMHR, 2000)	- Child PTSD Symptom Scale (CPSS; Foa et al., 2001) para avaliar sintomas decorrentes do trauma - Subescala de coping religioso negativo da Brief RCOPE (Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998).	Redução significativa dos sintomas ligados ao trauma em ambos os grupos, com piores mas ainda significativos resultados para o grupo controle. Somente no grupo tratamento observou-se melhoras nos <i>struggles</i> espirituais. Grupo controle teve aumento de <i>struggles</i> espirituais. Não houve diferenças em sintomas de trama comparando os grupos de aplicadores.

6. 2021 Cultural adaptations of cognitive behavioral therapy for the Orthodox Jewish Community: a qualitative study of therapists perspectives	Golker, C., & Cioffi, M.C. (Inglaterra)	Investigar como terapeutas de TCC adaptam sua prática à clientes judeus ortodoxos	Qualitativo, com análise temática	5 terapeutas de TCC residentes de Londres com clientes judeus ortodoxos, com mestrado (n=4) ou doutorado (n=1). Todos com pós-graduação em TCC. 3 mulheres e 2 homens, ortodoxos (n=4) ou seculares (1)	Os terapeutas elencaram aspectos relevantes do atendimento dessa população, cada assunto com seus subtópicos. Conhecimento sobre as práticas e normas culturais do povo judeu ortodoxo; Confrontação da vergonha; Construção de confiança; abordagem do terapeuta às crenças religiosas.	Entrevistas semi-estruturadas face-a-face de 30 a 45 minutos cada.	Identifica-se diversos aspectos chave para o atendimento a essa população
--	---	---	-----------------------------------	---	--	--	---

***Estudo 1: Spiritual conflicts and religious cognitive behavioral therapy: A randomized clinical trial in those with depression and chronic medical (Pearce & Koenig, 2016)***

Os participantes que se adequaram aos critérios foram direcionados de forma aleatória entre os tratamentos de CTCC (Terapia Cognitivo-Comportamental convencional) e RTCC (Terapia Cognitivo-Comportamental com religiosidade integrada). Os terapeutas designados para aplicação da CTCC possuíam qualificação para tal, mas não tinham experiência em casos com conflitos R/E. Em contrapartida, os terapeutas que aplicaram a RTCC possuíam a qualificação e experiência necessárias para o tratamento de conflitos R/E.

Ambos grupos receberam 10 sessões de 50 minutos cada, por 12 semanas. A maioria dos atendimentos foi realizada online por conta da condição médica crônica. A CTCC visou identificar e reestruturar crenças disfuncionais, estimulando comportamentos saudáveis para manejar a depressão. Em momentos em que conflitos R/E emergiram, foram tratados de forma secular.

Ambas modalidades são baseadas em manuais para a suas aplicações, e possuem princípios semelhantes em relação ao corpo teórico da TCC, como o enfoque na interpretação dos eventos e as crenças que justificam e influenciam essa interpretação. Diferencia-se a RTCC da CTCC através da integração das crenças religiosas dos pacientes no tratamento, utilizando aspectos R/E para justificar a necessidade da mudança comportamental e desafiar as crenças desadaptativas. A RTCC possui manuais para a sua adequação às religiões cristã, judia, islâmica, budista e hindu. Para a comparação entre os índices de conflitos R/E, aplicou-se pré e pós tratamento a subescala da Brief RCOPE de coping religioso negativo, com 7 itens. (escala da depressão também)

Hipotetizou-se que a RTCC trataria de forma mais eficaz os *conflitos* R/E. Os resultados do estudo apontam para semelhança entre CTCC e RTCC para o manejo de conflitos R/E, e o grau de significância não alcançou o resultado esperado ( $p > 0.05$ ). Através do Teste T, o tamanho de efeito foi medido em graus de liberdade ( $gl=151$ ). Interpretou-se que não houve diferenças entre os tratamentos por conta dos baixos escores de conflitos R/E na amostra. Ainda, avaliou-se menores ganhos terapêuticos de ambas modalidades para

pacientes possuidores de conflitos R/E em seus sintomas depressivos em comparação com a parte da amostra que não apresentou conflitos R/E. Indicou-se a necessidade de haver mais estudos sobre o tema.

**Estudo 2: *Spiritually Integrated Cognitive Processing Therapy: A New Treatment for Post-traumatic Stress Disorder That Targets Moral Injury* (Pearce, Haynes, Rivera, & Koenig, 2018)**

O artigo propõe e elabora uma versão adaptada da Terapia Cognitivo Processual (TCP) a aspectos R/E para o TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático) com Lesões morais (LM) por conta do alto nível de envolvimento dos códigos morais com a religião. Além disso, apresenta um estudo de caso que explicita as potencialidades terapêuticas do modelo. A *Spiritually Integrated Cognitive Processing Therapy* (SICPT) se diferencia da TCP convencional em 5 pontos: (1) Estipula a LM como uma das principais barreiras para a recuperação do TEPT. (2) Trata a LM reestruturando as cognições relacionadas ao trauma a partir das crenças religiosas dos pacientes. (3) Em casos em que não há distorções na interpretação dos eventos traumáticos, utiliza conceitos e rituais espirituais relacionados à compaixão, técnicas de imagem espiritual guiada, confissão, perdão, entre outros. (4) Estimula a busca por suporte em comunidades religiosas de preferência, mantendo o grupo como auxiliar para a recuperação. (5) Especificamente prevê a normalização e abordagem aos conflitos R/E no tratamento. Assim, enfatiza-se a necessidade de o paciente possuir uma religião para se adequar à SICPT, e utiliza-se o termo Deus para facilitar a descrição do protocolo, podendo ser aplicado a diferentes crenças/entidades religiosas. Segue o protocolo previsto:

Sessão 1 – LM e Justificativa para SICPT: Acolhimento ao paciente e a sua experiência traumática; psicoeducação do TEPT e da LM; Justifica-se a escolha pela SICPT por conta da presença da LM. O dever de casa envolve escritas sobre (1) o impacto do trauma em suas crenças relacionadas a Deus, a si mesmo, a outros e ao mundo; (2) em suas

crenças espirituais, práticas e bem-estar; (3) como o trauma possa ter “violado sua consciência” ou criado estresse moral.

Sessão 2 – Significado do evento e espiritualidade: Inicia-se a partir do dever de casa e discute o seu significado, em especial o tópico 2. Adiciona-se a ideia de *stuck points*, que são crenças desadaptativas conduzindo a experiências a emoções negativas. Define-se o que o paciente entende por espiritualidade, como a prática e quais recursos espirituais são acessíveis a ele. O modelo ABC é introduzido. Como dever de casa, preenche-se o modelo ABC e identifica-se pessoas de sua comunidade religiosa que poderiam servir de suporte ao tratamento.

Sessão 3 – Recursos Espirituais e LM: Retoma-se o dever de casa, e discute-se os *stuck points* presentes, em especial os ligados à LM, culpa e conflitos R/E. Encoraja-se o paciente a entrar em contato com a sua rede de apoio. Introduz-se conceitos como o cultivo de uma atenção bondosa e compaixão para manejar a LM. Como dever de casa, o paciente completa o modelo ABC com *stuck points* relacionados a LM e lê uma breve história sobre compaixão.

Sessão 4 – Atenção bondosa e Compaixão: Revisa-se e discute-se o dever de casa da sessão anterior. Normaliza-se o sofrimento espiritual e explica-se o impacto da lesão espiritual e do trauma nas crenças religiosas e bem-estar do paciente. O lamento é trabalhado como recurso para expressão do pesar e luto espiritual. Para o próximo atendimento, um material sobre reações espirituais às lesões espirituais e ao trauma é fornecido, e solicita-se a escrita de um lamento.

Sessão 5 – Perguntas desafiadoras e estresse espiritual: Revisa-se e discute-se o dever de casa. Inicia-se a explicação de um ritual de confissão do ato adequado à religião do paciente para o manejo da culpa. Introduz-se um material sobre padrões de pensamentos problemáticos e solicita-se confissão diária.

Sessão 6 – Ritual de confissão e pensamento problemático: Revisa-se dever de casa e as emoções provenientes da confissão diária. Trabalha-se o perdão como ferramenta

espiritual direcionada à LM, com auxílio do modelo REACH (lembrar, empatizar, altruísmo, compromisso e perseverar). Além disso, identifica-se possíveis alvos do perdão (Deus, a si mesmo ou outros). O dever de casa envolve um material relacionado a crenças desafiadoras relacionadas a espiritualidade, o trabalho sobre os dois primeiros passos do modelo REACH e a leitura de uma breve história de perdão.

Sessão 7 – Perdão e crenças desafiadoras: Retoma-se dever de casa e trabalha-se os três restantes passos do modelo REACH. Discute-se o impacto da LM e do trauma na habilidade de confiar. A tarefa de casa é relacionada ao modelo REACH e ao trabalho da confiança. Além disso, continua-se o trabalho sobre o material de crenças espirituais desafiadoras.

Sessão 8 - Perdão 2 Confiança: Retoma-se o dever de casa, e inicia-se diálogo sobre fazer reparações, e sugere-se ações durante a semana para diminuição do sentimento de culpa, como auxílio a outras pessoas. Introduz-se ideias de abençoar outros e estima, e tarefas são sugeridas nesse sentido.

Sessão 9 – Fazendo reparações e estima: Revisa-se exercícios da semana, e discute-se os conceitos de poder e controle sobre a vida dos outros, de sua e de Deus. Diferencia-se as crenças pessoais de experiências vividas. Maneja-se as emoções oriundas de uma possível discrepância, e uma tarefa de casa é dada nesse sentido.

Sessão 10 – Poder, controle e discrepâncias: Retoma-se tarefas e maneja-se conflitos R/E como raiva de Deus, limitações humanas, etc. Discute-se sobre intimidade consigo, com outros e com Deus. Auxilia-se o paciente na formação de parcerias espirituais em sua comunidade religiosa como fonte de apoio. A tarefa de casa envolve descobrir uma forma de desenvolvimento de maior intimidade com Deus ou referência religiosa em sua comunidade.

Sessão 11 – Parcerias espirituais e intimidade: Revisa-se o exercício de casa, e introduz-se o tema de segurança relacionada a si, outros e Deus. Discute-se o conceito de crescimento pós-traumático. Tarefas de casa são relacionadas a continuidade de exercícios

anteriormente feitos, leem um texto sobre sentir-se seguro, analisam possíveis crescimentos pós-traumáticos e como está a LM atualmente.

Sessão 12 – Crescimento Pós-Traumático e Segurança: Revisa-se e trabalha-se a partir do exercício de casa. Discute-se ganhos e crescimento em relação à LM e retoma-se o processo como um todo.

O estudo de caso foi realizado com um homem de 39 anos, estadunidense, veterano da guerra do Iraque e diagnosticado com TEPT. O atendimento aconteceu nos moldes relatados acima. Nas sessões iniciais, aplicou-se um checklist para TEPT do DSM-5, versão militar (PCL-5), iniciou-se psicoeducação e foram evocadas experiências traumáticas da guerra, com consequente sofrimento decorrente dos conflitos R/E. Especificamente quanto a conflito moral, o homem relatou “Algumas ações são más demais para serem perdoadas” (tradução livre). Mencionou também perda de confiança em si mesmo, nos outros e em Deus, explicitando conflito com o divino e possível conflito de significado último. Mencionou preocupação por não possuir uma comunidade religiosa que o acolhesse caso soubessem detalhes sobre seus atos, o que é englobado como conflito interpessoal. Da sessão 4 em diante, foram aplicadas intervenções características de sua fé católica, como confissão com líder religioso, diálogo com Deus e o protocolo REACH.

Após a conclusão de todas as sessões previstas, o indivíduo relatou maior intimidade com a esposa, aceitou e acolheu suas próprias decisões no contexto de guerra e encontrou paz em relação a culpa que sentia a respeito de suas ações. Os resultados do PCL-5 diminuíram de 57 para 31, número menor do que o ponto de corte de 35 pontos para o diagnóstico de TEPT. Mencionou desejo de ajudar outros na mesma condição que ele através da fé cristã.

***Estudo 3: Does acceptance mean permission? Using acceptance and commitment therapy to “treat” ego-dystonic masturbation in a devout Jewish man (Peleg-Sagy, 2017)***

Trata-se de um resumo de estudo de caso aplicado ao 23º congresso da World Association for Sexual Medicine, e aborda o manejo clínico para um homem judeu com masturbação egodistônica. O paciente procurou por atendimento, e descreve seu comportamento como pecaminoso. O sofrimento do indivíduo é decorrente da discrepância entre o ato masturbatório e a sua fé judaica, que proíbe o ato.

Eslege-se a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para o tratamento, com o intuito de desenvolver aceitação de sua sexualidade enquanto faceta natural da condição humana. Objetivou-se também torná-lo menos punitivo em relação a si mesmo após a masturbação. Além disso, examinou-se em psicoterapia as crenças religiosas e morais do paciente, e buscou-se um recompromisso com seus próprios valores.

Após o tratamento, o paciente descreveu aceitar mais facilmente a si mesmo logo após a masturbação, e se sentiu mais capaz de assumir responsabilidade sobre sua vida, identificando a existência de aspectos de sua vida que traziam descontentamento, e a utilização do ato sexual para manejar sentimentos de estresse e vazio. Descreve-se melhora em sua capacidade de consciência sobre própria sexualidade. Avalia-se que na ACT o terapeuta pode aceitar a tensão dialética entre uma aceitação sem julgamentos perante diferentes aspectos do comportamento humano e o comprometimento com os valores do paciente, que muitas vezes carregam traços morais, religiosos e culturais.

***Estudo 4: Religious-integrated therapy for religious obsessive-compulsive disorder in an adolescent: a case report and literature review (Rosli, Sarip & Ismail, 2017)***

Trata-se de um artigo que realizou uma revisão de literatura e reportou um caso sobre terapia com religiosidade integrada para TOC com conteúdo religioso, ou escrupulosidade. Considerando os critérios de inclusão e exclusão, considerou-se somente o caso reportado.



As obsessões do paciente eram de questionamento perante práticas e preceitos religiosos, como a reza e a ablução, um ritual de lavagem realizado antes de rezar. Consiste em lavar-se e estar limpo antes de apresentar-se perante Allah. Outros pensamentos intrusivos eram de que as pessoas eram iguais a Allah, e de que o deus seria substituído por Dajjal, uma figura maligna da escatologia islâmica, que representa o “falso profeta” e se passará pelo messias antes do dia da ressurreição. O comportamento compulsivo do paciente era de revirar a cabeça, além disso, evitava a reza, substituindo-a por outras práticas religiosas e mantinha seus pais por perto para acalmá-lo quando tivesse os pensamentos intrusivos.

Antes do estudo descrito, o paciente recebeu 6 atendimentos de Terapia Cognitivo-Comportamental convencional, com a qual não se engajou. Após o início dos sintomas na adolescência, fez uso de tratamento psicofarmacológico, com 5g de escitalopram diariamente. Assim, adaptou-se a proposta interventiva aos valores islâmicos, especificamente à reestruturação cognitiva e à exposição proposta. Com a família, foi realizada uma psicoeducação sobre o funcionamento do TOC, aumentou-se a dosagem de escitalopram para 10g diariamente, aplicou-se relaxamento muscular progressivo, com hierarquização e exposição aos medos durante 5 dias seguidos. A hierarquização envolveu segurar, folhear e eventualmente ler para o terapeuta trechos do Alcorão, livro sagrado do islã; recitar rezas islâmicas simples; falar repetidamente o nome de Dajjal e visualizar muitas imagens encontradas da figura religiosa em websites; buscar informações no livro sagrado sobre o Dajjal e discutir o tema, abarcando aspectos como fé e pecado, e como as obsessões afetavam a sua fé; assistir documentários religiosos com o terapeuta. Em casa, a tarefa envolveu ler trechos do livro para os pais. Além disso, a mãe contratou um professor para estudar com o paciente o alcorão.

Buscou-se a reestruturação cognitiva através da exploração das crenças centrais e seu funcionamento, dissolvendo distorções cognitivas. Para descoberta e início da modificação da crença, é citada a utilização da técnica de flecha descendente.

***Estudo 5: Culturally adapted spiritually oriented trauma-focused cognitive-behavioral therapy for child survivors of restavek (Wang et al., 2016)***

A TCC orientada ao trauma é adaptada à cultura de crianças sobreviventes da *restavek*, um sistema de tráfico e recrutamento de crianças para viver em condições análogas à escravidão. Correspondendo a 1/10 das crianças do Haiti, as crianças *restavek* são descritas na literatura como “crianças invisíveis”, “crianças das sombras” ou “crianças perdidas”, e são comumente expostas a negligências e abusos de diferentes tipos.

A adaptação da intervenção ao contexto haitiano ocorreu através do processo DIME (AMHR, 2000). Nesse protocolo de adaptação de intervenções, seguiu-se as seguintes etapas: (1) avaliação qualitativa dos problemas e desafios no contexto visado; (2) desenvolvimento, adaptação, tradução e validação dos instrumentos; (3) avaliação inicial da população com os instrumentos desenvolvidos, verificando prevalência e severidade dos sintomas; (4) desenvolvimento de objetivos; (5) seleção, adaptação e implementação de intervenção; (6) avaliação dos resultados.

Na avaliação de reconhecimento da população destacaram-se sintomas de estresse pós-traumático, como comportamentos agressivos, isolamento social, problemas de atenção ou concentração, sintomas depressivos, baixa autoestima e dificuldades de confiar em outras pessoas. Assim optou-se pela TCC orientada ao trauma. Além disso, reconheceu-se o alto nível de envolvimento religioso da população, o que justificou a escolha por uma intervenção adaptada ao contexto cultural e à demanda R/E.

Formulou-se os grupos 1 (controle) e 2 (tratamento). Este último recebeu a Terapia Cognitivo-Comportamental adaptada espiritualmente. Comparou-se também três grupos de aplicadores do tratamento, voluntários de ONGs, voluntários de igrejas locais ou estudantes de graduação, buscando identificar possíveis diferenças na aplicação e desfecho.

Os resultados do estudo apontaram para um decréscimo importante da sintomatologia pós-traumática em ambos grupos, com números melhores para o grupo 2. O grupo 2 obteve decréscimo de *conflitos* espirituais, enquanto o grupo 1 aumentou os

referidos sintomas. Não foram identificadas diferenças com base nos grupos de aplicadores. O feedback da comunidade, especificamente dos aplicadores, foi fortemente positiva, através de relatos de crescimento pessoal com após o treinamento e contato com as crianças restavek.

*Estudo 6: Cultural adaptations of cognitive behaviour therapy for the Orthodox Jewish community: A qualitative study of therapists' perspectives (Golker & Cioffi, 2021)*

Em entrevistas com 5 terapeutas cognitivo-comportamentais, foram identificados assuntos especialmente relevantes no atendimento à pacientes judeus ortodoxos através de análise temática. Foram identificados 4 grandes temas, cada um com pelo menos 2 subtópicos:

*Tema 1: Compreensão Cultural: Compreensão do terapeuta sobre as normas culturais e a prática religiosa do paciente. Possui 2 subtópicos:*

- Papel da cultura: Os participantes citam não haver necessidade de alteração da prática cognitivo-comportamental como um todo. No entanto, há necessidade de compreender como a cultura do paciente influencia no agravamento, manutenção, surgimento ou diminuição de seus conflitos R/E. O conteúdo cognitivo do funcionamento muitas vezes psicopatológico varia de acordo com a cultura, mas os demais sintomas se assemelham.

- Experiência Individual: Por se tratar de uma população heterogênea em termos de crenças e práticas, há a necessidade de compreensão sobre as práticas e cognições específicas de cada paciente, a sua experiência pessoal com sua religião.

*Tema 2: Confrontação da Vergonha: A vergonha é comumente motivo de busca por atendimento psicológico em judeus ortodoxos. Há 3 subtópicos:*

- Combate ao estigma: Diversos participantes percebem diminuição significativa do estigma sobre a procura por atendimentos psicológicos na comunidade judia ortodoxa.
- Normalização da terapia: Terapeutas buscam normalizar a procura por atendimento psicológico e sobre o processo de terapia, visto que são frequentes relatos entre seus pacientes de que há vergonha pelo próprio adoecimento e receio sobre o que acontecerá com eles durante o atendimento.
- Confidencialidade Intensificada: Pacientes judeus ortodoxos tendem a ser mais discretos a respeito de sua busca por terapia, e são frequentes os casos de suas famílias não saberem a respeito do atendimento. Assim, enfatiza-se a importância do diálogo sobre sigilo terapêutico a fim de conquistar a confiança dos pacientes.

*Tema 3: Construção da Confiança: Há 3 subtópicos:*

- Atitudes de Desconfiança: É citado receio dos pacientes a respeito do julgamento do terapeuta sobre suas vidas nos casos em que o profissional não pertence à comunidade judia ortodoxa. Além disso, têm receio de o terapeuta tentar influenciar ou mudar suas crenças religiosas.
- Sensibilidade Cultural: A cultura judia ortodoxa prevê a modéstia como um de seus valores religiosos. Assim, os terapeutas descrevem cuidado a respeito de como se vestem, garantindo vestimentas discretas ou modestas. Também, em respeito a desconfiança do paciente, se abstém de exemplos ligados a estilo de vida secular, diminuindo a chance de que se sintam influenciados. Relata-se adaptações às intervenções psicoterapêuticas, evitando possíveis conflitos entre as crenças do paciente e exemplos evolucionistas do terapeuta.
- Relação Terapêutica: Aponta-se a aliança e vínculos terapêuticos como primordiais para o atendimento, especialmente por conta da desconfiança com o tratamento, as intenções e o posicionamento ético do terapeuta. São mencionadas adaptações

automáticas dos terapeutas à linguagem adequada à cultura judia, facilitando o aumento de intimidade.

*Tema 4: Crenças Religiosas: A TCC é descrita como adequada ao contexto e crenças religiosas dos pacientes. Há 4 subtópicos:*

- Compatibilidade religiosa: A fundação teórica e a prática da TCC não contradizem os preceitos religiosos judaicos. Qualquer contradição entre a religião e os princípios da TCC é explorada colaborativamente, mantendo respeito à fé do paciente. Especificamente recomenda-se não criticar seu estilo de vida, pois compreende-se que é adequado aos seus valores e escolhas de vida.

- Incorporação dos ensinamentos religiosos: Recomenda-se a incorporação de textos religiosos no plano de intervenções psicológicas, como na psicoeducação e na reestruturação cognitiva.

- Escrupulosidade: É importante distinguir o comportamento e cognição religiosos entendidos como normais e sintomas psicopatológicos. A avaliação de pacientes religiosos prevê identificar o extremismo e a rigidez das suas crenças, em detrimento de compreender o deus ou entidade em que se acredita.

- Orientação do Rabino: Recomenda-se o trabalho em conjunto com o líder religioso. Costuma-se encontrar suporte e orientação saudáveis para o funcionamento adoecido do paciente.

## **Discussão**

O principal objetivo deste estudo foi entender como as TCCs abordam os conflitos espirituais e religiosos dos pacientes. Identificou-se a utilização de diferentes abordagens psicoterápicas para conflitos R/E, como Terapia Cognitivo-Comportamental de Beck, Terapia de Aceitação e Compromisso, Terapia Cognitivo-Processual, Terapia

Cognitivo-Comportamental Religiosa e Terapia Cognitivo-Comportamental adaptada ao trauma.

Apesar de haver a necessidade de adaptações a depender da questão trabalhada, entende-se que as TCCs possivelmente são adequadas a conflitos R/E, pois os preceitos filosóficos e interventivos dessas abordagens parecem se adequar a fé dos pacientes. Essa lógica confirma os resultados alcançados nos estudos, em que se percebeu diminuição dos conflitos R/E a partir de diferentes modalidades psicoterápicas, e a descrição feita pelos profissionais da saúde entrevistados no estudo 6 (Golker & Cioffi, 2021) corrobora essa ideia.

Avalia-se que nos 6 estudos visou-se adaptar as intervenções e a relação terapêutica às necessidades dos pacientes, direcionando e personalizando o tratamento para a problemática trazida. Exemplifica-se através do estudo 4 (Rosli, Sarip & Ismail, 2017), em que se aplicou as técnicas protocolares da Terapia Cognitivo-Comportamental convencional para o tratamento de TOC, como exposições graduais. No entanto, as situações expositivas eram relacionadas à R/E, visto que o problema do paciente tinha temática R/E.

Entende-se que a ideia do que é ou não terapêutico parte da análise das diversas facetas do paciente. Se um psicoterapeuta que não integra as diversas esferas do paciente em sua compreensão de caso pode estar deixando de lado aspectos importantes do tratamento. Da mesma forma, se a terapia não está adaptada ao problema trazido, dificilmente poderá ser considerado terapêutico.

No estudo 6 (Golker & Cioffi, 2021), os psicoterapeutas relataram um padrão de problemática em judeus ortodoxos, destacando como mais comum entre essa população em comparação com as demais, o receio do julgamento do terapeuta sobre as suas crenças religiosas. Supõe-se que esse funcionamento seja caracterizado por um conflito R/E interpessoal, o que dificulta a confiança e a vinculação com o terapeuta. Assim, conflitos R/E parecem sofrer influência das normas culturais, morais e comunitárias.

Sugere-se que esse aspecto seja especialmente relevante, considerando as diferenças nas crenças e nas práticas de cada religião. Hipotetiza-se que cada religião tende a gerar conflitos R/E específicos em seus integrantes, a depender da cultura e dos preceitos estabelecidos.

Os conflitos R/E do subtipo moral parecem ser especialmente comuns em casos relacionados a trauma, já que nos estudos 2 (Pearce et al., 2018) e 5 (Wang et al., 2016) foi relatado o sentimento de culpabilização por conta dos eventos traumáticos. Esse sentimento e pensamento foram manejados através da tentativa de evocação de compaixão consigo mesmo, e da reestruturação cognitiva, debatendo a limitação do paciente a respeito do que ocorre consigo e com outros. Além disso, exibiu-se possíveis discrepâncias entre as crenças do paciente e as experiências vividas. A culpa também apareceu no estudo 3 (Peleg-Sagy, 2017), a partir da discrepância entre as ações do paciente e o que sua religião considerava correto, e manejou-se através da aceitação de si mesmo, com auxílio da Terapia de Aceitação e Compromisso. No livro “Sobre Comportamento e Cognição” (Guilhardi & Aguirre, 2006) descreve-se que conversar sobre a culpa traz melhora dos sintomas psicopatológicos, o que condiz com os achados.

Os conflitos R/E do subtipo divino aparecem no estudo 2 (Pearce et al., 2018), em que se debate cognições e sentimentos negativos relacionados ao sagrado, como raiva de Deus por conta de um evento traumático, ou por como sua vida é. Trabalhou-se com conceitos e rituais da religião do paciente, como práticas de compaixão consigo, de perdão e de aceitação não resignada. Além disso, foi mencionado o uso de intervenções seculares próprias para reestruturação cognitiva, visando a compreensão e possível ajuste do modo como o paciente via a si e a Deus.

A rede de apoio da comunidade religiosa pode ser usada positivamente no tratamento, pois, além de servir de apoio emocional, pode-se contar com líderes religiosos para o manejo de conflitos R/E. Esse recurso foi utilizado no estudo 4 (Rosli, Sarip, & Ismail, 2017) no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo com

características de escrupulosidade, com presença do conflito de subtipo demoníaco. Aplicou-se uma exposição gradual ao que o paciente considerava demoníaco, e contou-se com a participação de líderes religiosos na revisão e debate das interpretações do paciente a respeito de seu risco frente ao ser demoníaco. Também discutiu-se as noções de fé e pecado, manejando os conflitos R/E relacionados a dúvidas. No estudo 6 (Golker & Cioffi, 2021), foi recomendada a parceria com líderes religiosos com a mesma finalidade.

É inconclusivo se protocolos com propostas interventivas R/E, como a estimulação de práticas e rituais R/E, são mais eficazes do que protocolos seculares aplicados aos conflitos R/E. Supõe-se que a mais fácil dissolução dos conflitos R/E vem através do diálogo sobre esses conflitos, com intervenções adaptadas à problemática. Assim, questiona-se a obrigatoriedade do uso de intervenções R/E para pacientes R/E no trabalho acerca dos conflitos R/E. Isso está de acordo com os achados do estudo 1 (Pearce & Koenig, 2016), em que não foram percebidas diferenças significativas nos índices de conflitos R/E entre intervenções religiosa e secular. Em contrapartida, os resultados do estudo 5 (Wang et al., 2016) apontaram que o tratamento com R/E integrada causou diminuição significativa de conflitos R/E, e chama a atenção que a TCC convencional provocou aumento de conflitos R/E. Questiona-se o fato de que ambos protocolos foram aplicados por pessoas sem qualificação formal, como voluntários e estudantes. Conclui-se que modo com que o terapeuta aborda as problemáticas R/E parece impactar nos índices de conflitos R/E.

Alerta-se para a possibilidade de haver diferenças entre as crenças religiosas do paciente, do terapeuta e o que a teoria psicológica a princípio prevê. Conforme descrito no estudo 6 (Golker & Cioffi, 2021), o respeito aos valores e crenças do paciente parece ser decisivo para o manejo adequado das problemáticas R/E. Exemplifica-se através da Terapia do Esquema, abordagem de segunda onda das TCCs, que compreende o autosacrifício como um aspecto a ser trabalhado em psicoterapia (Young, Klosko, &



Weishaar, 2006). Esse entendimento é conflitante com valores pregados por religiões, como a abnegação de desejos e benefícios próprios em detrimento de outros.

Conforme as reflexões dos estudos 1 (Pearce & Koenig, 2016), 2 (Pearce et al., 2018) e 6 (Golker & Cioffi, 2021), psicoterapias com intervenções R/E podem alcançar melhores resultados em pacientes que atribuem alta importância à sua R/E. Hipotetiza-se que a escolha por exemplos e intervenções de cunho R/E seja adequada a depender das características do paciente, afim de haver mais fácil comunicação entre os valores e linguagem do paciente com a terapia. Além disso, pode-se desenvolver uma relação terapêutica mais sólida e reduzir a sintomatologia cognitiva e comportamental.

Destaca-se que o estudo 1 (Pearce & Koenig, 2016) foi o único ensaio clínico randomizado dessa revisão sistemática. Utilizou-se uma escala de avaliação da qualidade desse tipo de trabalho (Jadad et al., 1996), que estabelece um ponto para cada item, possibilitando escores de 0 a 5. O estudo 1 obteve 5 pontos, demonstrando ser um estudo de alto rigor científico.

Apresenta-se como limitação desta revisão sistemática o fato de não ter envolvido trabalhos publicados em outras línguas além da inglesa, portuguesa e espanhola. Como se trata de uma área ainda em construção, são necessários mais estudos para se definir formas mais estruturadas e eficazes para o manejo de conflitos R/E através de TCCs. Recomenda-se que futuras pesquisas investiguem empiricamente que tipo de conflitos R/E cada religião tende a gerar.

### **Considerações finais**

Avalia-se que as TCCs são abordagens compatíveis com demandas relacionadas aos conflitos R/E, exigindo adequações da prática clínica a depender da problemática trabalhada. Intervenções seculares parecem se moldar adequadamente à conflitos R/E, desde que aplicadas com respeito aos valores e crenças R/E dos pacientes. Enfatiza-se que temáticas R/E são tabus na área da psicologia clínica no cenário brasileiro, e que as

TCCs só serão o bastante para o manejo de conflitos R/E se esse tipo de assunto for devidamente estudado pelos profissionais da saúde mental e abordado em psicoterapia.

## Referências

- Abu-Raiya, H., Pargament, K. I., Krause, N., & Ironson, G. (2015). Robust links between religious/spiritual struggles, psychological distress, and well-being in a national sample of American adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(6), 565. doi:10.1037/ort0000084
- Akwash, F. B. A. (2017). Psychotherapy and religion. *International Journal for Psychotherapy in Africa*, 2(1), 94–116. Retrieved from <https://journals.ezenwaohaetorc.org/index.php/IJPA/article/view/937><https://journals.ezenwaohaetorc.org/index.php/IJPA/article/view/937>
- Applied Mental Health Research (AMHR) Group, DIME Modules (2000). Retrieved from [https://jhspsh.edu/research/centers-and-institutes/center-for-refugee-and-disasterresponse/response\\_service/AMHR](https://jhspsh.edu/research/centers-and-institutes/center-for-refugee-and-disasterresponse/response_service/AMHR)
- Anczyk, A., & Grzymała-Moszczyńska, H. (2020). Psychology of religion(s) and religious studies: Into the future. *Religion*, 50(1), 24–31. doi:10.1080/0048721X.2019.1681078.
- Association of American Medical Colleges. (1999). *Contemporary issues in medicine: Communication in medicine* (3rd ed.). Retrieved from <https://www.aamc.org/media/24236/download>.
- Curlin, F. A., Sellergren, S. A., Lantos, J., & Marshall H. Chin, M. H. (2007). Physicians' observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health. *Art Intern Med*, 167(7), 649–654. doi:10.1001/archinte.167.7.649.
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold Standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9(4), 1–3. doi:10.3389/fpsy.2018.00004.
- Exline, J. J., & Rose, E. (2005). Religious and spiritual struggles. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 315–330). The Guilford Press.
- Exline, J. J., Pargament, K. I., Grubbs, J. B., & Yali, A. M. (2014). The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(3), 208. doi:10.1037/a0036465
- Guilhardi, H. J. & Aguirre, N. C. (2006) *Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a Variabilidade*. Santo André, SP: ESEtec Editores Associados.

- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(3), 245–246. doi:10.1002/wps.20442
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (2013). Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapies. In Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons.
- Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J., Gavaghan, D. J., & McQuay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled clinical trials*, 17(1), 1-12. doi:10.1016/0197-2456(95)00134-4.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Religion and health* (1st ed.). Oxford University Press.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Notices*, 2012, 1–33. doi:10.5402/2012/278730.
- Lucchetti, G., Ramakrishnan, P., Karimah, A., Oliveira, G. R., Dias, A., Rane, A., Shukla, A., Lakshmi, S., Ansari, B. K., Ramaswamy, R. S., Reddy, R. A., Tribulato, A., Agarwal, A. K., Bath, J., Satyaprasad, N., Ahmad, M., Rao, P. H., Murthy, P., Kuntanam, K., ..., Lucchetti, A. L. G. (2016). Spirituality, religiosity, and health: A comparison of physicians' attitudes in Brazil, India, and Indonesia. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23, 63–70. doi:10.1007/s12529-015-9491-1.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7), e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
- Moreira-Almeida, A., Pinsky, I., Zaleski, M., & Laranjeira, R. (2010). Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: Resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Archives of Clinical Psychiatry*, 37(1), 12–15. doi:10.1590/S0101-60832010000100003.
- Nantes, A. C., & Grubtis, S. (2018). Religiosidade/Espiritualidade, psicologia e saúde: Um breve aceno sobre a temática. *Revista Contemplação*, (18), 134–145. doi:10.25248/REAS304\_2018
- Newman, M. G., LaFreniere, L. L., & E., Shin K. (2017). Cognitive-behavioral therapies in historical perspective. In A. J. Consoli, L. E. Beutler & B. Bongar (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (2nd ed., pp. 61-75). New York: Oxford University Press.
- Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (2021). The psychology of religion and spirituality: How big the tent?. *Psychology of Religion and Spirituality*, 13(1), 3. doi: 10.1037/rel0000218
- Ranquetat Jr, C. (2008). Laicidade, laicismo e secularização: definindo e esclarecendo conceitos. *Revista Sociais e Humanas*, 21(1), 67-75. doi:10.5902/23171758773

- Rosmarin, D. H. (2018). *Spirituality, religion, and cognitive-behavioral therapy: A guide for clinicians*. Guilford Publications.
- Rosmarin, D. H., Green, D., Pirutinsky, S., & McKay, D. (2013). Attitudes toward spirituality/religion among members of the association for behavioral and cognitive therapies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(6), 424–433. doi: 10.1037/a0035218.
- Vieten, C., & Lukoff, D. (2021, July 15). Spiritual and Religious Competencies in Psychology. *American Psychologist*. Advance online publication. doi:10.1037/amp0000821
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zimpel, R. R., Mosqueiro, B. P. & da Rocha, N. S. (2015, Mar/Abr). Espiritualidade como mecanismo de *coping* em transtornos mentais. *Debates em Psiquiatria*, 5(2), 28–31. Retrieved from <https://www.revistardp.org.br/revista/article/download/172/152>.

Submetido em: 25.10.2021

Aceito em: 29.12.2021