

## ESPIRITUALIDADE E PSIQUISMO: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS NO BINÔMIO SAÚDE-DOENÇA

### ESPIRITUALIDADE E PSIQUISMO: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS NO BINÔMIO SAÚDE-DOENÇA

Henrique Amorim Fernandes<sup>(1)</sup>  
Manuela Xavier Oliveira<sup>(2)</sup>

<sup>1</sup> Graduado em Medicina pela U.F.R.J. (1984). Especialista em Oftalmologia pela Conselho Brasileiro de Oftalmologia (1986). Professor Assistente em Oftalmologia na Faculdade de Medicina de Campos. Pós-graduado em Morfologia Humana pela Faculdade de Medicina de Campos. Especialização em Psicanálise: sujeito e cultura, FMC, 2016

<sup>2</sup> Orientadora do Curso de Pós-Graduação lato sensu em Psicanálise: Sujeito e Cultura, Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-RIO. Doutoranda em Psicologia Clínica pela PUC-RIO.

#### RESUMO

O trabalho tem como objetivo conceituar o que é espiritualidade e religiosidade, situá-las historicamente, demonstrando seu lugar no paradigma médico-científico atual como importante instrumento na geração da saúde e prevenção da doença, tanto física quanto mental. Além disso, traz contribuições da Psicanálise relativas à religião enquanto instituição e experiência do sujeito, baseando-se em evidências científicas recentes que constatarem que a busca por valores e práticas ligadas ao âmbito da espiritualidade, de um modo geral, contribuem para o êxito no tratamento médico e qualidade de vida.

Palavras-chave: Espiritualidade, binômio saúde-doença, Psiquismo, Psicanálise.

#### ABSTRACT

The paper aims to conceptualize what is spirituality and religiosity, situate them historically, demonstrating their place in the medical-scientific paradigm today as an important tool in generating health and disease prevention, both physical and mental. Moreover, it brings Psychoanalysis of contributions related to religion as an institution and experience of the subject, based on recent scientific evidence to find that the search for values and practices related to the spiritual sphere, in general, contribute to the successful treatment medical and quality of life.

Keywords: Spirituality, the health- disease, Psi, Psychoanalysis.

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca demonstrar que a espiritualidade é uma ferramenta com grande potencial de interferência sobre os complexos processos relativos à saúde e à doença. Ela é o que dá sentido à vida, sendo um sentimento de foro íntimo, que amplia a consciência para o cuidado de si e do outro, remodelando a forma de ver, viver e relacionar-se na sociedade. A palavra espiritualidade deriva do latim *spiritus*, que se refere à respiração ou sopro divino, designando o ser humano como ser espiritual, espírito que dá vida ao corpo material e fornece os talentos necessários para que sejamos os atores na construção da nossa história.

A concepção atual da espiritualidade assim como o exercício da mesma no cotidiano das pessoas, está muito mais relacionado com a busca subjetiva por significados que vão além do tangível e da materialidade, do que propriamente qualquer vínculo religioso ou dogmático que essas pessoas possam ter. No transcorrer do século XXI observa-se o despertar da humanidade em direção a valores relacionados à espiritualidade e o meio científico incentiva o cultivo de certos valores e práticas, tais como a oração e a meditação, como facilitadores para aquisição de melhor qualidade de vida e melhor respostas dos doentes a determinados tratamentos médicos.

## DISCUSSÃO

No dicionário encontra-se que espiritualidade “é a qualidade ou caráter de espiritual” e espiritual significa “aquilo pertencente ou relativo ao espírito” (FERREIRA, 1988). Por ser relativo ao espírito, necessita transcender à matéria e ir além do ser biológico. A idéia de uma consciência transcendente, traz como consequência a permanência do eu como consciência independente da unidade biológica perecível, e encontra eco em nossa essência. Por isso, o encontro de si mesmo em processo de aperfeiçoamento, aprendizado constante, o que traz novo significado para a dor e o sofrimento. A significância para esses sentimentos gera coping (capacidade de enfrentar a dor) e transforma o ser na medida em que lhe traz nova perspectiva de futuro, mesmo diante da doença e da morte, pois lhe apresenta a imortalidade da consciência, portanto, da vida em seu significado mais puro (SAÚDE INTEGRAL, 2003).

No começo dos anos 1960, os estudos sobre espiritualidade/religiosidade eram dispersos, embora o interesse pelo tema sempre tenha existido no curso da história humana. Naquele período surgiram os primeiros periódicos especializados, entre os quais, o *Journal of Religion and Health*. A partir de então, correlacionando-se estudos com amostras específicas incluindo enfermidades graves, transtornos de ansiedade e depressão, passou-se a perceber a pertinência quanto a investigação do impacto dessas práticas religiosas/espirituais na saúde mental e na qualidade de vida. O conhecimento e a valorização dos sistemas de crenças dos pacientes colaboram com a adesão do indivíduo à psicoterapia assim como melhores resultados das intervenções (SPERRY; SHARFRANSKE, 2004).

Atualmente, observa-se na literatura psicológica ênfase crescente do tema espiritualidade (CROSSLEY; SALTER, 2005). Um estudo recente mostrou que os principais domínios discutidos em psicoterapia de indivíduos americanos incluíram o trabalho, a família, os amigos e a sexualidade. Além desses, a religião e a espiritualidade foram considerados temas de igual importância e os clientes observaram os terapeutas abertos para a discussão desses domínios (MIOVIC, 2006). Contudo, nem todas as abordagens encontraram um ajuste do tema em suas intervenções terapêuticas e foi utilizado um método qualitativo com entrevistas semi-estruturadas para investigar como psicólogos clínicos compreendem e abordam a espiritualidade durante a psicoterapia.

Foi observada a diversidade de conceitos acerca da espiritualidade como um aspecto crucial da dificuldade para abordar o tema na psicoterapia, embora tenha sido observado que os psicólogos estudados consideraram esse tema como potencialmente provedor do encontro de harmonia e equilíbrio dos clientes. O estudo pontuou a importância de tornar os conceitos religião e espiritualidade mais coerentes e acessíveis, facilitando o diálogo profissional no contexto terapêutico (MIOVIC et al; 2006; CROSSLEY e SALTER, 2005). Portanto, adotaremos as definições de (KOENIG, 2004), que conceitua religião como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados para auxiliar a proximidade do indivíduo com o sagrado e/ou transcendente, e espiritualidade como uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o sagrado e/ou transcendente.

Desde os anos 1970, segundo Lasch (1991) vivemos numa sociedade crescentemente globalizada, consumista, marcada pelo que ele denominou de “cultura do narcisismo”. Explica-se esse termo quando observamos um mundo que adota a utopia do corpo e da saúde perfeitos, busca viver intensas e mutáveis sensações, além de almejar a conquista do sucesso e do poder como metas ao mesmo tempo solitárias e não solidárias, esquecendo-se ou não querendo enxergar o grande número de excluídos pela idade avançada, saúde debilitada e pobreza. Na medida que essa sociedade de consumo fomenta idealizações onde tudo pode e deve ser adquirido, ela mesma gera frustrações e depressões em grande escala. Em meio ao incontestável avanço tecnológico que permite a interligação dos indivíduos para além de crenças e fronteiras, surge o paradoxal desligamento dos seus próximos, com referenciais que já não são locais nem particulares como no passado: a família, a comunidade, a cidade e nem mesmo a pátria.

São as novas formas do mal estar contemporâneo refletindo um vazio de sentido, um desencanto generalizado diante da desumanização do mundo, do descuido da natureza e do aumento da violência em todas as suas formas. A espiritualidade pode representar, assim, uma resposta aos impasses da atualidade em qualquer idade, diante desse cenário de fluidez, fragmentação e impessoalidade.

Considerando que os impasses sociais afetam a todos os cidadãos e que o imediatismo paralelo ao

consumismo são fontes geradoras de um grande vazio espiritual tanto na infância quanto nas posteriores fases da vida, cabe-nos perguntar como as crianças podem construir uma vida interior e uma espiritualidade rica, no trel dos transportes e dos horários que lhes impomos? Como procurar e experimentar a transcendência, aquilo que está para além da mera sobrevivência diária, do aqui e agora, dando assim um sentido à vida, à sua existência e ao Mundo a que pertencem?

Em relação aos idosos, a religiosidade e a espiritualidade são uma dimensão importante e ocupam um lugar central em suas vidas. Estão diretamente relacionadas ao surgimento, à manutenção e à possibilidade de atenuarem os agravos impostos pelo envelhecimento à saúde física e mental. Cuidar da espiritualidade é um ato vital. Propiciar o cuidado é a chave da mudança para que os idosos possam desfrutar do tempo que lhes resta com sabedoria e alegria (ZENEVICZ, 2015).

Uma das primeiras discussões sobre religião no âmbito da psicologia foi trazida por Freud, que a considerou como remédio ilusório contra o desamparo (FREUD, 1996). A crença na vida após a morte estaria embasada no medo da morte, análogo ao medo da castração, e a situação à qual o ego estaria reagindo, é a de ser abandonado.

Em O Futuro de Uma Ilusão (FREUD, 1996), Freud demonstrou que as idéias religiosas surgiram pela necessidade de defesa contra as forças esmagadoras da natureza. Além disso, as idéias se configuravam em uma tentativa de retificar as deficiências da civilização. Assim, a civilização forneceria ao indivíduo estas idéias já prontas, constituindo assim, a herança de muitas gerações. No entanto, qualquer questionamento a respeito da autenticidade dessas idéias, no passado, seria motivo para as mais duras punições e mesmo com o passar do tempo, a sociedade continuava olhando com desconfiança qualquer tentativa de trazer seus questionamentos à tona.

A civilização ergueu-se sobre as doutrinas da religião e a absorção de tais idéias contribuiu para que os homens não seguissem apenas suas pulsões egoístas e associadas buscando exercer seu poder. Nesse sentido, a religião contribuiu muito, mas não o suficiente, pois dominou a sociedade por milhares de anos e teve tempo para demonstrar o que poderia alcançar, porém, de um modo geral não conseguiu tornar mais feliz a maioria da humanidade, confortando-a e reconciliando-a com a vida. Além disso, a religião perdeu parte de sua influência sobre as massas pelo efeito dos progressos da ciência.

Diante das colocações de Freud a respeito da religião, destacamos o momento atual em que a sociedade começa a questionar sobre os padrões religiosos que durante muito tempo foram impostos por várias gerações, sem a permissão de se levantarem dúvidas sobre seus dogmas. Esta característica vem se tornando evidente pelo crescimento do chamado grupo dos “sem religião”. Grupo que nega qualquer tipo de conexão com associações religiosas e entende a espiritualidade como algo inteiramente individual. Dessa forma, segundo Koenig, a palavra

espiritualidade ganhou com isso um novo significado em detrimento do original (KOENIG, 2008).

Assim, em contraste com a religião, espiritualidade é mais difícil de se definir. Atualmente é uma expressão mais popular que a primeira, pois muitos têm visto a religião como causadora de conflitos, guerras e fanatismo. Espiritualidade é algo considerado sob um ponto de vista pessoal e algumas definições subjetivas colocam-na como livre de regras e responsabilidades associadas à religião (KOENIG, 2008). Podemos concluir que, atualmente, a experiência espiritual-religiosa deixou de ser considerada fonte de patologia e, em certas circunstâncias, passou a ser reconhecida como provedora do reequilíbrio e saúde da personalidade.

#### A CIÊNCIA MÉDICA E A ESPIRITUALIDADE

A medicina grega representou importante mudança na maneira de interpretar a doença.

Hipócrates de Cós (460-377a.C.), considerado o pai da medicina, legou-nos a primeira interpretação natural do binômio saúde-doença. Explicando as origens da doença a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa, substituiu a causalidade divina pela causalidade física. Em “Sobre a doença sagrada”, uma das obras que compõem o Corpus Hippocraticum (coleção hipocrática), Hipócrates começa com a seguinte afirmação: “A doença chamada sagrada não é, em minha opinião, mais divina ou mais sagrada que qualquer outra doença; tem um causa natural e sua origem supostamente divina reflete a ignorância humana” (SCLAR, 2007). Hipócrates deu à medicina o espírito científico. A saúde era a expressão de um equilíbrio harmonioso entre os humores corporais (bile amarela, bile negra, fleuma e sangue) e a relação do indivíduo com o resto do universo no qual estava incluído. O médico de Cós via o homem como uma entidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado e não como processos independentes dos seus órgãos. A escola hipocrática esboçou a idéia de um princípio unificador e diretor do organismo, chamado “eidolon”, que fazia parte da natureza e era considerado a psique individual, trazendo a mesma conceituação que hoje se dá à alma. Mas o foco de Hipócrates não foi apenas o paciente e seu ambiente, pois ele realçou a importância da relação médico-doente e as suas consequências sobre o bem estar deste, observando que alguns pacientes, embora conscientes que seu estado de saúde era precário, recuperavam-se simplesmente devido ao seu contentamento com a humanidade do médico. Talvez pela primeira vez na história da medicina, e com Hipócrates, se tenha chamado a atenção para a importância da qualidade da relação entre o médico e o paciente no processo de cura (SALGADO, 2013).

Na Idade Média (476-1453), as causas das doenças retornaram ao caráter religioso (BACKES et al., 2009). O médico deveria tratar o corpo, pois alma era assunto da Igreja. A teoria dos humores foi largamente empregada, onde se via nos doentes excesso ou falta dos quatro elementos constituintes da natureza. Para retirá-los, empregavam-se as sanguessugas, os vesicatórios, os purgativos e as

sangrias. O conhecimento hipocrático ficou restrito aos mosteiros, mantido pelos monges e o cuidado de doentes estava, em boa parte, entregue a ordens religiosas, que administravam inclusive o hospital, instituição que o cristianismo desenvolveu não como um lugar de cura, mas de abrigo e de conforto para os enfermos. A influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé. A chegada da modernidade mudará essa concepção religiosa.

A escola médica francesa, defendida pelos enciclopedistas, oriundos dos Iluministas, libertou o pensamento científico das imposições religiosas, caminhando de forma divergente dos teólogos medievais. Com a necessidade de se chegar ao conhecimento pelas vias da experimentação objetiva, nasceu a metodologia científica que teve sua origem no pensamento de René Descartes (BACKES et al., 2009). Galileu, Newton e Descartes enunciaram os princípios básicos da ciência, também conhecidos por Modelo Cartesiano ou Mecanicista. Descartes postulou a separação total da mente e do corpo, surgindo aí o movimento mecanicista e materialista da medicina, que estrutura a visão do organismo como uma máquina, em obediência à separação entre ciência e fé, refletindo a mentalidade moderna que se apoiava em raciocínios objetivos, exigentes de lógica. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento da anatomia, também consequência da modernidade, afastou a concepção humoral da doença, que passou a ser localizada nos órgãos. Com a necessidade da busca de novas etiologias para as doenças, segundo a compreensão mecanicista do homem, nasceu a nosologia, ao estabelecer critérios para a classificação metodológica das enfermidades. Esse foi o primeiro passo para as especializações médicas, e o organismo humano foi, a partir daí, destituído definitivamente da alma (BACKES et al., 2009).

Podemos concluir que com os avanços científicos relacionados ao estudo da anatomia humana e o entendimento do corpo segmentado em órgãos e tecidos, chegou-se ao inevitável aprofundamento dos conhecimentos não só anatômicos, mas também fisiológicos e bioquímicos desses citados órgãos. Com isso, a medicina denominada mecanicista, exatamente porque considera o corpo humano como uma máquina e os órgãos como as diversas peças que compõem esse corpo, necessita do bom desempenho funcional de todo esse conjunto para que reflita o que conhecemos como saúde física. O estudo detalhado desses diversos segmentos trouxe incontestáveis avanços à clínica médica e cirúrgica, o que sem dúvida reflete os avanços diagnósticos e terapêuticos atuais, sempre acompanhados pelo esforço individual dos médicos especialistas das diversas áreas. Podemos admitir que um médico que tenha através dos estudos se especializado em um determinado órgão, seja a pessoa mais indicada para tratar daquele órgão que se encontra enfermo. Mas também não podemos deixar de admitir que aquele órgão encontra-se localizado dentro de um corpo humano, que por si só depende, para sua sobrevivência, não só do bom funcionamento desse órgão, mas também do intenso

intercâmbio entre todos os órgãos, através do desempenho de sistemas como o nervoso, endócrino, digestivo e outros. Além disso, temos que considerar que o diagnóstico de uma doença, seja ela de aspecto crônico ou agudo, pode afetar vários aspectos da vida de uma pessoa, acarretando mudanças físicas, sociais, familiares, profissionais e principalmente psicológicas.

Desde a modernidade inaugurada por Descartes, com seu cogito ergo sum, podemos afirmar que houve um deslocamento na origem de suas respostas: da fé em Deus passou-se à fé na ciência. Questões antes endereçadas ao sistema religioso passam a ser buscadas no método científico. Ser ateu, então, torna-se o reflexo do espetáculo da razão, a afirmação do primado da racionalidade sobre a espiritualidade, a renúncia à ilusão de alcançar uma realidade para além do mundo terreno. Importante observar como esta concepção de ateu está muito mais próxima da figura de onipotência e onisciência do que gostaríamos de imaginar. Deus não morreu, como sugeriu Nietzsche, mas se manteve vivo assumindo as formas de certas idolatrias referentes à ação e ao cálculo, recuperados no cientificismo moderno (MATTOS, 2009).

Pensar a espiritualidade a partir de outros ângulos é consoante com a mudança de paradigma que o meio científico vem experimentando nas últimas décadas. O paradigma materialista, exemplificado pela ciência médica mecanicista, dirigida apenas ao corpo biológico e que busca incessantemente nos órgãos e no genoma humanos a causa para todas as doenças, tende a ser complementado pela reintrodução do paradigma espiritualista, que considera a influência decisiva dos fatores psicológicos e espirituais.

Ao falarmos da influência desses fatores sobre o ser humano, e de suas intínsecas relações com o meio ambiente, não podemos deixar de citar um novo e revolucionário campo da biologia chamado epigenética. A ciência da epigenética, que significa literalmente “controle sobre a genética”, modificou completamente os conceitos científicos sobre a vida (PRAY, 2004; SILVERMAN, 2004). Na última década, as pesquisas epigenéticas estabeleceram que os padrões de DNA passados por meio de genes não são definitivos, isto é, os genes não comandam nosso destino. Influências ambientais como nutrição, estresse e emoções podem influenciar os genes ainda que não causem modificações em sua estrutura. Os epigeneticistas já descobriram que essas modificações podem ser passadas para as gerações futuras da mesma maneira que o padrão de DNA é passado pela dupla espiral (REIK e WALTER, 2001; SURANI, 2001).

Considerando-se, ainda, a religiosidade/espiritualidade como uma das dimensões do ser humano e entendendo as crenças e práticas religiosas/espirituais como constituintes da cultura e dos princípios utilizados para dar forma a julgamentos e ao processamento de informações, percebe-se que o conhecimento e a valorização de tais sistemas de crenças colaboram com a aderência do indivíduo à psicoterapia e promovem melhores resultados.

A relação entre o estado de felicidade e a prática religiosa foi investigada por Myers (2000) em 34 mil participantes e evidenciou uma correlação positiva entre essas variáveis. Mueller et al. (2001) revisou estudos publicados e metanálises que examinavam a associação entre envolvimento religioso/espiritualidade e saúde física, mental e qualidade de vida. A maioria dos estudos mostrou que envolvimento religioso e espiritualidade estão associados com melhores índices de saúde, incluindo maior longevidade, habilidades de manejo e qualidade de vida, assim como menor ansiedade, depressão e suicídio.

### ESPIRITUALIDADE E PSICOTERAPIA

A crença religiosa constitui uma parte importante da cultura, dos princípios e dos valores utilizados pelos pacientes para dar forma aos julgamentos e ao processamento de informações. A confirmação de suas crenças e inclinações perceptivas pode fornecer ordem e compreensão de eventos dolorosos, caóticos e imprevisíveis. O conhecimento e a valorização dos sistemas de crenças dos pacientes colaboram com a adesão do indivíduo à psicoterapia assim como melhores resultados das intervenções (CARONE; BARONE, 2001).

Observamos a Medicina atual voltando-se para as suas origens hipocráticas, reconhecendo o longo esquecimento a que relegou o objeto básico de sua atenção: a humanidade do homem. Pretende-se agora que o objeto da tarefa médica seja o próprio homem e não apenas órgãos e sistemas, disfunções ou anormalidades. Esta reconceitualização da prática médica que está inserida no que conhecemos como medicina psicossomática recebe dupla influência: a primeira derivada das pesquisas suscitadas pelo clássico problema da relação corpo-mente, a segunda consequente à infiltração da psicologia na compreensão dos fenômenos mórbidos em geral e dos problemas de relacionamento clínico. Os estudos da Psicanálise e da Psicofisiologia desenvolvidos durante o séc XX trouxeram apoio teórico para respostas ao problema corpo-mente, procurando estabelecer relações causais entre os fenômenos somáticos e psíquicos, dando origem a conceitos como os de somatização, enfermidade psicossomática e psicogênese (EKSTERMAN, A., 1986). Inicialmente, buscou-se uma diferenciação entre o que é uma doença somática e uma doença psíquica e essa abordagem, embora tenha tido o mérito de muito ampliar o nosso conhecimento, acentuou a dissociação mente-corpo e como consequência fragmentou ainda mais o doente na prática terapêutica. Assim podemos dizer que o estudo do fenômeno psicossomático não deve levar à divisões, mas à integração. Não há como deixar de reconhecer que “não há doenças psicossomáticas, todas as doenças são psicossomáticas” (PERESTRELHO, 1964).

Observamos atualmente que os protocolos e consensos de tratamentos efetuados por médicos especialistas concentram-se praticamente no combate ao agente causador ou causa primária da doença, não conseguindo contemplar as diversidades das situações de vida diária das pessoas, o que torna ainda mais difícil

suportar o tratamento. Os esforços no sentido de tornar esses pacientes menos alienados e mais participativos no processo que estão vivendo, podem ser alcançados através da psicanálise, pois na medida que esta promove a fala do sujeito oferecendo uma escuta, abre a possibilidade do próprio sujeito escutar-se, propiciando dessa forma a subjetivação. Ao entrar em contato com suas próprias questões, o sujeito questiona-se sobre o diagnóstico que o invade como algo inesperado, entrando em contato com as fantasias, medos e questões particulares que esse diagnóstico desencadeia, promovendo ou facilitando assim, a aceitação e o enfrentamento dessa nova situação imposta pelo real. Isto porque o real se impõe gerando limites e exigindo da pessoa um enfrentamento que irá se expressar em ações e significações, ou seja, novas cadeias de significantes. Dessa maneira, ao falar, o sujeito vai se apropriando do seu corpo, vai se conhecendo, podendo perceber quais são seus próprios sintomas, já que cada indivíduo tem sua própria história de vida, sua individualidade, seu corpo e seus sintomas que expressam a singularidade de um processo de subjetivação próprio dos seres humanos.

Entre os meandros desses processos subjetivos, podemos encontrar a situação em que uma pessoa acometida por uma doença procura um médico para que este a autentique como doente, ou seja, ela está decidida a permanecer na sua condição doentia e está bem instalada na sua doença. Por algum motivo, a pessoa ama seu sintoma e parece não querer livrar-se dele. De acordo com Lacan (1966/1991), todo médico sabe que é na resposta à demanda de cura do doente, juntamente com seus recursos, que está a possibilidade de sobrevivência da ação prática dos médicos. Mas devemos lembrar que há uma diferença entre aquilo que se demanda e aquilo que se deseja, e acreditar que o sujeito humano queira seu próprio bem, leva os profissionais de saúde a querer o bem do doente no lugar dele. A psicanálise é uma experiência do discurso em que sempre se diz mais do que se pretendia dizer, portanto, suas referências são diferentes das da prática médica e por isso o diagnóstico psicanalítico jamais poderá ser feito à partir dos limites ou das possibilidades do diagnóstico médico, mas sim dentro dos próprios fundamentos teóricos da Psicanálise. Os médicos irão cuidar da doença, dos sintomas clínicos, e os psicanalistas irão cuidar do processo subjetivo do indivíduo e de como o diagnóstico está afetando este processo.

Freud (1919) refletiu sobre a necessidade da extensão da prática da psicanálise do consultório para a comunidade, de forma geral, devido a duas razões: acreditava que os psicanalistas não deveriam reduzir sua experiência somente à população de classe social alta e considerava que a neurose deveria ser um problema para a saúde pública. A partir desse momento, ele passa a repensar a técnica psicanalítica no sentido de adaptá-la à demanda do atendimento inserido nas instituições: “[...] a experiência psicanalítica admite diversas possibilidades de clínica, desde que nessa diversidade sejam reconhecidas as

condições epistemológicas e éticas para a construção do espaço psicanalítico, isto é, uma experiência centrada na fala, na escuta e regulada pelo impacto da transferência [...]” (BIRMAN, 1994). Birman enfatiza que é fundamental uma condição ética para que ocorra uma experiência transferencial. Não é por estar atrás de um divã que necessariamente se pratica a Psicanálise. Isto quer dizer que não é o local ou a técnica que vão assegurar que se está fazendo Psicanálise. É a idéia de transferência como deslocamento que permite construir um lugar possível para o analista dentro da economia psíquica do sujeito.

Segundo a visão lacaniana, o que garante a boa execução de uma análise são o manejo da transferência, os fundamentos éticos dos procedimentos técnicos e o desejo do analista de que a análise se dê. O estabelecimento da transferência é fundamental para que uma análise se inicie. Seria uma ilusão na qual a pessoa acredita que o analista saiba sobre ela, sobre sua verdade, ficando o analista no lugar do sujeito suposto saber, e será sob esta transferência que poderá ser efetuada a cura analítica, a mudança de posição em relação ao desejo do Outro.

Lacan (1959-60) traz a idéia de que se pense na ética do analista a partir da estrutura de uma análise, ao invés de colocá-la em categorias pré-estabelecidas: “[...] a relação da ação com o desejo que a habita” - para ele, a ética da Psicanálise é a ética do desejo (LACAN, 2005).

Ainda segundo Birman, a Psicanálise se caracteriza por um processo singular, que tem como objetivo oferecer possibilidades para que o sujeito dê voz a singularidade de seu desejo em sua história, e é o lugar de se deparar com os impasses de suas exigências pulsionais. Dessa forma, acreditamos que a análise só pode se dar em um campo discursivo, em que um sujeito, a partir de sua transferência, fala a um outro, coloca seus significantes, a fim de encontrar um sentido para seu sofrimento, sua falta.

A psicanálise traz contribuições relativas à religião enquanto instituição e enquanto experiência do sujeito. Concebendo o sujeito enquanto faltoso, ela nos convoca a pensar na religião enquanto aquilo que oferece o complemento desta falta constitutiva do sujeito. Freud nos fala da religião como suplência ao pai:

Assim, seu anseio por um pai constitui um motivo idêntico à sua necessidade de proteção contra as consequências de sua debilidade humana. É a defesa contra o desamparo infantil que empresta suas feições características à reação do adulto ao desamparo que ele tem que reconhecer - reação que é, exatamente, a formação da religião (FREUD, 1996).

Concebendo o desejo como impossível de ser satisfeito completa e permanentemente, a religião seria um convite à ilusão da consistência, da completude. Levando em consideração o objetivo da psicanálise - libertação dos que sofrem, Maciel & Rocha (2008) afirmam que esta libertação pode sim se fazer a partir de uma experiência religiosa que esteja devidamente integrada ao dinamismo psíquico do sujeito. Tanto Freud como Lacan, partem da idéia de que ao ser humano falta algo - algo este que

podemos dar vários nomes, como a falta, a coisa, a castração, a ferida narcísica, etc. - e de que seu desejo será sempre impossível de ser satisfeito plena e permanentemente. Assim o sujeito da psicanálise é finito, limitado e faltoso. Se, por um lado, a psicanálise é o que ratifica a absoluta inconsistência e incompletude do ser humano, a religião é o que me alude à completude, é o que me ilude.

A religião, portanto, é como uma das mais fortes sugestões de que posso ser salvo, de que posso ser completo, de que posso ser consistente comigo mesmo. A idéia de Deus nos remete a um Outro que me protege da minha necessidade de amparo, da minha situação de impotência. É a figura da onipotência que trata de recobrir a angústia. É interessante notar como a representação de Deus, representação que sugere preencher o vazio constitutivo de minha própria existência, pode ser deslocada para diversas outras representações que indiquem um caminho para a salvação, para a proteção, para o amparo, para a união.

Relembramos os conceitos, já citados, de religião e espiritualidade definidos por Koenig (2001), que conceitua religião como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados a fim de auxiliar a proximidade do indivíduo com o transcendente, enquanto que espiritualidade define-se como uma busca por respostas sobre o significado da vida e, talvez o mais importante, abarca o próprio relacionamento com o transcendente. Se trata, portanto, de uma especificidade da religião, transmitir uma verdade na qual o sujeito deve se encaixar para ser auxiliado na busca pelo transcendente, enquanto que o conceito de espiritualidade traz intrinsecamente algo do próprio sujeito, algo da busca por sua própria verdade, abarcando, inclusive, a própria experiência religiosa do sujeito.

Com essa distinção de conceitos, poderíamos pensar se a instituição religiosa não distorceria o caminho do próprio sujeito em sua busca eterna pelo transcendental, uma vez que o insere num sistema já organizado, sistema este que ao mesmo tempo que permite uma libertação, prende-o à marra de crenças previamente definidas. Com isso, poderíamos concordar com Leonardo Boff (2000), quando diz que enquanto as instituições separam, a espiritualidade reúne. Isto porque a experiência mística que a última proporciona transmite a possibilidade de uma experiência da verdade de cada um.

## ESPIRITUALIDADE E CONSULTÓRIO

Deve o médico/psicólogo discutir temas espirituais com seus pacientes? Quais são os limites entre o médico/psicólogo e o paciente que consideram temas religiosos e espirituais? Estas são algumas das perguntas que norteiam discussões éticas recentes sobre o tema (POST, 2000). A inclusão dos “problemas religiosos ou espirituais” como uma categoria diagnóstica inserida no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) reconhece que os temas religiosos e espirituais podem ser o foco da consulta e do tratamento psiquiátrico/

psicológico (LUKOFF et al, 1995). Alguns educadores na área de saúde recomendam que os profissionais de saúde perguntem rotineiramente sobre a espiritualidade e a religião ao conduzir a história médica de seus pacientes (ELMAN, 1999). Entretanto, integrar dimensões espirituais e religiosas de vidas dos pacientes durante a psicoterapia requer profissionalismo ético, alta qualidade de conhecimento e habilidades para alinhar as informações coletadas sobre o benefício do processo terapêutico. A Associação Psiquiátrica Americana produziu um guia que orienta os terapeutas a compreender e manter um respeito empático ao abordar as crenças religiosas dos pacientes, reforçando que o treinamento adequado do terapeuta, a compatibilidade terapeuta/paciente, a atenção à pessoa e não apenas à doença e a busca da compreensão empática, podem reduzir a ocorrência da conversão de valores e minimizar os problemas éticos associados (TJELTVEIT, 1986; POST, 2000). Lomax et al. (2000) apontam que algumas observações éticas merecem atenção como: 1. a habilidade de inquirir sobre a vida religiosa e espiritual dos pacientes é um elemento importante da competência psicoterapêutica; 2. a informação sobre a vida religiosa e espiritual dos pacientes frequentemente fornece dados extremamente importantes para a superação de suas dificuldades; 3. o processo de investigação sobre esse domínio deve ser respeitoso; 4. há um potencial significativo para faltas éticas quando o terapeuta busca impor suas convicções pessoais (religiosas ou antireligiosas), abandonando o princípio da neutralidade.

Em convenção com a Associação Psiquiátrica Americana, Shafranske (2001) recomenda alguns procedimentos para psicoterapeutas ao abordarem o tema espiritualidade e religiosidade: 1. Identificar se variáveis religiosas e espirituais são características clínicas relevantes às queixas e aos sintomas apresentados; 2. Pesquisar o

papel da religião e da espiritualidade no sistema de crenças do paciente; 3. Identificar se idealizações religiosas e representações de Deus são relevantes e abordar clinicamente essa idealização; 4. demonstrar como os recursos religiosos e espirituais podem favorecer o tratamento psicológico; 5. utilizar um procedimento de entrevista para acessar o histórico e o envolvimento com religião e espiritualidade; 6. treinar intervenções apropriadas a assuntos religiosos e espirituais e se atualizar a respeito da ética sobre tais temas na prática clínica.

## CONCLUSÃO

O bem-estar espiritual é uma dimensão do estado de saúde, junto às dimensões corporais, físicas e sociais (World Health Organization, 1988). Por considerar as experiências místicas e meditativas como processos mensuráveis e quantificáveis, com base nas experiências acumuladas na literatura e na prática médica, a Organização Mundial de Saúde, por meio do grupo de Qualidade de Vida, incluiu em seu instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida o domínio Religiosidade, Espiritualidade e crenças pessoais com 100 itens. Esse instrumento colaborou com outros estudos que identificaram correlações importantes ao conhecimento dos profissionais de saúde (SPERRY; SHANFRANSKE, 2004).

Os psicoterapeutas devem estar confortáveis com pacientes que levantem questões existenciais e espirituais (SHAW et al; 2005; PERES et al.; 2007a; 2007b). Uma vez que explorar as crenças religiosas e espirituais pode ser útil no processo psicoterápico, é uma necessidade terapêutica e um dever ético o respeito a essas opiniões, a empatia, assim como a continência à realidade que o paciente traz, ainda que os terapeutas não compartilhem das mesmas crenças religiosas (SHAFRANSKE, 1996).

---

## REFERÊNCIAS

- Backes M.T.S., Rosa L.M., Fernandes GCM, Becker SG, Meirelles BHS, Santos SMA. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. Rev. Enferm. Jan/Mar; 17(1): 111-7, 2009.
- Boff, L. Tempo de Transcendência. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.
- Birman, J. Psicanálise, Ciência e Cultura. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- Carone, D.A. Jr.; Barone, D.F. - A social cognitive perspective on religious beliefs: their functions and impact on coping and psychotherapy. Clin Psychol Review v. 21, n. 7, p. 989-1003, 2001.
- Crossley, J.P.; Salter, D.P. A question of finding harmony: a grounded theory study of clinical psychologist's experience of addressing spiritual issues in therapy. Psychol psychother. v. 78, n. 3, p. 295-313, 2005.
- Elman, J.W.; Ott, B.B.; Short, T.H.; Ciampa, R.C.; Hansen-Flaschen, J. - Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they became gravely ill? Arch Intern Med 9-23; 159(15): 1803-1806, 1999.
- Eksterman, A. Formação psicossomática em ciências da saúde: O ensino de Psicologia Médica. Psicossomática, v. 1, n 1, jan./mar., 1986; Recife, Oedip.
- Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário da Língua Portuguesa. 2 ed Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1988.
- Freud, S. O Futuro de uma Ilusão (1927). In: \_\_\_\_\_. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol.XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 21, p. 13-64.
- Freud, S. O Futuro de uma Ilusão (1927). In: \_\_\_\_\_. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol.XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 21, p. 34.

- Freud, S. O Mal-Estar na Civilização e outros trabalhos (1930[1929]). In: \_\_\_\_\_. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol.XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 21, p. 65-151.
- Koenig, H. The handbook of religion and health: a century of research reviewed. Oxford University Press. 2001.
- Koenig, H. Religion, Spiritually and Medicine: research findings and implicatio for clinical practice. Sourthen Medical Journal, v. 97, n. 12, p.1194-1200, 2004.
- Lacan, J. (1959/60) O Seminário - Livro 7: A ética da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
- Lasch, C. A Cultura do Narcisismo. Tradução de Ernani Pavanelli. Rio de Janeiro, Imago Editora LTDA, 1983.
- Lomax, J.W.; Karff, R.S.; Mckenny, G.P. - Ethical considerations in the integration of religion and psycolterapy: Three perspective. Psychiatry Clin North Am 25(3): p. 547-559, 2002.
- Lukoff, D.; LU, F.G.; Turner, R. - Cultural considerations in the assessment and treatement of religious and spiritual problems. Psychiatr Clin North Am 18(3): p. 467-485, 1995.
- Maciel, K.D. de Sá A. & Rocha, Z. de J.B. Freud e a Religião: Possibilidades de novas leituras e construções teóricas. Psicologia, ciência e profissão, 28(4), p. 742-753, 2008.
- Mattos, S.E.C. Ateísmo e Psicanálise, necessidade ou contingência? Rev. Estud. Lacan, 2(3), p. 1-26, 2009.
- Miovic, M. Domains of discussion in psychotherapy: what do patients really want? Am. J. psychother, v. 60, n. 1, p. 71-86, 2006.
- Mueller, P.S. et al. - Religious involviment, Spiritually and medicine: implications for clinical practice. Mayo Clin Proc. v. 76, n. 12, p. 1189-1191, 2001.
- Myers, D.J. - The funds, friends and faith of happy people. American Psycol v. 55, p. 56-67, 2000.
- Peres, J.F.P. et al. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. Rev. Psiq. Clin. v. 34, supl. 1, p.136-145, 2007.
- Perestrelho, D. Stellungnahme and Tattiggkeitsericht aus Brasilien (em trining in Psychosomatic Medicine); Edit for Felix Deutsch, Hafner Publ. Co. New York, 1964.
- Post, S.G.; Puchalshi, C.M.; Larson, D.B. - Phisicians and patient spirituality: profissionnal boundaries, competency and ethics. Ann Intern Med 4; 132(7): p. 578-583, 2000.
- Pray, L.A. “Epigenética: genoma, bem-vindo ao seu ambiente.” The Scientist, p. 14-20, 2004.
- Reik, W. e Walter, J. “Padrão genômico: influência dos pais no genoma”. Nature Review Genetics, 2: 21+, 2001.
- Salgado M.R.C. A evolução do conceito de saúde; AME-Brasil p.38, SP. 2013.
- SAÚDE Integral: uma interação entre ciência e espiritualidade, São Paulo, AME-Brasil, 2003, v. 2, p. 60.
- Silverman, P.H. “Reconsiderando o determinismo genético: com apenas 30 mil genes, o que torna o ser humano tão humano?”. The Scientist, p. 32-33, 2004.
- Scliar, M. História do Conceito de Saúde. Physis. 2007. Jan; 17(1): p. 29-41.
- Shafranske, E. Religion and the clinical practice of psysicology. American Psychological Association, Whashington, 1996.
- Sperry, L., Shanfranske, E. Spiritually oriented psychotherapy. APA, 2004.
- Surani, M.A. “A reprodução da função genômica por meio da herança epigenética”. Nature, 414:122+, 2001.
- Tjeltveit, A.C. The ethics of value conversion in phycoterapy: approoriate and inappropriate therapist influency on client values. Clinical Psychology Review 6(6): p. 515-517, 1986.
- Zenevicz, L. Cartilha do Envelhecimento Tardio; AME-Brasil, p.146, São Paulo. 2015.







☎ (22) 2101-2929 [www.fmc.br](http://www.fmc.br)