

Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor

Religiosity and spirituality in bipolar disorder

ANDRÉ STROPPIA¹, ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA²

¹ Professor assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

² Professor adjunto da Faculdade de Medicina da UFJF.

Recebido: 23/1/2009 – Aceito: 18/2/2009

Resumo

Contexto: Nos últimos vinte anos, estudos sistematizados têm identificado uma relação positiva entre espiritualidade/religiosidade (R/E) e saúde, notadamente saúde mental. Entretanto, são escassas as informações sobre R/E e transtorno bipolar do humor (TBH). Este artigo objetiva revisar as evidências disponíveis sobre estas relações. **Métodos:** Foram cruzadas as palavras “bipolar”, “mania” e “manic” com as palavras “religio*” e “spiritu*” nas bases de dados PubMed e PsychINFO em novembro de 2008. Foram encontrados 122 artigos publicados entre os anos de 1957 e 2008. **Resultado:** Os estudos apontam que pacientes bipolares tendem a apresentar maior envolvimento religioso/espiritual, maior frequência de relatos de conversão e experiências de salvação e uso mais frequente de *coping* religioso e espiritual (CRE) que pessoas com outros transtornos mentais. Indicam ainda, uma relação frequente e significativa entre sintomas maníacos e experiências místicas. Os estudos mais relevantes encontrados na literatura foram agrupados nesta revisão em cinco tópicos: delírios místicos, religiosidade e espiritualidade, *coping* religioso-espiritual, recursos comunitários e comunidades tradicionais. **Conclusão:** O TBH e a R/E possuem intensa e complexa inter-relação. Estudos sobre práticas religiosas saudáveis, espiritualidade e recursos de *coping* merecem ser ampliados, bem como sua relação com o cumprimento do tratamento e as recorrências da doença, as intervenções psicoterápicas e a psicoeducação de base espiritual.

Stroppa A, Moreira-Almeida A / *Rev Psiq Clín.* 2009;36(5):190-6

Palavras-chave: Transtorno bipolar, espiritualidade, religiosidade.

Abstract

Background: Over the past twenty years, systematic studies have identified a positive relationship between spirituality/religiosity (S/R) and health, especially mental health. Although there is only scant information about S/R and Bipolar Disorder. **Methods:** The words “bipolar”, “mania” and “manic” were crossed with the words “religio*” and “spiritu*” in the databases PubMed and PsychINFO in November 2008. It was found 122 articles published between 1957 and 2008. **Results:** The studies indicate that bipolar patients have a greater religious/spiritual concern and involvement, more reports of conversion, experiences of salvation and a more frequent use of spiritual/religious coping, than people with other mental disorders. It also indicates a frequent and significant relationship between manic symptoms and mystical experiences, and changes in the intensity of faith after the onset of the disorder. The most relevant studies in the literature were distributed by subjects: mystical delusions, religiosity and spirituality, spiritual-religious coping, community resources and traditional communities. **Conclusion:** The number of studies about healthy religious practices, spirituality, and coping among bipolar patients should be expanded, as soon as its relation to accession, compliance with treatment and recurrences of the disease. Greater attention should be given to investigate the relationships between religiosity, religious coping, psychotherapeutic interventions, and based-spiritual psychoeducation.

Stroppa A, Moreira-Almeida A / *Rev Psiq Clín.* 2009;36(5):190-6

Keywords: Bipolar disorder, spirituality, religiosity, religiosity and spirituality in bipolar disorder.

Introdução

A religiosidade e a espiritualidade (R/E) são aspectos importantes na vida da maioria das pessoas e na cultura da maioria dos povos. Desde a antiguidade, espiritualidade e saúde estiveram intimamente relacionadas. No ocidente, religiosos se ocuparam dos cuidados a pessoas enfermas da idade média até bem recentemente. No final do século XIX, a ciência se distanciou da religião, diante da necessidade de se firmar como conhecimento autônomo^{1,2}.

Nos últimos vinte anos, estudos sistematizados e bem conduzidos passaram a identificar uma relação positiva entre R/E e saúde. Estudos sugerem que R/E possam ter efeito protetor sobre a saúde e parecem influenciar a saúde física e mental de várias maneiras: (a) por meio de regras de convivência e do desestímulo a comportamentos prejudiciais à saúde, como abuso de álcool e drogas, comportamento violento ou sexual de risco; (b) por meio do uso de crenças religiosas como forma de lidar com situações adversas, como uma doença; (c) por meio da criação de uma rede de suporte social¹⁻³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima para a próxima década um aumento considerável da participação dos transtornos mentais entre as principais causas de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade. O transtorno bipolar do humor (TBH) estará entre as dez principais causas⁴.

Objetivo

Revisar a literatura científica a respeito da relação entre TBH e religiosidade/espiritualidade.

Método

As palavras “bipolar”, “mania” e “*manic*” foram cruzadas com as palavras “religio*” e “*spiritu**” nas bases PubMed e PsychINFO, no mês de novembro de 2008. Também foram consultados os textos e referências citadas em *Handbook of Religion and Health* (Koenig, 2001) e *Handbook of Religion and Mental Health* (Koenig, 1998). Para a presente revisão foram selecionados primariamente os artigos que apresentavam um desenho metodológico adequado e que investigavam diretamente R/E e TBH.

Resultados

Foram encontrados 122 artigos publicados entre os anos de 1957 e 2008, visto que os estudos realizados até a década de 1970, em sua maioria, vêem na espiritualidade uma evidência de adoecimento mental. Predominam os relatos de casos voltados para delírios de conteúdo místico, crenças e conversões religiosas, e os estudos realizados a partir da década de 1980 são mais abrangentes, envolvem outros aspectos da relação R/E e TB.

Os estudos mais relevantes foram distribuídos por temas, são eles: delírios místicos, R/E, *coping* religioso e espiritual (CRE), recursos comunitários e intervenções religiosas e comunidades tradicionais.

Delírios místicos

Autores clássicos da primeira metade do século XX apontavam esquizofrenia e epilepsia como os transtornos mentais mais frequentemente relacionados com sentimentos e sintomas religiosos. Emil Kraepelin, em 1929, chamou a atenção para a significativa ocorrência de sintomas religiosos entre pacientes bipolares⁵.

Em estudo transversal de 1966, Sedman e Hopkinson⁶ estudaram 12 pacientes, sendo sete esquizofrênicos e três bipolares: avaliaram a ocorrência de vivências de influência, alucinações, experiências de conversão e mudanças de humor, acompanhados por vivências místicas e religiosas. Durante o estudo, mudanças de humor ocorreram nos três pacientes bipolares em vigência de mania e se fizeram acompanhar por experiências místicas e religiosas. Quatro dos pacientes esquizofrênicos apresentaram períodos de elevação e depressão do humor, visto que em três deles tais fases de mudança de humor foram acompanhadas também por vivências místicas e religiosas.

Cothran e Harvey⁷, em estudo transversal de 1986, compararam 23 pacientes esquizofrênicos e 18 bipolares, porém não identificaram diferenças nas características dos delírios. A incidência de delírios de conteúdo místico nesse estudo foi igual em ambos os transtornos.

Brewerton⁸, em estudo transversal de 1994, examinou 50 pacientes entre maníacos, esquizofrênicos, esquizofrênicos com alterações eletroencefalográficas, deprimidos em depressão psicótica e pacientes com sintomas psicóticos secundários ao uso de substâncias, sendo cada grupo representado por dez pacientes. Os delírios religiosos foram encontrados em todos os transtornos, com predomínio em pacientes maníacos, seguidos por pacientes com psicoses secundárias ao uso de substâncias psicoativas e esquizofrênicos com alterações eletroencefalográficas.

Em estudo transversal de 1999, Appelbaum *et al.*⁹ ao entrevistarem 1.136 pacientes agudamente internados encontraram 328 pacientes delirantes: de 93 pacientes com delírios religiosos, 35,5% tinham diagnóstico de esquizofrenia, 32,9% de transtorno bipolar e 14,3% de transtorno depressivo.

Getz *et al.*¹⁰, em estudo transversal de 2001, estudaram a influência da atividade religiosa sobre a intensidade de delírios místicos em pacientes cristãos com psicose. Examinaram católicos, protestantes e pacientes sem afiliação religiosa e encontraram que os pacientes protestantes experimentavam mais delírios que os demais, embora não tenham ocorrido diferenças na intensidade destes. Entretanto, quando os grupos foram

recombinados, os pacientes mais religiosamente ativos experimentaram delírios místicos mais intensos.

Hempel *et al.*¹¹, em estudo transversal de 2002, examinaram 148 pacientes de uma instituição penal, 18 deles glossolálicos. Segundo os autores, os pacientes glossolálicos eram todos portadores de transtornos do espectro bipolar, com delírios religiosos ou sexuais e hiper-religiosidade.

Alguns autores atribuem a pacientes bipolares a maior frequência de delírios religiosos e místicos, outros relatam igual prevalência entre bipolares e esquizofrênicos. Koenig³, entretanto, aponta uma diferença qualitativa entre os delírios de um e de outro: pacientes bipolares apresentam delírios religiosos como intensificação de suas crenças normais e pacientes esquizofrênicos têm delírios místicos autistas e bizarros.

Religiosidade e espiritualidade

A R/E entre pessoas portadoras de transtornos mentais ainda têm suscitado pouco interesse entre pesquisadores e clínicos. Uma das mais importantes obras dedicadas ao TBH, em sua segunda e recente edição, faz brevíssima referência à relação entre TBH e R/E. Os autores ressaltam que o possível efeito protetor de crenças e práticas religiosas não tem sido estudado em indivíduos com TBH12.

Em 1969, nos Estados Unidos, Gallemore *et al.*⁵ realizaram um estudo transversal envolvendo 62 pacientes bipolares e 40 sujeitos-controle de igual idade e sem antecedentes de transtornos mentais. Foi utilizada uma entrevista estruturada abrangendo questões relativas à denominação religiosa, educação religiosa, interesse e vida religiosa, além da postura familiar. Foram observados períodos de dúvida e agnosticismo entre os entrevistados. Os dados para os dois grupos foram comparados evidenciando maior frequência de relatos de conversão e experiências de salvação entre os pacientes bipolares, estivessem bem ou em período crítico da doença.

De modo semelhante Koenig³ observou entre pacientes bipolares uma maior incidência de experiências místicas em suas vidas religiosas, o que poderia estar relacionada ao incremento da afetividade.

Estudo transversal de 2003, realizado por Mitchel e Romans¹³ na Nova Zelândia, envolveu 147 pacientes bipolares. A esses pacientes foi enviado um questionário de crenças religiosas, espirituais, filosóficas e práticas religiosas. Receberam 81 (55%) respostas completas. A identidade étnica predominante era de origem européia (73,9%), seis (7%) eram da etnia maori e cinco (6%) de outros grupos étnicos. A maioria (94%) indicou alguma forma de compreensão religiosa, espiritual ou filosófica a respeito do mundo e relatou uso de suas crenças para lidar com sua doença, e 45% se disseram cristãos de várias denominações. Quanto à prática religiosa, os evangélicos foram mais envolvidos que as denominações tradicionais e liberais. Aqueles que não estiveram bem

nos últimos cinco anos referiram maior envolvimento religioso, mas suas crenças não os ajudaram a lidar com a doença. Não foram observadas diferenças entre idades e gêneros. Encontrou-se uma relação significativa e inversa entre intensidade da crença e cumprimento das prescrições médicas, aqueles com maiores crenças eram piores cumpridores das prescrições médicas. Dezesesseis pacientes (20%) referiram redução de sua fé com o surgimento da doença.

Dantas *et al.*¹⁴, em estudo retrospectivo realizado em 1999 no Brasil, investigaram o papel das crenças e práticas religiosas sobre a doença mental. O trabalho avaliou dados socioculturais e sintomas psicopatológicos associados à presença e à intensidade de sintomas com conteúdos religiosos. Para isso, revisaram duzentas internações consecutivas realizadas em hospital universitário. A média da idade dos pacientes foi de $34,4 \pm 13,7$ anos, com 46% de homens ($n = 92$) e as denominações religiosas se distribuíram entre católicos, 59,5% ($n = 119$), protestantes, 20,5% ($n = 41$) e outros, 20,0% ($n = 40$). Quanto ao diagnóstico psiquiátrico: esquizofrenia, 28,0% ($n = 56$), depressão, 24,0% ($n = 48$), mania, 19,0% ($n = 38$), neuroses e transtornos da personalidade, 9,5% ($n = 19$) e outros, 19,5% ($n = 39$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos religiosos quanto ao diagnóstico e a pontuação média na escala *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS). Os sintomas religiosos estiveram presentes em 28 pacientes (15,7%), em sua maioria com sintomas do espectro maniaco, mostrando significativa correlação entre sintomas e estados maníacos e experiências místicas.

Kirov *et al.*¹⁵, em estudo transversal de 1998 na Inglaterra, investigaram em 49 pacientes (33 esquizofrênicos e 16 bipolares) como a doença psicótica influenciou sua fé religiosa e o quanto crenças e práticas religiosas foram usadas como *coping*. A amostra teve importante participação afro-caribenha e altos níveis de atividade religiosa. Dos 49 indivíduos, 34 se declararam religiosos e 15 não religiosos. A maioria dos que se disseram religiosos relatou ter usado sua religião como *coping* (61,2%) e foi observado aumento de crenças religiosas em 12 indivíduos e diminuição em dois após a doença. Três variáveis estiveram relacionadas de maneira significativa à maior frequência de *coping*: ser mulher, não branca e ter TBH. Consoante os autores, pacientes com maior frequência de *coping* apresentaram melhor *insight* de sua doença, resultando em maior adesão ao tratamento medicamentoso. A experiência do adoecimento mental contribuiu para incremento das crenças religiosas nesse estudo.

Soeiro *et al.*¹⁶ publicaram em 2008, no Brasil, estudo transversal que investigou a relação entre prevalência de transtornos mentais, denominação religiosa e religiosidade. Avaliaram 253 pacientes de um hospital geral aplicando um questionário sociodemográfico e um instrumento para o diagnóstico de transtornos mentais (MINI-Plus): quanto ao grau de religiosidade referido,

116 (43,2%) pessoas se disseram muito religiosas, 129 (46,9%), religiosas, 27 (9,8%), pouco religiosas e três (1,1%), não religiosas. A intensidade do envolvimento religioso foi moderadamente associada com maior ocorrência de transtornos mentais, sobretudo com o transtorno bipolar. Os pacientes não religiosos e muito religiosos estiveram relacionados a maior adoecimento mental quando comparados a pessoas religiosas.

Vários autores apontam uma menor ocorrência de sintomas religiosos e místicos nos quadros depressivos, em uma relação inversa entre sintomas religiosos e depressivos. Frequentemente, crenças e práticas religiosas relacionam-se a menores índices de sintomas depressivos. Os sintomas psicóticos em quadros depressivos podem ter efeito difuso sobre as crenças religiosas das pessoas. Predominam delírios de culpa, menos-valia e ruína, podendo tomar um significado religioso para o paciente. As pessoas deprimidas têm menor frequência de experiências religiosas e menor crença em Deus, com maiores sentimentos de culpa pela falta de fé ou perda de sua fé^{14,15}.

Os estudos evidenciam a especial importância dos aspectos religiosos e místicos na vida de pacientes bipolares, bem como a maior frequência com que utilizam suas crenças religiosas para lidar com situações de estresse e com sua doença. Gallemore *et al.*⁵ apontaram diferenças entre certos aspectos da R/E em pacientes bipolares e controles normais, como maior frequência de experiências de conversão e salvação. Koenig³ apontou a maior incidência de sintomas místicos e atribuiu às peculiaridades afetivas da doença. Dantas *et al.*¹⁴ encontraram uma relação significativa entre sintomas de mania e sintomas místicos. Kirov *et al.*¹⁵ encontraram entre as mulheres não brancas e portadoras de TBH a maior frequência de uso de *coping* religioso e espiritual em seu estudo. Soeiro *et al.*¹⁶ apontaram o TBH como o transtorno mental mais frequentemente associado à intensidade do envolvimento religioso. Em suma, fica evidenciado pela literatura disponível a significativa relação do TBH com mais frequentes experiências religiosas e espirituais, bem como maior influência de RE em suas vidas.

Coping religioso e espiritual

Coping pode significar lidar, manejar, adaptar-se ou enfrentar. Trata-se de um processo de interação entre o indivíduo e o ambiente, com a função de reduzir ou suportar uma situação estressora que exceda os recursos do indivíduo. *Coping* religioso e espiritual (CRE) é o modo como pessoas utilizam sua fé em situações de estresse e dificuldade em suas vidas¹⁸.

Reger e Rogers¹⁹, em 2002 nos Estados Unidos, estudaram CRE entre pessoas com transtornos mentais crônicos. O estudo investigou o número de estratégias usadas, o tempo de uso e a percepção de ter sido ajudado. Participaram do estudo 415 pessoas com transtornos

mentais persistentes, sendo 149 (36%) esquizofrênicos, 80 (19%) depressivos, 69 (17%) esquizoafetivos, 58 (14%) bipolares e 59 (14%) com outros transtornos psicóticos, do humor e ansiedade. Os resultados apontaram alta prevalência e importância do uso de CRE na amostra. Para os autores o CRE foi mais evidente, duradouro e variado em pacientes esquizofrênicos, esquizoafetivos e bipolares. Esses pacientes usaram o CRE por mais tempo e perceberam mais benefícios ao lidar com frustrações e dificuldades diárias.

Phillips e Stein²⁰, em 2007 nos Estados Unidos, investigaram o CRE e sua relação com as variáveis demográficas e religiosas em um estudo longitudinal, com um grupo-controle de estudantes universitários e duração de um ano. Foram estudados 48 adultos jovens esquizofrênicos e bipolares. Utilizaram três subescalas de RCOPE (Pargament *et al.*, 2000): uma de CRE positivo e duas de CRE negativo. Aqueles com transtorno mental grave usaram as mesmas formas de CRE que os jovens do grupo-controle. Foi, entretanto, estatisticamente significativo o uso de CRE negativo entre os indivíduos com transtorno mental grave no tempo inicial do estudo. Os autores chamam a atenção para o fato de que pessoas com transtorno mental grave usam formas de CRE positivas e negativas, mas formas negativas merecem atenção por trazerem prejuízo significativo para os pacientes.

Pollack *et al.*²¹, em estudo transversal de 2000 nos Estados Unidos, compararam 80 indivíduos brancos e 42 negros bipolares hospitalizados e encontraram entre os pacientes negros melhores recursos internos cognitivos, emocionais e espirituais. O enfrentamento mais frequente de situações adversas, uma visão mais positiva dos problemas e uma maior preocupação religiosa durante a educação foram apontados pelos autores como aprendizados que persistiram na vida adulta.

Em pacientes bipolares o CRE é frequentemente utilizado, muitas vezes benéfico e variado. São utilizadas estratégias de *coping* positivas que resultam em bem-estar, confiança e calma. Mas, também, negativas que encerram culpa, medo e autodesvalorização, sentimentos desvantajosos para a saúde psíquica. Atividades psicoeducacionais podem orientar estratégias de CRE com importante benefício para pacientes religiosos.

Recursos comunitários e intervenções religiosas

Um importante salto de qualidade no tratamento do TBH foi dado com o uso dos sais de lítio e outros estabilizadores do humor. Entretanto, ainda são frequentes as reagudizações. Vários autores têm demonstrado a importância da associação de tratamento farmacológico com abordagens psicossociais²¹.

Pollack *et al.*²² chamam a atenção para a relevância de questões, como adesão ao tratamento e estressores capazes de precipitar novos episódios. Vários fatores têm sido relacionados com maior recorrência do TBH:

suporte social inadequado, desajuste em atividades sociais e de lazer, má qualidade das relações interpessoais, principalmente familiares.

Chakrabarti *et al.*²³, em 1992, na Índia, estudaram 90 pacientes portadores de transtorno do humor e observaram que a sobrecarga referida por familiares de pacientes bipolares era maior que a referida por familiares de pacientes depressivos. Essa maior sobrecarga era atribuída aos reflexos sociais causados pela ocorrência da mania. O número de episódios de mania, a duração da doença, a severidade e a disfunção das fases foram determinantes da maior sobrecarga.

Stueve *et al.*²⁴ em 1997, nos Estados Unidos, investigaram a sobrecarga percebida por cuidadores negros, brancos e latinos de pacientes bipolares. Negros tenderam a referir menor sobrecarga que brancos e latinos. Entre as causas apontadas estava o maior envolvimento religioso identificado entre os negros, o que funcionava como importante recurso de *coping* e rede de apoio social e emocional.

Phillips *et al.*²⁵, em estudo aberto e não controlado de 2002, nos Estados Unidos, utilizando recursos religiosos, métodos de *coping* e técnicas de grupo desenvolveram um programa de tratamento dirigido a pessoas com transtornos mentais graves. Foi selecionado um grupo de dez pacientes, todos brancos, a maioria do sexo feminino, portadores de vários transtornos mentais. O programa de tratamento foi constituído por sete encontros semanais de 90 minutos de duração cada e formato psicoeducacional. Foram abordadas questões relacionadas a conflitos espirituais, recursos religiosos e sua influência sobre a doença. Os participantes referiram maior compreensão de seus sentimentos, de suas preocupações espirituais e relações interpessoais.

A preocupação com o desenvolvimento de estratégias psicossociais ganha cada vez maior importância para quem trabalha e quem pesquisa TBH. A qualidade do suporte social, das atividades sociais e das relações interpessoais tem sido relacionada com menor recorrência da doença. É provável que R/E façam diferença para pacientes bipolares ao proporcionarem, com frequência, suporte social e relações interpessoais de boa qualidade.

Comunidades tradicionais

Comunidades tradicionais, com frequência, relacionam transtornos mentais a causas espirituais. Suas crenças acerca de saúde e doença não são substituídas por conceitos médicos, o que deve ser considerado na condução do tratamento. Em estudo na Nova Zelândia sobre religiosidade e *coping* pessoas da etnia maori referiram conflitos entre sua compreensão de doença e o modelo médico ocidental, com prejuízos para o cumprimento do tratamento^{13,26}.

Raguram *et al.*²⁶ em estudo aberto e não controlado, em 2002 na Índia, descreveram o tratamento de 31 pes-

soas com transtornos psicóticos graves, dentre os quais três pacientes bipolares. Os pacientes foram tratados em um templo hindu durante seis semanas, sem o uso de terapêuticas biológicas. Os autores observaram redução de 20% nos escores de sintomas psiquiátricos medidos pela escala BPRS.

Egeland *et al.*²⁷, em estudo aberto e não controlado realizado em 1983 nos Estados Unidos, revisaram alguns dos fatores culturais mais comuns e relevantes para o diagnóstico do TBH entre os *Old Order Amish (amish)*. Os *amish* formam uma comunidade religiosa cristã bastante tradicional em seus usos e costumes. Um médico não familiarizado com a cultura pode ter dificuldade para identificar uma fase de mania. Também a temática religiosa de uma pessoa de outra cultura pode ser facilmente tomada por vivência psicótica. O diagnóstico de esquizofrenia em pacientes bipolares *amish* foi recorrente por longo tempo, em razão de desconhecimento ou desvalorização das diferenças culturais.

Muitos pacientes bipolares relatam conflito significativo entre médicos e conselheiros religiosos sobre como entender e lidar com sua doença. É frequente que psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde mental ignorem ou critiquem crenças religiosas de seus pacientes. É também frequente que líderes religiosos tenham reservas em relação aos tratamentos em saúde mental. Entretanto, pacientes psiquiátricos dão grande importância às suas crenças e atribuem a elas um papel importante no lidar com sua doença. Vários autores têm identificado problemas para pacientes que têm um modelo de doença muito diferente de seus médicos, resultando em pior adesão ao tratamento. Os resultados sugerem ser essa uma área que merece esforços no sentido de reduzir as incertezas existentes^{15,17}.

Comunidades tradicionais chamam a atenção para a diversidade cultural e os paradigmas diferentes de doença. Os maori tiveram menor adesão ao tratamento em razão de sua compreensão de doença muito diversa do modelo médico ocidental. Os *amish* foram diagnosticados erradamente por décadas em razão das diferenças culturais não consideradas^{13,27}.

Discussão

Mania e depressão são dois momentos de um mesmo transtorno mental, e sintomas psicóticos uma evidência da gravidade desses momentos (fases). Nesta revisão a literatura frequentemente tratou o TBH como parte dos transtornos psicóticos, e raramente o relacionou à depressão⁵⁻⁹.

Apesar da importante prevalência e gravidade do TBH, sua relação com R/E ainda é pouco conhecida. Os estudos obtidos apontam maior ocorrência de relatos de conversão religiosa e experiências de salvação entre pacientes bipolares do que entre pacientes com outros transtornos mentais, além de maior frequência de delírios de conteúdo místico na vigência de mania^{5,7,9,14-16}.

Os pacientes bipolares estão entre aqueles que com maior frequência utilizam CRE, mas não se sabe se predominam CRE positivo ou negativo. Ainda se conhece pouco sobre estratégias de CRE usadas por esses pacientes e como lidar com sua R/E em seu benefício^{13,19,21}.

Não se sabe se R/E e CRE poderiam influenciar a adesão ao tratamento e reduzir a ocorrência de fases de adoecimento ou a necessidade de internação hospitalar em uma realidade socioeconômica, cultural e religiosa como a latino-americana. Não se encontrou na literatura qualquer estudo comparando R/E e CRE em pacientes bipolares quando maníacos, eufímicos ou depressivos, o que deixa em aberto muitas questões relacionadas à doença e à religiosidade no TBH.

Diante da frequência com que pacientes bipolares se dizem religiosos, estratégias de tratamento psicossocial de conteúdo espiritual podem constituir-se em uma forma de auxiliar e dar qualidade ao tratamento farmacológico^{19-21,26,27}.

Os estudos acerca de comunidades tradicionais e grupos étnicos abordam conflitos de paradigmas de doença entre pacientes e profissionais de saúde. Estas pesquisas apontam a repercussão negativa desse conflito sobre o tratamento, mas também apontam a possibilidade de conciliação de estratégias de tratamento associadas ao respeito a crenças e cultura locais. Os benefícios de uma associação entre os recursos da medicina convencional e outras tradições devem ser considerados em nome do bem-estar de muitas pessoas com crenças religiosas e espirituais^{13,15,26,27}.

Para alguns autores, delírios místicos são mais frequentemente encontrados entre bipolares e esquizofrênicos. Entretanto, existe na literatura de grande parte do século XX um fator complicador no diagnóstico diferencial entre esquizofrenia e TBH, com o TBH subdiagnosticado por muitas décadas. Na medida em que o TBH vem sendo mais frequentemente identificado também sua relação com R/E tem se tornado mais clara^{5-9,14-16,17}.

Nesta revisão três estudos indicam igual ocorrência de delírios místicos e religiosos entre pacientes bipolares e esquizofrênicos. Outros cinco estudos apontam a coincidência entre sintomas maníacos e maior ocorrência de sintomas místicos^{6-9,11,14-16}. O estudo de Sedman e Hopkinson⁶ aponta para uma frequente coincidência entre a ocorrência de delírios místicos e alterações do humor. Apesar da pequena amostra, os três pacientes diagnosticados como bipolares e três dos quatro pacientes diagnosticados como esquizofrênicos apresentaram delírios místicos durante período de exaltação do humor. Essa mesma correlação entre delírios místicos e sintomas maníacos foi apontada por Dantas *et al.*¹⁴.

Koenig¹⁷ defende, em recente revisão, que delírios religiosos existem em um *continuum* entre crenças normais e fantásticas. Sua maior ocorrência estaria ligada a fatores como diagnóstico, gravidade do trans-

torno mental e intensidade do envolvimento religioso do indivíduo.

Conclusão

Existem evidências de uma maior preocupação e envolvimento religioso e espiritual entre pacientes bipolares, bem como mais frequente uso de CRE que em outros transtornos mentais. Em razão disso, o número de estudos sobre práticas religiosas saudáveis e recursos de CRE merece ser ampliado, bem como sua relação com a adesão ao tratamento e as recorrências do transtorno.

Estudos longitudinais com pacientes bipolares examinados em suas fases de mania, eutímia e depressão poderão esclarecer aspectos ainda obscuros da R/E no TBH.

Estratégias psicoeducacionais e psicoterápicas que abordem questões espirituais podem se constituir em importante instrumento no tratamento de pessoas com TBH. É importante conhecer técnicas de psicoeducação de base espiritual usadas com êxito em outras culturas e desenvolver técnicas aplicáveis a uma realidade afro-latino-americana como a brasileira, rica em suas manifestações religiosas e no papel em que R/E exercem na vida das pessoas e de suas comunidades.

Referências

1. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;3(28):242-50.
2. Koenig HG, McCullough M, Larson DBB. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed.* New York: Oxford University Press; 2001.
3. Koenig HG. *Handbook of religion and mental health.* New York: Academic Press; 1998.
4. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet.* 2007;370(9590):859-77.
5. Gallemore JL Jr, Wilson WP, Rhoads JM. The religious life of patients with affective disorders. *Dis Nerv Syst.* 1969;30(7):483-7.
6. Sedman G, Hopkinson G. The psychopathology of mystical and religious conversion experiences in psychiatric patients. A phenomenological study II. *Confin Psychiatr.* 1966;9(2):65-77.
7. Cothran MM, Harvey PD. Delusional thinking in psychotics: correlates of religious content. *Psychol Rep.* 1986;58(1):191-9.
8. Brewerton TD. Hyperreligiosity in psychotic disorders. *J Nerv Ment Dis.* 1994;182(5):302-4.
9. Appelbaum PS, Robbins PC, Roth LH. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *Am J Psychiatry.* 1999;156(12):1938-43.
10. Getz GE, Fleck DE, Strakowski SM. Frequency and severity of religious delusions in Christian patients with psychosis. *Psychiatry Res.* 2001;103(1):87-91.
11. Hempel AG, Meloy JR, Stern R, Ozone SJ, Gray BT. Fiery tongues and mystical motivations: glossolalia in a forensic population is associated with mania and sexual/religious delusions. *J Forensic Sci.* 2002;47(2):305-12.
12. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness.* 2. ed. New York: Oxford University Press; 2007. p. 262.
13. Mitchell L, Romans S. Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. *J Affect Disord.* 2003;75(3):247-57.
14. Dantas CR, Pavarin LB, Dalgallarrondo P. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(3):158-64.
15. Kirov G, Kemp R, Kirov K, David AS. Religious faith after psychotic illness. *Psychopathology.* 1998;31(35):234-45.

16. Soeiro RE, Colombo ES, Ferreira MH, Guimarães PS, Botega NJ, Dalgalarrodo P. Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(4):793-9.
17. Koenig HG. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Rev. Psiq. Clín.* 2007;34 Suppl 1:95-104.
18. Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE): elaboração e validação do construto. *Psicologia em Estudo*. 2005;10(3):507-16.
19. Reger GM, Rogers SA. Diagnostic differences in religious coping among individuals with persistent mental illness. *J Psychol Christianity*. 2002;21(4):341-8.
20. Phillips RE 3rd, Stein CH. God's will, God's punishment, or God's limitations? Religious coping strategies reported by young adults living with serious mental illness. *J Clin Psychol*. 2007;63(6):529-40.
21. Johnson SL, Winett CA, Meyer B, Greenhouse WJ, Miller I. Social support and the course of bipolar disorder. *J Abnorm Psychol*. 1999;108(4):558-66.
22. Pollack LE, Harvin S, Cramer RD. Coping resources of African-American and white patients hospitalized for bipolar disorder. *Psychiatr Serv*. 2000;51(10):1310-2.
23. Chakrabarti S, Kulhara P, Verma SK. Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 1992;86(3):247-52.
24. Stueve A, Vine P, Struening EL. Perceived burden among caregivers of adults with serious mental illness: comparison of black, Hispanic, and white families. *Am J Orthopsychiatry*. 1997;67(2):199-209.
25. Phillips RE 3rd, Lakin R, Pargament KI. Development and implementation of a spiritual issues psychoeducational group for those with serious mental illness. *Community Ment Health J*. 2002;38(6):487-95.
26. Raguram R, Venkateswaran A, Ramakrishna J, Weiss GM. Traditional community resources for mental health: a report of temple healing from India. *BJM*. 2002;325 (7354):38-40.
27. Egeland JA, Hostetter AM, Eshleman SK 3rd. Amish study III: the impact of cultural factors on diagnosis of bipolar illness. *Am J Psychiatry*. 1983;140(1):67-71.