



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO  
DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM  
MEDICINA**

**ADRIANO SERRO AGOSTINHO**

***RELAÇÃO ENTRE RELIGIÃO E  
PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA***

**ARTIGO DE REVISÃO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
SR. PROF. DR. CARLOS MANUEL BRAZ SARAIVA**

**MARÇO/2015**

# Índice

---

1. Lista de abreviaturas	4
2. Resumo	5
3. Introdução	7
4. Definições básicas	9
➤ Definição de obsessão e compulsão	9
➤ Definição de conceitos relacionados com o fenómeno religioso	9
5. Materiais e Métodos	11
6. Observações clínicas	13
➤ Sintomas obsessivo-compulsivos de conteúdo religioso	13
➤ Por uma conceptualização da escurpulosidade	20
✓ Definição do conceito	20
✓ Diferenças entre religiosidade normal e religiosidade escurpulosa	22
✓ Epidemiologia e prevalência	22
✓ Critérios de diagnóstico e instrumentos psicométricos	24
7. Estudos epidemiológicos	28
8. Enquadramento cognitivo-comportamental	49
➤ Intrusões vs obsessões: erros de percepção e interpretação	49
➤ Papel das meta-cognições disfuncionais	52
✓ Etiologia e correlação com religiosidade	54
✓ Fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade	55
✓ Intolerância à incerteza	58

➤ Das obsessões para as compulsões: um ciclo vicioso	60
9. Implicações no tratamento	62
➤ Notas introdutórias	62
✓ Psicoterapia com exposição e prevenção de resposta	62
✓ Farmacoterapia	64
➤ Eficácia na escrupulosidade	65
➤ Psicoterapia cognitivo-comportamental adaptada à escrupulosidade	67
✓ Peculiaridades, precauções e adaptações específicas	68
✓ Uso de terapias (ou técnicas) cognitivas	72
✓ Colaboração com a(s) autoridade(s) religiosa(s)	75
➤ Outras psicoterapias em estudo	78
10. Conclusão	80
11. Referências bibliográficas	86

**Nota:** por opção do autor, o presente trabalho não se encontra redigido segundo o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, de 1990 (Diário da República nº 193, Série I-A, págs. 4370 a 4388 e Rectificação nº 19/91 de 7 de Novembro).

## **Lista de abreviaturas**

$\alpha$  = – Cronbach's alpha

ADT – antidepressivo tricíclico

CGI-I – *Clinical Global Impression – Improvement*

CI – intervalo de confiança

DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – 5ª edição

ECR – ensaio clínico controlado e randomizado (aleatorizado)

EPR – exposição e prevenção de resposta

EUA – Estados Unidos da América

ISRS – inibidores selectivos da recaptção da serotonina

$n$  = – tamanho da amostra (número de participantes)

OR – odds ratio

$p$  = – significância estatística

PIOS – *Penn Inventory of Scrupulosity*

POC – perturbação obsessivo-compulsiva

$r$  = – coeficiente de correlação de Pearson

SD = – desvio-padrão

SE = – erro-padrão

TAF moral – fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade

TEI-SF – *Treatment Evaluation Inventory–Short Form*

Y-BOCS – *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*

## **Resumo**

A relação entre a religião e a perturbação obsessivo-compulsiva (POC) foi analisada neste presente trabalho de revisão, sob várias perspectivas diferentes.

Em primeiro lugar, o “mal do escrúpulo” ou “escrupulosidade” foi aqui abordada, enquanto entidade nosológica obsessivo-compulsiva, ainda em construção, que pretende agrupar as obsessões e compulsões de conteúdo religioso, cujo fundamento comum é o medo obsessivo de pecar (e das suas consequências).

Estudos epidemiológicos apresentaram resultados por vezes contraditórios e de difícil comparação. Porém, duas tendências podem ser verificadas: 1) com base em amostras clínicas, as provas de que a religião possa ser um factor causal directo da POC são inconclusivas, e 2) a afirmação de uma associação positiva e complexa entre a religiosidade e o fenómeno obsessivo-compulsivo (sintomas e meta-cognições relacionadas) em pessoas mentalmente saudáveis.

Sob uma perspectiva cognitivo-comportamental, foram estudadas certas meta-cognições disfuncionais, destacando-se a fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade, como possíveis mediadores específicos na relação entre a religião e a POC (ou escrupulosidade).

Por último, devido às especificidades próprias de um doente escrupuloso, foram abordadas certas precauções e adaptações a fazer para maximizar a eficácia do tratamento, sobretudo da psicoterapia. A colaboração adjuvante de uma autoridade religiosa foi também discutida aqui.

**Objectivo:** Em suma, o objectivo deste presente trabalho é realizar uma revisão da literatura sobre a relação entre a religião e a perturbação obsessivo-compulsiva (POC).

**Palavras-chave:** perturbação obsessivo-compulsiva; POC; religião; religiosidade; escrúpulo; escrupulosidade; espiritualidade; comportamento obsessivo; fusão pensamento-acção; tratamento.

## **Abstract**

The following paper aims to provide a multilayered review of the relationship between religion and obsessive-compulsive disorder (OCD).

Firstly, an approach was made in regard of scrupulosity, so as to convey it as an incipient nosological entity formed by a wide range of religion-related obsessions and compulsions, which share obsessive fear of sinning (and its consequences) as a common denominator.

Regardless of some data discrepancies, two consistent tendencies were surmised from the epidemiological studies at hand, namely: 1) based on clinical trials, the evidence that religion can be a direct causal factor of the POC is inconclusive; and 2) the claim that there is a complex and positive association between religiosity and the obsessive-compulsive phenomenon (particularly the symptoms and meta-cognitions which it involves) in mentally healthy people.

By means of a cognitive-behavioural standpoint, a pondering effort was made so as to figure if certain dysfunctional meta-cognitions (for example, moral thought-action fusion) were likely to be specific mediators in the relationship between religion and OCD (or scrupulosity).

Lastly, a discussion was made concerning certain precautions and adaptations, which need to be regarded in the treatment process, especially psychotherapy, in order to tailor to the particular idiosyncrasies of the scrupulous patient and thusly maximize its overall effectiveness. The subject of religious counseling was also taken as a matter of discussion.

**Objective:** In conclusion, the aim of the following paper is to provide a literature review of the relationship between religion and obsessive-compulsive disorder (OCD).

**Key-words:** obsessive-compulsive disorder; OCD; obsessive behaviour; religion; religiosity; spirituality; scruple; scrupulosity; thought-action fusion; treatment.

## **Introdução**

A relação entre a religião e a perturbação obsessivo-compulsiva (POC) tem despertado, ao longo da História, interessantes reflexões e discussões.

Por exemplo, Sigmund Freud (1856-1939) sugeriu que os sintomas obsessivo-compulsivos apresentavam semelhanças com os rituais religiosos. Para ele, ambos tinham como finalidade evitar adversidades imaginárias, controlar impulsos inconscientes e expiar a culpa. Chegou mesmo a afirmar que a religião “seria a neurose obsessiva universal da humanidade” e a neurose obsessiva uma vivência religiosa individual, se bem que o próprio reconheceu que esta comparação padecia de sérias limitações, já que existiam diferenças óbvias entre estes dois fenómenos.[1, 2]

Actualmente, a 5ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) caracteriza a neurose ou perturbação obsessivo-compulsiva pela presença de obsessões e/ou compulsões que causam mal-estar intenso, consomem muito tempo (mais de uma hora por dia) ou prejudicam significativamente a vida quotidiana.[3]

Quanto à visão hostil de Freud em relação à religião, nunca sendo consensual, foi recentemente contraposta por uma crescente e sólida evidência científica que indica que a religião/espiritualidade apresenta efeitos benéficos e protectores para a saúde, sobretudo para a saúde mental.[4] Em parte, este interesse em estudar este assunto está relacionado com a maior importância que se deu nos últimos anos à abordagem holística da pessoa humana nos cuidados de saúde, o que inclui a sua dimensão religiosa e espiritual.[4]

De facto, a religião é inegavelmente uma manifestação importantíssima da existência humana, deixando marcas profundas na história e identidade de inúmeras pessoas, povos, culturas e civilizações. Apesar da secularização, ainda hoje continua a ser um fenómeno importante em Portugal: por exemplo, nos Censos de 2011, cerca de 84,9% dos portugueses declararam-se

indivíduos com religião, dos quais 95,4% se identificaram com a Igreja Católica.[5] Sendo a religião um fenómeno vastíssimo, e dado que a maioria da população portuguesa se identifica com o Catolicismo, vou por isso centrar-me mais na religião católica, bem como nas suas parentes, que são as outras confissões cristãs e as religiões monoteístas abraâmicas (o judaísmo e o islamismo).

Não obstante, a reflexão sobre o presente tema continua acesa e ainda dominada por mais incertezas e interrogações do que propriamente por certezas e consensos. É neste panorama movediço que me proponho estudar o presente tema, ou seja, a relação entre a religião e a POC, sob quatro ângulos diferentes, mas complementares entre si, com base:

- em observações clínicas e psicopatológicas, acerca das obsessões e compulsões de conteúdo religioso, que alguns autores tentaram agrupar numa entidade nosológica denominada de “mal do escrúpulo” ou “escrupulosidade”;
- em estudos epidemiológicos que pretendiam estabelecer uma relação entre variáveis da vivência religiosa e elementos do fenómeno obsessivo-compulsivo;
- no enquadramento cognitivo-comportamental dos achados provenientes de observações clínicas e estudos epidemiológicos sobre o presente tema;
- no estudo de possíveis implicações que o presente tema tem no tratamento, sobretudo os cuidados a ter e as adaptações a fazer quando o doente for religioso e/ou exibir sintomas obsessivos de conteúdo religioso.

## **Definições básicas**

### **Definição de obsessão e compulsão**

Antes de mais, é importante definir o que são obsessões e compulsões. Segundo a DSM-5 [3], as obsessões são pensamentos, imagens ou impulsos persistentes e recorrentes, que, em certos períodos, são experimentados como intrusivos e não desejados, e provocam geralmente ansiedade ou mal-estar intensos. O doente tenta ignorar ou suprimir tais intrusões, ou tenta neutralizá-las com outros pensamentos ou actos (ex: realizar uma compulsão).

E as compulsões são definidas como comportamentos repetitivos (ex: lavagem das mãos, ordenações, verificações) ou actos mentais (ex: rezar, contar, repetir palavras) que o doente se sente compelido a realizar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que tem de aplicar rigorosamente, com o objectivo de prevenir ou reduzir o mal-estar e a ansiedade, ou prevenir algum acontecimento ou situação temida. Porém, estes comportamentos são claramente excessivos e irrealistas em relação com aquilo que pretendem neutralizar ou prevenir.

### **Definição de conceitos relacionados com o fenómeno religioso**

Embora não havendo um claro consenso científico sobre a exacta delimitação e definição dos conceitos relacionados com o fenómeno religioso, pode-se entender a religião como uma busca existencial do transcendente e do sentido da vida. Esta busca habitualmente traduz-se na adesão a um sistema específico e hierárquico de crenças, comportamentos e rituais, que são transmitidos e desenvolvidos dentro de uma comunidade religiosa estavelmente estabelecida. Este sistema multidimensional serve primariamente para a pessoa, enquanto ser simultaneamente corpóreo e

espiritual<sup>1</sup>, estabelecer e manter relações com o transcendente, o sagrado, com Deus, que podem ser manifestadas publicamente e/ou em privado. Todo este processo caracteristicamente humano acaba conseqüentemente por influenciar as demais áreas de actuação e de saber humanos, por exemplo, a cultura, a reflexão ética, a conduta moral, os padrões de pensamento, a organização social e legal, etc.[4, 6-8]

Por outro lado, a religiosidade é um conceito mais fácil de definir e, por isso, muito utilizado e operacionalizado na investigação científica. Resumidamente, a religiosidade reflecte a habitual vivência individual da religião, mais concretamente dos rituais, comportamentos, práticas, ensinamentos, mandamentos e crenças religiosas. Este conceito pode englobar também os motivos e efeitos da vivência religiosa, que podem ser a busca do sentido da vida, a luta ascética para adquirir virtudes, o desejo de segurança e conforto espiritual, a busca de um meio de socialização e lazer, a manutenção da coesão familiar e das tradições, por pressão social, etc.[7]

---

<sup>1</sup> A tradição clássica ocidental, fundamentada no Cristianismo, vê o ser humano como uma pessoa consciente e livre, com dignidade intrínseca e composta por uma unidade substancial entre o corpo e a alma espiritual, que embora indissociavelmente unidas, são distintas entre si. A alma espiritual entende-se como o princípio que vivifica, anima e estrutura a matéria, para que ela seja um corpo humano, ou seja, a alma é a forma substancial do corpo; enquanto que o corpo é o meio de expressão por excelência da pessoa, uma manifestação e imagem da alma. Neste contexto, o ser espiritual significa, entre outras coisas, que a alma unida ao corpo é animada pelo Espírito Santo e capaz de se relacionar e viver com Deus. [6]

## **Materiais e Métodos**

Este trabalho de revisão foi baseado em artigos científicos e de revisão publicados e referenciados nos motores de busca da PubMed, no período entre Fevereiro e Outubro de 2014.

Numa primeira pesquisa bibliográfica, realizada entre Fevereiro e Abril de 2014, foram usadas as palavras-chave (em MeSHTerms): “religion” ou “spirituality” e “obsessive-compulsive disorder”. Como complemento à bibliografia já seleccionada, julguei oportuno fazer uma segunda pesquisa em Outubro de 2014, utilizando a palavra-chave “scrupulosity”, porque deparei-me que a escrupulosidade está intimamente relacionada com o objecto de estudo deste presente trabalho.

Quatro critérios de inclusão foram: os artigos seleccionados serem artigos científicos ou de revisão sobre a escrupulosidade e a relação entre religião/espiritualidade e perturbação obsessivo-compulsiva (POC) ou fenómeno obsessivo-compulsivo; a língua de redacção ser o inglês; os artigos estarem em formato digital e disponível *online*; os artigos estarem indexados na *Medline* e o período temporal de pesquisa foi fixado entre 1984 e 2014. Porém, devido à escassez de artigos sobre a escrupulosidade, os dois últimos critérios foram dispensados na pesquisa bibliográfica feita em Outubro de 2014.

Na primeira pesquisa bibliográfica, feita em Fevereiro a Abril de 2014, foram encontrados 81 artigos, dos quais foram seleccionados 42. Na segunda pesquisa bibliográfica, feita em Outubro de 2014, foram encontrados 24 artigos, dos quais 13 foram considerados aptos para selecção. Sendo que 9 já foram escolhidos na primeira pesquisa bibliográfica, acabei por apenas seleccionar 4.

Os artigos excluídos eram, na sua maioria, artigos históricos e antropológicos, artigos não directamente relacionados com o tema (ex: sobre a adicção a substâncias e à pornografia, yoga e meditação budista, dor abdominal intermitente, etc.), artigos não disponíveis *online* e artigos redigidos em outras línguas.

Por último, foram também consultados a 5ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5),[3] duas normas de orientação (*guidelines*) sobre o tratamento da POC,[9, 10] um artigo de revisão sobre a psicoterapia adaptada à escurpulosidade,[11] dois artigos de revisão sobre a relação entre religião e saúde mental,[4, 7] quatro artigos sobre a teoria cognitivo-comportamental acerca da POC e da escurpulosidade,[12-15] bem como uma tese de mestrado [16] e vários livros de texto [6, 8, 17-19] que continham conhecimentos que julguei pertinente incluir neste presente trabalho, para uma melhor contextualização da informação revista.

## **Observações clínicas**

Uma forma óbvia de estudar a relação entre religião e POC é focar-se na descrição, compreensão e explicação dos sintomas obsessivo-compulsivos religiosos, ou seja, as obsessões e compulsões cujo conteúdo temático ou preocupação principal é a religião, a moral religiosa, o pecado ou outros temas relacionados com a religião.

### **Sintomas obsessivo-compulsivos de conteúdo religioso**

De facto, a DSM-5 mencionou a existência de uma dimensão sintomática da POC constituída por pensamentos obsessivos proibidos (ex: agressivos, sexuais e/ou religiosos) e compulsões relacionadas.[3] A associação factorial entre obsessões religiosas, sexuais e agressivas sugere que na base desta relação pode estar uma concepção e vivência rígidas e inflexíveis da moralidade.[20]

Pertencendo portanto à dimensão dos pensamentos proibidos ou inaceitáveis, a sintomatologia dita religiosa é muito variada (resumida na tabela 1), dependendo das especificidades ritualísticas e doutrinárias da religião do doente. Assim, enquanto que o Cristianismo dá bastante importância à intenção, ao pensamento e à interioridade pessoal, o Judaísmo e o Islamismo valorizam mais os actos realizados, nomeadamente a pureza ritual e o cumprimento rigoroso de rituais religiosos (ex: lavagens rituais, regras dietéticas e orações), muitos deles de frequência diária e minuciosamente padronizados. Porém, estas breves observações são apenas superficiais, já que, mesmo dentro de cada religião, existem muitas diferenças teológicas e práticas a ter em conta. Por exemplo, no Cristianismo, os protestantes, que acreditam na justificação somente pela fé, dão grande ênfase ao pensamento e, sobretudo, à consciência da fé individual em Jesus como meio de se salvarem. Pelo contrário, os católicos, acreditando na justificação pela fé e pelas obras e no poder dos sacramentos,

apresentam preocupações quer na questão da moralidade dos pensamentos, quer na participação correcta e/ou válida de certos rituais (ex: Missa, Confissão, etc.).[15, 16, 21, 22]

De carácter intrusivo, persistente e/ou recorrente, as obsessões religiosas mais comuns são:[15, 16, 21-25]

- as dúvidas sobre se transgrediu algum dos mandamentos ou leis religiosas e/ou morais, cometendo assim algum pecado, por engano ou sem se ter dado conta. Um exemplo: *“tirei mais do que um panfleto idêntico; será que o meu acto constitui furto?”*, e dois exemplos especificamente católicos: *“deixei cair, sem querer, algum pedaço da hóstia consagrada?”* e *“estou em estado de graça para receber a hóstia consagrada?”*<sup>II</sup>;
- as dúvidas acerca da interpretação e aplicação prática de mandamentos, leis e preceitos religiosos, nomeadamente os que regulam o sexo, a agressão e o culto a Deus;
- as dúvidas sobre se cometeu algum pecado por ter, fugazmente, vivenciado imagens mentais, impulsos e/ou pensamentos intrusivos de conteúdo inaceitável (ex: sexual/obsceno, herético, transgressivo, blasfemo e/ou agressivo), apesar de não as ter consentido nem desejado (a certa altura, também começa a duvidar se deu consentimento ou se desejou tê-las). Associados a estas dúvidas (mais relacionadas com os cristãos), estão os medos de se ser intrinsecamente mau por ter estas intrusões e, por isso, de se descontrolar e fazer mal a si próprio ou a alguém (fobia de impulsão);

---

<sup>II</sup> A Igreja Católica acredita que na hóstia consagrada está o próprio Cristo, substancial e realmente presente. Logo, é pecado gravíssimo (ou sacrilégio) desrespeitar intencionalmente a hóstia consagrada, ou seja, com plena consciência e total consentimento deliberado. Formas de sacrilégio podem ser: comungar com clara consciência de pecado mortal e profanar de propósito a hóstia consagrada (ex: pisá-la, vendê-la para cultos satânicos, etc.). Se um católico tiver consciência de ter cometido algum pecado mortal (ou grave), ele deve primeiro confessar os seus pecados, recorrendo ao sacramento da Penitência ou Confissão, antes de poder voltar a comungar (*vide* Catecismo da Igreja Católica, n. 1415 e 2120).[8]

**Tabela 1: Dimensão sintomática religiosa da POC (escrupulosidade)**

<b>Obsessões</b>	Baseadas nas dúvidas e medos patológicos de pecar e/ou fazer o mal, por:	Não cumprir e/ou interpretar mal os mandamentos, regras e leis religiosas e/ou morais
		Não fazer bem os rituais religiosos
		Vivenciar intrusões fugazes e indesejadas, de conteúdo inaceitável (ex: blasfemo, obsceno, agressivo, etc.)
		Não confiar no seu próprio juízo ou consciência moral
<b>Compulsões</b>	Rituais de repetição	Orações vocais ou mentais, frases bíblicas, etc.
		Rituais religiosos (ex: lavagens de purificação ritual, confissões, etc.)
	Rituais de verificação e/ou de tranquilização (para confirmar que os seus medos não se concretizaram)	Junto de autoridades religiosas (ex: pedido de conselhos, direcção espiritual, confissões, etc.)
		Junto de entes queridos
	Outros rituais	Auto-tranquilização, através de rumações morais e/ou argumentação racional sobre a moralidade dos seus actos
		Adopção de actos de expiação de culpa (ex: lavagens, auto-flagelações, etc.) que não são normativas.
	Colecção ( <i>hoarding</i> ), limpeza e/ou ordenação simétrica de objectos religiosos	
<b>Afectivos</b>	Ansiedade, sentimentos patológicos de culpa, depressão, anedonia, apatia, etc.	
<b>Sociais</b>	Isolamento social, conflitos com família, amigos e colegas de trabalho, etc.	
<b>Outros</b>	Evitar todos os estímulos externos que evocam intrusões indesejadas	
	Incapacidade de concentração	
	Atenção hiper-focada na religião/moralidade	
	Meta-cognições disfuncionais (ex: fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade, intolerância à incerteza, etc.; mais na tabela 6)	

- as dúvidas acerca do seu estado espiritual, temendo ainda não ser suficientemente fiel, piedoso ou bom para com Deus e/ou com o próximo;
- o medo de blasfemar e/ou idolatrar o Diabo, por ter vivenciado intrusões sacrílegas ou blasfemas, apesar de não as ter consentido nem desejado. Exemplos: “*o Diabo ajudou-me a vencer o dia*”, o “*Diabo é melhor do que Deus!*” e imagens mentais de 666 e 13;
- as dúvidas e medos sobre se cumpriu, participou e/ou executou bem os rituais religiosos prescritos, para que sejam válidos e/ou para que não sejam causa de pecado. Exemplos: “*executei bem as lavagens e demais actos de purificação ritual, como estão estipulados nas leis religiosas?*” (medo tipicamente judaico e muçulmano), “*violei o Sabbath?*” (medo especificamente judaico), “*confeccionei os meus alimentos segundo as leis dietéticas?*”, “*recitei correctamente as minhas orações, sem distrações?*”; e dois exemplos especificamente católicos: “*será que a Missa é válida se não tomei suficiente atenção durante as leituras?*” e “*será que a minha última Confissão é válida?*”<sup>III</sup>;
- as dúvidas acerca da salvação eterna, geralmente associadas ao medo de pecar.

O doente com obsessões religiosas costuma também apresentar um medo excessivo de Deus, sobretudo do risco de Deus ser um Juíz severo e vingador.[15, 26]

Perante as obsessões, as seguintes compulsões são frequentemente realizadas: [17, 21-23, 25, 27, 28]

- a repetição excessiva e/ou lentificada de orações diárias, por exemplo, para ter a certeza de ter mencionado correctamente as palavras todas de uma determinada oração vocal, como o *Shema Yisrael* para os judeus;

---

<sup>III</sup> se a Confissão for inválida, o penitente católico tem que repetí-la, para ser perdoado dos seus pecados. Sem o perdão dos pecados mortais (ou graves), ele não deve comungar.

- a repetição mental ou em voz baixa de jaculatórias, orações e/ou frases bíblicas, de forma excessiva, para pedir perdão a Deus ou para suprimir as obsessões;
- a confissão excessiva (por vezes, diária), para aliviar sentimentos patológicos de culpa;
- a busca desnecessária de tranquilização junto de autoridades religiosas ou dos entes queridos acerca de questões religiosas (ex: se pecou, se vai alcançar a salvação, etc.), mas que é quase sempre insuficiente para o convencer;
- os rituais mentais de auto-tranquilização, por exemplo, rever exaustivamente as conversas que teve com a autoridade religiosa que o tentou tranquilizar, ou tentar reconstituir minuciosamente determinados actos que cometeu e cuja moralidade é objecto de prolongadas reflexões filosóficas e/ou rumações morais, em que o doente tenta convencer-se a si próprio, em vão, de que não pecou;
- a verificação excessiva se cometeu algum mal (ex: se roubou, se partiu alguma coisa), o que muitas vezes implica a busca desnecessária de tranquilização;
- a verificação exaustiva do cumprimento das regras, leis e/ou restrições dietéticas, afectando sobretudo as judias e muçulmanas inseridas em famílias mais tradicionais, onde habitualmente são elas que asseguram a confecção diária de comida *kosher* ou *halal* para toda a família;
- a repetição excessiva e/ou lentificada de rituais religiosos, nomeadamente os de purificação, que podem ser, por exemplo, a lavagem ritual de certas partes do corpo antes das orações (um ritual diário muçulmano) e os banhos rituais pós-menstruação. Estas compulsões verificam-se sobretudo em judeus e muçulmanos[29]<sup>IV</sup>;

---

<sup>IV</sup> Karadâg et al., 2006 – num estudo transversal (n=141 turcos muçulmanos), verificou-se que 83% dos doentes com obsessões religiosas apresentavam compulsões de repetição, incluindo repetição de rituais religiosos.

- a adopção e realização compulsiva de actos simbólicos e/ou não-normativos de penitência, purificação ou expiação de culpa (ex: lavagens excessivas para limpar a sua natureza pecaminosa, e não por medo de contaminação por micro-organismos; auto-flagelações excessivas e/ou não-normativas, jejuns prolongados, etc.);
- e a colecção (*hoarding*), limpeza e/ou ordenação simétrica excessivas de objectos religiosos.

Para além das obsessões e compulsões religiosas, o doente tende obsessivamente em evitar todas as situações e/ou estímulos externos que evocam nele as suas intrusões obsessivas. Estes estímulos podem ser lugares de culto, objectos religiosos, cerimónias religiosas, livros espirituais, mulheres atraentes, etc.[15, 28]

Também pode apresentar uma incapacidade de concentração, devido à interferência das suas preocupações obsessivas, com origem, em parte, na sua atenção hiper-focada a tudo o que seja religioso. É tal a fixação que, em casos mais graves, qualquer acontecimento banal (e amoral) é avaliado como se fosse um problema moral ou religioso de relevo (logo, passível de ser pecado), podendo suscitar-lhe sentimentos vagos, mas fortes, de culpa. Estes erros de percepção e interpretação são favorecidos e promovidos por uma série de meta-cognições disfuncionais (tabela 6), que foram largamente descritas pela teoria cognitivo-comportamental.[28] Apesar de padecer de problemas cognitivos, o doente geralmente tem consciência ou auto-crítica quanto à irracionalidade dos seus sintomas, sendo por isso egodistónicos. [15, 28] A título de exemplo, segundo a DSM-5, apenas 4% dos obsessivo-compulsivos sofrem de ausência de auto-crítica (crenças delirantes).[3]

O doente apresenta também sintomatologia do foro afectivo, tais como ansiedade, desespero, depressão, anedonia, apatia emocional, etc. A título de exemplo, segundo a DSM-5, cerca de 76%

dos obsessivo-compulsivos apresentam ou já apresentaram, alguma vez na vida, uma doença ansiosa (ex: perturbação ansiosa generalizada, perturbação de pânico, etc.) e cerca de 41% um episódio depressivo *major*, como co-morbilidades.[3]

Frequentemente, o doente sofre também de problemas sociais, tais como isolamento social e conflitos com os outros, sobretudo com os seus familiares e entes queridos. Em situações mais graves, pode ocorrer a perda de contacto e ligação com a realidade e a identidade pessoal, com o doente a ficar cada vez mais fechado no seu mundo interior, dominado pelas obsessões, que se tornará gradualmente mais bizarro, irracional e mágico.[28]

Um recente estudo transversal e multicêntrico brasileiro ( $n=582$  doentes), de 2011,[30]<sup>V</sup> revelou que o suicídio é uma realidade que não deve ser menosprezada na POC e, sobretudo, nos doentes com obsessões sexuais/religiosas ( $n=299$ ). Estes últimos apresentavam significativamente mais ideação suicida activa (14,1%;  $OR$  ajustado=2,08;  $p<0,025$ ), ideação suicida ao longo da vida (45,2%;  $OR$  ajustado=2,14;  $p<0,001$ ) e planos de suicídio ao longo da vida (25,4%;  $OR$  ajustado=1,65;  $p<0,027$ ) do que os doentes com POC em geral. Porém, estes resultados necessitam de ser lidos com cautela, sobretudo porque 66,8% dos doentes tinham também um episódio depressivo *major* como co-morbilidade, que é um importante e estabelecido factor de risco para o suicídio. E também, dado o desenho da amostra, não se sabe ao certo quantos doentes padeciam de obsessões religiosas como dimensão sintomática predominante (ou escrupulosidade).

---

<sup>V</sup> Torres et al., 2011 – para mais pormenores estatísticos, ver tabela 3.

## **Por uma conceptualização da escrupulosidade**

A grande característica ou fundamento que une os diferentes sintomas e problemas cognitivos, comportamentais, afectivos e/ou sociais supra-mencionados é o medo persistente de cometer algum pecado ou mal moral, por transgressão, infracção ou não cumprimento de algum mandamento, lei, preceito ou ensinamento religioso ou moral. Este medo obsessivo de pecar e/ou de fazer o mal, associado à ansiedade, depressão e sentimentos patológicos de culpa, é muito vivenciado e pregnante no pensamento circular do doente, cuja consciência é enviesada, confundida e enfraquecida por toda esta situação que destrói a paz interior.[15, 17, 28]

Assim sendo, há um historial de autores que propuseram juntar toda esta sintomatologia fundamentada pelo medo obsessivo de pecar numa entidade nosológica chamada de “mal do escrúpulo”<sup>VI</sup> ou “escrupulosidade” (em inglês: *scrupulosity*).[15, 17, 28, 31]

### **Definição do conceito**

Vários autores propuseram várias definições diferentes, mas semelhantes, para a escrupulosidade. Há uns que se cingiram pela simplicidade, por exemplo, definindo-a como uma forma de apresentação de POC caracterizada por obsessões e compulsões relacionados com a religião e a moralidade.[15] Enquanto que outros tentaram formas de definição mais elaboradas, por exemplo, definindo-a como “uma perturbação psicológica, primariamente caracterizada por culpa patológica ou obsessão, associada a assuntos morais ou religiosos, sendo frequentemente acompanhada por uma observância moral ou religiosa compulsiva e altamente disfuncional e

---

<sup>VI</sup> Etimologicamente, escrúpulo deriva do latim “*scrupulus*”, que significa literalmente uma pedrinha acerada no sapato que causa incómodo durante a locomoção; e também do latim “*scrupulum*”, que era uma antiga unidade de peso equivalente a 1,137 gramas. Em termos metafóricos, um escrupuloso é um indivíduo atormentado por assuntos e pormenores triviais e insignificantes que entram o seu progresso espiritual e/ou prejudicam a sua saúde mental e vida interior. [17]

angustiante” (tradução livre) [28]; ou como “dúvidas persistentes acerca do pecado e impulsos irresistíveis de realizar excessivamente comportamentos religiosos” (tradução livre) [26]; ou ainda como um estado habitual ou “atitude de receio e insegurança que leva o indivíduo a ver o mal onde ele não existe, a considerar pecado mortal aquilo que o não é, a sentir-se obrigado onde não existe qualquer obrigação”. [17] Estas definições modernas não diferem muito do entendimento clássico da tradição espiritual ocidental sobre a escrupulosidade: por exemplo, Santo Afonso Maria de Ligório (1696 – 1787), sacerdote católico e Doutor da Igreja, definiu a consciência escrupulosa como um vão temor ou medo de pecar, nomeadamente de se querer pecar ou de se ter pecado, sendo causado por apreensões erróneas, sem motivo algum nem fundamento razoável. [17]

Perante esta abundância de definições, vale a pena estabelecer um certo consenso sobre o conceito científico de escrupulosidade, baseando-se em estudos epidemiológicos e análise factorial dos sintomas e características escrupulosas. [28]

Definida pela maioria dos autores recentes como sendo um sub-tipo da POC, [11, 15, 31] esta conceptualização é diferente do conceito de indivíduo escrupuloso, escassamente mencionado pela DSM-5. Este manual internacional define o escrupuloso como uma pessoa excessivamente conscienciosa, rígida e inflexível nos assuntos de moralidade, ética ou valores (excluindo identificação cultural ou religiosa), sendo estas características consideradas um traço egossintónico da personalidade obsessivo-compulsiva. [3] E mais, esta última definição é mais abrangente e lata, porque pode englobar pessoas não-religiosas com elevados e inflexíveis padrões morais, de natureza secular. Uma abrangência laica que não tem colhido ainda grandes apoios, sendo que a maioria dos autores continuam a conceptualizar a escrupulosidade em conformidade com o seu sentido tradicional, ou seja, centrado na religião e na moral religiosa. [11, 15, 28]

## **Diferenças entre religiosidade normal e religiosidade escrupulosa**

Antes de se precipitar no diagnóstico de escrupulosidade, é necessário primeiro distinguir entre a religiosidade vivida por um escrupuloso e a religiosidade normativa e saudável. Alguns princípios e truques, abaixo mencionados (tabela 2), podem ser usados para cumprir tal desiderato:[11, 15, 31-33]

<b>Tabela 2: Religiosidade escrupulosa</b>
Medo obsessivo de pecar e/ou fazer o mal
Acompanhado de outros sintomas obsessivo-compulsivos não-religiosos
Crenças e/ou comportamentos religiosos não-normativos
Tendência em tornar certos versículos bíblicos, isolados do seu contexto, em leis religiosas essenciais, desrespeitando os frutos da exegese bíblica e a hierarquia de valores e ensinamentos religiosos.
Ultrapassa as exigências impostas pelas leis, ensinamentos e mandamentos religiosos
Morosa e inflexível, com interferência na vivência de outros aspectos essenciais da religião professada (ex: um escrupuloso, com muito medo de pecar ao ter intrusões obscenas quando entrar numa igreja, pode acabar por não participar mais no culto comunitário)
Focada em um ou mais pormenores triviais
Tira alegria e paz interiores
Disfuncional e stressante, afectando cumprimento dos deveres profissionais, familiares e sociais.

## **Epidemiologia e prevalência**

Em parte devido ao relativo desinteresse da comunidade científica e à tendência dos escrupulosos em esconder a sua sintomatologia, por medo ou vergonha, ou em não reconhecer que o seu comportamento religioso é patológico, não se sabe ainda ao certo a prevalência nem as outras

características epidemiológicas da escrupulosidade.[28] Os dados epidemiológicos de prevalência, mencionados e analisados em capítulo posterior (tabela 4)<sup>VII</sup>, referem que 10 – 38% dos norte-americanos com POC apresentam sintomas de conteúdo religioso [31] e apenas 5% consideram a religião como o conteúdo dominante da sua sintomatologia.[28] Em contraposição, sabe-se que, habitualmente, uma das principais manifestações obsessivo-compulsivas continua a ser a escrupulosa em países muçulmanos do Médio Oriente,[34] onde uma média de 52% dos doentes se queixam de sintomas religiosos.[31]

Assumindo que apenas 5% dos norte-americanos com POC são escrupulosos e que a prevalência internacional da POC é de 1,1 – 1,8%, [3] a escrupulosidade afecta, mesmo assim, cerca de cem mil pessoas, só nos Estados Unidos da América (EUA), sendo por isso um problema que não deve ser menosprezado.[28]

Entendida habitualmente como sendo um sub-tipo da POC, pensa-se que as outras características epidemiológicas da escrupulosidade possam ser semelhantes às da POC, ou seja, com início geralmente gradual durante a adolescência ou em adulto jovem (média de 19,5 anos), com tendência de transmissão familiar<sup>VIII</sup> e habitualmente com uma evolução crónica, flutuante ou intermitente.[3] Por exemplo, num estudo descritivo, de 2006 ( $n=141$  turcos muçulmanos), [29] constatou-se que os doentes com obsessões religiosas (19,9%) apresentavam uma idade de início de doença, em média, de 20,787 anos ( $SD=8,19$ ); e, desde o início da doença, esperavam, em média, 6,897 anos ( $SD=8,05$ ) até recorrerem, pela primeira vez, ao psiquiatria e, em média, 7,68 anos ( $SD=8,35$ ) até receberem tratamento médico. Para além de significativamente adiarem a ida ao psiquiatra e o início do tratamento médico, os doentes com obsessões religiosas apresentavam

---

<sup>VII</sup> No capítulo “Estudos epidemiológicos”.

<sup>VIII</sup> Tendência de transmissão familiar não significa hereditário. A POC é considerada uma doença multifactorial, de componente poligénica e fortemente influenciada por factores ambientais.

também sintomatologia significativamente mais grave do que os doentes com outro tipos de obsessões.<sup>IX</sup>

Segundo os autores mais antigos,[17, 32] que se basearam, por exemplo, num estudo clínico feito em 1960 por Weisner e Riffel e cujo conteúdo não consegui ter acesso, a sintomatologia escrupulosa que surge no início da puberdade é frequente (25%)[17, 32] e pode ser apenas uma reacção passageira ao processo de amadurecimento da consciência moral e de uma maior responsabilização individual. Numa fase de desenvolvimento marcada pelo aflorar dos impulsos sexuais e agressivos e pela definição ou confirmação das convicções aprendidas, incluindo as do foro religioso, os adolescentes costumam padecer de intrusões sexuais, religiosas ou agressivas, entre outras.[3] Caso fosse apenas uma reacção passageira ao desenvolvimento, acabaria por desaparecer com o fim da adolescência. Também está descrito um fenómeno escrupuloso semelhante, ou seja, transitório, em algumas pessoas com antecedente recente de conversão religiosa ou em alguns candidatos indecisos ao sacerdócio e à vida consagrada.[16, 17, 32]

### **Critérios de diagnóstico e instrumentos psicométricos**

Entendido habitualmente como um sub-tipo da POC,[31] a escrupulosidade pode ser diagnosticada com base nos critérios utilizados para o diagnóstico da POC, que, segundo a DMS-5, são:[3]

- A presença de obsessões, compulsões ou ambas<sup>X</sup>.

---

<sup>IX</sup> Para mais pormenores estatísticos, consultar a tabela 5 (*Karadâg et al.*, 2006).

<sup>X</sup> As definições de obsessão e compulsão estão explicitadas no sub-capítulo “Definição de obsessão e compulsão” e, no sub-capítulo “Sintomas obsessivo-compulsivos de conteúdo religioso”, estão mencionados exemplos de obsessões e compulsões de conteúdo primário religioso.

- As obsessões e compulsões consomem muito tempo (isto é, mais de uma hora por dia), provocam mal-estar ou prejuízos significativos na vida quotidiana do doente e no cumprimento dos seus deveres e funções sociais, profissionais, académicas, etc.
- Os sintomas obsessivo-compulsivos não são causados por efeitos fisiológicos de uma substância (ex: droga, medicamento) ou de uma qualquer condição médica/orgânica.
- Os sintomas não podem ser melhor explicados ou não se enquadram plenamente em nenhuma das outras perturbações psiquiátricas (ex: colecção de objectos em contexto de perturbação de *hoarding*; etc.)

*Miller & Hedges* (2008),[28] que quiseram tornar a escrupulosidade uma perturbação independente e separada da POC, mas pertencente ao espectro obsessivo-compulsivo, propuseram por isso os seguintes critérios de diagnóstico alternativos:

- Presença de um ou mais dos seguintes sintomas:
  - Preocupação ou culpa excessivas ou inapropriadas em relação a assuntos morais ou religiosos;
  - Confusão ou dúvida excessivas ou inapropriadas em relação a assuntos morais ou religiosos;
  - Ruminação excessiva ou inapropriada em relação a assuntos morais ou religiosos;
  - Cumprimento excessivo e inapropriado de práticas religiosas ou morais.
- Os sintomas provocam mal-estar ou prejuízo significativos na vida social, académica, profissional e religiosa do doente.
- Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante a vigência de uma outra doença mental, nomeadamente do foro afectivo, psicótico ou do desenvolvimento.

- Os sintomas não respondem à tranquilização fornecida por figuras de autoridade (ex: autoridades religiosas, pais, entes queridos, etc.)
- Os sintomas não são resultado de consequências culturalmente aceites e previsíveis de qualquer comportamento imoral, ou então são considerados desproporcionalmente excessivos e duradouros pela comunidade religiosa e cultural do doente.

Além de pedir ajuda às autoridades religiosas competentes para uma melhor distinção entre a religiosidade normal e a religiosidade escrupulosa (tabela 2), para auxiliar o diagnóstico e orientar a entrevista clínica, existem alguns instrumentos psicométricos que podem ser utilizados. Um instrumento bastante popular para a avaliação da POC, e que também é aplicado nos escrupulosos, é o *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS). Este instrumento tem duas componentes: uma para identificação da dimensão dominante e dos sintomas obsessivo-compulsivos, padronizados numa lista pré-definida (CY-BOCS ou Y-BOCS *checklist*), e outra para avaliar a gravidade global da POC, independentemente da sintomatologia identificada. Porém, sendo bom para auxiliar o diagnóstico da POC, não o é propriamente para a escrupulosidade, já que apresenta apenas duas questões relacionadas com as obsessões religiosas, num total de 40 questões (uma sobre sacrilégio e blasfémia e outra sobre moralismo excessivo).[11]

O único instrumento psicométrico que foi desenvolvido de propósito para avaliar a escrupulosidade é o *Penn Inventory of Scrupulosity* (PIOS)[26], um inquérito com elevada consistência interna ( $\alpha=0,93$ ) e utilizado em vários estudos com amostras não-clínicas [20, 26, 35] e clínicas.[36] Através de 19 questões (0-4 pontos), com uma pontuação máxima de 76 pontos, avalia a frequência de vários medos com conotação escrupulosa e agrupados em dois grandes domínios: o medo de Deus e o medo de pecar. A estrutura deste instrumento teve a sua validade

subsequentemente confirmada por um estudo de análise factorial, feito em 2007.[20]<sup>XI</sup> Neste estudo, foi proposto um PIOS revisto (PIOS-R), constituído apenas por 15 questões. Esta versão alternativa apresenta uma elevada consistência interna ( $\alpha=0,943$ ) e validade superior.[20]<sup>XII</sup> Sobretudo, está fortemente correlacionado com o PIOS original ( $r=0,99$ ). Não obstante, é criticado por alguns autores [11, 31] por não incluir nenhuma questão sobre compulsões e não englobar vários temas e medos que são característicos dos judeus e muçulmanos. De facto, há evidência [31] a sugerir que o PIOS apresenta uma baixa sensibilidade para detectar escrúpulos em judeus: num estudo transversal com 197 estudantes universitários norte-americanos, saudáveis, dos quais 42 eram judeus (21,3% da amostra),[26] verificou-se que os judeus mais religiosos apresentavam menos medo de Deus e do pecado do que os judeus menos religiosos.

---

<sup>XI</sup> Olatunji et al., 2007 –PIOS é modelo aceitável:  $X^2 (151)=479,48, p<0,001$ ; RMSEA=0,08 (90% CI=0,071–0,087); CFI=0,95; NNFI=0,95; SRMR=0,06. Os critérios são: RMSEA<0,08; SRMR<0,08; NNFI>0,90; CFI>0,90.

<sup>XII</sup> Olatunji et al., 2007 – PIOS-R é modelo aceitável:  $X^2 (89)=195,08; p<0,001$ ; RMSEA=0,058 (90% CI=0,047–0,069); CFI=0,97; NNFI=0,97; SRMR=0,047. Os critérios são: RMSEA<0,08; SRMR<0,08; NNFI>0,90; CFI>0,90.

## Estudos epidemiológicos

Estudos epidemiológicos mencionados neste trabalho tentaram estabelecer uma relação entre a religião e a perturbação obsessivo-compulsivo (POC) ou fenómeno obsessivo-compulsivo. As suas principais características e resultados relevantes estão melhor explicitados nas tabelas 3 e 5. Basicamente, pode-se agrupar estes estudos em dois grandes grupos:[2]

- Um grupo constituído por estudos ditos clínicos, ou seja, as suas amostras incluem doentes com POC (tabela 3) e o seu objectivo de estudo é averiguar se a religião está ou não associada à perturbação obsessivo-compulsiva, como possível factor de risco ou factor protector;
- Outro grupo cujas amostras são constituídas por pessoas mentalmente saudáveis (tabela 5) e cujo objectivo de estudo é averiguar se a religião está ou não associada ao fenómeno obsessivo-compulsivo. Segundo o entendimento cognitivo-comportamental, este fenómeno é um espectro, um *continuum*, que vai desde as meta-cognições e sintomas obsessivos sub-clínicos que não prejudicam significativamente a vida quotidiana até ao quadro clínico altamente disfuncional que é a POC.

Como já foi abordado anteriormente, a religião é um fenómeno bastante complexo, sendo vivida de maneira diferente por cada pessoa ou comunidade. Por isso, nos estudos epidemiológicos, geralmente a religião é reduzida e estudada na vertente da sua habitual vivência individual, ou religiosidade, que, por sua vez, é reduzida e avaliada através de múltiplas variáveis que quantificam esta vivência. Estas variáveis podem ser o *coping* religioso, a filiação religiosa, a intensidade da vivência religiosa (ou devoção religiosa) e a adesão a certas crenças ou leis religiosas, que podem interagir com as meta-cognições obsessivas (tabela 6).

Tabela 3: Relação entre religião e POC em amostras com doentes obsessivo-compulsivos

Autor, ano	Tamanho da amostra  Filiação religiosa (%)	Desenho do estudo Características da amostra	Resultados a salientar
		Critérios diagnóstico Inst. med. POC	
		Inst. med. religião	
<i>Raphael et al.</i> , 1996 [37]	n=148 (49 c/ POC; 51 e 48 c/ outras doenças mentais) Cristão (60,8%); outra (7,43%)	Observacional, retrospectivo RU (área de Wandsworth, Merton e Sutton; 1991-1992) – 3 serviços psiquiátricos (1 especialista c/ POC + 1 especialista sem POC + 1 geral)  DSM III-R  Dados história clínica	a) Sem associação significativa entre filiação religiosa e POC. b) Significativamente mais doentes c/ POC declaravam-se c/ filiação religiosa, comparativamente c/ grupo controlo do serviço geral (75,5% vs 52,9%; $\chi^2 = 10,3$ ; d.f.=4; p = 0,04). c) Limitação: excesso de doentes do serviço geral sem registo de filiação religiosa (22% vs 4 e 8%).
<i>Tek &amp; Ulug</i> , 2001 [38]	n=45 (POC)  Muçulmanos (100%)	Observacional, transversal Turquia (oriental) – ambulatório (hospital); 1995 (escolha consecutiva)  DSM-IV CY-BOCS; Y-BOCS; MOCI  RPI (1-4 pts; devoção religiosa)	a) Sem associação significativa entre devoção religiosa e gravidade de POC (Y-BOCS ou MOCI) ou presença de obsessões religiosas. b) Gravidade de POC sem dif. signific. entre doentes c/ obsessões religiosas (n=19) e c/ outras obsessões (n=26) c) Doentes c/ obsessões religiosas mais jovens: médias de 25,9 (SD=7,5) vs 34,2 (SD=11,9); t=2,66; p<0,02.
<i>Nelson et al.</i> , 2006 [36]	n=71 (POC)  Católico (26,8%), Protestante (45,1), Judeu (4,2), sem religião (9,7), outra (4,2)	Observacional, transversal EUA – escolha consecutiva; ambulatório em clínica psiquiátrica especializada  — Y-BOCS, OCI-R, TAFS, III, IUS; PIOS (19 questões, c/ máximo de 76 pontos)  Não especificado	a) Protestantes c/ mais medos escrupulosos do que as pessoas sem religião: PIOS c/ média de 33,47 (SD=18,12) contra 19,07 (SD=17,46); p<0,05). b) Medos escrupulosos sem associação significativa c/ gravidade global de POC e c/ devoção religiosa. c) Medos escrupulosos correlacionados (p<0,003) c/ TAF moral (TAFS <i>moral</i> ; r=0,44), sentido hipertrofiado de responsabilidade (III <i>responsability</i> ; r=0,44), sobrevalorização da importância dos pensamentos (III <i>importance of thoughts</i> ; r=0,44) e controlo dos mesmos (III <i>control of thoughts</i> ; r=0,6).
<i>Karadâg et al.</i> , 2006 [29]	n=141  Muçulmano (100%)	Observacional, descritivo Turquia (oeste) – recruta de todos os doentes OC registados; ambulatório de um hospital universitário (1998-2003)  DSM IV	a) 19,9% dos doentes c/ obsessões religiosas. b) 83% dos doentes c/ obsessões religiosas tinham compulsões de repetição. c) Início das obsessões religiosas é, em média, aos 20,787 anos (SD=8,19).

		CY-BOCS, Y-BOCS	d) Comparando c/ doentes c/ sintomas de contaminação/ limpeza, os que têm obsessões religiosas apresentavam: – maior duração de doença (média=20,787, SD=8,19 vs média=7,667, SD=8,52; $U=1113.0$ , $p=0,015$ ); – maior gravidade sintomática: Y-BOCS c/ médias de 24,107 (SD=5,73) vs 22,927 (SD=6,14), $U=1201,0$ , $p<0,049$ ; – maior período temporal entre início da doença e a 1ª consulta psiquiátrica (média=6,897, SD=8,05 vs média=4,847, SD=7,68; $U=1199,5$ , $p<0,045$ ); – maior período temporal entre o início da doença e do tratamento (média=7,677, SD=8,35 vs média=4,787, SD=7,69), $U=1027$ , $p<0,004$ ).
Assarian et al., 2006 [39]	n=293 (total)  Muçulmanos (100%)	Observacional, transversal Irão (Kashan) – amostra aleatória de estudantes do ensino secundário	a) Prevalência de POC = 8,87%  b) Sem associação significativa entre atitudes religiosas (devoção religiosa) e POC.
		DSM IV Y-BOCS	
		RAQ (31 itens)	
Siev et al., 2011 [40]	n=147 (72 POC c/ escrupulos e 75 POC sem escrupulos)  Católico (24,5%); Protestante (17,7); Judeu (6,8); Muçulmano (1,7); outra (27,9); sem religião (21,1).	Observacional, transversal Anúncio na Internet e newsletter da <i>International OCD Foundation</i> . Seleção por inquérito <i>online</i> (inclusão se OCI-R>18; exclusão se mais de 20% dos itens de OCI-R e PIOS por responder)  2 grupos sem dif. signific. para idade, sexo, etnia, educação e filiação religiosa.	a) escrupulosos apresentavam maior devoção religiosa: médias de 3,5 (SD=1,1) vs 2,9 (SD=1,1); $p<0,001$ b) escrupulosos recorrem mais a autoridades religiosas (42% vs 12%; $p<0,001$ ) c) escrupulosos usam menos farmacoterapia (66% vs 88%; $p<0,01$ ) d) escrupulosos sentem mais que seus sintomas interferem c/ sua vida religiosa (70% vs 32%; $p<0,001$ ) e) nos escrupulosos, há correlação moderada entre medos escrupulosos (PIOS) e conceito negativo de Deus ( $r=0,35$ ; $p<0,002$ ) f) 18% dos escrupulosos declararam-se sem religião.
		— OCI-R; PIOS	
		Questionário: devoção religiosa (1-5 pts/item, 6 itens); conceitos sobre Deus (1-7 pts/item, 13 itens); vida religiosa interferida (sim/não)	
Torres et al., 2011 [30]	n=582 (POC c/ comorbilidades: 16% c/ stress pós-traumático, 35,7% c/ ansiedade generalizada,	Observacional, transversal Brasil – recrutamento consecutivo em 7 centros especializados de POC (C-TOC), ambulatório, 2003-2008. Análise estatística multivariada.	a) 299 doentes (51,4%) c/ obsessões religiosas e sexuais (podem ter sintomas de outras dimensões). b) 8,93% c/ ideação suicida activa; 36,08% c/ ideação suicida ao longo da vida; 20,1% c/ planos de suicídio ao longo da vida e 11% c/ tentativas de suicídio.
		DSM IV	

	66,8% c/ depressão <i>major</i> , 10,6% c/ distímia 37,6% c/ impulsões, 7,3% c/ uso de drogas)	Y-BOCS; DYBOCS  Questionário sobre ideação (activa e ao longo da vida), planos e tentativas de suicídio (6 itens; sim/não)  Questionário sócio-demográfico, incluindo prática religiosa (sim/não).	c) Ausência de prática religiosa associado a mais ideação suicida ao longo da vida, OR ajustado=0,59; 95% CI=0,39-0,89; p<0,013  d) Obsessões religiosas/sexuais associadas a mais: – ideação suicida activa: n=42 (14,1%); OR ajustado=2,08; 95% CI=1,10-3,94; p<0,025; – ideação suicida ao longo da vida: n=135 (45,2%); OR ajustado=2,14; 95% CI= 1,43-3,21; p<0,001; – planos de suicídio: n=76 (25,4%); OR ajustado=1,65; 95% CI=1,06-2,58; p<0,027.
<i>Agorastos et al., 2012 [41]</i>	n=120 (49 c/ POC, 36 c/ DA e 35 saudáveis)  Protestante (31,6%), católico (10,8), outros cristãos (15), muçulmano (4,2), sem religião (32,5)	Observacional, exploratório, transversal.  Alemanha - internados no mesmo hospital  3 grupos sem dif. signific. para o sexo, idade, educação, filiação religiosa e nacionalidade  DSM-IV  BMMRS (40 itens)	a) Sem associação significativa entre POC e devoção religiosa ou filiação religiosa.  b) Associação positiva significativa entre <i>coping</i> religioso negativo e POC. <i>Coping</i> religioso negativo é um preditor significativo de doença (POC e DA; OR=1,07, $\beta$ =0,07, SE=0,02, d.f.=1, 95% CI=1,02-1,12, p= 0,005).
<i>Himle et al., 2012 [42]</i>	n=6082 (total)  Baptista (47,1%), católico (6,84), outra (35,4), sem religião (10,66)	Observacional, transversal  EUA – dados secundários ao inquérito NSAL (2001-2003; amostra representativa de norte-americanos de raça negra)  DSM IV  Questionário: participação religiosa, <i>coping</i> religioso (oração qd stress; 1-4 pts), devoção religiosa (1-4 pts)	a) Prevalência da POC=1,27% (77 pessoas).  b) associação positiva entre filiação católica e POC (3,48% dos católicos são doentes c/ POC vs 1,08% de baptistas, 1,87% de outra religião e 2% sem religião; OR=3,14, 95% CI=1,13–8,69; p=0,027).  c) associação inversa entre frequência do culto comunitário e POC (OR=0,75; 95% CI=0,79–0,95, p<0,016).  d) associação positiva entre importância dada à oração quando em stress ( <i>coping</i> religioso) e POC (OR=3,0; 95% CI= 1,02–8,77; p<0,044).
<i>Rady et al., 2012 [43]</i>	1299 (total)	Observacional, transversal  Egipto – amostra aleatória de estudantes liceais, de 3 zonas educacionais de Alexandria, em 2009.  DSM IV-TR  LOI-CV (sintomas OC)  Questionário não especificado	a) Prevalência de POC=2,2%.  b) 15,5% dos participantes padeciam de sintomatologia OC (LOI-CV>35 pts).  c) Doentes c/ POC e pessoas apenas c/ sintomatologia OC sem dif. signific. ao nível da religiosidade/attitudes religiosas (93.1% vs 75.8%; $X^2=0,07$ ).

Legenda: c/=com; CI=intervalo de confiança; CTOC=Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders; DA=doenças ansiosas; dif. signific.=diferença(s) significativa(s); DSM=Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; EUA=Estados Unidos da América;

---

Inst. med.=instrumento de medição; NSAL= National Survey of American Life; OC=obsessivo-compulsivo; OR=*odds ratio*; POC=perturbação obsessivo-compulsiva; PAP=perturbação de ataque de pânico; pts=pontos; RU = Reino Unido; SD=desvio-padrão; vs=contra

Legenda de inst. med.: BMMRS= Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality; CY-BOCS=Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Checklist; DYBOCS=Dimensional Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; FBQ=Fixity of Beliefs Questionnaire; III=Interpretation of Intrusions Inventory; IUS= Intolerance of Uncertainty Scale; LOI-CV=Leyton Obsessive Inventory-Child Version; MIS=Magical Ideation Scale; MOCI=Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory; RAQ=Religious Attitude Questionnaire; RPI=Religious Practices Index; OCI-R=Obsessive-Compulsive Inventory-Revised; PIOS=Penn Inventory of Scrupulosity; TAFS=Thought-Action Fusion Scale; Y-BOCS=Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

Por meio de uma leitura global dos estudos clínicos analisados na tabela 3, verificou-se que, por exemplo, em relação à filiação religiosa, há um estudo transversal de 2012, com uma amostra representativa da raça negra norte-americana,[42] que relatou uma associação positiva entre POC e filiação católica ( $OR=3,14$ ;  $p=0,027$ ); e outro estudo, de 2006, que constatou que os protestantes, e não os católicos, apresentavam significativamente mais medos escrupulosos do que aqueles que não professavam nenhuma religião (respectivamente, PIOS com média de 33,47 contra 19,07, num máximo de 76 pontos;  $p<0,05$ ).[36] Porém, um estudo retrospectivo de 1996[37] e um estudo transversal de 2012[41] não encontraram nenhuma denominação religiosa que estivesse significativamente associada à POC.

Ainda em relação à filiação religiosa, um conjunto de estudos, maioritariamente de natureza transversal ou descritivo, verificou que a dimensão sintomática religiosa é habitualmente a mais prevalente/frequente em Israel e nos países muçulmanos. Em contraposição, os sintomas de conteúdo religioso são menos frequentes em países como os EUA, a Inglaterra, a Índia e o Japão, onde a dimensão sintomática mais comum é habitualmente a contaminação/limpeza.[34] Quanto a isto, existe um certo consenso de que esta discrepância se deve ao facto dos países de tradição muçulmana continuarem a ser ainda profundamente marcados e pautados pela religião, ao contrário dos países de tradição cristã, que estão actualmente bastante secularizados.[21, 22, 29, 31] Uma outra explicação centra-se na eventual possibilidade dos sintomas religiosos não serem

devidamente diagnosticados no Ocidente, porque muitas vezes estão acompanhados por outros sintomas obsessivo-compulsivos mais proeminentes e, por isso, de mais fácil diagnóstico.[38]

**Tabela 4: Percentagem de doentes com POC que apresentavam sintomas de conteúdo religioso, em diferentes países**

Trad. relig.	Artigo/ estudo	Desenho do estudo	País	Tamanho amostra (n) Ano	Diagnóstico e medição	Taxas
Muçulmana	<i>Fontenelle et al.</i> , 2004 [34]	Revisão sistemática	Egipto	n=90 1991-92	ICD-10 Y-BOCS	60%
	<i>Mahgoub &amp; Abdel-Hafeiz</i> , 1991 [44]	Descritivo Recruta consecutiva (ambulatório de um hospital universitário)	Arábia Saudita	n=32 1984-1987	ICD-9	50%
	<i>Fontenelle et al.</i> , 2004 [34]	Revisão sistemática	Bahrain	n=50 1994	ICD-10 Y-BOCS, MOCI	40%
	<i>Fontenelle et al.</i> , 2004 [34]	Revisão sistemática	Turquia	n=108 1994-96	DSM	34,3%
	<i>Karadâg et al.</i> , 2006 [29]	Descritivo Recruta de todos os doentes registados c/ POC, em ambulatório de um hospital universitário	Turquia (oeste)	n=141 1998-2003	DSM-IV CY-BOCS, Y-BOCS	19,9%
	<i>Tek &amp; Ulug</i> , 2001 [38]	Observacional, transversal. Recruta consecutiva; ambulatório de um hospital.	Turquia (este)	n=45 1995	DSM-IV CY-BOCS; Y-BOCS; MOCI	42%
	<i>Greenberg &amp; Huppert</i> , 2010 [31]	Revisão ( <i>Tek &amp; Ulug</i> , 2001 + <i>Karadâg et al.</i> , 2006 + 3 estudos, 1997-2007)	Turquia	n= 45+45+ 116+141+ 109	—	27% (média)
Judaica	<i>Greenberg &amp; Huppert</i> , 2010 [31]	Revisão (1 estudo, 1994)	Israel	n=34	—	41%

	<i>Greenberg &amp; Shefler, 2002</i> [27]	Descritivo Ambulatório: centro comunitário ou privado de saúde mental	Israel	n= 28 judeus ultra-ortodoxos	ICD-10	93%
Cristã	<i>Greenberg &amp; Huppert, 2010</i> [31]	Revisão (2 estudos, 1977-78)	Inglaterra	n=41+45	—	2% (média)
	<i>Greenberg &amp; Huppert, 2010</i> [31]	Revisão (7 estudos, 1989-2008)	EUA	n=70+21+425+77+293+58+52	—	18% (média) 10 – 38% (como sintoma associado)
	<i>Miller &amp; Hedges, 2008</i> [28]	Revisão (1 estudo descritivo, 1995, c/ recruta consecutiva em 7 centros especializados)	EUA	n=395	—	5% (como dimensão/sintoma primário)
Outras	<i>Greenberg &amp; Huppert, 2010</i> [31]	Revisão (3 estudos, 1975-2008)	Índia	n=82+410+191		12% (média)
	<i>Greenberg &amp; Huppert, 2010</i> [31]	Revisão (1 estudo, 2008)	Japão	n=343		8%
<b>Prevalência internacional da POC: 1,1 – 1,8% [44]</b>						

Legendas: CY-BOCS=Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Checklist; EUA=Estados Unidos da América; ICD-10/ICD-9=International Classification of Diseases (10ª edição/9ª edição); MOCI=Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory; Trad. relig.=tradição religiosa; Y-BOCS=Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

Nota: doentes obsessivo-compulsivos podem apresentar simultaneamente várias dimensões sintomáticas.

A intensidade da vivência religiosa (ou devoção religiosa), que muitos estudos a designam por religiosidade, é geralmente quantificada com base na frequência e/ou adesão a certos comportamentos, doutrinas ou princípios religiosos, por exemplo, a leitura frequente das Sagradas Escrituras, a frequência assídua ao culto comunitário, o cumprimento das leis e mandamentos religiosos, a fé em Deus, a oração pessoal e outras experiências espirituais individuais, a importância (subjectiva) dada à religião, a coerência da fé na vida quotidiana, a auto-percepção sobre a sua própria religiosidade, etc. Neste âmbito, independentemente da filiação religiosa dos doentes, vários estudos transversais, publicados em 2001,[38] 2006[36, 39] e 2012,[41, 43]

negaram consistentemente a existência de uma relação entre devoção religiosa e POC. Com efeito, *Himle et al.* (2012),[42] através de um estudo transversal, até relatou a existência de uma associação inversa entre POC e frequência do culto comunitário ( $OR=0,75$ ;  $p<0,016$ ), numa amostra representativa de norte-americanos de raça negra, cuja maioria é protestante baptista.

Como já foi referido anteriormente, em paralelo com o estudo do impacto da religiosidade em amostras clínicas, existe também estudos epidemiológicos baseados em amostras não-clínicas, ou seja, em pessoas mentalmente saudáveis. Uma tendência verificada nesse tipo de literatura (tabela 5) é a afirmação da existência de uma relação entre a religiosidade e o fenómeno obsessivo-compulsivo, entendido como espectro (*continuum*), que vai desde a normalidade até à doença (POC).[2]

Tabela 5: Relação entre religião e fenómeno obsessivo-compulsivo em amostras não-clínicas (saudáveis, sem POC)

Autor, ano	Tamanho amostra	Desenho do estudo	Resultados a salientar
	Filiação religiosa (%)	Características da amostra	
		Inst. med. POC/fenómeno OC	
		Inst. med. religião e afins	
Lewis, 1994 [1]	n=139 Cristão (100%)	Observacional, transversal RU – estudantes da Universidade de Ulster (Reino Unido), 76,26% mulheres	a) Correlação positiva entre devoção religiosa e presença de traços de personalidade obsessivos, fraca nos homens ( $r=0,23$ ; $p<0,01$ ) e moderada nas mulheres ( $r=0,4$ ; $p<0,01$ )
		S-HOI (16 itens sobre traços e 17 itens sobre sintomas)	
		FSATC (24 itens; 24-120 pts)	
Abramowitz et al., 2002 [26]	n=197 Judeu (21,3%), Católico (28,4), Protestante	Observacional, transversal EUA – Estudantes do curso introdutório de psicologia da Universidade de Pensilvânia. 57,86% homens; média: 18,8 anos	a) Concepção do PIOS, c/ elevada consistência interna ( $\alpha=0,93$ ) e correlação moderada c/ MOCI ( $r=0,36$ ; $p<0,01$ ). b) Correlação moderada entre escrupulosidade (PIOS) e religiosidade ( $r=0,36$ ; $p<0,01$ ). c) Protestantes muito religiosos c/ mais medo escrupuloso do pecado (PIOS) do que os pouco religiosos ( $p<0,05$ ).
		MOCI; PIOS	

	(20,8), outra (29,5)	Questionário: auto-percepção sobre devoção religiosa/ religiosidade (pouco religioso=1-2 pts; muito religioso=4-5 pts)	d) Muito religiosos c/ mais medo escrupuloso de Deus (PIOS) do que os pouco religiosos ( $p<0,05$ ).
Sica et al., 2002 [45]	n=165 Católico (100%)	Observacional, transversal Itália (norte) – escolha de 3 grupos: muito religioso (em conventos, n=54); religioso moderado (em associações católicas, n=47); pouco religioso (estudantes universitários c/ pouca influência religiosa e <2h/semana em práticas religiosas, n=64).	a) comparando c/ os pouco religiosos, os muito religiosos apresentavam valores mais elevados em: – PI-controlo mental debilitado c/ médias de 14,4 (SE=1) vs 10,5 (SE=0,9), $F(2, 148)=3,8$ $p<0,02$ ; – OBQ-total c/ médias de 269,5 (SE=8,8) vs 237,1 (SE=7,2), $F(2, 122)=6,2$ , $p=0,003$ ; – OBQ-controlo pensamentos c/ médias de 40,6 (SE=1,8) vs 33,1 (SE=1,7), $F(2, 141)=9,9$ , $p<0,0001$ ; – OBQ-responsabilidade c/ médias de 59,2 (SE=1,9) vs 52,3 (SE=1,7), $F(2, 141)=4,7$ , $p<0,01$ . b) Comparando c/ os pouco religiosos, os religiosos moderados apresentavam valores mais elevados em: – OBQ-total c/ médias de 270,3 (SE=8) vs 237,1 (SE=7,2), $F(2, 122)=6,2$ , $p=0,003$ ; – OBQ-controlo pensamentos c/ médias de 43,6 (SE=1,8) vs 33,1 (SE=1,7), $F(2, 141)=9,9$ , $p<0,0001$ ; – OBQ-importância pensamentos c/ médias de 35,7 (SE=1,4) vs 27,9 (SE=1,2), $F(2, 143)=8,6$ , $p<0,0001$ ; – OBQ-perfeccionismo c/ médias de 51,1 (SE=2,1) vs 44,3 (SE=1,9), $F(2, 142)=2,9$ , $p<0,05$ . c) perfeccionismo correlacionado ( $p<0,01$ ) c/ PI total apenas nos muito religiosos (forte: $r=0,67$ ) e religiosos moderados (moderado: $r=0,45$ ).
		- OBQ (6 crenças disfuncionais c/ 87 itens; 1-7 pts/item); - PI (4 factores c/ 60 itens, 0-4 pts/item); - III	
		Questionário sobre devoção religiosa	
Rassin et al., 2003 [46]	n=100 Católico (60%), protestante (15), outra (8), ateu (17).	Observacional, transversal Bélgica e Holanda – estudantes universitários, 85% mulheres	a) Protestantes mais religiosos ( $p<0,01$ ) do que os católicos e ateus: VAS c/ médias de 53,1 (SD=31,8) vs 26,6 (SD=23,7) e 6,3 (SD=9,5). b) Filiação católica ( $r=0,42$ ) e protestante ( $r=0,71$ ) correlacionadas ( $p<0,01$ ), respectivamente, moderada e fortemente com fusão pensamento-acção relacionada c/ moralidade (TAF moral).
		MOCI; TAFS	
		Questionário c/ escala analógica visual (VAS) sobre devoção religiosa pessoal (0-100)	
Abramowitz et al., 2004 [47]	n=1005 Protestante (74,8%); Católico (16,7);	Observacional, transversal EUA (sudeste) – amostra cega de estudantes universitários de cursos introdutórios de psicologia. 74,92% mulheres; média de 18,99 anos	a) comparando c/ os religiosos moderados e ateus/agnósticos, os muito religiosos apresentavam maior gravidade em: – sintomas obsessivos: OCI-R <i>obsessions</i> c/ médias de 2,05 (SE=2,31) vs 1,65 (SE=2,19) e 1,65 (SE=2,28), $F=3,95$ , $p<0,02$ ;

	Ateu/Ag-nóstico (8,5).	OBQ (6 crenças c/ 87 itens; 1-7 pts/item); OCI-R (6 factores c/ 18 itens; 0-4 pts/item)	<p>– sintomas de limpeza: OCI-R <i>washing</i> c/ médias de 1,98 (SE=2,81) vs 0,78 (SE=0,16) e 0,9 (SE=1,45), <math>F=10,16</math>, <math>p&lt;0,001</math>; e</p> <p>– crença na importância dos pensamentos: OBQ-<i>importance of thoughts</i> c/ médias de 33,52 (SE=13,83) vs 28,35 (SE=9,47) e 24,08 (SE=11,24), <math>F=18,72</math>, <math>p&lt;0,001</math>.</p> <p>b) comparando c/ ateus/agnósticos, os muito religiosos apresentavam valores mais elevados no OBQ relativos a:</p> <p>– importância dos pensamentos: médias de 33,52 (SE=13,83) vs 24,08 (SE=11,24), <math>F=18,72</math>, <math>p&lt;0,001</math>;</p> <p>– intolerância à incerteza: médias de 38,73 (SE=13,44) vs 34,53 (SE=12,37), <math>F=6,24</math>, <math>p&lt;0,002</math>;</p> <p>– controlo dos pensamentos: médias de 36,47 (SE=14,87) vs 24,08 (SE=11,24), <math>F=10,79</math>, <math>p&lt;0,001</math>; e</p> <p>– responsabilidade: médias de 51,43 (SE=16,8) vs 44,92 (SE=16,77), <math>F=7,04</math>, <math>p&lt;0,001</math>.</p>
Zohar et al., 2005 [2]	<p>1º estudo: n=256</p> <p>2º estudo: n=61</p> <p>Judeu (100%)</p>	<p>Observacional, transversal</p> <p>Israel</p> <p>1º estudo: aleatória e representativa de estudantes universitários.</p> <p>2º estudo por método <i>snowball</i> (2 grupos: os que se tornaram mais religiosos, n=31, e os que se tornaram menos religiosos, n=30 – divisão baseada na auto-percepção)</p> <p>MOCI; OTQ; CAPS</p> <p>SRQ (22 itens)</p>	<p>a) sem associação significativa entre religiosidade e sintomas obsessivos.</p> <p>b) correlação fraca entre religiosidade e perfeccionismo (<math>r=0,12</math>; <math>p&lt;0,05</math>)</p> <p>c) os que se tornaram mais religiosos apresentavam mais sintomas obsessivos do que os que se tornaram menos religiosos: MOCI-total c/ médias de 10,5 (SD=4,4) vs 7,5 (SD=3,8), <math>t=2,8</math>, <math>df=59</math>, <math>p&lt;0,01</math>. <i>Cohen's d</i>=0,73 (efeito moderado).</p>
McConnell et al., 2006 [48]	<p>n=1629</p> <p>Cristão (73,4%); muçulmano (6), judeu (4,6), outra religião (3,6), sem religião (12,6)</p>	<p>Observacional, transversal.</p> <p>EUA – amostra representativa, aleatória (2004), c/ inquéritos <i>online</i></p> <p>SA-45 (5 itens para POC; 0-4 pts/item – gravidade sintomática)</p> <p>Questionário: frequência de oração, serviços religiosos e auto-percepção de religiosidade.</p> <p>Componente “<i>Negative Religious Coping</i>” (NRC) do RCOPE (conflitos espirituais;)</p>	<p>a) Análise de regressão hierárquica – mais conflitos espirituais (NRC) associado a mais sintomas OC: mudança (aditiva) de <math>R^2=0,08</math> (0,09+0,08=0,17); <math>\beta=0,29</math>; <math>p&lt;0,001</math>; após controlo de múltiplas variáveis demográficas e sociais (idade, sexo, suporte social, educação, etc.), cujo efeito é <math>\beta=0,09</math>; <math>p&lt;0,001</math>.</p>
Flanelly et al., 2006	n=1403	<p>Observacional, transversal.</p> <p>EUA – amostra nacional, aleatória e representativa (2004), c/ inquéritos</p>	<p>a) crença na vida depois da morte associada a menos sintomas OC, após controlo de múltiplas variáveis: <math>\beta=-0,099</math>; <math>p&lt;0,001</math>.</p>

[49]		<p><i>online</i> e análise estatística de regressão múltipla.</p> <p>SA-45 (5 itens para POC; 0-4 pts/item – gravidade sintomática)</p> <p>Questionário: frequência de oração e serviços religiosos (0-7 pts); e crença na vida depois da morte (sim=1 pt; 0=indeciso; -1=não).</p>	b) frequência de oração (privada) associada a mais sintomas OC, após controlo de múltiplas variáveis: $\beta=0,069$ ; $p<0,05$ .
<p>Moore et al., 2007</p> <p>[50]</p>	n=93	<p>Observacional, transversal</p> <p>EUA (oeste) – recrutamento por anúncios nos <i>media</i> locais. Maioria são trabalhadores hospitalares.</p> <p>OBQ, OCI-R, TCQ, PIOS</p> <p>Não aplicável.</p>	<p>a) Sintomas OC (OCI-R) correlacionados c/ estratégias de controlo de pensamentos baseadas na preocupação (TCQ-<i>worry</i>; <math>r=0,29</math>; <math>p&lt;0,01</math>) e na auto-punição (TCQ-<i>punishment</i>; <math>r=0,35</math>; <math>p&lt;0,01</math>).</p> <p>b) Relação entre auto-punição e sintomas OC mediada por medos escrupulosos (PIOS; <math>Z=2,66</math>; <math>p&lt;0,01</math>) e pelas 6 crenças obsessivas disfuncionais (tabela 6)</p>
<p>Siev &amp; Cohen, 2007</p> <p>[51]</p>	<p>n=218</p> <p>Judeu ortodoxo (38%), conservador (24,8), reformista (15,6); Cristão (21,6)</p>	<p>Observacional, transversal</p> <p>EUA – associações religiosas e organizações universitárias (Yale e Pensilvânia).</p> <p>Método <i>snowball</i></p> <p>TAFS (19 itens; 0-4 pts/item; 12 itens sobre TAF moral)</p> <p>Questionário: devoção religiosa (6 itens; 1-5 pts/item)</p>	<p>Análise padronizada para idade.</p> <p>a) Cristãos apresentavam mais TAF moral do que os três grupos de judeus: TAFS-moral c/ médias de 31,66 (SD=11,97) vs 12,76 (SD=7,64), 10,19 (SD=8,8) e 9,26 (SD=8,13), <math>F=63,07</math>, <math>\eta^2=0,47</math>; <math>p&lt;0,001</math>.</p> <p>b) Sem dif. signific. entre judeus ortodoxos e cristãos em termos de religiosidade.</p> <p>c) Correlação moderada entre religiosidade e TAF moral apenas nos cristãos (<math>r=0,44</math>; <math>p&lt;0,002</math>)</p>
<p>Marino et al., 2008</p> <p>[52]</p>	<p>n=714</p> <p>Católico (32,2%), protestante (7,7), baptista (9,9), outros cristãos (23,5), judeu (3,9), ateu/agnóstico (15).</p>	<p>Observacional, transversal</p> <p>Análise de covariância múltipla, modelo de equação estrutural</p> <p>EUA – estudantes de Psicologia, 62% mulheres</p> <p>PI, ROII, TAF-R, RAQ; MIS</p> <p>RLI (religiosidade interna e externa)</p> <p>MEIM-R (pertença à etnia ou etnicidade)</p>	<p>Modelo de equação estrutural: RMSEA=0,07 (<math>\leq 0,1</math>); CFI=0,9 (<math>\geq 0,9</math>); PFI=0,66 (<math>\geq 0,6</math>); AIC=370,97 – modelo aceitável e parcimonioso. Verificou-se que, estatisticamente (<math>B=unstandardized\ path\ coefficient</math>):</p> <p>a) etnicidade prediz religiosidade (<math>B=0,88</math>);</p> <p>b) religiosidade prediz TAF (<math>B=0,07</math>), por mediação parcial do sentido hipertrofiado de responsabilidade (SHR): religiosidade prediz SHR (<math>B=0,08</math>); SHR prediz TAF (<math>B=0,21</math>);</p> <p>c) TAF (<math>B=2,35</math>) e sintomas OC (<math>B=0,14</math>) predizem estratégias de neutralização (ROII-<i>neutralization</i>).</p>

<p><i>Yourulmaz et al., 2009</i> [53]</p>	<p>n=219</p> <p>Muçulmano (53%), cristão (47%)</p>	<p>Observacional, transversal</p> <p>Turquia (Ancara; muçulmanos; n=115; 73% mulheres)</p> <p>Canadá (Vancouver; cristãos, n=104; 77% mulheres)</p> <p>Estudantes universitários</p>	<p>a) Sem dif. signific. entre cristãos e muçulmanos na religiosidade e TAF moral.</p> <p>b) Comparando c/ os pouco religiosos, os mais religiosos apresentavam mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pensamentos obsessivos: PI-WSUR <i>obsessive thoughts</i> c/ médias de 5,91 (SD=5,05) vs 4,05 (SD=3,98), <math>F(1, 150)=4,84</math>, <math>p&lt;0,02</math>;</li> <li>– sintomas de verificação: PI-WSUR <i>checking</i> c/ médias de 11,52 (SD=7,84) vs 8,68 (SD=6,62), <math>F(1, 150)=4,84</math>, <math>p&lt;0,02</math>;</li> <li>– crença na importância e controlo dos pensamentos: OBQ-<i>importance/control</i> c/ médias de 3,15 (SD=0,97) vs 2,64 (SD=0,92), <math>F(1, 151)=9,11</math>; <math>p&lt;0,02</math>;</li> <li>– TAF moral: TAFS-<i>morality</i> c/ médias de 21,24 (SD=10,05) vs 12,47 (SD=8,35), <math>F(1, 149)=8,35</math>, <math>p&lt;0,001</math>.</li> </ul> <p>c) Maior religiosidade não associada a mais TAF moral nos muçulmanos, mas sim, apenas nos cristãos: TAFS-<i>morality</i> c/ médias de 22,47 (SD=11,12) vs 10,70 (SD=7,38), <math>F(1, 149)=5,72</math>, <math>p&lt;0,02</math>.</p> <p>d) Comparando c/ cristãos, os muçulmanos tinham mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– sintomas OC: PI-WSUR total c/ médias de 42,53 (SD=22,31) vs 24,32 (SD=16,89), <math>F(1, 151)=30,44</math>, <math>p&lt;0,001</math>;</li> <li>– crença na importância e controlo dos pensamentos: OBQ-<i>importance/control</i> c/ médias de 3,13 (SD=0,81) vs 2,70 (SD=1,06), <math>F(1, 151)=5,79</math>, <math>p&lt;0,02</math>;</li> <li>– preocupação como estratégia de controlo das intrusões: TCQ-<i>worry</i> c/ médias de 9,10 (SD=2,86) vs 8,08 (SD=2,27), <math>F(1, 151)=5,14</math>, <math>p&lt;0,02</math>.</li> </ul>
		<p>III; OBQ; TCQ; TAFS; WBSI; PI-WSUR (5 factores, 39 itens, 5 pts/item)</p>	
		<p>RSQ (7 itens, 5 pts/item) – 2 grupos: muito religiosos (n=75) e pouco religiosos (n=76)</p>	
<p><i>Siev et al., 2010</i> [54]</p>	<p>n=341</p> <p>Católico (28,15%), protestante (27) e judeu (44,87)</p>	<p>Observacional, transversal</p> <p>EUA – Estudantes da Universidade de Pensilvânia, c/ 66% mulheres</p>	<p>a) Católicos e protestantes c/ mais TAF moral do que judeus: TAFS-moral c/ médias de 16,56 (SD=9,29) e 17,23 (SD=10,96) vs 9,76 (SD=8,31), <math>F=24,45</math>, <math>p&lt;0,001</math>;</p> <p>b) Não há correlação entre religiosidade e sintomas obsessivos (OCI-R)</p> <p>c) Correlação moderada entre religiosidade e TAF moral apenas nos católicos (<math>r=0,39</math>) e protestantes (<math>r=0,47</math>); <math>p&lt;0,001</math>.</p> <p>d) Correlação moderada (<math>p&lt;0,001</math>) entre TAF moral e sintomas obsessivos apenas nos judeus (<math>r=0,36</math>)</p>
		<p>OCI-R; TAFS</p>	
		<p>O mesmo questionário usado em <i>Siev &amp; Cohen, 2007</i></p>	

<p>Inozu, et al., 2012 [35]</p>	<p>n=746  Muçulmano (56%), cristão (44%)</p>	<p>Observacional, transversal, c/ análises de regressão hierárquicas  Turquia (muçulmanos, n=420, 42.2% mulheres)  Canadá (cristãos, n=326, 66.8% mulheres)  3 grupos: pouco religiosos e muito religiosos são estudantes universitários. 3º grupo composto por estudantes de escolas religiosas especializadas (ex: seminários)</p> <p>PIOS; CBOCI; OBQ-44</p> <p>RFS-R (religiosidade; 12 itens)  GI (para a culpa)</p>	<p>a) Os turcos muçulmanos tinham mais medo de Deus do que os canadianos cristãos: PIOS-<i>fear of God</i> c/ médias de 12,16 vs 8,12; <math>F(1, 322)=23,87</math>, <math>Cohen's f=0,13</math>, <math>p&lt;0,001</math>.</p> <p>b) Relação mais forte entre pensamentos obsessivos (CBOCI-<i>obsessions</i>) e escrupulosidade (PIOS) em canadianos cristãos do que nos turcos muçulmanos: PIOS-<i>fear of sin</i> c/ <math>z=2,03</math>, <math>p&lt;0,05</math> e PIOS-<i>fear of God</i> c/ <math>z=2,67</math>, <math>p&lt;0,01</math>.</p> <p>c) Efeito, moderado a grande, da religiosidade na variância do PIOS-<i>fear of sin</i> e PIOS-<i>fear of God</i>: respectivamente, <math>F(2,322)=96,33</math>, <math>Cohen's f=0,33</math>, <math>p&lt;0,001</math>; e <math>F(2, 322)=175,16</math>, <math>Cohen's f=0,51</math>, <math>p&lt;0,001</math>.</p> <p>d) Religiosidade é principal preditor (<math>p&lt;0,001</math>) do PIOS-<i>fear of God</i>, quer nos muçulmanos (<math>\beta=0,78</math>, <math>t=24,54</math> e mudança de <math>R^2=60\%</math>, num modelo preditivo de 66%), quer nos cristãos (<math>\beta=0,59</math>, <math>t=11,47</math> e mudança de <math>R^2=35\%</math>, num modelo preditivo de 51%)</p> <p>e) Religiosidade é principal preditor (<math>p&lt;0,001</math>) do PIOS-<i>fear of sin</i>, quer nos muçulmanos (<math>\beta=0,61</math>, <math>t=16,66</math> e mudança de <math>R^2=37\%</math>, num modelo preditivo de 62%), quer nos cristãos (<math>\beta=0,46</math>, <math>t=8,36</math> e mudança de <math>R^2=35\%</math>, num modelo preditivo de 64%).</p> <p>f) C/ controlo da religiosidade, são preditores significativos do PIOS, nos cristãos e muçulmanos, os seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- culpa (GI), que é preditor do PIOS (mudança de <math>R^2&lt;5\%</math>);</li> <li>- CBOCI-<i>obsessions</i>, que é preditor do PIOS-<i>fear of sin</i> (mudança de <math>R^2&lt;4\%</math>);</li> <li>- OBQ-44 <i>importance/control of thoughts</i>, que é preditor do PIOS-<i>fear of sin</i> (mudança de <math>R^2&lt;3\%</math>).</li> </ul>
<p>Williams et al., 2013 [55]</p>	<p>n=85  Cristão (38,82%), Judeu (25,88), Ateu/Ag-nóstico (35,3)</p>	<p>Estudo quasi-experimental, c/ protocolo de indução de pensamentos: dados colhidos antes (<i>baseline</i>) e 5 minutos após indução. Efeito directo e indirecto medido usando PROCESS, c/ 5000 <i>bootstrap resamples</i></p> <p>EUA – estudantes universitários saudáveis (curso Psicologia); 58,82% mulheres</p> <p>OCI-R, TAFS</p> <p>SCSRFQ (10 itens; 1-4 pts)  RAS; GI</p> <p>Escala visual analógica (0-100pts) para <i>distress</i>, culpa,</p>	<p>a) <i>baseline</i>: 3 grupos religiosos (<math>p&gt;0,05</math>) sem dif. signific. para idade, sexo, sintomas OC, religiosidade e sentido hipertrofiado de responsabilidade (RAS)</p> <p>b) <i>baseline</i>: religiosidade correlacionada fortemente c/ TAF moral (<math>r=0,74</math>; <math>p&lt;0,001</math>) e moderadamente c/ sintomas OC (<math>r=0,3</math>; <math>p&lt;0,05</math>).</p> <p>c) <i>baseline</i>: cristãos c/ mais TAF moral do que judeus e ateus/agnósticos (TAFS-<i>morality</i> c/ médias de 23,06 (SD=10,38) vs 14,36 (SD=6,36) e 11,66 (SD=8,26); <math>p&lt;0,001</math>)</p> <p>d) <i>baseline</i>: apenas no grupo cristão se verificou efeito indirecto significativo da religiosidade nos sintomas OC, por via da TAF moral (efeito indirecto=0,15, SE= 0,08, LLCI=0,02, ULCI=0,35; <math>p&lt;0,05</math>).</p> <p>e) <i>após indução</i>: efeito directo da religiosidade nos 4 parâmetros da escala visual não é significativo. Religiosidade relacionada c/ culpa e RAS apenas por efeito indirecto</p>

		responsabilidade e supressão de intrusões ( <i>baseline</i> e após indução)	significativo da TAF moral: respectivamente, efeito=0,58, 95% CI=0,06–1,55; e efeito=0,63, 95% CI=0,14–1,69.
Inozu et al., 2014 [56]	n=244  Muçulmano (100%)	Observacional, transversal  Turquia – estudantes de duas universidades privadas.	a) fraca correlação entre religiosidade e sintomas OC ( $r=0,2$ , $p<0,01$ )
		OCI-R, TAFS	b) relação entre religiosidade e sintomas OC (OCI-R total) mediada por fusão pensamento-acção (efeito indirecto=0,51; 95% CI=0,32–0,74; $p<0,01$ ) e aversão/nojo (efeito indirecto=0,07; 95% CI=0,02–0,19; $p<0,05$ )
		Questionário: devoção religiosa (5 itens, 1-5 pts/item)  DS-R (para aversão)	
Fergus & Rowatt, 2015 [57]	n=120 (crentes em Deus ou entidade superior)  Protestante (44,2%), católico (18,3), Judeu (3,3); outras (15), sem religião. (23,3)	Estudo de manipulação experimental de saliência (incerteza e insegurança) e <i>priming</i> (Deus e conceitos neutros)  Recrutamento no <i>Amazon's Mechanical Turk</i> (MTurk), c/ compensação monetária.  Distribuição aleatória em 4 grupos (n=30) de adultos c/ média de 36,9 anos (SD=13,2), 62,5% mulheres.  Inquéritos respondidos tudo <i>online</i> , antes e depois da experiência.	a) C/ a religiosidade controlada, a interacção entre saliência da incerteza e <i>priming</i> de conceitos de Deus fez aumentar os medos escrupulosos (PIOS-R): $F(1,115)=4,78$ ; $p<0,031$ .
		PIOS-R	b) O grupo c/ saliência da incerteza e <i>priming</i> de conceitos de Deus apresentou significativamente mais medos escrupulosos do que os restantes três grupos c/ combinações diferentes de saliência e <i>priming</i> : PIOS-R total c/ médias de 18,67 (SD=11,32) vs 10,63 (SD=9,30), 10,70 (SD=8,81) e 11,53 (SD=8,30); LSD=4,86; Cohen's $d=0,73-0,8$ (efeito moderado a grande).
		GRS (devoção religiosa ou religiosidade, 4 itens)	

Legenda: c/=com; Cohen's  $f/d$ =tamanho do efeito; dif. signific.=diferença(s) significativa(s); DSM=Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; EUA=Estados Unidos da América; Inst. med.=instrumento de medição; mt=muito; OC=obsessivo-compulsivo; POC=perturbação obsessivo-compulsiva; pts=pontos; SD=desvio-padrão; SE=erro-padrão; TAF moral=fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade; vs=contra

Legenda de inst. med.: CAPS=Child and Adolescent Perfectionism Scale; CBOCI= Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory; CY-BOCS=Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Checklist; DS-R= Disgust Scale Revised; FSATC=Francis Scale of Attitudes Towards Christianity; GI=Guilt Inventory ; GRS=General Religiousness Scale; III=Interpretation of Intrusions Inventory; MEIM-R=Multigroup Ethnic Identity Measure-Revised; MIS=Magical Ideation Scale; MOCI=Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory; OBQ=Obsessive Beliefs Questionnaire; OCI-R=Obsessive-Compulsive Inventory-Revised; OTQ=Obsessive Thought Checklist; PI=Padua Inventory; PI-WSUR= Padua Inventory-Washington State University Revision; PIOS=Penn Inventory of Scrupulosity; PIOS-R=Penn Inventory of Scrupulosity-revised; RAS= Responsibility Attitude Scale; RFS-R= Religious Fundamentalism Scale-Revised; RLI=Religious Life Inventory; S-HOI=Sandler-Hazari Obsessionality Inventory; SA-45=Symptom Assessment-45 Questionnaire; SCSRFQ= Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire; SRQ=Student Religiosity Questionnaire; RAQ=Responsibility Appraisal Questionnaire; ROII= Revised Obsessive Intrusions Inventory; RSQ=Religiousness Screening Questionnaire; TAF-R=Thought-Action Fusion Scale-Revised; TAFS=Thought-Action Fusion Scale; TCQ=Thought Control Questionnaire; WBSI=White Bear Suppression Inventory; Y-BOCS=Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

Resumindo, a literatura mencionada na tabela 5, sendo essencialmente de natureza transversal, sugere que as pessoas saudáveis com maior religiosidade (ou devoção religiosa), em comparação com aqueles que tinham uma menor religiosidade ou que não eram religiosos, apresentavam significativamente:

- mais traços de personalidade obsessivos;[1]<sup>XIII</sup>
- mais sintomas escrupulosos,[47, 58]<sup>XIV</sup> [35] sendo que a religiosidade é o principal preditor (estatístico) da escrupulosidade (PIOS);[35]<sup>XV</sup>
- mais sintomas obsessivo-compulsivos [55]<sup>XVI</sup>, nomeadamente nos cristãos, que apresentavam mais pensamentos obsessivos e sintomas de limpeza;[47]<sup>XVII</sup>
- mais crenças ou meta-cognições disfuncionais relacionadas com a etiologia das obsessões (tabela 6), nomeadamente:
  - maior fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade [22]<sup>XVIII</sup> [20]<sup>XIX</sup> [54]<sup>XX</sup> [46]<sup>XXI</sup> [55]<sup>XXII</sup>
  - maior sentido hipertrofiado de responsabilidade, sobretudo nos cristãos [45, 47]<sup>XXIII</sup> [45]<sup>XXIV</sup>;

---

<sup>XIII</sup> Lewis et al., 1994 –  $p < 0,01$ ;  $r = 0,23$  nos homens e  $r = 0,4$  nas mulheres.

<sup>XIV</sup> Abramowitz et al., 2002 – PIOS:  $r = 0,36$ .

<sup>XV</sup> Inozu et al., 2012 – PIOS-fear of God: Cohen's  $f = 0,51$  (efeito grande),  $p < 0,001$ ; e PIOS-fear of sin: Cohen's  $f = 0,33$  (efeito moderado),  $p < 0,001$ . Sobre modelos preditivos de PIOS, ver mais na tabela 5.

<sup>XVI</sup> Williams et al., 2013 –  $r = 0,3$ .

<sup>XVII</sup> Abramowitz et al., 2004 – Pensamentos obsessivos (OCI-R *obsessions*:  $F = 3,95$ ,  $p < 0,02$ ) e sintomas de limpeza (OCI-R *washing*:  $F = 10,16$ ,  $p < 0,001$ ).

<sup>XVIII</sup> Yorulmaz et al., 2009 –  $F(1, 149) = 8,35$  ( $p < 0,001$ ).

<sup>XIX</sup> Siev et al., 2007 –  $r = 0,44$ ;  $p < 0,002$  (apenas nos cristãos).

<sup>XX</sup> Siev et al., 2010 –  $r = 0,39$  ( $p < 0,001$ ) apenas nos católicos e  $r = 0,47$  ( $p < 0,001$ ) nos protestantes.

<sup>XXI</sup> Rassin et al., 2003 –  $r = 0,42$  ( $p < 0,01$ ) nos católicos e  $r = 0,71$  ( $p < 0,01$ ) nos protestantes.

<sup>XXII</sup> Williams et al., 2013 –  $r = 0,74$ ;  $p < 0,001$ , apenas nos cristãos.

<sup>XXIII</sup> Abramowitz et al., 2004 –  $F = 7,04$  ( $p < 0,001$ ).

<sup>XXIV</sup> Sica et al., 2002 –  $F(2, 141) = 4,7$  ( $p < 0,01$ ).

- maior sobrevalorização da importância dos pensamentos [47]<sup>XXV</sup> [45]<sup>XXVI</sup> [45, 47, 53]<sup>XXVII</sup>;
- maior sobrevalorização do controlo dos pensamentos [47]<sup>XXVIII</sup> [45]<sup>XXIX</sup> [45, 47, 53]<sup>XXX</sup>;
- maior intolerância à incerteza, nos cristãos[47]<sup>XXXI</sup>;
- e maior perfeccionismo, nos católicos [2, 45]<sup>XXXII</sup> e nos judeus [15]<sup>XXXIII</sup>.

Esta tendência de associação ou correlação positiva não tem a mesma intensidade nas diferentes denominações religiosas estudadas, verificando-se, por exemplo, que:

- os muçulmanos turcos apresentavam mais sintomas obsessivo-compulsivos,[53, 59]<sup>XXXIV</sup> uma maior crença na importância e controlo dos pensamentos,[53, 59]<sup>XXXV</sup> e um maior medo de Deus[35]<sup>XXXVI</sup> do que os cristãos canadianos;
- e apenas nos cristãos a religiosidade está positivamente associada à fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade:[45, 47, 53]<sup>XXXVII</sup> [20]<sup>XXXVIII</sup> [23]<sup>XXXIX</sup> [51, 53-55]<sup>XL</sup>

---

<sup>XXV</sup> Abramowitz et al., 2004 –  $F=18,72$  ( $p<0,001$ ).

<sup>XXVI</sup> Sica et al., 2002 –  $F(2, 143)=8,6$  ( $p<0,0001$ ).

<sup>XXVII</sup> Yorulmaz et al., 2009 –  $F(1, 151)=9,11$  ( $p<0,02$ ).

<sup>XXVIII</sup> Abramowitz et al., 2004 –  $F=10,79$  ( $p<0,001$ ).

<sup>XXIX</sup> Sica et al., 2002 –  $F(2, 141)=9,9$  ( $p<0,0001$ ).

<sup>XXX</sup> Yorulmaz et al., 2009 –  $F(1, 151)=9,11$  ( $p<0,02$ ).

<sup>XXXI</sup> Abramowitz et al., 2004 –  $F=6,24$  ( $p<0,002$ ).

<sup>XXXII</sup> Sica et al., 2002 –  $F(2, 142)=2,9$  ( $p<0,05$ ).

<sup>XXXIII</sup> Zohar et al., 2005 –  $r=0,12$  ( $p<0,05$ ).

<sup>XXXIV</sup> Yorulmaz et al., 2009 –  $F(1, 151)=30,44$ ,  $p<0,001$

<sup>XXXV</sup> Yorulmaz et al., 2009 –  $F(1, 151)=5,79$ ,  $p<0,02$

<sup>XXXVI</sup> Inozu et al., 2012 –  $F(1, 322)=23,87$ ,  $Cohen's f=0,13$  (efeito pequeno),  $p<0,001$

<sup>XXXVII</sup> Yorulmaz et al., 2009 –  $F(1, 149)=5,72$ ,  $p<0,02$ , comparando os cristãos muito religiosos com os cristãos pouco religiosos.

<sup>XXXVIII</sup> Siev et al., 2007 –  $r=0,44$ ;  $p<0,002$  apenas nos cristãos.

<sup>XXXIX</sup> Siev et al., 2010 –  $r=0,39$  ( $p<0,001$ ) apenas nos católicos e  $r=0,47$  ( $p<0,001$ ) nos protestantes

<sup>XL</sup> Williams et al., 2013 –  $r=0,74$ ;  $p<0,001$ , apenas nos cristãos. E apenas nos cristãos se verificou um efeito indirecto da religiosidade na sintomatologia obsessivo-compulsiva, por via da fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade (efeito=0,15; SE= 0,08;  $p<0,05$ ).

Porém, também existem, pelo menos, dois estudos transversais, baseados em amostras não-clínicas,[2, 54] que não encontraram nenhuma correlação significativa entre religiosidade e sintomas obsessivo-compulsivos.

Para além do estudo dos efeitos da filiação e/ou devoção religiosas (vulgo *religiosidade*), alguns investigadores mostraram-se interessados no estudo do impacto que certos problemas espirituais, crenças religiosas específicas e formas positivas ou negativas de *coping* religioso<sup>XLI</sup> podem ter no fenómeno obsessivo-compulsivo. Por exemplo, um estudo clínico transversal, de 2012,[42] relatou uma associação positiva entre POC e importância dada à oração em situações de stress ( $OR=3,0$ ;  $p<0,044$ ) numa amostra representativa de norte-americanos de raça negra ( $n=6082$ ). Ora, a oração é uma forma muito comum de *coping* religioso, sobretudo em situações de maior stress, como é o caso do sofrimento provocado por doenças (ex: POC). Sendo o estudo de natureza transversal, não é possível o estabelecimento de qualquer relação temporal ou causal entre estas duas variáveis. Passando para o *coping* religioso negativo em específico, existe um estudo clínico transversal, de 2011,[40] que verificou que os doentes obsessivo-compulsivos que acreditavam num Deus punitivo, terrível, aterrorizante, invejoso, irado e/ou vingativo apresentavam mais medos escrupulosos ( $r=0,35$ ;  $p<0,002$ ). Outro estudo clínico transversal, de 2012,[41] sugeriu que o *coping* religioso negativo, baseado em crenças negativas do tipo “*Deus vai castigar-me*” ou “*Deus abandonou-me*”, pode ser um factor preditivo (estatístico) de POC e de doenças ansiosas ( $OR=1,07$ ;  $p=0,005$ ). Para além das amostras clínicas ou doentes (tabela 3), as pessoas saudáveis também foram objecto de investigação (tabela 5): por exemplo, dois estudos transversais de 2006, com amostras representativas norte-americanas de grande dimensão

---

<sup>XLI</sup> O *coping* religioso pode ser entendido como um processo activo e sempre mutável de adaptação, desencadeado por uma determinada pessoa que utiliza a sua religião (ex: crenças, rituais, etc.) como recurso. O *coping* positivo é benéfico, ajudando a pessoa a enfrentar melhor uma crise ou problema concreto e específico da sua vida (ex: doença). Já o *coping* negativo está associado a pior prognóstico, resultados terapêuticos mais fracos e estado mental mais deteriorado.[4, 7]

( $n > 1000$ ) e compostas aleatoriamente em 2004, verificaram que as pessoas que sofriam de mais conflitos espirituais ( $\beta = 0,29$ ;  $p < 0,001$ )[48] e que rezavam mais ( $\beta = 0,069$ ;  $p < 0,05$ )[49] apresentavam mais sintomas obsessivo-compulsivos. Mas, por outro lado, também se verificou que as pessoas que acreditavam na vida para além da morte (uma crença positiva) apresentavam menos sintomas obsessivo-compulsivos ( $\beta = -0,099$ ;  $p < 0,001$ ).[49]

Após uma breve revisão dos estudos supra-mencionados, e embora haja alguns resultados discrepantes, é possível concluir que, na população saudável, existe tendencialmente uma associação complexa e positiva entre a religião e o fenómeno obsessivo-compulsivo, mais concretamente, entre a religiosidade e as meta-cognições e sintomas obsessivos sub-clínicos, em amostras saudáveis (tabela 5).[2]

Porém, globalmente falando, o mesmo não se pode dizer dos estudos com amostras clínicas (tabela 3), constituídas por doentes obsessivo-compulsivos, que geralmente negaram a existência de provas convincentes de que a religião, sobretudo a religiosidade, possa ser um factor causal directo da POC.[2] Contudo, vários autores sugeriram que, se o contexto cultural e psicossocial do doente for intensamente marcado pela religião, a sua POC pode manifestar-se por sintomas condizentes com as crenças, preocupações, conflitos e comportamentos religiosos valorizados por ele.[2, 38] Esta ideia é compatível com a constatação epidemiológica de que a prevalência de sintomas religiosos/escrupulosos em países muçulmanos, ainda profundamente marcados pela religião, é mais alta do que nos países secularizados (tabela 4).[29, 34] E esta ideia corrobora a noção clássica de que grande parte das pessoas religiosas não são escrupulosas, mas as pessoas escrupulosas são geralmente bastante religiosas (devotas).[15] Porém, um recente estudo clínico, de 2011,[40] parece parcialmente divergir desta constatação, ao verificar que um quinto dos escrupulosos não declarou a sua filiação a nenhuma religião.

Esta discrepância de resultados entre estudos clínicos (tabela 3) e não-clínicos (tabela 5) obriga a uma certa cautela aquando da sua interpretação. Antes de mais, convém salientar a natureza correlacional/transversal dos estudos supra-mencionados, o que impossibilita o estabelecimento de relações temporais e, assim, dificulta o estabelecimento de inferências causais.[41, 42] Depois, também convém não esquecer que a identificação inicial de meta-cognições e/ou sintomas sub-clínicos não é significativamente preditiva de um diagnóstico de POC. Por outras palavras, os sintomas sub-clínicos, frequentes em pessoas saudáveis (cerca de 13% ao longo da vida), muitas vezes não chegam para despoletar uma POC.[19] Esta atenção deve ser acrescida quando o objecto de estudo são os adolescentes, que sofrem frequentemente de sintomas obsessivo-compulsivos reactivos, passageiros e próprios da sua idade, que é marcada pelo aflorar dos impulsos sexuais e agressivos e pelo amadurecimento da consciência moral.[19, 32]

Um outro facto a ter em conta é a natureza intrinsecamente complexa e multidimensional da religião, que torna difícil a sua conceptualização científica, operacionalização e medição/quantificação. Por exemplo, em relação à sua medição, existem mais de 70 diferentes instrumentos com esta função, sendo que cada instrumento mede uma ou mais variáveis operacionais representativas da religiosidade. Por vezes, estes instrumentos não conseguem ser suficientemente multidimensionais nem concordantes entre si.[41]

Para além de questões metodológicas e de operacionalização, pensa-se que a relação entre religião e fenómeno obsessivo-compulsivo pode ser melhor estudada e compreendida se se conseguir clarificar o impacto que certas formas rígidas de viver a religião ou certas crenças e práticas religiosas podem ter no reforço de determinadas meta-cognições disfuncionais. Neste âmbito, por exemplo, há tentativas de estudar o impacto da religiosidade, sobretudo cristã, na fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade, entendida por alguns autores como um elemento mediador entre a religiosidade e o fenómeno obsessivo-compulsivo (e escrupuloso).[15, 28, 36,

55] Este assunto vai ser melhor tratado mais abaixo, na secção “*Fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade*”.

Apesar do crescente uso de análises multivariadas e de regressão, uma outra possibilidade de estudo é identificar e excluir possíveis variáveis de confusão, tais como a idade, o sexo, as diferenças culturais, geográficas e étnicas, os traumas infantis e uma educação excessivamente austera e favorecedora do sentido hipertrofiado de responsabilidade. Estes factores podem ter simultaneamente fomentado a religiosidade e o fenómeno obsessivo-compulsivo, cuja relação se tornaria espúria, caso se confirmasse a existência de tais variáveis de confusão.[2, 28, 47]

Ainda sobre esta relação, há autores que defendem que as tendências e meta-cognições obsessivas foram incorporadas na personalidade dos doentes (ou potenciais doentes), ainda antes destes se tornarem mais religiosos. Ou seja, o aumento da religiosidade, sobretudo da frequência da oração, pode ter sido uma consequência ou forma de *coping religioso* face à intensificação do fenómeno obsessivo-compulsivo.[2, 42, 47] Esta hipótese é compatível com o facto de o *coping religioso* ser bastante utilizado, com sucesso, como estratégia de adaptação e luta contra as mais variadas doenças, incluindo as do foro psiquiátrico.[4] E também é compatível com um estudo transversal ( $n=61$ ), de 2005,[2] que verificou que os judeus saudáveis que se tornaram mais religiosos apresentavam mais sintomas obsessivos do que os que se tornaram menos religiosos ( $t=2,8$ ,  $p<0,01$ ; efeito moderado: *Cohen's d*=0,73). Para uma melhor fundamentação empírica desta teoria, são necessários estudos longitudinais que consigam especificar a relação temporal entre o aumento da religiosidade e a intensificação do fenómeno obsessivo-compulsivo.[2, 42, 47]

Por último, vale a pena enunciar, resumidamente, as várias limitações que, em geral, caracterizam grande parte dos estudos epidemiológicos supra-mencionados, designadamente: a dimensão relativamente reduzida das amostras; a existência de diferenças significativas na

metodologia e instrumentos psicométricos utilizados, sobretudo os que pretendem medir o fenómeno religioso; o uso de instrumentos/questionários, sobretudo os que quantificam a religiosidade, baseados fundamentalmente na auto-percepção ou avaliação subjectiva do indivíduo, sem confronto com outros dados objectivos ou com a avaliação de um terceiro; a religiosidade ser operacionalizada em variáveis diferentes e nem sempre fáceis de se compararem entre si; a existência, dentro das religiões, de denominações e grupos com diferenças teológicas, morais e culturais entre si, por vezes grandes e nem sempre devidamente respeitadas pelos estudos; o uso de amostras não-clínicas ou não-representativas (ex: estudantes universitários), que pode dificultar a aplicabilidade e generalização dos resultados para a população doente; e, por último, a natureza correlacional/transversal dos estudos, o que impossibilita o estabelecimento de relações temporais e, assim, dificulta o estabelecimento de inferências causais. Estas limitações podem comprometer a qualidade da investigação científica e favorecer a existência de resultados discrepantes entre os estudos, o que dificulta a sua comparação e generalização.[15, 42, 47, 50, 53]

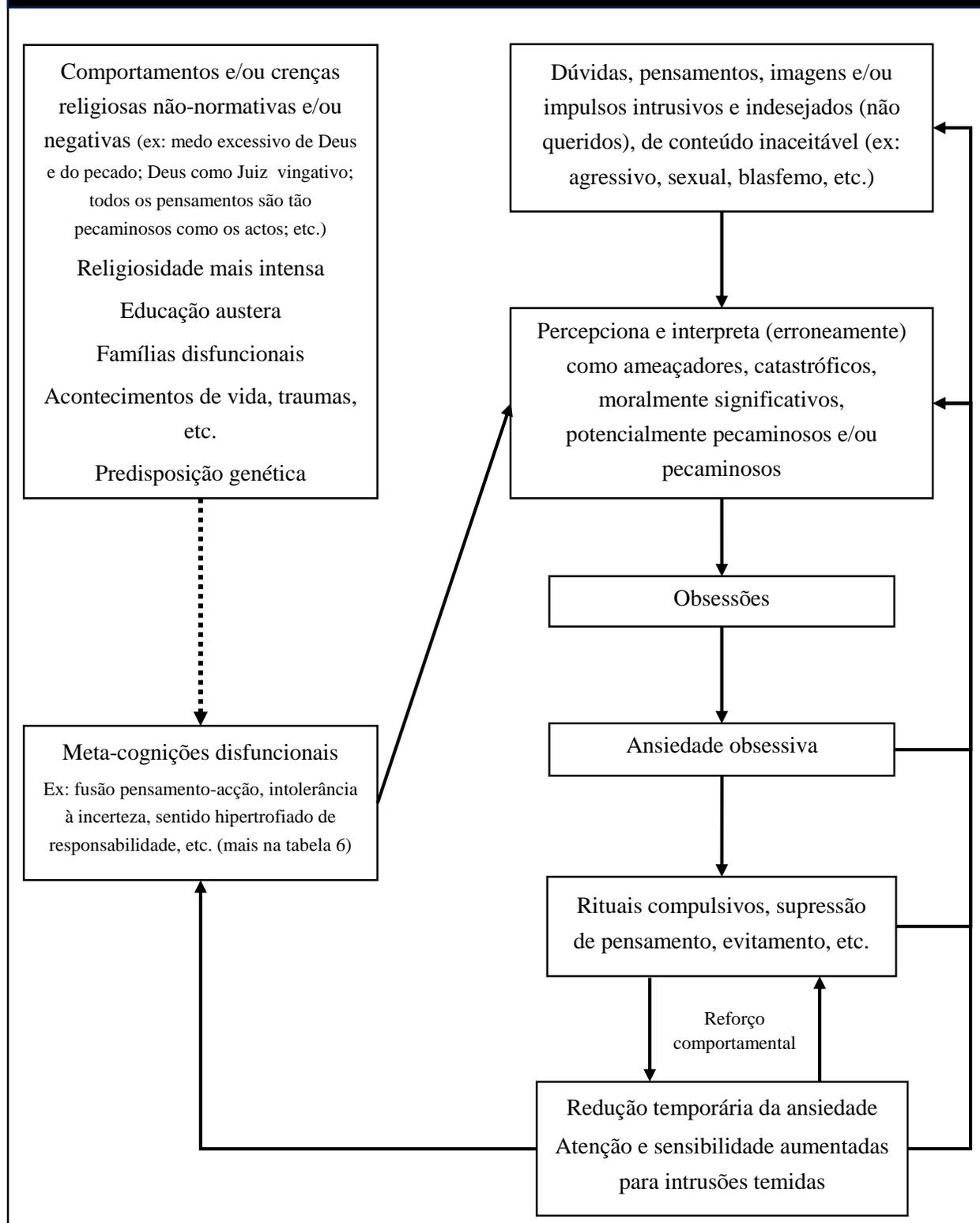
## **Enquadramento cognitivo-comportamental**

A teoria cognitivo-comportamental tornou-se imprescindível no entendimento do fenómeno obsessivo-compulsivo, sobretudo porque são múltiplos os seus contributos práticos que revolucionaram o tratamento da POC, essencialmente reunidos na psicoterapia com exposição e prevenção de resposta e nas terapias cognitivas.[28] Embora com algumas particularidades próprias que não devem ser esquecidas, o fenómeno escrupuloso também pode ser entendido à luz da teoria cognitivo-comportamental, cuja aplicação está resumida no esquema 1 (página seguinte).[15]

### **Intrusões vs obsessões: erros de percepção e interpretação**

Segundo esta teoria (esquema 1), não há diferenças significativas no que se refere à forma e ao conteúdo entre as obsessões patológicas e as intrusões ditas normais. As intrusões são pensamentos, imagens ou impulsos involuntários e indesejados que invadem subitamente a consciência, afectando cerca de 90% da população.[12, 13] Habitualmente, as pessoas saudáveis, apesar de as percepcionarem como indesejáveis e estranhas, consideram-nas insignificantes, porque normalmente não são queridas nem consentidas, acabando por conseguir rejeitá-las facilmente, geralmente por indiferença. Mas, o mesmo não acontece com os obsessivo-compulsivos (e escrupulosos), que sobrevalorizam e fixam continuamente a sua atenção nas intrusões.[12, 46]

## Esquema 1: Um modelo cognitivo-comportamental da escurpulosidade



Esquema adaptado de Abramowitz & Jacoby, 2014 [15] e Salkovskis, 1999 [12]

Logo, por outras palavras, a diferenciação entre o patológico e o normal reside antes nos mecanismos perturbados de percepção, interpretação e repetição comportamental presentes nos doentes, que percebem negativamente as intrusões como sendo perigosas, ameaçadoras e/ou imorais. Com o tempo, estas intrusões são transformadas em obsessões, que são mais intensas, frequentes, prolongadas no tempo, desconfortáveis e resistentes do que as intrusões ditas normais. [12, 46]

Então, tal como no fenómeno obsessivo-compulsivo, pode-se afirmar que na base do fenómeno escrupuloso estão as intrusões, mais especificamente a percepção e interpretação negativas e distorcidas das intrusões. O seu conteúdo, geralmente de carácter erótico, agressivo, transgressivo, herético ou blasfemo,[19] habitualmente vai contra a personalidade, a auto-imagem, o auto-valor e as convicções morais e religiosas do escrupuloso: por exemplo, se for casto, é mais provável que valorizasse mais e, por isso, fosse mais afectado por intrusões sexuais/obscenas; se for delicado e meigo, por intrusões violentas/agressivas, etc.[12]

As intrusões podem surgir sem nenhum estímulo aparente, mas a sua ocorrência está frequentemente associada ao contacto do doente com certos estímulos externos, por exemplo, pessoas (ex: mulher atraente), objectos (ex: cruces, imagens ou estátuas religiosas), actos (ex: lavagem ritual), palavras (ex: orações padronizadas) e situações (ex: cerimónias religiosas). Estes estímulos, outrora de conotação neutra ou até positiva, passaram a funcionar como gatilho (“*trigger*”) das intrusões, porque o escrupuloso os associou com as intrusões e a respectiva carga emocional negativa (ex: ansiedade, medo, sentimentos de culpa, etc.), passando também a percebê-los de forma negativa, através de um mecanismo semelhante ao condicionamento clássico.[13, 15, 28]

Da percepção negativa das intrusões podem suceder erros de interpretação sobre o significado das intrusões, que, para o doente escrupuloso, podem ser: importantes, pessoalmente significativos e/ou reveladores da suposta maldade ou loucura, intrínsecas à sua natureza pecaminosa; reveladores de uma possível perda de controlo; provocadores de uma possível catástrofe material e/ou moral sobre si próprio ou nos outros, etc.[12]

### **Papel das meta-cognições disfuncionais**

Pensa-se que os erros de interpretação das intrusões ocorrem mais frequentemente em pessoas com crenças ou meta-cognições disfuncionais. As meta-cognições são suposições ou crenças pessoais enraizadas acerca da forma e/ou conteúdo dos pensamentos e imagens que ocupam a consciência. Quando disfuncionais, tornam-se em factores de vulnerabilidade. As meta-cognições ou distorções cognitivas identificadas como estando relacionadas com o fenómeno obsessivo-compulsivo são (tabela 6):[12, 14, 47]

<b>Tabela 6: Crenças ou meta-cognições disfuncionais obsessivas</b>
Sentido hipertrofiado de responsabilidade
Sobrevalorização da importância dos pensamentos (incluindo fusão pensamento-acção)
Sobrevalorização da necessidade de controlo dos pensamentos
Sobrestimativa dos riscos ou do perigo
Perfeccionismo
Intolerância à incerteza

Adaptado de *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group*, 1997 [73]

- sentido hipertrofiado de dever, auto-agência e responsabilidade individual, ou seja, a crença de que uma pessoa é completamente responsável por todos os seus pensamentos e respectivas consequências catastróficas materiais e/ou espirituais, só porque os teve. Implícita a esta ideia está a

crença de que é também responsável por, e tem poder necessário para, fazer algo para prevenir ou remediar o mal a causar ou já causado;

- sobrevalorização da importância dos pensamentos, ou seja, a crença de que os pensamentos podem ter uma natureza moral e/ou significativa, só porque foram pensados, estando também implícita a crença de que uma pessoa é responsável por todos os seus pensamentos. Uma forma de sobrevalorizar os pensamentos é a fusão pensamento-acção, que é constituída por duas componentes: uma relacionada com a probabilidade (crença de que basta pensar em algo de mal para aumentar a probabilidade disso acontecer) e uma relacionada com a moralidade (crença de que o pensamento é moralmente equivalente ao acto correspondente, isto é, de que pensar em algo de mal é tão imoral como praticá-lo), denotando um certo pensamento mágico;
- sobrevalorização do controlo dos pensamentos, ou seja, a crença de que os pensamentos podem e devem ser totalmente controlados, podendo estar também implícita a crença de que o simples pensar pode provocar consequências morais e/ou materiais nocivas que devem ser prevenidas ou remediadas, promovendo, assim, a hiper-vigilância;
- sobre-estimativa irreal do risco, da gravidade e da vulnerabilidade pessoal ao perigo, com base na crença de que, à partida, as situações são perigosas até prova em contrário, o que potencia a apreciação automática de certos estímulos inócuos como ameaças;
- perfeccionismo, ou seja, a crença de que tudo pode e deve ser feito sem nenhum erro e de que os erros devem ser evitados a todo o custo, por exemplo, através da repetição e/ou lentificação dos actos até que a pessoa sinta que fez tudo bem. Num escrupuloso, o perfeccionismo traduz-se também, muitas vezes, numa interpretação demasiado rigorosa e literal dos mandamentos religiosos, para além do que é normativamente exigido;

- intolerância à incerteza, ou seja, o desejo de ter sempre a certeza absoluta de que nenhum mal poderia ocorrer antes de decidir algo ou de que nenhum mal ocorreu após ter feito algo, o que provoca dificuldades de decisão e dúvidas recorrentes sobre a justeza das suas decisões, frequentes hesitações e desconforto sobre tudo o que é novo e/ou ambíguo.

Estas meta-cognições obsessivas supra-mencionadas, nomeadamente a sobrevalorização da importância dos pensamentos ( $r=0,44$ ) e controlo dos mesmos ( $r=0,6$ ), a fusão pensamento-acção relacionado com a moralidade ( $r=0,44$ ) e o sentido hipertrofiado de responsabilidade ( $r=0,44$ ), estão também significativamente correlacionadas ( $p<0,003$ ) com o fenómeno escrupuloso, como foi demonstrado por um estudo clínico ( $n=71$ ) transversal de 2006 (tabela 3).[36]

### **Etiologia e correlação com religiosidade**

Não se sabe muito bem quais são as causas nem os mecanismos específicos que provocam estas distorções cognitivas ou as intrusões. Os possíveis factores predisponentes ou de vulnerabilidade são: a predisposição genética; a personalidade prévia ansiosa ou obsessiva; ser filho único ou mais velho, sobretudo se oriundo de uma família disfuncional, porque o seu risco de assumir responsabilidades parentais é maior; as crenças negativas ou disfuncionais acerca de Deus e do pecado; a rigidez moral; os traumas infantis e a relação com os pais e educadores durante a infância. Ainda em relação à infância, um outro factor predisponente bastante citado é a educação severa, habitualmente centrada excessivamente no dever, na disciplina férrea, na rigidez moral e/ou na promoção do medo e da intolerância ao risco e ao erro. Os factores precipitantes são, sobretudo, as situações provocadores de stress e/ou de sintomas ansiosos e/ou depressivos, tais como os acontecimentos de vida marcantes e/ou com aumento de responsabilidades profissionais e familiares (ex: assunção de deveres religiosos na maioridade; dilemas existenciais; casamento;

parto; um incidente grave em que a inacção provocou mal a alguém, se bem que a intenção não fora essa, etc.).[2, 13, 15, 19, 28, 32, 36, 47]

Como já foi anteriormente referido<sup>XLII</sup>, vários estudos epidemiológicos transversais, baseados em amostras constituídas por pessoas saudáveis (tabela 5), verificaram uma correlação significativa entre a religiosidade (ou intensidade de vivência religiosa) e as seguintes meta-cognições: fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade,[22][20][46, 54, 55] sentido hipertrofiado de responsabilidade,[60][45] sobrevalorização da importância dos pensamentos e do controlo dos mesmos,[45, 47][61], intolerância à incerteza[60] e perfeccionismo.[66][15]

Porém, como também já foi anteriormente referido, a existência de correlação demonstrada por estudos transversais, por mais forte e significativa que seja, não permite o estabelecimento de inferências temporais e causais acerca do papel da religiosidade como factor de risco da POC.[41, 42]

### **Fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade**

De entre as meta-cognições disfuncionais supra-mencionadas (tabela 6), a fusão pensamento-acção, sobretudo a sua componente/vertente relacionada com a moralidade<sup>XLIII</sup>, tem recebido alguma atenção especial, tendo sido especificamente relacionada com o fenómeno obsessivo-compulsivo (e escrupuloso) por vários autores.[15, 31, 36, 55] De facto, por exemplo, um estudo transversal de 2008 ( $n=714$ , 73,3% de cristãos e 15% de ateus/agnósticos), baseando-se num modelo de equação estrutural significativamente aceitável e parcimonioso,[52]<sup>XLIV</sup> verificou que a religiosidade prediz estatisticamente a fusão pensamento-acção, por mediação parcial do sentido

---

<sup>XLII</sup> Para mais pormenores, sobretudo estatísticos, ver capítulo “Estudos epidemiológicos” e tabela 5.

<sup>XLIII</sup> Conceito explicitado acima, na secção “Papel das meta-cognições disfuncionais”.

<sup>XLIV</sup> *Marino et al.*, 2008 – para mais pormenores, sobretudo estatísticos, ver tabela 5.

hipertrofiado de responsabilidade; e, por sua vez, a fusão pensamento-acção prediz a adopção de estratégias de neutralização de intrusões obsessivas.

Outros estudos, também baseados em amostras saudáveis (tabela 5),<sup>[22]</sup><sup>XLV</sup> afirmaram a existência de uma associação positiva entre religiosidade e fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade, sendo esta correlação mais consistente em amostras cristãs.<sup>[20]</sup><sup>XLVI</sup><sup>[54]</sup><sup>XLVII</sup><sup>[46]</sup><sup>XLVIII</sup><sup>[55]</sup><sup>XLIX</sup> Por exemplo, um estudo recente ( $n=85$  saudáveis), de 2013,<sup>[55]</sup> mostrou que, em comparação com os judeus e ateus/agnósticos, apenas nos cristãos ( $n=33$ ) se verificou um efeito indirecto significativo da religiosidade (cristã) na sintomatologia obsessivo-compulsivo, por via da fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade (efeito=0,15; SE= 0,08;  $p<0,05$ ).

Sendo possível que esta meta-cognição obsessiva esteja mais associada ao Cristianismo, há autores que o justificam com o facto desta religião ensinar que, em determinados casos, existem certos desejos e pensamentos que, se queridos e escolhidos em plena consciência e total consentimento deliberado, podem ser moralmente equivalentes aos actos pecaminosos correspondentes, como por exemplo no caso do adultério e de outros pecados de âmbito sexual. A título de exemplo, a tradição cristã ensina que Jesus Cristo considerou o simples e claro desejo ou intenção de adultério como pecaminoso, ao afirmar: “*Ouvistes o que foi dito: “Não cometerás adultério”. Eu, porém, digo-vos que todo aquele que olhar para uma mulher, cobiçando-a, já cometeu adultério com ela no seu coração*” (Mateus 5, 27-28).<sup>[15, 22, 31, 55]</sup>

---

<sup>XLV</sup> Yorulmaz et al., 2009 –  $F(1, 149)=8,35$  ( $p<0,001$ ) entre grupos “muito religioso” e “pouco religioso” (com cristãos e muçulmanos).

<sup>XLVI</sup> Siev et al., 2007 –  $r=0,44$ ;  $p<0,002$  apenas nos cristãos;  $F=63,07$  ( $p<0,001$ ).

<sup>XLVII</sup> Siev et al., 2010 –  $r=0,39$  ( $p<0,001$ ) apenas nos católicos e  $r=0,47$  ( $p<0,001$ ) nos protestantes.

<sup>XLVIII</sup> Rassin et al., 2003 –  $r=0,42$  ( $p<0,01$ ) nos católicos e  $r=0,71$  ( $p<0,01$ ) nos protestantes.

<sup>XLIX</sup> Williams et al., 2013 –  $r=0,74$ ;  $p<0,001$ , apenas nos cristãos.

Porém, apesar de não ser uma meta-cognição inteiramente coerente com a doutrina islâmica, [22] a sua presença nos muçulmanos não é desprezível,[53] com um recente estudo transversal ( $n=743$  saudáveis), de 2014,[56]<sup>L</sup> a sugerir que a fusão pensamento-acção (efeito indirecto=0,51; 95% CI=0,32–0,74;  $p<0,01$ ) e a sensibilidade/aversão ao nojo (efeito indirecto=0,07; 95% CI=0,02–0,19;  $p<0,05$ ) poderem ser elementos mediadores da relação entre religiosidade e sintomatologia obsessivo-compulsiva nos muçulmanos.

Porém, se a fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade está positivamente associada à escrupulosidade, torna-se, então, premente enquadrar este dado com a noção de que grande parte das pessoas religiosas não são escrupulosas (ou obsessivo-compulsivas), apesar de aderirem, algumas delas até fervorosamente, aos ensinamentos e vivências religiosas que supostamente fomentam esta meta-cognição, porque valorizam os pensamentos consentidos como significativos e passíveis de qualificação moral.[15] Também é preciso conciliar a relativa constância da prevalência da POC em todo o mundo com a constatação de que esta meta-cognição, entendida como possível factor de risco, está mais associada ao Cristianismo.[51]

Uma possível solução para este aparente dilema é pensar que esta meta-cognição nem sempre é considerada patológica, sobretudo se for vivida normativamente numa determinada religião que defende o seu uso para julgar determinadas questões morais, como é o caso do Cristianismo.[15, 31] Um estudo transversal de 2010 ( $n=341$ ),[54] baseado numa amostra saudável de cristãos e judeus (tabela 5), parece corroborar esta hipótese, ao verificar uma associação positiva ( $p<0,001$ ) entre a fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade e a religiosidade católica ( $r=0,39$ ) e protestante ( $r=0,47$ ), mas não entre esta meta-cognição e a sintomatologia obsessivo-compulsiva. Todavia, uma associação positiva ( $p<0,001$ ) entre estas duas últimas variáveis foi verificada nos

---

<sup>L</sup> Inozu et al., 2014 – mais pormenores estatísticos na tabela 5.

judeus ( $r=0,36$ ), cuja religiosidade não está correlacionada com a meta-cognição estudada. Por isso, os autores deste estudo especularam que esta meta-cognição possa apenas ser um factor de risco da POC quando não for religiosa ou culturalmente normativa, sendo este o caso dos judeus.

Uma outra forma de encarar o dilema é valorizar e reconhecer que as pessoas religiosas saudáveis, sem dúvidas mórbidas, conseguem habitualmente distinguir os pensamentos consentidos dos não-consentidos. Aliás, a realização desta distinção é enfatizada em várias religiões, sobretudo no Cristianismo, como normativa e importante para qualificar correctamente a moralidade dos pensamentos. Nesta óptica, para o cristão, as intrusões não-consentidas, incluindo aquelas com conteúdo inaceitável, são encaradas com naturalidade e consideradas moralmente neutras. Apenas se tornam pecaminosas quando a pessoa, sabendo que o seu conteúdo é inaceitável, quer e escolhe, livre e conscientemente, mantê-las, provocá-las e deleitar-se nelas, transformando-as assim em desejos queridos e pensamentos consentidos.[15]

### **Intolerância à incerteza**

Seguindo a linha de raciocínio supra-mencionada, pode-se especular que deverão existir outras variáveis ou distorções cognitivas, a par da fusão pensamento-acção, que diferenciam uma pessoa religiosa saudável de um escrupuloso. Por exemplo, *Abramowitz & Jacoby* (2014)[15] propuseram uma teoria baseada na intolerância à incerteza<sup>L1</sup>. Segundo estes autores, os escrupulosos apresentam dificuldades mórbidas em distinguir entre pensamentos consentidos e não-consentidos e, genericamente, entre o que é pecado e o que não é. Também exibem marcadas dificuldades tanto

---

<sup>L1</sup> Conceito explicitado na sub-capítulo “Papel das meta-cognições disfuncionais”.

em decidir, como em interpretar e aplicar os ensinamentos, leis e mandamentos religiosos nas situações concretas.

Estas dificuldades de decisão e/ou juízo moral advêm do seu conhecimento de que a consciência humana é falível. Perante esta ideia, exacerbada e distorcida pela sua interpretação catastrofista e pela intolerância à incerteza, os escrupulosos têm medo de, ao errarem em qualquer juízo moral, cometer algum pecado que lhes vá causar a condenação eterna ou outras consequências maléficas. Associado por vezes a um medo excessivo de Deus, sobretudo do risco de Deus ser um Juiz severo e implacável, os escrupulosos, dominados pela ansiedade, desejam por isso garantias absolutas de que vão ser salvos, que não pecaram, etc. O problema reside na impossibilidade de uma boa parte destas matérias religiosas serem provadas inequivocamente, porque a sua natureza é essencialmente espiritual. Aliás, a base da religião é a fé, que pressupõe sempre um certo grau de incerteza: como dizia São Paulo, a fé sobrenatural é “*o fundamento das coisas que se esperam, e uma demonstração das que não se vêem*” (Hebreus 11, 1).

Nesta perspectiva, estes autores[15] sugeriram que grande parte das pessoas estão até protegidas da escrupulosidade pela sua saudável religiosidade, porque não buscam provas irrefutáveis, mas antes cultivam a fé de que a sua luta espiritual e adesão aos mandamentos e rituais religiosos são sinais suficientes de correspondência ao amor de Deus, para que Ele os salve.

Recentemente, um estudo de manipulação experimental, com grupos-controlo, de saliência e *priming* ( $n=120$  crentes saudáveis)[57]<sup>LII</sup> demonstrou que, independentemente da religiosidade, a interação entre saliência da incerteza e *priming* de conceitos de Deus fez aumentar os medos escrupulosos [ $F(1,115)=4,78$ ;  $p<0,031$ ]. Estes resultados empíricos (tabela 5) suportam a teoria supra-cita, ou seja, de que os indivíduos religiosos com maior presença de Deus na sua vida e que

---

<sup>LII</sup> Fergus et al., 2015 – para mais pormenores, sobretudo estatísticos, ver tabela 5.

padecem mais frequentemente de estados de incerteza ou dúvida, fomentados pela intolerância à incerteza, estão em maior risco de serem escrupulosos. Porém, mais estudos, sobretudo longitudinais e com amostras clínicas e representativas, são necessários para tornar estes resultados passíveis de generalização.

### **Das obsessões para as compulsões: um ciclo vicioso**

As meta-cognições disfuncionais supra-referidas (tabela 6), associadas a uma excessiva rigidez e constância de pensamento (ou ideação fixa), relacionam-se entre si numa complementariedade sinérgica capaz de interferir nos processos cognitivos de percepção e interpretação, contribuindo assim para transformar uma intrusão dita normal numa obsessão.[12, 13, 28]

Face a uma intrusão/obsessão, o doente, que a percebe negativamente, tenta por isso controlá-la a todo o custo, habitualmente utilizando a preocupação (isto é, demorar-se na análise racional da moralidade e/ou potenciais consequências negativas de determinada intrusão) e a auto-punição (isto é, ficar zangado e/ou sentir-se culpado por ter a intrusão) como estratégias de controlo dos pensamentos (intrusivos).[50] Por exemplo, um estudo transversal de 2007 ( $n=93$  saudáveis)[50]<sup>LIII</sup> apoia empiricamente esta constatação, ao verificar que existe uma correlação positiva entre sintomatologia obsessivo-compulsiva e estratégias de preocupação ( $r=0,29$ ;  $p<0,01$ ) e auto-punição ( $r=0,35$ ;  $p<0,01$ ), sendo que a relação entre sintomatologia e estratégia de auto-punição é mediada por medos escrupulosos ( $Z=2,66$ ;  $p<0,01$ ).

Perante o fracasso do controlo mental, o doente exhibe uma resposta emocional disfuncional, marcada pela ansiedade, depressão, medo e sentimentos de culpa irracionais, que, por sua vez, vai

---

<sup>LIII</sup> Moore et al., 2007 – para mais pormenores, ver tabela 5.

aumentar a frequência das intrusões e reforçar ainda mais os erros de percepção e interpretação.[12, 13] Querendo assumir as responsabilidades, prevenir o mal e/ou expiar a culpa, o escrupuloso tenta neutralizar e/ou evitar a todo o custo a suposta ameaça, que pode ser, por exemplo, a provocação de danos nos outros, a ruptura da sua relação pessoal com Deus e/ou com a comunidade religiosa, a possibilidade de ter induzido outros a pecarem e a condenação eterna para si e/ou os outros. Geralmente, são medos difíceis de desmentir, o que provoca peculiares desafios à psicoterapia (tabela 7).[15, 28]

Esta tentativa de neutralização das obsessões, à partida condenada ao fracasso, mas não obstante repetida até à exaustão, é feita através do evitamento, do controlo e/ou supressão de pensamentos, de rituais compulsivos, da valorização de novos pensamentos mais pertinentes e absurdos, etc.. Sobrecarregado por sentimentos patológicos de culpa, o escrupuloso costuma realizar compulsivamente os rituais religiosos que estão normativamente relacionados com a expiação da culpa e/ou lhe permitem alguma tranquilização (ex: Confissão).[19, 28]

Com isto, uma forte ligação funcional entre obsessões e compulsões é assim estabelecida, acabando por se tornar num ciclo vicioso (esquema 1), difícil de quebrar, porque, com o tempo, o doente realizará com cada vez maior automatismo as compulsões, que são interpretadas como necessárias para diminuir a ansiedade provocada pelas obsessões.[12, 13] Esta diminuição de ansiedade, que é apenas temporária, pode ser considerada uma recompensa que ajuda a perpetuar as compulsões.[19, 28]

## **Implicações no tratamento**

### **Notas introdutórias**

A escrupulosidade pode ser tratada como se fosse uma dimensão sintomática da perturbação obsessivo-compulsiva (POC), ou seja, com farmacoterapia baseada nos antidepressivos inibidores da recaptção da serotonina (ISRS) e/ou com psicoterapia, nomeadamente a terapia cognitivo-comportamental com exposição e prevenção de resposta (EPR).[60] Estas terapêuticas têm demonstrado ser eficazes, sendo recomendadas como tratamentos de primeira linha para a POC.[9, 10] No caso da POC, a eficácia terapêutica ou resposta clínica significativa é habitualmente considerada presente se houver uma diminuição de 25% [10] a 35% [9, 10] da pontuação do Y-BOCS ou uma avaliação com 2 pontos (“*much improved*”) ou 1 ponto (“*very much improved*”) na sub-escala *Clinical Global Impression – Global Improvement* (CGI-I: 1 – 7 pontos), no pós-tratamento. A remissão é quando a pontuação do Y-BOCS for inferior a 16 e a recaída é quando a dita pontuação sofrer um aumento de 25%.[9]

Porém, mesmo sendo geralmente eficazes e considerados de 1ª linha, os sintomas residuais podem persistir na maioria dos doentes no pós-tratamento, com apenas 12% a alcançar a remissão total, e cerca de 30% são resistentes às terapias supra-referidas.[60]

### **Psicoterapia com exposição e prevenção de resposta**

A psicoterapia cognitivo-comportamental com exposição e prevenção de resposta (EPR) consegue reduzir entre 32-86% da sintomatologia obsessivo-compulsiva, quantificada pelo Y-BOCS.[10] A taxa de recaídas pós-tratamento pode ser de 12% às 12 semanas e a taxa de abandono da terapia pode rondar os 23%, possivelmente devido à sua natureza exigente.[10] Ela pode ser

usada em combinação com a farmacoterapia para potenciar o efeito desta última.[10] Não havendo ainda um claro consenso sobre esta matéria, as normas de orientação norte-americanas de 2007[10] recomendam, como plano psicoterapêutico inicial, a prescrição de 13-20 sessões semanais, com duração de 1 a 2 horas, ou de 5 sessões/semana, durante 3 semanas, também com duração de 1 a 2 horas. Caso a terapia inicial for eficaz, sessões mensais de manutenção devem ser realizadas durante os primeiros 3 a 6 meses.

Como o nome indica, a psicoterapia com EPR serve fundamentalmente para quebrar o ciclo vicioso de reforço mútuo entre as obsessões e as compulsões, através de uma série de exposições prolongadas a estímulos que, estando associados ao aparecimento de obsessões, provocam ansiedade. Nestas sessões, o doente deve tolerar esta ansiedade até que diminua espontaneamente de intensidade, sem realizar as compulsões (prevenção de resposta). Com o tempo, vai desenrolar-se o processo da habituação no doente, que aprenderá que a ansiedade pode ser diminuída sem necessidade de compulsões e/ou que nenhum mal lhe ocorrerá se não as realizar, despoletando assim mudanças cognitivas, que podem ser potenciadas por terapias ou técnicas cognitivas específicas.[10, 13, 21, 28]

A exposição a estímulos pode ser *in vivo* e/ou imaginária. Na exposição *in vivo*, o doente enfrenta estímulos em cenários verossímeis com a vida real, enquanto que na exposição imaginária, ele ouve e imagina repetidamente situações em que o seu medo principal se torna realidade por não ter realizado correctamente as suas compulsões (ex: imaginar as consequências por não ter neutralizado uma intrusão blasfema com um certo número de orações compulsivas; ouvir, relatar, escrever e/ou ler descrições acerca do conteúdo dos seus pensamentos obsessivos, etc.).[10, 21, 24]

## **Farmacoterapia**

Os fármacos de primeira linha no tratamento da POC, mencionados na tabela 7, são a clomipramina (um antidepressivo tricíclico) e os inibidores selectivos da recaptção da serotonina (ISRS), nomeadamente a fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina e sertralina. O citalopram (40-80 mg/dia) e escitalopram (20-40 mg/dia) também são utilizados, mas em regime “*off-label*”. [10]

<b>Tabela 7: Farmacoterapia de 1ª linha recomendada para a POC (e escrupulosidade)</b>		
<b>Grupo farmacológico</b>	<b>Fármaco</b>	<b>Dose-alvo eficaz recomendada (adulto)</b>
ISRS	Fluvoxamina	200-300 mg/dia
ISRS	Fluoxetina	40-80 mg/dia
ISRS	Paroxetina	40-60 mg/dia
ISRS	Sertralina	200 mg/dia
ADT	Clomipramina	100-250 mg/dia
<b>Pode ser necessário a sua associação com:</b>	Psicoterapia (com exposição e prevenção de resposta)	
	Anti-psicóticos (haloperidol, risperidona, quetiapina, olanzapina, etc.)	

Legendas: ISRS – inibidor selectivo da recaptção da serotonina; ADT – antidepressivo tricíclico.

Baseado em normas de orientação sobre o tratamento da POC, emitidas em 2007 pela *American Psychiatric Association* [10]

A eficácia destes fármacos, que inibem a recaptção de serotonina, não parece diferir significativamente uns dos outros. Os ISRS são geralmente utilizados primeiro, em detrimento da clomipramina, porque apresentam um melhor perfil de segurança. [10]

Estes fármacos não apresentam efeitos terapêuticos imediatos, mas sim, em média, apenas ao fim de 4-6 semanas de tratamento, em que a melhoria sintomática é alcançada de forma lenta e gradual. Para minimizar as reacções adversas (ex: problemas gastro-intestinais, insónia,

sonolência, problemas sexuais, etc.), geralmente é feita uma titulação gradual e crescente até à dose-alvo eficaz.[10]

A taxa de recaídas da farmacoterapia é variável: cerca de 4%, às 28 semanas após suspensão da sertralina; cerca de 45%, às 12 semanas após suspensão da clomipramina; até cerca de 89%, às 7 semanas após suspensão da clomipramina).[10] Por isso, para evitar as recaídas, pode ser necessário um tratamento farmacológico de manutenção de um a dois anos.[9, 10] Porém, se a suspensão farmacológica for necessária ou querida pelo doente, esta deve ser realizada de modo gradual, por exemplo, através de uma diminuição faseada de 10-25% da dose em cada um a dois meses, com vigilância centrada na detecção de eventual agravamento ou reaparecimento dos sintomas.[10]

Considera-se resistente ou pouco sensível aos fármacos de primeira linha, por exemplo, apenas após 12 semanas de tratamento, dos quais 4–6 semanas com dose eficaz máxima tolerada.[10] Nestes casos, pode ser útil a mudança para outro ISRS ou para a clomipramina, bem como a sua associação com psicoterapia com EPR e/ou com antipsicóticos, tais como o haloperidol, risperidona, quetiapina ou olanzapina.[9, 10]

## **Eficácia na escrupulosidade**

Embora existam relatos de casos clínicos que evidenciam a eficácia da farmacoterapia (fluoxetina)[25]<sup>LIV</sup> e da psicoterapia com EPR[24]<sup>LIV</sup> no tratamento de doentes com obsessões religiosas (ou escrúpulos), a eficácia destes tratamentos de 1ª linha, sobretudo da psicoterapia, em

---

<sup>LIV</sup> Burt & Rudolph, 2000 – farmacoterapia (fluoxetina, 20-60 mg/dia), numa judia ortodoxa de 26 anos, com múltiplas gestações.

<sup>LIV</sup> Himle & Thyer, 1989 – EPR baseado em exposição imaginária (audição, leitura e escrita do conteúdo dos pensamentos blasfemos), 5-7x/semana, durante 17 semanas. Doente (cristão, homem, 50 anos) com redução de SUD (*subjective units of distress*) de 74-87 para zero. Manutenção de resultados ao fim de 2 anos.

doentes cuja dimensão sintomática primária são as obsessões puras (incluindo nesta categoria as obsessões religiosas), continua a ser objecto de controvérsia.[60]

*Starcevic et al.* (2008),[60] revendo a evidência contraditória sobre esta matéria, concluíram que a presença de obsessões puras (actualmente designadas por “pensamentos proibidos ou inaceitáveis”) é geralmente factor preditivo de resistência aos tratamentos convencionais de 1ª linha. Porém, uma leitura apenas superficial dos resumos/*abstracts* dos 15 estudos revistos por estes autores sobre esta matéria, já é suficiente para lançar algumas dúvidas sobre esta conclusão, porque, dos quinze estudos revistos, apenas cinco afirmavam que as obsessões puras eram factor de resistência terapêutica. Estes cinco estudos clínicos eram: uma meta-análise de 1987 sobre a eficácia da clomipramina e psicoterapia com EPR; um ensaio clínico aberto e sem controlo ( $n=104$ ), de 2006, à psicoterapia com EPR; um ensaio clínico aberto e sem controlo ( $n=60$ ), de 2001, com *follow-up* nos primeiros 5 anos de tratamento com inibidores de recaptação de serotonina e psicoterapia com EPR; um estudo analítico, de 2002, secundário a um ensaio clínico controlado, randomizado (ECR) e multicêntrico ( $n=153$ ) à psicoterapia com EPR individual e guiada por computador; e, por fim, um estudo caso-controlo ( $n=122$ ), de 2005, à farmacoterapia com inibidores de recaptação de serotonina.

Os restantes dez estudos revistos (3 ECR's a inibidores de recaptação de serotonina; 4 estudos analíticos secundários a ECR multicêntricos a inibidores de recaptação de serotonina; 2 ECR's à psicoterapia modificada com EPR e re-estruturação cognitiva; e 1 ensaio clínico aberto e sem controlo à psicoterapia com EPR) negaram que as obsessões puras, sobretudo as obsessões sexuais/religiosas, possam ser um factor de resistência terapêutica.

Como estes estudos não constavam da minha pesquisa bibliográfica para a realização do presente trabalho, não irei analisar mais esta questão, deixando em aberto este assunto para futuros investigadores interessados sobre esta matéria.

## **Psicoterapia cognitivo-comportamental adaptada à escurpulosidade**

*Starcevic et al.* (2008), no seu artigo de revisão,[60] recomendaram que, nos doentes com predomínio de obsessões puras (incluindo as religiosas), seria benéfico a prescrição conjunta de farmacoterapia com inibidores de recaptção de serotonina e de psicoterapia modificada e combinada com EPR e técnicas cognitivas. Segundo estes autores, esta psicoterapia modificada, que pretende enquadrar no tratamento as especificidades dos doentes com obsessões puras, apresentou bons resultados em dois ECR's, um publicado em 1997 ( $n=29$ ; redução média de Y-BOCS de 58,3%)<sup>LVI</sup> e outro publicado em 2005 ( $n=26$ ; redução média de Y-BOCS de 38% no grupo que recebeu sessões psicoterapêuticas individuais e de 68% no grupo que recebeu sessões psicoterapêuticas de grupo)<sup>LVII</sup>. Perante estes resultados promissores, mais estudos serão necessários para generalizar e melhorar os procedimentos terapêuticos.[10, 60]

Formas de psicoterapia modificada e especificamente adaptada aos escurpulosos, nomeadamente os que professam o judaísmo ultra-ortodoxo, apresentaram resultados animadores em séries de casos clínicos publicados: *Huppert et al.* (2007)[21] relataram que 9 dos seus 12 doentes, todos eles judeus ultra-ortodoxos, apresentaram uma avaliação pós-tratamento com 1 a 2

---

<sup>LVI</sup> Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. *Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts*. Behav Res Ther 1996; 34:433-446 – artigo/ECR não foi incluído e analisado neste trabalho, por não constar da pesquisa bibliográfica efectuada.

<sup>LVII</sup> O'Connor K, Freeston MH, Gareau D et al. *Group versus individual treatment in obsessions without compulsions*. Clin Psychol Psychother 2005; 12:87-96 – artigo/ECR não foi incluída e analisada neste trabalho, por não constar da pesquisa bibliográfica efectuada.

pontos na sub-escala CGI-I pelo terapeuta e pelo doente, com apenas 2 doentes a abandonarem a terapia a meio; e *Bonchek & Greenberg* (2009)[23] relataram três casos de judeus ultra-ortodoxos, todos eles com escrúpulos de errar nas orações matinais diárias e compulsões de repetição das mesmas (70-160 vezes/dia), que conseguiram deixar de repetir as orações por terem aderido a uma forma adaptada de psicoterapia com EPR (“*guided prayer repetition*”).

Os autores supra-referidos[21, 23] mencionaram uma série de peculiaridades, precauções e adaptações específicas a ter em conta no tratamento da escrupulosidade (tabela 8), e que serão descritas logo a seguir.

### **Peculiaridades, precauções e adaptações específicas**

Antes de mais, convém salientar que as crenças ou meta-cognições obsessivas (tabela 6) de um doente escrupuloso, que alimentam os seus medos escrupulosos, assumem uma particular importância e são apontadas como possíveis elementos de resistência terapêutica, sobretudo à psicoterapia com EPR.[60] A natureza destes medos também não facilita as sessões de EPR, já que boa parte deles não são materializáveis e reproduzíveis em cenários *in vivo* e são difíceis de desmentir, porque, caso exista a vida para além da morte, o doente apenas obterá a certeza de ter alcançado ou não a salvação depois de morrer. Devido a estes medos de cometer algum pecado que lhe valha a condenação eterna, mas também porque a psiquiatria ainda é encarada com uma certa desconfiança por parte de alguns sectores religiosos, os escrupulosos podem acabar por aderir menos, desconfiar ou até abandonar a psicoterapia.[11, 21, 28]

Perante estas vicissitudes e peculiaridades, algumas adaptações e cuidados especiais (tabela 8) merecem ser considerados. Antes de mais, é importante, logo no início, estabelecer e explicar ao doente os mecanismos psicológicos da doença e do respectivo tratamento, podendo ser útil o uso

de linguagem e conceitos religiosos para cumprir tal objectivo.[11, 21, 33] Neste aspecto em específico, existe um estudo-inquérito, de 2010,[61] a 91 judeus ortodoxos, recrutados com a ajuda de vários sítios da *Internet* e organizações sócio-religiosas judaicas, que revelou que os modelos etiológicos de natureza moral (ex: educação, má personalidade, vontade de Deus, etc.) não estão associados a uma maior estigmatização social junto desta amostra, que analisou a história clínica de um doente obsessivo-compulsivo da sua religião. Porém, pelo contrário, os modelos biomédicos de POC, baseados em factores genéticos, foram percepcionados como um factor estigmatizante[61]<sup>LVIII</sup> que possa diminuir as probabilidades do doente de ter um bom casamento e uma família funcional.

<b>Tabela 8: Algumas peculiaridades da psicoterapia com EPR na escrupulosidade</b>
Doente habitualmente mais difícil, desconfiado e que arrisca menos
Respeito pela religiosidade do doente
Conhecimento sólido das crenças e leis religiosas normativas, comparando-as com a religiosidade exibida pelo doente
Possível necessidade de desafiar crenças religiosas negativas e/ou não-normativas do doente
Predomínio da exposição imaginária
Exposição a situações, não pecaminosas em si, mas com alguma ambiguidade e um risco de pecar baixo (mas significativo para o doente)
Possibilidade de não ser ético e/ou destruir relação médico-doente se forçar o doente a pecar
Possível colaboração adjuvante de uma autoridade religiosa

Legenda: EPR – exposição e prevenção de resposta

<sup>LVIII</sup> Pirutinsky *et al.*, 2010 – análise de regressão hierárquica – após controlo das variáveis de percepção do doente ser perigoso e sofrer de doença mental, os modelos etiológicos genéticos continuam a estar associados a maior estigmatização social (família e casamento):  $B=2,2$ ;  $SE\ B=0,92$ ;  $\beta=0,27$ ;  $p<0,05$ .

Um importante objectivo terapêutico que pode ser salientado é tornar o doente livre e funcional nas suas actividades quotidianas, tendo confiança na sua própria consciência moral, apesar da ansiedade e das incertezas inerentes à imperfeição humana.[15, 21, 58] Na construção da relação médico-doente, é fundamental que a postura geral do psicoterapeuta seja de neutralidade terapêutica, ou seja, de respeito pela vida religiosa do doente, independentemente das suas opiniões pessoais sobre o assunto. Inclusive, se o doente quiser continuar a ser religioso, o psicoterapeuta pode assegurar-lhe que o tratamento não o vai afastar da religião, mas, pelo contrário, irá libertá-lo das obsessões, ajudando-o a melhorar a sua vida religiosa, fazendo-a basear-se no amor e/ou fé a Deus, em vez do medo obsessivo de pecar.[11, 15] Toda esta psico-educação pode ser importante para aumentar a adesão terapêutica do doente, já que ele necessita de estar bem motivado e determinado, porque a psicoterapia com EPR é bastante exigente e geradora de altos níveis de ansiedade e sofrimento durante o processo terapêutico.[11, 21]

Em relação à exposição a estímulos, a exposição imaginária assume uma particular utilidade, embora a sua escolha nem sempre é fácil, já que pode não ser ético e até ser contra-producente expôr o doente escrupuloso a situações que o obrigam a cometer pecados ou infracções às leis religiosas (ex: mentir, ver uma imagem explicitamente pornográfica, etc.). O doente pode reagir mal e simplesmente abandonar a terapia, sobretudo quando os pecados forem percebidos como graves e comprometedores da sua salvação eterna. Para contornar esta questão, *Huppert et al.* (2007)[21] propuseram uma abordagem terapêutica de exposição ao risco de pecar, em que as sessões de EPR tentam recriar situações que evocam no doente alguma incerteza ou dúvida de ter ou não pecado. Esta abordagem já é suficiente para lhe provocar ansiedade, porque o doente teme e acredita que existe uma probabilidade pequena, mas significativa, de vir a pecar ao expôr-se a estas situações, que, objectivamente, não são pecaminosas segundo a interpretação ortodoxa (ou normativa) da sua comunidade religiosa.[21]

Para motivá-lo, pode ser útil uma nova dose de psico-educação, lembrando-o de que a fé religiosa pressupõe sempre um certo grau de incerteza e que em todos os actos humanos há sempre riscos que é razoável aceitar (ex: as pessoas continuam a conduzir o seu automóvel, apesar de haver sempre algum risco de atropelar alguém). Se o doente continuar a hesitar, pode-se, com sua licença, pedir ajuda a uma autoridade religiosa em quem confie, para dar um voto de confiança quanto às sessões e ao psicoterapeuta. Esta autoridade religiosa pode, eventualmente, ajudar a criar situações de exposição que sejam compatíveis com as leis religiosas, eliminando assim mais um pretexto do doente para não aderir à terapia.[15, 21, 23]

Quanto à prevenção de resposta, primeiro é necessário distinguir um comportamento religioso saudável de um ritual compulsivo (tabela 2). De entre os rituais compulsivos, a oração compulsiva, por se tratar de um ritual mental, destaca-se pela sua dificuldade e controvérsia quanto ao modo de tratamento. Suprimir totalmente a oração, ou induzir o doente a rezar para que os seus medos se concretizem, podem ser abordagens incompatíveis com as crenças religiosas do doente sobre a eficácia da oração. Uma forma de contornar o problema é pedir ao doente que reze para que a vontade de Deus seja feita, independentemente da sua vontade pessoal, inserindo assim uma certa ambiguidade nas orações. Uma outra abordagem possível consiste na diminuição do tempo diário de oração, conseguida principalmente através da eliminação de formas compulsivas de oração e da redução da frequência com que o doente repete as suas orações.[11] Neste âmbito, está descrito uma forma adaptada de EPR (“*guided-prayer repetition*”)[23], que foi especificamente criada para combater a repetição compulsiva de orações matinais diárias em judeus ultra-ortodoxos e cujos resultados estão supra-referidos.

Para melhor compreender toda a abordagem psicoterapêutica supra-mencionada, vou parafrasear, em seguida, um exemplo relatado acerca da sua aplicação prática:[21]

A uma judia ultra-ortodoxa com medo obsessivo de misturar leite com carne quando estava a cozinhar, foi-lhe pedido para usar uma colher limpa, normalmente usada para confeccionar carne, para colocar farinha num cozinhado que contém leite como ingrediente. Ela não precisou de cozinhar carne e leite em conjunto como forma de enfrentar o seu medo obsessivo, porque a lei judaica manda expressamente separar estes dois alimentos no acto de cozinhar.

### **Uso de terapias (ou técnicas) cognitivas**

A psicoterapia com exposição e prevenção de resposta (EPR) pode ser combinado e complementado por terapias cognitivas, com o objectivo de aumentar a adesão terapêutica e a sua eficácia a longo prazo,[10] sendo de especial utilidade nos doentes com obsessões puras.[60] As terapias cognitivas são também uma alternativa viável em escrupulosos que, mesmo depois de feitas as devidas adaptações e precauções supra-citadas, se recusam em participar nas sessões de EPR.[9]

Baseando-se na teoria cognitivo-comportamental (esquema 1), o objectivo principal das terapias cognitivas é realizar no doente uma re-estruturação cognitiva, corrigindo as metacognições disfuncionais subjacentes aos processos cognitivos obsessivos (tabela 6), e não propriamente os pensamentos intrusivos ou obsessivos em si.[13] Nesta perspectiva, é interessante que o doente perceba que as intrusões não são mais do que pensamentos indesejáveis e involuntários experimentados por cerca de 90% da população; e que apenas as intrusões que são negativamente percebidas e interpretadas causam alterações afectivas e desejos de efectuar compulsões.[12, 13]

As meta-cognições disfuncionais também podem ser eficazmente corrigidas por psicoterapia com EPR, apesar desta última se centrar mais na vertente comportamental de quebrar a ligação funcional entre obsessões e compulsões.[12, 13] Aliás, a sobreposição técnica e semelhanças práticas entre a psicoterapia com EPR e as terapias cognitivas são grandes, por exemplo: a primeira implica muitas vezes fornecer psico-educação e desafiar meta-cognições disfuncionais através do diálogo socrático, enquanto que as últimas incorporam muitas vezes sessões comportamentais tecnicamente semelhantes à psicoterapia com EPR.[10] Porém, os objectivos dessas sessões comportamentais são: a correcção das meta-cognições obsessivas, através da experiência e não da discussão lógica; a identificação de interpretações negativas implícitas que motivam as compulsões, geralmente de longa data e realizadas já de forma automática, e a aprendizagem vivenciada de alternativas mais racionais e funcionais de percepção e interpretação do significado das intrusões e de outros estímulos.[12, 13]

Para além do diálogo socrático, várias técnicas cognitivas são frequente e informalmente incorporadas na psicoterapia com EPR, como por exemplo: a análise de custo-benefício (ex: com listas de prós e contras), em que o doente compara a sua vida obsessiva de ânsia pela certeza absoluta com uma vida normal que aceita os baixos riscos de cada dia;[15] e a elaboração pelo doente de um gráfico circular (“*pie-chart*”), que represente a distribuição da responsabilidade detida por cada um dos agentes de uma determinada catástrofe temida, a fim de convencê-lo de que a responsabilidade que lhe toca é diminuta ou de difícil quantificação.[12]

Caso o doente professar uma religião de raiz abraâmica e monoteísta e quisesse manter-se religioso, uma abordagem cognitiva possível seria desafiar e corrigir as suas crenças religiosas disfuncionais e negativas acerca de Deus e do pecado. Por exemplo, pode ser importante mostrar

ao doente o conceito normativo de pecado<sup>LIX</sup> e a crença normativa de Deus como um Senhor ou Pai infinitamente misericordioso que perdoa, que é bastante diferente da visão escrupulosa de Deus como um Juíz severo e vingador.[15, 17, 33] Também pode ser importante explicar-lhe que as suas intrusões não constituem pecado nem revelam nenhuma maldade intrínseca da sua personalidade, porque estas intrusões não são queridas, escolhidas ou consentidas por ele.[13, 15, 31] Igualmente útil é informá-lo de que a sua ansiedade, medo e sentimentos de culpa patológicos não são sinais ou critérios para estabelecer a sua culpa ou inocência, mas, antes pelo contrário, até podem atenuar ou mesmo anular a sua responsabilidade moral<sup>LX</sup>, dependendo dos casos. Finalmente, caso persista ainda a dúvida, ele deve ser ensinado a presumir que não pecou, já que, geralmente, a vontade habitual de um escrupuloso é não ofender a Deus.[16, 32]

Esta abordagem é importante e apresenta algum fundamento empírico, existindo, por exemplo, um estudo clínico transversal de 2011 ( $n=147$ ),[40] que verificou que os doentes obsessivo-compulsivos que acreditavam num Deus punitivo, terrível, aterrorizante, invejoso, irado e/ou vingativo apresentavam mais medos escrupulosos ( $r=0,35$ ;  $p<0,002$ ).

Em suma, as terapias cognitivas contribuem para formar no doente uma consciência recta e madura, capaz de emitir juízos morais autónomos. A formação de consciências e o ensino de conceitos religiosos normativos são áreas de intervenção onde a colaboração com uma autoridade

---

<sup>LIX</sup> Se o doente for católico, pode-se utilizar o Catecismo da Igreja Católica (CIC), que ensina que apenas “o acto directamente querido é imputável ao seu autor” (CIC, n. 1736) e que apenas os actos “livremente escolhidos em consequência dum juízo de consciência, são moralmente qualificáveis” (CIC, n. 1749), ou seja, apenas estes podem ser virtuosos ou pecaminosos. A qualificação moral destes depende “do objecto escolhido; do fim que se tem em vista ou da intenção, [e] das circunstâncias da acção” (CIC, n. 1750). O pecado só é considerado grave (ou mortal), ou seja, cuja pena é a condenação eterna, caso o crente não se arrependa, o objecto escolhido seja uma matéria grave e se for cometido com plena consciência e total consentimento deliberado (CIC, n. 1857, 1859). [8]

<sup>LX</sup> Por exemplo, o Catecismo da Igreja Católica (CIC) menciona que “a imputabilidade e responsabilidade dum acto podem ser diminuídas, e até anuladas, pela ignorância, a inadvertência, a violência, o medo, os hábitos, as afeições desordenadas e outros factores psíquicos ou sociais” (CIC, n. 1735). [8]

religiosa competente pode ser desejável, já que ninguém conhece melhor a doutrina normativa de uma religião do que as respectivas autoridades e teólogos.[17, 18, 28]

Por último, é desaconselhado o uso da argumentação lógica e filosófica para convencer o doente da irracionalidade e falsidade concreta do conteúdo dos seus pensamentos obsessivos. Para não desvirtuar as terapias cognitivas, não se deve responder às perguntas compulsivas do doente, por vezes formuladas de forma subtil, com o intuito de obter tranquilizações absurdas (ex: se pecou ou não numa determinada situação concreta, que ele passa a descrever de forma pormenorizada, etc.).[15, 17, 21] Como alternativa, deve-se fomentar a confiança no psicoterapeuta e/ou autoridade religiosa, a espontaneidade de emoções, o bom humor e uma saudável rotina com actividades desportivas, lúdicas, sociais e profissionais, para diminuir ao máximo o tempo disponível pelo doente para pensar nas suas obsessões.[17, 19, 28]

### **Colaboração com a(s) autoridade(s) religiosa(s)**

Compreensivelmente, muitos escrupulosos recorrem às autoridades religiosas, geralmente pensando que os seus problemas são apenas de natureza religiosa. Segundo um estudo clínico transversal de 2011 ( $n=147$ ),[40] 42% dos escrupulosos afirmaram que recorreram a autoridades religiosas por causa da sua sintomatologia. Contudo, nesta fase, quando a patologia do doente ainda lhe é desconhecida, a intervenção da autoridade religiosa pode ser prejudicial, sobretudo porque, atendendo-o como se fosse um fiel normal, pode perpetuar e agravar a sua escrupulosidade. Este atendimento inclui tranquilizar excessivamente o doente, respondendo com argumentos lógicos e filosóficos às suas intermináveis perguntas compulsivas e dúvidas obsessivas, ouvir as suas confissões compulsivas e/ou fazer-lhe recomendações espirituais exigentes que, para um fiel normal com tendência laxista, são adequadas, mas que, para um

escrupuloso, com tendência perfeccionista, são nocivas.[11] Não raras vezes, ao fim de algum tempo, estas autoridades religiosas começam a suspeitar de que estes indivíduos padecem de escrúpulos. As autoridades religiosas, nomeadamente as de filiação cristã, não sendo profissionais de saúde, geralmente sentem dificuldades em lidar com as doenças mentais, incluindo a escrupulosidade, embora a tradição espiritual judaico-cristã fosse rica em descrições e conselhos práticos para o cuidado pastoral dos escrupulosos.[6, 16, 17, 32, 33]

Logo, atendendo a esta realidade, pode ser interessante encontrar formas para aumentar as suas competências na saúde mental e estreitar a sua colaboração com os profissionais de saúde.[6] Esta colaboração, apesar de raramente atingir níveis óptimos,[28] é defendida por vários autores [11, 17, 18, 21, 28, 31] como sendo uma abordagem holística para um problema que pode ser, simultaneamente, conceptualizado como espiritual e psiquiátrico. Caso o doente queira, a intervenção adjuvante de uma autoridade religiosa em quem confie (e, idealmente, apenas uma, para não haver variações de critério), pode ser muito útil na sua motivação e aumento da adesão terapêutica. Aliás, as normas de orientação britânicas de 2006 [9] sugerem esta intervenção adjuvante como uma boa prática médica em doentes com obsessões religiosas. Como foi mencionado ao longo deste trabalho, esta intervenção pode centrar-se em:

- esclarecer o médico/psicoterapeuta sobre assuntos religiosos, nomeadamente os limites morais a não ultrapassar (se o psicoterapeuta não quer induzir o doente a pecar);[11, 21]
- ajudar o psicoterapeuta a distinguir entre religiosidade normativa e religiosidade escrupulosa (tabela 2);[15, 21]
- garantir ao doente (não de forma ritualística e, de preferência, em uma só vez) de que o psicoterapeuta é de confiança e que as sessões de exposição não são pecaminosas, isto pressupondo que o psicoterapeuta queira criar sessões que não o sejam;[15, 21, 23]

- desafiar e corrigir crenças religiosas disfuncionais, negativas e/ou não-normativas, sobretudo acerca de Deus e do pecado, para formar no doente uma consciência recta, madura, tolerante à incerteza e confiante num Deus infinitamente misericordioso. Esta importante intervenção cognitiva está melhor explicitada na secção “*Uso de terapias (ou técnicas) cognitivas*”. [21, 28, 33]

Se o doente for judeu ultra-ortodoxo, o envolvimento da autoridade religiosa é muitas vezes imprescindível para o sucesso do tratamento, devido à centralidade da figura do rabi na vida quotidiana dos ultra-ortodoxos, que não apenas seguem estritamente os seus conselhos espirituais, mas também lhe pedem orientações específicas para as suas decisões nos assuntos mundanos. [21, 23, 33]

Sendo os rituais de tranquilização um dos grandes obstáculos para a eficácia do tratamento médico, deve pedir-se às autoridades religiosas para cessarem de responder a perguntas e/ou de ouvir confissões que lhes pareçam ser compulsivas, coisa que costuma ser aceite de bom grado e que ajuda o doente a perceber que as suas dúvidas são patológicas. [21]

Para conquistar a confiança do doente, a autoridade religiosa deve mostrar acima de tudo compaixão e tacto pastoral, mas também firmeza dirigente e coerência de critério, porque a mais pequena contradição pode desautorizá-la aos olhos do doente, que já tende a ser desconfiado, só dificilmente aceitando juízos alheios e, se for católico, tendente a mudar muitas vezes de sacerdote. Mais concretamente, alguns autores [6, 17] sugerem uma adesão firme e obediência indiscutível do doente aos critérios da autoridade religiosa, como meio para tranquilizá-lo de maneira equilibrada e formar nele uma consciência madura. Possíveis critérios podem ser pedir-lhe para agir de forma a contrariar o escrúpulo, simplificar a sua vida religiosa e pedir-lhe para esquecer-se de si mesmo e abandonar-se a Deus, mediante o serviço aos outros e uma ocupação efectiva do tempo pelo

trabalho profissional, convívio social e actividades de lazer. Se o doente for católico, a simplificação da sua vida religiosa pode passar por aconselhá-lo a aligeirar o seu exame de consciência, a não repetir orações ou penitências, a comungar mais vezes e a frequentar o sacramento da Confissão apenas quando for estritamente necessário, ou seja, quando ele não tiver a menor dúvida de que cometeu um pecado mortal.[6, 16, 32]

Todavia, segundo alguns autores,[17, 28] a exigência de uma obediência indiscutível, sobretudo em dilemas morais em que a autoridade religiosa resolve e decide pelo doente, pode por vezes dificultar o desenvolvimento da autonomia moral no doente, porque este pode sucumbir à tentação de relegar à autoridade religiosa demasiadas decisões e juízos morais que ele próprio poderia e deveria fazer sozinho.

Porém, há casos em que não se justifica qualquer intervenção adjuvante pastoral, sobretudo quando o doente repugna dirigir-se a uma autoridade religiosa, muitas vezes por desconfiança,[17] ou quando o doente achar que as suas convicções religiosas e morais devem apenas basear-se na sua opinião e consciência pessoais.[28]

## **Outras psicoterapias em estudo**

A terapia de aceitação e compromisso (ACT) pode ser uma alternativa terapêutica interessante para a POC, sendo objecto de uma crescente investigação. Esta psicoterapia cognitivo-comportamental pretende suscitar mudanças de comportamento, baseando-se nos princípios da aceitação, atenção plena e compromisso com valores e objectivos escolhidos pelo doente como importantes. Um estudo clínico recente, de 2013,[62] aplicou-a num grupo de 5 doentes escrupulosos, norte-americanos e mórmons, tendo verificado uma franca melhoria clínica (redução média de 54% e 50,92%, respectivamente, do Y-BOCS e PIOS) no *follow-up* aos 3 meses e,

sobretudo, uma elevada aceitabilidade ao tratamento (TEI-SF=86%, num máximo de 100%). Estes resultados sugerem um futuro promissor, sobretudo como alternativa para os doentes que não toleram a psicoterapia com EPR, por medo desta ser contra as suas convicções religiosas.

## **Conclusão**

A partir da descrição de obsessões e compulsões de conteúdo religioso (tabela 1), vários autores relativamente recentes propuseram a conceptualização do “mal do escrúpulo” ou “escrupulosidade” como um sub-tipo ou dimensão sintomática da perturbação obsessivo-compulsiva (POC) ou como uma entidade separada da POC, mas pertencente ao espectro obsessivo-compulsivo. Em conformidade com as reflexões da tradição espiritual ocidental, a peculiaridade mais saliente da escrupulosidade é o fundamento de toda a sua sintomatologia ser o medo obsessivo de pecar, de transgredir algum mandamento moral e/ou religioso. De definição ainda não completamente consensual, uma forma útil e simples de definir a escrupulosidade é considerá-la uma síndrome caracterizada por obsessões e compulsões cuja preocupação e/ou conteúdo primários é a religião ou a moralidade (tabelas 1 e 2).

Uma breve revisão de estudos epidemiológicos permite-nos deparar com resultados e conclusões nem sempre concordantes, nem comparáveis entre si, sobretudo devido a diferenças metodológicas e de medição. Mas, mesmo assim, conseguem-se verificar duas grandes tendências na literatura científica sobre este assunto:

- através de estudos transversais com amostras clínicas, isto é, com doentes obsessivo-compulsivos (tabela 3), não foi encontrado provas convincentes de que a religião possa ser um factor causal directo da POC, não havendo evidência de que a intensidade da vivência religiosa (ou devoção religiosa) possa estar correlacionada com a POC ( $p > 0,05$ ). A constatação de que a frequência de obsessões religiosas (ou escrúpulos) nos países muçulmanos do Médio Oriente é superior à verificada em países secularizados (tabela 4), pode ser explicada pelo facto dos países de tradição muçulmana continuarem a ser profundamente marcados e pautados pela religião, criando assim contexto para que

a POC se manifeste primariamente por obsessões religiosas e compulsões que incluem a repetição patológica de rituais religiosos normativos;

- através de estudos essencialmente transversais com amostras não-clínicas, isto é, com pessoas mentalmente saudáveis (tabela 5), foi consistentemente relatada uma associação correlacional positiva e complexa entre a religião e o fenómeno obsessivo-compulsivo, mais concretamente, entre a religiosidade e o fenómeno obsessivo-compulsivo em pessoas saudáveis. Faz parte deste fenómeno os traços de personalidade obsessivos, os sintomas (sub-clínicos) obsessivo-compulsivos e/ou escrupulosos e as meta-cognições obsessivas disfuncionais (fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade, sentido hipertrofiado de responsabilidade, sobrevalorização da importância dos pensamentos e do controlo dos mesmos, intolerância à incerteza e perfeccionismo).

Para além do estudo dos efeitos da intensidade da vivência religiosa (ou devoção religiosa, ou ainda *religiosidade* para a maioria dos estudos), alguns investigadores escolheram como objectos de estudo determinadas crenças religiosas e formas de *coping* religioso. Neste âmbito, a importância subjectiva dada à oração em situações de stress e as crenças e ideias negativas acerca de Deus (ex: vingativo, punitivo, etc.) estão positivamente correlacionados com uma maior presença de sintomas obsessivo-compulsivos e escrupulosos, em amostras clínicas. Já em amostras não-clínicas, verificou-se que a crença (positiva) na vida para além da morte estava inversamente associada aos sintomas (sub-clínicos) obsessivo-compulsivos, enquanto que a presença de conflitos espirituais estava positivamente associada aos sintomas supra-referidos.

Sendo a esmagadora maioria destes estudos de natureza transversal/correlacional, uma preciosa mais-valia para o actual estado de investigação é a realização de estudos longitudinais, sobretudo de natureza prospectiva, para que inferências temporais e causais possam ser estabelecidas. Igualmente recomendável é a realização de mais estudos com amostras clínicas

constituídas por escrupulosos, e não apenas por doentes com obsessões puras ou sexuais/religiosas. A replicação dos estudos não-clínicos em amostras clínicas pode ser útil, para uma maior generalização e melhor compreensão da associação entre religiosidade e fenómeno obsessivo-compulsivo consistentemente relatada pelos estudos não-clínicos revistos (tabela 5). Outros aspectos que podem contribuir para uma investigação com melhor qualidade e menor discrepância nos resultados obtidos são: a constituição de amostras maiores e mais representativas (isto é, recrutar outras pessoas que não os estudantes universitários), uma delimitação mais clara das variáveis religiosas em estudo e a utilização de um número mais restrito de instrumentos de medição do fenómeno religioso, que devem ser multidimensionais e ter qualidade psicométrica.

Os achados clínicos e epidemiológicos supra-referidos são enquadráveis sob uma perspectiva cognitivo-comportamental (esquema 1). O doente escrupuloso, intolerante à incerteza, padece de preocupações excessivas e demonstra ter uma atenção hiper-vigilante e hiper-focada a tudo o que seja religioso. Dentro dos assuntos religiosos, as situações moralmente ambíguas, como as intrusões, são particularmente temidas, porque podem ser avaliadas como pecaminosas, apesar da ambiguidade ser pequena e da probabilidade de ser pecado muito baixa. Num contexto de medo obsessivo de pecar (e das suas consequências, por exemplo, a condenação eterna), o doente escrupuloso fixará a sua atenção ruminativa a estas e outras situações, geralmente de natureza insignificante, que passam a ser percebidas e interpretadas como sendo pecaminosas e/ou moralmente significativas e catastróficas. Potenciados e fomentados por uma série de metacognições obsessivas disfuncionais, estes erros cognitivos de percepção e interpretação contribuem para o aparecimento das obsessões e respectiva resposta de neutralização e evitamento que são as compulsões. Todo este processo cognitivo-comportamental é enriquecido e motivado por sentimentos intensos de culpa, ansiedade e/ou depressão.

De entre as meta-cognições disfuncionais (tabela 6), a que mereceu uma maior atenção é a fusão pensamento-acção, estudada como um possível elemento mediador na relação entre a religião e o fenómeno obsessivo-compulsivo. Mais concretamente, estudos transversais, com amostras de pessoas saudáveis, verificaram uma correlação positiva entre a fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade e a intensidade da vivência religiosa, sendo esta relação mais forte e consistente em amostras cristãs saudáveis. Com base nestes dados, vários modelos estatísticos foram formulados: 1) a religiosidade, por mediação parcial do sentido hipertrofiado de responsabilidade, prediz estatisticamente a fusão pensamento-acção, que por sua vez prediz a adopção de estratégias de neutralização de intrusões obsessivas; 2) a religiosidade cristã exerce um efeito significativo indirecto na sintomatologia obsessivo-compulsiva, por via da fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade (efeito indirecto=0,15;  $SE= 0,08$ ;  $p<0,05$ ); 3) a fusão pensamento-acção pode ser um importante elementos mediador da relação entre religiosidade muçulmana e sintomatologia obsessivo-compulsiva (efeito indirecto=0,51; 95% CI=0,32–0,74;  $p<0,01$ ). Porém, mais uma vez, a natureza transversal destes estudos não permite o estabelecimento de inferências temporais e, muito menos, causais.

Baseando-se, em parte, nesta evidência, há autores que defenderam que certas formas rígidas de vivência religiosa ou certas práticas e crenças religiosas, sobretudo aquelas que valorizam o pensamento, podem contribuir para o reforço de determinadas meta-cognições disfuncionais, tais como a fusão pensamento-acção relacionada com a moralidade.

Uma outra corrente de investigação, relativamente recente, pretende realçar o papel da intolerância à incerteza no desenvolvimento da escrupulosidade. Neste âmbito, existe, por exemplo, um estudo de manipulação experimental que demonstrou que, independentemente da religiosidade, a interacção entre saliência da incerteza e *priming* de conceitos de Deus fez aumentar

os medos escrupulosos. Mais estudos serão certamente necessários para o desenvolvimento desta teoria.

A escrupulosidade pode ser tratada com as terapêuticas convencionais usadas para a POC, ou seja, com farmacoterapia baseada nos antidepressivos inibidores da recaptação da serotonina e/ou com psicoterapia, nomeadamente a terapia cognitivo-comportamental com exposição e prevenção de resposta (EPR) e com terapias cognitivas. Porém, há evidência contraditória que sugere que a presença de obsessões puras (actualmente designadas por “pensamentos proibidos ou inaceitáveis”, incluindo nesta categorias as obsessões religiosas) é geralmente factor preditivo de resistência aos tratamentos convencionais supra-referidos.

Formas de psicoterapia especificamente adaptadas aos escrupulosos, baseadas numa combinação modificada de EPR e terapias cognitivas, apresentaram resultados animadores em pequenas séries de casos publicados, com taxas de eficácia de 75-100%. Porém, dado a natureza metodológica destes estudos e ao reduzido tamanho da amostra (12 doentes e 3 doentes, respectivamente), alguma conclusão generalizável a partir destes resultados seria precipitada. Por isso, mais estudos, nomeadamente ensaios clínicos, serão necessários.

De entre as várias peculiaridades da escrupulosidade, gostaria de mencionar duas: o medo escrupuloso de pecar e da condenação eterna é impossível de ser totalmente desmentido, já que a religião não se baseia em provas materiais sensíveis, mas sim na fé; e o medo escrupuloso de Deus ser (ou poder ser) um Juíz severo e vingativo, o que pode tornar a vivência e *coping* religiosos extremamente negativos e desgastantes. Estas características exigem do psiquiatra/psicoterapeuta um tacto, cuidado e sensibilidade especiais. Em relação à terapia de exposição e prevenção de resposta, vários autores recomendam que o psiquiatra/psicoterapeuta não deve induzir o doente a pecar, mas apenas expô-lo a situações pouco ambíguas com baixo risco de poder pecar. Facilmente

toleradas por uma pessoa religiosa saudável, que habitualmente não as considere como pecaminosas, estas situações são suficientemente stressantes e ameaçadoras para o doente, que as considera como possivelmente pecaminosas. Uma das finalidades desta abordagem é fomentar a relação médico-doente e, assim, aumentar a eficácia terapêutica. Para isso, o psiquiatra/psicoterapeuta deve conhecer as doutrinas e mandamentos da religião do doente, bem como a respectiva interpretação normativa feita pelas autoridades da religião em questão. Este conhecimento também pode ajudar o psiquiatra/psicoterapeuta na correcção de meta-cognições disfuncionais e, sobretudo, de crenças religiosas negativas e disfuncionais do doente. Nesta perspectiva, uma colaboração adjuvante de uma autoridade religiosa competente pode ser aconselhável e desejável.

Em suma, a relação entre a religião e a perturbação obsessivo-compulsiva (POC) é um assunto ainda pouco consensual, complexo, multidimensional, passível de ser estudado sob várias perspectivas e merecedor de mais estudos.

## **Referências bibliográficas**

As citações bíblicas presentes neste trabalho têm por base a versão traduzida de Soares, M.M.,

J. Cabral, and M. Martinez, *Novo Testamento*. 2005, Braga: Editorial A. O.

1. Lewis, C.A., *Religiosity and obsessionality: The relationship between Freud's "religious practices"*. *The Journal of psychology*, 1994. **128**(2): p. 189-196.
2. Zohar, A.H., et al., *Religiosity and obsessive-compulsive behavior in Israeli Jews*. *Behaviour research and therapy*, 2005. **43**(7): p. 857-868.
3. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®)*. 2013: American Psychiatric Pub.
4. Koenig, H.G., *Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications*. ISRN Psychiatry, 2012.
5. INE, I., *Censos 2011 Resultados Definitivos-Portugal*. Lisboa-Portugal: Instituto Nacional de Estatística, IP, 2012.
6. Monge Sánchez, M.A., *Medicina pastoral: cuestiones de biología, antropología, medicina, sexología y psiquiatría*. 2004, Pamplona, Spain: Ediciones Universidad de Navarra.
7. Agorastos, A., C. Demiralay, and C.G. Huber, *Influence of religious aspects and personal beliefs on psychological behavior: focus on anxiety disorders*. *Psychology research and behavior management*, 2014. **7**: p. 93.
8. Igreja Católica, *Catecismo da Igreja Católica*. 2009, Coimbra: Gráfica de Coimbra.
9. N.I.C.E., N.C.C.f.M.H., *Core interventions in the treatment of obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder (a guideline from the National Institute for Health and Clinical Excellence, National Health Service)*. London, England, British Psychiatric Society and Royal College of Psychiatrists, 2006.
10. Koran, L., et al., *Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*. *The American journal of psychiatry*, 2007. **164**(7 Suppl): p. 5.
11. Huppert, J.D. and J. Siev, *Treating scrupulosity in religious individuals using cognitive-behavioral therapy*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2010. **17**(4): p. 382-392.
12. Salkovskis, P.M., *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder*. *Behaviour Research and Therapy*, 1999. **37**: p. S29-S52.
13. Rachman, S., *A cognitive theory of obsessions*. *Behaviour research and therapy*, 1997. **35**(9): p. 793-802.

14. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, *Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder*. Behaviour Research and Therapy, 1997. **35**(7): p. 667-681.
15. Abramowitz, J.S. and R.J. Jacoby, *Scrupulosity: A cognitive-behavioral analysis and implications for treatment*. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2014. **3**(2): p. 140-149.
16. Cobb, K.F., *Understanding scrupulosity: psychopathological and Catholic perspectives*. Master of Arts [dissertation]. 2014, University of Iowa.
17. Vanderveldt, J.H. and R.P. Odenwald, *Psiquiatria e catolicismo*. 1962, Editorial Aster: Lisboa. p. 349-362.
18. Huguelet, P. and H.G. Koenig, *Religion and Spirituality in Psychiatry*. 2009: Cambridge University Press.
19. Abreu, J.L.P., *Elementos de Psicopatologia Explicativa*. Manuais Universitários. 2012, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
20. Olatunji, B.O., et al., *Scrupulosity and obsessive-compulsive symptoms: Confirmatory factor analysis and validity of the Penn Inventory of Scrupulosity*. Journal of anxiety disorders, 2007. **21**(6): p. 771-787.
21. Huppert, J., J. Siev, and E. Kushner, *When religion and obsessive-compulsive disorder collide: treating scrupulosity in Ultra-Orthodox Jews*. Journal of clinical psychology, 2007. **63**(10): p. 925.
22. Besiroglu, L., S. Karaca, and I. Keskin, *Scrupulosity and obsessive compulsive disorder: the cognitive perspective in Islamic sources*. J Relig Health, 2014. **53**(1): p. 3-12.
23. Bonchek, A. and D. Greenberg, *Compulsive prayer and its management*. Journal of clinical psychology, 2009. **65**(4): p. 396-405.
24. Himle, J. and B.A. Thyer, *Clinical social work and obsessive compulsive disorder. A single-subject investigation*. Behav Modif, 1989. **13**(4): p. 459-70.
25. Burt, V.K. and M. Rudolph, *Treating an Orthodox Jewish woman with obsessive-compulsive disorder: maintaining reproductive and psychologic stability in the context of normative religious rituals*. Am J Psychiatry, 2000. **157**(4): p. 620-4.
26. Abramowitz, J.S., et al., *Religious obsessions and compulsions in a non-clinical sample: The Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS)*. Behaviour Research and Therapy, 2002. **40**(7): p. 825-838.
27. Greenberg, D. and G. Shefler, *Obsessive compulsive disorder in ultra-orthodox Jewish patients: A comparison of religious and non-religious symptoms*. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 2002. **75**(2): p. 123-130.

28. Miller, C.H. and D.W. Hedges, *Scrupulosity disorder: An overview and introductory analysis*. Journal of Anxiety Disorders, 2008. **22**(6): p. 1042-1058.
29. Karadag, F., et al., *OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture*. Depress Anxiety, 2006. **23**(3): p. 145-52.
30. Torres, A.R., et al., *Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions*. J Clin Psychiatry, 2011. **72**(1): p. 17-26; quiz 119-20.
31. Greenberg, D. and J.D. Huppert, *Scrupulosity: a unique subtype of obsessive-compulsive disorder*. Current psychiatry reports, 2010. **12**(4): p. 282-289.
32. Greenberg, D., E. Witztum, and J. Pisante, *Scrupulosity: religious attitudes and clinical presentations*. The British journal of medical psychology, 1987. **60**: p. 29.
33. Greenberg, D. and G. Sheffer, *Ultra-orthodox rabbinic responses to religious obsessive-compulsive disorder*. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 2008. **45**(3): p. 183.
34. Fontenelle, L.F., et al., *Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies*. Journal of Psychiatric Research, 2004. **38**(4): p. 403-411.
35. Inozu, M., D.A. Clark, and A.N. Karanci, *Scrupulosity in Islam: A comparison of highly religious Turkish and Canadian samples*. Behavior therapy, 2012. **43**(1): p. 190-202.
36. Nelson, E.A., et al., *Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: Relationship to clinical and cognitive phenomena*. Journal of Anxiety Disorders, 2006. **20**(8): p. 1071-1086.
37. Raphael, F., et al., *Religion, ethnicity and obsessive-compulsive disorder*. The International journal of social psychiatry, 1996. **42**(1): p. 38.
38. Tek, C. and B. Ulug, *Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder*. Psychiatry Research, 2001. **104**(2): p. 99-108.
39. Assarian, F., H. Biqam, and A. Asqarnejad, *An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder among high school students and its relationship with religious attitudes*. Archives of Iranian medicine, 2006. **9**(2): p. 104.
40. Siev, J., L. Baer, and W.E. Minichiello, *Obsessive-compulsive disorder with predominantly scrupulous symptoms: clinical and religious characteristics*. Journal of clinical psychology, 2011. **67**(12): p. 1188-1196.
41. Agorastos, A., et al., *Religiosity, magical ideation, and paranormal beliefs in anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder: a cross-sectional study*. The Journal of nervous and mental disease, 2012. **200**(10): p. 876-884.

42. Himle, J.A., R.J. Taylor, and L.M. Chatters, *Religious involvement and obsessive compulsive disorder among African Americans and Black Caribbeans*. Journal of anxiety disorders, 2012. **26**(4): p. 502-510.
43. Rady, A., et al., *Religious attitudes in adolescents with Obsessive Compulsive Symptoms OCS and disorder OCD*. Glob J Health Sci, 2012. **4**(6): p. 216-21.
44. Mahgoub, O. and H. Abdel-Hafeiz, *Pattern of obsessive-compulsive disorder in eastern Saudi Arabia*. The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 1991. **158**: p. 840.
45. Sica, C., C. Novara, and E. Sanavio, *Religiousness and obsessive-compulsive cognitions and symptoms in an Italian population*. Behaviour Research and Therapy, 2002. **40**(7): p. 813-823.
46. Rassin, E. and E. Koster, *The correlation between thought-action fusion and religiosity in a normal sample*. Behaviour Research and Therapy, 2003. **41**(3): p. 361-368.
47. Abramowitz, J.S., et al., *Association between Protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions*. Depression and Anxiety, 2004. **20**(2): p. 70-76.
48. McConnell, K.M., et al., *Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample*. Journal of clinical psychology, 2006. **62**(12): p. 1469-1484.
49. Flannelly, K.J., et al., *Belief in life after death and mental health: findings from a national survey*. J Nerv Ment Dis, 2006. **194**(7): p. 524-9.
50. Moore, E.L. and J.S. Abramowitz, *The cognitive mediation of thought-control strategies*. Behav Res Ther, 2007. **45**(8): p. 1949-55.
51. Siev, J. and A.B. Cohen, *Is thought-action fusion related to religiosity? Differences between Christians and Jews*. Behaviour Research and Therapy, 2007. **45**(4): p. 829-837.
52. Marino, T.L., R.A. Lunt, and C. Negy, *Thought-action fusion: a comprehensive analysis using structural equation modeling*. Behav Res Ther, 2008. **46**(7): p. 845-53.
53. Yorulmaz, O., T. Gençöz, and S. Woody, *OCD cognitions and symptoms in different religious contexts*. Journal of Anxiety Disorders, 2009. **23**(3): p. 401-406.
54. Siev, J., D.L. Chambless, and J.D. Huppert, *Moral thought-action fusion and OCD symptoms: The moderating role of religious affiliation*. Journal of Anxiety Disorders, 2010. **24**(3): p. 309-312.
55. Williams, A., G. Lau, and J. Grisham, *Thought-action fusion as a mediator of religiosity and obsessive-compulsive symptoms*. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 2013. **44**(2): p. 207.

56. Inozu, M., et al., *The mediating role of disgust sensitivity and thought-action fusion between religiosity and obsessive compulsive symptoms*. Int J Psychol, 2014. **49**(5): p. 334-41.
57. Fergus, T.A. and W.C. Rowatt, *Uncertainty, god, and scrupulosity: Uncertainty salience and priming god concepts interact to cause greater fears of sin*. J Behav Ther Exp Psychiatry, 2015. **46**: p. 93-8.
58. Abramowitz, J.S., *Treatment of scrupulous obsessions and compulsions using exposure and response prevention: A case report*. Cognitive and Behavioral Practice, 2002. **8**(1): p. 79-85.
59. Inozu, M., A.N. Karanci, and D.A. Clark, *Why are religious individuals more obsessional? The role of mental control beliefs and guilt in Muslims and Christians*. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 2012. **43**(3): p. 959-966.
60. Starcevic, V. and V. Brakoulias, *Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder: are they relevant for treatment?* Aust N Z J Psychiatry, 2008. **42**(8): p. 651-61.
61. Pirutinsky, S., et al., *Do medical models of mental illness relate to increased or decreased stigmatization of mental illness among orthodox Jews?* J Nerv Ment Dis, 2010. **198**(7): p. 508-12.
62. Dehlin, J.P., K.L. Morrison, and M.P. Twohig, *Acceptance and commitment therapy as a treatment for scrupulosity in obsessive compulsive disorder*. Behav Modif, 2013. **37**(3): p. 409-30.