

Wellington Galindo

LIDANDO COM AS DOENÇAS DA ALMA

**ANSIEDADE, ANGÚSTIA, DEPRESSÃO E
SENTIMENTO DIVERSOS**

SALMO DE ASSAF

LIDANDO COM AS DOENÇAS DA ALMA

SALMO DE ASSAF

ANSIEDADE, ANGÚSTIA E DEPRESSÃO

DEDICATÓRIA.

Este livro dedico a minha família e aos meus amigos e todos os meus leitores.

A angústia é a vertigem da liberdade
Søren Kierkegaard

AGRADECIMENTO DO AUTOR

- **ÍNDICE GERAL**

Lidando com as Doenças da Alma

Uma leitura bíblica, clínica, neurocientífica e neuroteológica dos Salmos de Asafe

- **Apresentação**
- **Prefácio**
- **Introdução Geral**
 - A alma humana entre fé, dor e sentido
 - Por que falar em “doenças da alma” hoje
 - Metodologia da obra: Bíblia, clínica e ciência em diálogo

Capítulo I

Assafe: o salmista das dores da alma

1. Assafe e o contexto histórico-litúrgico
2. O significado espiritual do nome Assafe
3. Os salmos asafianos e o sofrimento humano
4. Crise, fidelidade e dor interior
5. Atualidade pastoral dos salmos de Assafe

• Capítulo II – A dinâmica da alma ferida: quando fé, emoção e mente entram em conflito

1. O que se entende por “doença da alma”
2. A alma como centro integrador do ser
3. Conflito entre crença e experiência
4. Emoção, memória e sofrimento contínuo
5. Contribuições da psicanálise e da neurociência
6. Espiritualidade como espaço de elaboração da dor

• Capítulo III – A angústia: a vertigem da alma diante da existência

1. Angústia como condição existencial
2. Angústia nos salmos de lamento
3. Angústia, finitude e silêncio de Deus
4. Dimensões psicológicas e espirituais da angústia

- **Capítulo IV – Ansiedade: quando a angústia se projeta no futuro**

1. A ansiedade como antecipação do amanhã
2. Ansiedade, medo e estresse
3. Tipos e intensidades da ansiedade
4. Ansiedade sob a perspectiva bíblica
5. Funcionamento cerebral e ansiedade
6. Caminhos de cuidado e regulação emocional

- **Capítulo V – Depressão: quando a alma perde o sentido do tempo e da esperança**

1. Diferença entre tristeza, luto e depressão
2. A experiência depressiva nos salmos

3. Silêncio, vazio e retraimento da alma
4. Depressão e neurobiologia do desânimo
5. Fé, acompanhamento terapêutico e reconstrução do sentido

- **Capítulo VI – Síndromes da alma: quando o sofrimento se organiza em padrões persistentes**

1. O conceito de síndrome emocional
2. Síndromes psicossomáticas e espirituais
3. Corpo, alma e sofrimento crônico
4. Leitura bíblica e clínica das síndromes da alma
5. A necessidade de cuidado interdisciplinar

- **Capítulo VII – Traumas, memórias e sofrimento: quando o passado não passa**

1. O trauma como ferida da memória
2. Corpo, emoção e lembranças traumáticas

3. Trauma nos salmos de dor coletiva
4. Neurociência do trauma e da memória
5. Espiritualidade, elaboração e cura progressiva

- **Capítulo VIII – Conflitos da alma: divisões internas, culpa e ambivalência**

1. O conflito intrapsíquico
2. Culpa, vergonha e autoacusação
3. Conflitos morais e espirituais
4. A escuta psicanalítica dos conflitos da alma
5. Reconciliação interior e graça

- **PARTE III – CAMINHOS DE CUIDADO, CURA E ESPERANÇA**

- **Capítulo IX – A escuta que cura: palavra, silêncio e presença terapêutica**

1. A importância da escuta no cuidado da alma

2. O valor do silêncio nos salmos
3. Palavra, interpretação e acolhimento
4. A relação terapêutica como espaço de restauração

Capítulo X

Espiritualidade e neuroplasticidade: fé que reorganiza a alma

1. Espiritualidade como experiência neurobiológica
2. Práticas espirituais e regulação emocional
3. Neuroplasticidade e reconstrução do sentido
4. O impacto da oração, da fé e da esperança

• Capítulo XI – O tempo da cura: processos, limites e esperança possível

1. A cura como processo, não como evento
2. O tempo na perspectiva bíblica e clínica
3. Frustrações, recaídas e perseverança

4. Esperança realista e amadurecida
- **Capítulo XII – Da dor à esperança: a alma restaurada diante de Deus**
 1. A travessia da dor nos salmos de Assafe
 2. O sofrimento que não é desperdiçado
 3. Fé amadurecida pela dor
 4. A alma que encontra repouso em Deus
 - **Considerações Finais**
 - A dignidade do sofrimento humano
 - Fé, ciência e cuidado da alma
 - O chamado à compaixão e à escuta
 - **Referências**
 - **Leituras Complementares**

Prefácio

Escritora, Rose Sales

Refletindo sobre a complexidade da alma humana, é impossível não nos reportarmos à essência que ela carrega como também ao Criador, o único capaz em suma de compreender e ministrar às necessidades específicas ou gerais que a alma humana pode apresentar. Nisto nos deparamos com a verdade de que não somos inabaláveis, somos seres que possuímos capacidades psicológicas, emocionais e intelectuais, mas que toda via somos humanos. Isto faz-me pensar nas palavras do psiquiatra Carl Jung “ Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.” Porém, inevitavelmente podemos deixar de recorrer as palavras do Senhor Jesus escritas pelo nosso irmão João no capítulo 10:10 “eu vim para que tenham vida, e vida na alma”. Antes mesmo que os homens e o avanço de toda ciência continuasse se propagando, o próprio Jesus apontava que a alma humana é digna de

viver e que ele tem vida para essa alma pois Ele é a fonte de vida.

Pontualmente quero destacar da importância e da relevância desta literatura como também do assunto geral e os assuntos específicos a serem apresentados a cada leitor. Tratar sobre as doenças da alma é sobre tudo um assunto vasto, mas que durante muitos anos não foi muito abordado por inúmeras questões, inclusive os preconceitos e mitos referentes ao cristãos estar sujeito a adoecer emocionalmente e psicologicamente. Pois ainda muitos tinham e tem o conceito de que ser cristão é estar imune de qualquer ataque que possa abalar suas emoções.

É muito louvável que o autor Wellington Galindo tenha escolhido este assunto tão pertinente para esta literatura singular e que carrega em si o desafio de alinhar as questões da alma na perspectiva Científica e Bíblica Teológica. Não é uma abordagem fácil, mas o autor com maestria, conhecimento e inspiração divina nos transmite de maneira leve a compreensão das abordagens aplicadas nas páginas deste livro. Um fato muito importante é justamente apresentar homens na Bíblia que embora temia e confiavam em Deus mas que as Escrituras Sagradas não esconde suas vulnerabilidades e

humanidade, que sobre tudo eles tinham ao Senhor para recorrer e naquela época era tudo o que tinham e lhes era de fato suficiente. Porém essa realidade vivenciada por muitos de nossos irmãos apresentadas na Bíblia não anulam o mover que o próprio Deus realizou na vida de muitos conhecedores da ciência humana dando-lhes a capacidade intelectual de conhecer um pouco da alma humana e assim contribuir para a restauração dela dentro de suas necessidades. Em suma, ao procurarmos uma ajuda especializada não diminui de forma alguma o poder de Deus, mas nos faz compreender que Ele se instrumentaliza daquilo que Ele mesmo deu aos homens para auxiliar o próprio homem.

É incontestável que há momentos e áreas na nossa vida que só a presença e a ação do Espírito Santo pode operar na vida do ser humano, mas é importante ressaltarmos que da mesma forma em que podemos ser assolados fisicamente com quaisquer tipo de enfermidades e recorreremos a ajuda médica para tal, quando nossa alma adoecer é imprescindível que cuidemos dela com sabedoria, buscando ao Senhor que a conhece mas também estando abertos para usufruir das bênçãos de Deus através de seus instrumentos na terra. Com gratidão

e alegria parabenizo o querido Doutor Wellington Galindo pelo tema abordado e assunto escolhido.

Com apreço, Rose Sales (pastora, psicanalista clínica, professora e psicopedagoga em formação. Admiradora do empenho do autor em escrever sobre relevante abordagem).

Introdução

"Lidando com as doenças da alma, vamos observar no salmo de Assaf, ansiedade, angústia e depressão, e a partir dessa observação trazer ao leitor uma abordagem bíblica para tratar questões relacionadas à saúde mental e emocional. Assim tratar segundo a palavra de Deus, respondendo as pergunta que estão presas no subconsciente, no que tange aos problemas que versa em torno das emoções e preocupação com uma vivencia no mínimo prazerosa, não é muito supor que tal tema seja difícil de tratar sem o conhecimento biopsíquico e sua relação com as informações com a palavra de Deus, e para tanto neste trabalho tentaremos uma linguagem, científica para o conhecimento e científico do tema, como também uma linguagem usual para o entendimento do leigo, de forma que as informações possa ser compartilha por todos que tiverem a oportunidade de ter contato com esta obra. você esteja se referindo à introdução desse livro.

A idéia do livro é uma provocação em tempos de uma teologia progressiva, mostrar que é possível a intervenção divina também no tratamento das dores da alma, dita de outro modo, trazer algumas informações sobre como a Bíblia abordada as questões relativas à saúde mental e emocional.

Muitas pessoas recorrem à Bíblia em busca de conforto, orientação e esperança quando enfrentam desafios emocionais e doenças da alma, como angústia, ansiedade e depressão. A Bíblia contém histórias e ensinamentos que podem ser aplicados à vida cotidiana e às lutas emocionais que enfrentamos.

Ao lidar com doenças da alma à luz da Bíblia, muitos autores e conselheiros cristãos se baseiam nos princípios bíblicos de esperança, fé, amor, perdão, aceitação e transformação pessoal. Eles exploram passagens bíblicas relevantes, oferecem reflexões e orientações práticas, e incentivam os leitores a buscar a Deus, a se envolver em comunidade e a buscar ajuda profissional quando necessário.

Embora, a ação terapêutica dos profissionais que operam na área da saúde mental, como: psicólogos, psiquiatra, psicopedagogos, psicanalistas entre outros, é importante lembrar que a Bíblia é uma fonte curativa, de conforto e sabedoria. As questões de saúde mental e emocional são complexas e multifacetadas, e por isso a bíblia também é fundamental para lidar com essas questões.

Capítulo I

Assafe: o salmista das dores da alma

Este primeiro capítulo tem como objetivo apresentar Assafe (Asafe) não apenas como uma figura histórica do culto israelita, mas como testemunha espiritual das crises internas da alma humana (BRUEGGEMANN, 1984; WESTERMANN, 1989). Ao longo do livro, seus salmos servirão como base para a reflexão sobre as chamadas doenças da alma, estados de sofrimento interior que se manifestam por meio da angústia, da aflição, do desânimo, do medo, da sensação de injustiça, da opressão emocional e, em alguns casos, daquilo que hoje reconhecemos como quadros depressivos.

A intenção inicial não é oferecer soluções imediatas, mas construir um arcabouço de compreensão: quem foi Assafe, qual o lugar de seus escritos na tradição bíblica e por que seus salmos continuam a dialogar com a dor humana contemporânea. Ao compreender o autor e o contexto de sua experiência espiritual, o leitor estará melhor preparado para acompanhar, nos capítulos seguintes, a análise dos caminhos de enfrentamento, cuidado, ressignificação e esperança que emergem desses textos (BRUEGGEMANN, 1995).

1. O nome e o significado

O nome Assafe tem origem no hebraico *'āsāf*, cujo significado principal é recolher, ajuntar, reunir (BROWN; DRIVER; BRIGGS, 1907). Esse sentido etimológico não é apenas nominal, mas simbólico: nos salmos atribuídos a Assafe, percebe-se um movimento constante de recolhimento da alma fragmentada, uma tentativa de reunir emoções dispersas, pensamentos confusos e fé abalada diante da presença de Deus. Trata-se de uma espiritualidade que não ignora o caos interior, mas o conduz ao espaço do sagrado (RICOEUR, 1977).

2. Assafe na história de Israel

Na tradição bíblica, Assafe foi um levita, músico e dirigente do culto no templo de Jerusalém durante o reinado de Davi (1Cr 6.39; 15.17–19; 16.5). Sua função não era periférica: ele integrava o núcleo responsável pela música, pela liturgia e pela condução espiritual do povo, exercendo papel central na organização do culto israelita (GOLDINGAY, 2006).

Além de sua atuação pessoal, Assafe tornou-se referência para uma linhagem de levitas músicos. A chamada “família de Assafe” permaneceu ativa ao longo da história de Israel, especialmente no período do templo, o que indica que seus salmos expressam não apenas uma experiência individual, mas uma memória espiritual coletiva, marcada

por crises nacionais, conflitos morais e tensões entre fé e realidade (GERSTENBERGER, 2001).

3. Os Salmos de Assafe

A tradição atribui a Assafe os Salmos 50 e 73 a 83. Esses textos formam um conjunto coerente, reconhecido por estudiosos como uma das coleções mais antigas e teologicamente densas do Saltério (GERSTENBERGER, 2001; BRUEGGEMANN, 2014). Seu estilo poético e musical é profundamente marcado pela tensão entre o que se crê e o que se sente, entre a teologia recebida e a experiência vivida.

Diferentemente de salmos predominantemente celebrativos, os salmos de Assafe expõem conflitos internos intensos: a perplexidade diante da prosperidade dos ímpios, o sentimento de abandono, o silêncio aparente de Deus, a dor coletiva do povo e a luta para manter a fidelidade em meio ao sofrimento. É nesse ponto que esses textos se tornam especialmente relevantes para a reflexão sobre as doenças da alma (WESTERMANN, 1989).

4. Fidelidade, crise e sofrimento interior

Um tema recorrente nos salmos de Assafe é a fidelidade, tanto a fidelidade de Deus à aliança quanto a infidelidade do povo. Contudo, esses salmos não apresentam uma teologia simplista de causa e efeito. Embora reconheçam

as consequências espirituais da ruptura com Deus, eles também revelam que o sofrimento da alma pode ocorrer mesmo em contextos de fé, atingindo pessoas sinceramente comprometidas com o sagrado (BRUEGGEMANN, 1984).

Assafe não silencia suas dores. Pelo contrário, ele as verbaliza diante de Deus. Esse movimento confere aos seus escritos um caráter profundamente terapêutico, não no sentido técnico moderno, mas como processo espiritual de elaboração da dor. A alma ferida encontra espaço para falar, questionar, chorar e, gradualmente, reencontrar sentido (RICOEUR, 1977).

5. Atualidade dos escritos de Assafe

Ao desnudar o interior humano, os salmos de Assafe ultrapassam seu tempo histórico e alcançam o homem contemporâneo. A angústia descrita nesses textos não é estranha ao século atual; ao contrário, dialoga diretamente com as crises emocionais, existenciais e espirituais que marcam a sociedade moderna (BRUEGGEMANN, 1995).

Este capítulo introdutório, portanto, estabelece o fundamento para as análises posteriores: compreender que as doenças da alma não são sinal de ausência de fé, mas frequentemente o lugar onde a fé é provada, purificada e reconstruída. Em Assafe, encontramos não um discurso idealizado da espiritualidade, mas o

testemunho honesto de uma alma que sofre, luta e, apesar de tudo, insiste em permanecer diante de Deus.

Os salmos de Assafe revelam que a dor da alma não é silenciosa, nem invisível aos olhos de Deus. Ela pensa, sente, questiona e reage. A experiência do salmista nos conduz a uma constatação essencial: o sofrimento espiritual não ocorre apenas no campo da fé, mas envolve profundamente a estrutura emocional e psíquica do ser humano.

Se, no primeiro momento, foi necessário compreender quem é a voz que fala nos salmos, agora torna-se indispensável compreender como essa voz sente, percebe e interpreta a realidade. A alma ferida não adoece de forma abstrata; ela manifesta conflitos internos, tensões cognitivas, memórias dolorosas e rupturas de sentido.

O próximo capítulo, portanto, desloca o olhar da figura de Assafe para o funcionamento da alma em sofrimento. A partir de uma leitura teológica em diálogo com a psicologia e as neurociências, será possível compreender como a dor se instala, se mantém e, sobretudo, como pode ser ressignificada à luz da fé

Capítulo II

As doenças da alma: conceito, linguagem e compreensão interdisciplinar

1. A necessidade de definir o que adoece a alma

Após compreender quem é a voz que fala nos Salmos de Assafe, torna-se indispensável compreender **o que essa voz expressa quando fala de dor**. Antes de nomear angústia, ansiedade, depressão ou conflito, é necessário esclarecer o conceito que atravessa toda esta obra: **as chamadas doenças da alma**.

A expressão “doença da alma” não pertence, de modo estrito, ao vocabulário técnico da medicina ou da psicologia clínica. Trata-se de uma linguagem simbólica, teológica e existencial, amplamente utilizada ao longo da história da filosofia, da espiritualidade e da reflexão pastoral para descrever estados de sofrimento interior que afetam profundamente o modo de sentir, pensar, crer e existir (WESTERMANN, 1989; BRUEGGEMANN, 2003).

Essa linguagem não pretende substituir diagnósticos clínicos, mas **nomear experiências internas reais**, frequentemente vividas de forma difusa, silenciosa e

profundamente dolorosa, que encontram respaldo tanto na psicologia profunda quanto nas neurociências afetivas (DAMASIO, 2011; LEDOUX, 2015).

2. Doença da alma: entre metáfora e realidade existencial

Quando se fala em doença da alma, refere-se a uma variedade de condições emocionais, psicológicas e espirituais que interferem no bem-estar integral do ser humano. Essas condições podem se manifestar como tristeza persistente, ansiedade constante, angústia sem causa aparente, sensação de vazio, perda de sentido, medo difuso, culpa excessiva, conflitos internos ou ruptura da esperança, experiências amplamente descritas tanto na clínica psicológica quanto na literatura espiritual (FRANKL, 2008).

Em alguns contextos, a doença da alma se aproxima de quadros clinicamente reconhecidos, como depressão, transtornos de ansiedade ou síndromes psicossomáticas. Em outros, manifesta-se como sofrimento espiritual ou existencial: crises de fé, perda de propósito, distanciamento emocional de si mesmo, dos outros e de Deus, fenômenos que a neuroteologia reconhece como experiências limítrofes entre fé, emoção e sentido (NEWBERG; D'AQUILI, 2001).

É fundamental destacar que **nem todo sofrimento da alma é imediatamente patológico**, mas todo

sofrimento negligenciado tende a se agravar, produzindo impactos emocionais e neurobiológicos progressivos (MCEWEN, 2012).

3. A linguagem bíblica da enfermidade interior

As Escrituras reconhecem explicitamente a existência de enfermidades que não se limitam ao corpo. O salmista afirma:

“E eu disse: isto é enfermidade minha; e logo me lembrei dos anos da destra do Altíssimo” (Salmos 77:10).

Nesse texto, a enfermidade não é descrita como física, mas como um estado interno, ligado à memória, à percepção do tempo e à relação com Deus. A alma adocece quando perde referências, quando o presente é dominado pela dor e o futuro se apresenta ameaçador dinâmica que encontra paralelos claros nos estudos contemporâneos sobre memória emocional e antecipação do futuro no cérebro humano (DAMASIO, 2011; LEDOUX, 2015).

Os Salmos, de modo geral, oferecem uma linguagem profundamente honesta para expressar esse adoecimento interior. Eles não negam a dor, não a espiritualizam de forma defensiva e não culpabilizam o sofredor. Ao contrário, dão voz à alma ferida, funcionando como

espaço simbólico de elaboração emocional e espiritual (BRUEGGEMANN, 2003).

4. Doença da alma não é diagnóstico, é experiência

É importante ressaltar que a expressão “doença da alma” **não constitui um termo clínico oficial** e não deve ser utilizada como diagnóstico médico ou psicológico. Trata-se de uma construção simbólica que ajuda o indivíduo a reconhecer, nomear e comunicar sua experiência interna, algo amplamente reconhecido pela psicologia fenomenológica e pela psicanálise (FREUD, 1917; FRANKL, 2008).

Essa distinção é essencial para evitar dois extremos igualmente prejudiciais:

a **espiritualização indevida do sofrimento**, que dispensa o cuidado clínico quando necessário;

a **medicalização absoluta da dor existencial**, que ignora sua dimensão espiritual e simbólica.

A proposta deste livro é justamente integrar essas dimensões, reconhecendo que o ser humano adoece de forma integral: corpo, mente, emoções e espiritualidade, princípio corroborado tanto pela neurociência quanto pela teologia contemporânea (NEWBERG; D'AQUILI, 2001; DAMASIO, 2011).

5. A alma como lugar de encontro entre fé, psique e cérebro

Do ponto de vista psicológico, a alma pode ser compreendida como o espaço simbólico onde emoções, memórias, desejos, medos e narrativas internas se organizam. A psicanálise descreve esse espaço como território do inconsciente, onde experiências não elaboradas continuam a produzir efeitos.

A neurociência, por sua vez, demonstra que estados emocionais persistentes alteram circuitos cerebrais, influenciam o sistema nervoso autônomo, o sono, o apetite e a capacidade de regulação emocional (MCEWEN, 2012). Já a neuroteologia aponta que experiências espirituais como oração, fé, esperança e sentido também produzem impactos mensuráveis no cérebro e na saúde emocional (NEWBERG, 2018).

Em conclusão, falar de doenças da alma é reconhecer que **o sofrimento interior não é imaginário**, mas profundamente encarnado na experiência humana.

6. A proximidade de Deus como recurso terapêutico

Diante do adoecimento da alma, a tradição bíblica aponta para a necessidade de aproximação de Deus. Não como fuga da realidade, mas como fonte de sustentação, reorganização interna e esperança um movimento que a neuroteologia reconhece como potencial regulador das

emoções e promotor de resiliência (NEWBERG; WALDERS, 2009).

O remédio espiritual não substitui, quando necessário, o tratamento psicológico ou médico, mas **atua como força integradora**, ajudando o indivíduo a enfrentar sua dor com sentido, companhia e direção.

Nos Salmos, a alma não é curada pela negação da dor, mas pela possibilidade de levá-la à presença de Deus. Esse movimento inaugura um processo não imediato, não mágico de ressignificação (BRUEGGEMANN, 2003).

Este capítulo estabelece a base conceitual da obra, a partir daqui, não trataremos mais apenas de definições gerais, mas de **manifestações específicas do adoecimento da alma**, amplamente retratadas nos Salmos e vividas na experiência clínica e pastoral contemporânea.

Assim, no próximo capítulo, aprofundaremos uma das expressões mais universais do sofrimento humano: **a angústia**, dialogando com a filosofia existencial, a neurociência afetiva e a teologia bíblica, à luz dos Salmos

Capítulo III

A angústia: a vertigem da alma diante da existência

Ao tratar da angústia, faz-se necessário compreendê-la não apenas como um sintoma emocional isolado, mas como uma experiência existencial profunda, presente em diferentes fases da vida humana. Este capítulo propõe uma leitura da angústia como lugar de tensão da existência, dialogando com a reflexão filosófica de Søren Kierkegaard, com a teologia bíblica especialmente os salmos de Assafe e com a experiência clínica e pastoral.

A angústia não aqui apresentada como fraqueza moral ou simples desajuste emocional, mas como um estado que emerge quando o ser humano se percebe diante da liberdade, da culpa, da possibilidade e do limite uma compreensão que encontra ressonância tanto na filosofia existencial quanto nas pesquisas contemporâneas sobre emoção, consciência e tomada de decisão (Kierkegaard; Tillich; Damasio).

1. Os estágios da existência e a angústia em Kierkegaard

Segundo a leitura apresentada por Lauro Ericksen, Kierkegaard compreende a existência humana a partir de estágios ou modos de viver o estético, o ético e o religioso. Esses estágios não devem ser entendidos como compartimentos rígidos ou cronológicos, mas como dimensões da experiência humana entre as quais o indivíduo pode transitar ao longo da vida. Essa compreensão dinâmica da existência encontra paralelos na psicologia do desenvolvimento e na neurociência afetiva, que reconhecem o sujeito como processual, relacional e em constante reorganização interna (Erikson; Siegel).

O filósofo dinamarquês enfatiza a possibilidade de transição entre esses estágios, bem como sua intersecção contínua. A existência humana é marcada por movimento, crise e decisão. Nenhum estágio anula completamente o outro, e a passagem entre eles ocorre, muitas vezes, em contextos de sofrimento, ruptura e angústia elementos que, do ponto de vista neurobiológico, costumam ativar sistemas ligados à ameaça, à incerteza e à avaliação de risco (LeDoux; Panksepp).

Do ponto de vista teológico kierkegaardiano, o estágio religioso representa o ápice da existência, alcançado por meio do chamado salto de fé. Esse salto não elimina a angústia, mas a ressignifica. A angústia, nesse sentido, não é inimiga da fé, mas pode tornar-se o solo a partir do qual a fé se aprofunda — uma ideia amplamente retomada pela

teologia existencial de Paul Tillich ao tratar da “coragem de ser”.

2. A angústia como tensão constitutiva da existência

A angústia pode ser compreendida como o lugar de tensão entre culpa e liberdade, elementos constitutivos do espírito humano. Ela não é apenas algo que o homem sente; é algo que, de certo modo, o homem é. A angústia se manifesta na própria existência, ainda que frequentemente permaneça obscurecida pela rotina, pelas distrações e pelas tentativas de controle — mecanismos que, segundo a neuropsicologia, funcionam como estratégias defensivas de regulação emocional.

Vivemos, muitas vezes, como se não fôssemos angústia, como se não estivéssemos continuamente suspensos entre a liberdade de poder escolher e a culpa de ser responsáveis por nossas escolhas. Quando essa suspensão se torna consciente, instala-se a vertigem: o chão parece desaparecer, não há paredes nem teto, apenas um espaço aberto de possibilidades. Antônio Damasio observa que estados de incerteza profunda mobilizam intensamente os circuitos emocionais ligados à consciência do eu e à antecipação do futuro, o que ajuda a compreender essa experiência subjetiva de vertigem.

Essa vertigem revela a ambiguidade da angústia. Ao mesmo tempo em que desestabiliza, ela abre horizontes.

Por retirar o chão, cria espaço. Por isso, pode ser descrita como a atmosfera da possibilidade. A liberdade oferece múltiplos caminhos, e a angústia acompanha cada um deles, questionando: “E se tivesse sido diferente?” — um movimento cognitivo-afetivo semelhante ao que a psicologia chama de ruminação existencial.

3. A angústia nos Salmos de Assafe

O Salmo 77 oferece um retrato singular da angústia espiritual. Nele, Assafe descreve um estado de sofrimento profundo, aparentemente sem causa externa imediata. A alma encontra-se inquieta, o sono é interrompido, a oração parece não encontrar resposta, e a memória torna-se um campo de batalha. Pesquisas em neurociência do sono e da emoção indicam que estados prolongados de angústia e estresse afetam diretamente o ciclo do sono e a capacidade de autorregulação emocional (Van der Kolk).

A angústia aqui não nasce de um evento pontual claramente identificável, mas de um conflito interno: a fé herdada confronta a experiência presente de silêncio e dor. Essa forma de angústia é especialmente perturbadora, pois carece de uma causa objetivamente delimitada, tornando-se difusa e persistente um fenômeno amplamente descrito tanto pela clínica psicológica quanto pela espiritualidade bíblica.

4. A angústia como experiência multifatorial

A angústia é um fenômeno complexo e multifacetado. Suas origens podem estar relacionadas a fatores internos e externos, como experiências passadas, traumas, estresse prolongado, conflitos relacionais e medos existenciais. Nem sempre é possível identificar com precisão onde a angústia se inicia, pois ela frequentemente resulta da convergência de múltiplos elementos uma compreensão compartilhada pela psiquiatria, pela psicologia clínica e pela neurociência contemporânea.

No pensamento existencial, o termo alemão *Angst* descreve essa condição humana básica: um pavor sem objeto específico, um sentimento difuso que emerge do confronto com um mundo percebido como instável, hostil ou desprovido de sentido. Trata-se de uma experiência comum à humanidade, ainda que vivida de maneira singular por cada indivíduo, como também reconhecem Viktor Frankl e Irvin Yalom.

5. A memória, o trauma e a intensificação da angústia

Na prática do aconselhamento e da capelania terapêutica, observa-se que a angústia tende a se intensificar quando a memória emocional mantém o passado continuamente presente. Não se trata apenas de recordar eventos, mas de revivê-los internamente, como se ainda estivessem ocorrendo.

A neurociência do trauma demonstra que memórias não integradas permanecem ativas nos sistemas límbicos,

especialmente na amígdala, dificultando a distinção entre passado e presente (Van der Kolk).

Um caso emblemático é o de M.D.S., uma jovem senhora cuja trajetória foi marcada por experiências de perda, injustiça e humilhação. Envolvida profissionalmente em uma empresa posteriormente associada a práticas ilegais, viu-se responsabilizada por atos que afirma não ter cometido. A prisão, a exposição pública, a vergonha e o medo tornaram-se marcas profundas em sua história.

Mesmo após a liberdade provisória, enquanto aguarda julgamento, a angústia persiste. A memória não apenas revive o passado, mas antecipa o futuro, apresentando-o sob a forma de condenação prévia. O sofrimento se manifesta como um conjunto simultâneo de medo, desespero, culpa, aflição e vazio existencial, dificultando a nomeação precisa do que se sente — fenômeno frequentemente observado em quadros de estresse traumático prolongado.

6. Angústia, inconsciente e sofrimento prolongado

Do ponto de vista psicológico, experiências traumáticas podem deixar registros duradouros no inconsciente. Gatilhos aparentemente insignificantes reativam emoções intensas, fazendo com que a dor retorne com força renovada. Essas marcas, embora não determinem toda a existência, influenciam profundamente a forma como o indivíduo percebe a si mesmo e o mundo algo

amplamente discutido pela psicanálise e confirmado por estudos neurobiológicos sobre memória implícita.

Quando não elaborada, a angústia pode conduzir a estados de sofrimento extremo, nos quais surgem pensamentos de desistência da vida. Esses estados não devem ser romantizados nem banalizados, mas compreendidos como sinais de uma alma sobrecarregada, que perdeu temporariamente sua capacidade de simbolizar a dor.

A angústia é uma experiência humana universal e não constitui, por si só, sinal de fracasso espiritual ou moral. Reconhecê-la é um passo fundamental no processo de cuidado da alma. Pedir ajuda, falar da dor e buscar apoio espiritual e terapêutico são atitudes legítimas e necessárias princípio defendido tanto pela clínica contemporânea quanto pela teologia pastoral responsável (Koenig; Newberg).

Na perspectiva da fé, aproximar-se de Deus em meio à angústia não significa negar a realidade do sofrimento, mas enfrentá-la com honestidade e esperança. Assim como Assafe, a alma angustiada pode encontrar, na presença divina, não a eliminação imediata da dor, mas a possibilidade de permanecer, elaborar e seguir adiante

[Lidando com as doenças da alma] por [Doutor Wellington Galindo]

Capítulo IV

ANSIEDADE: QUANDO O FUTURO SE TORNA UMA AMEAÇA PRESENTE

Antes de qualquer abordagem bíblica ou espiritual, é necessário reconhecer que a ansiedade é oficialmente classificada como um transtorno de saúde, estando registrada na Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Trata-se de um fenômeno amplamente estudado pelas ciências médicas, psicológicas e neurocientíficas, frequentemente associado aos chamados transtornos neuróticos, aos quadros relacionados ao estresse e às manifestações psicossomáticas classificação que reforça seu caráter clínico, sem reduzir sua complexidade existencial (APA; OMS).

No entanto, embora possua diagnóstico clínico, a ansiedade não pode ser compreendida apenas como um distúrbio biológico. Ela se manifesta no corpo, nasce na mente e ecoa profundamente na alma uma compreensão integrada que encontra respaldo tanto na psicologia clínica quanto na neuroteologia contemporânea (Newberg; Siegel).

A ansiedade, em sua essência, é uma antecipação angustiada do futuro. É o esforço da mente em controlar o que ainda não existe. Nesse sentido, como bem observa Ferro (2012), o futuro se torna um adversário invisível e incansável algo que não se pode tocar, prever ou vencer. O indivíduo ansioso passa a habitar um tempo que ainda não chegou, afastando-se do presente sem jamais alcançar o amanhã, fenômeno que a psicologia cognitiva descreve como deslocamento temporal da consciência.

Essa vivência produz um estado peculiar: a pessoa não está verdadeiramente no agora, nem efetivamente no futuro. Ela está prisioneira da preocupação um estado mental que, do ponto de vista neurobiológico, mantém o organismo em ativação contínua, comprometendo a regulação emocional e o descanso psíquico (McEwen).

2.1 A ansiedade sob a ótica psicológica e clínica

Collins (2004) descreve a ansiedade como uma sensação interna de apreensão, insegurança, inquietação e temor, geralmente acompanhada por intensa ativação fisiológica. O corpo entra em estado de alerta máximo: o coração acelera, os músculos se tensionam, a respiração se altera e a mente perde a capacidade de repouso. Essas reações refletem a ativação do sistema nervoso autônomo, especialmente do eixo simpático, amplamente descrito pela neurofisiologia do estresse.

Essas reações, em sua origem, possuem uma função protetiva. Elas surgem como resposta a um possível perigo, real ou percebido. Contudo, no indivíduo ansioso, essa ameaça muitas vezes é indefinida, imaginária ou flutuante. Há a sensação constante de que “algo ruim está para acontecer”, mesmo sem saber o quê ou por quê característica central dos transtornos de ansiedade generalizada, segundo a psiquiatria contemporânea.

Clinicamente, a ansiedade pode manifestar-se de diversas formas, desde respostas normais e adaptativas até quadros patológicos incapacitantes. Ela pode ser episódica, aguda, crônica ou difusa, variando em intensidade e impacto funcional. O que distingue a ansiedade saudável da patológica não é sua presença, mas sua desproporção, persistência e capacidade de comprometer a vida cotidiana critério amplamente adotado pela psicologia clínica e pela psiquiatria diagnóstica.

2.2 A ansiedade como experiência da alma

No campo da espiritualidade bíblica, a ansiedade não é ignorada nem espiritualizada de forma simplista. As Escrituras reconhecem sua existência e oferecem caminhos de enfrentamento que envolvem confiança, entrega e reorganização interior elementos que hoje encontram correspondência em práticas de regulação emocional e espiritualidade contemplativa (Koenig; Benson).

O apóstolo Pedro orienta seus leitores a não acolherem a ansiedade como companheira de jornada, mas a lançá-la sobre Deus de maneira deliberada e integral:

“Humilhai-vos, pois, debaixo da potente mão de Deus, para que, a seu tempo, vos exalte, lançando sobre ele toda a vossa ansiedade, porque ele tem cuidado de vós” (1Pe 5.6–7).

A linguagem bíblica é clara: a ansiedade não deve ser acumulada, nutrida ou administrada solitariamente. Ela deve ser entregue. Lançar, no texto original, implica um ato consciente de deslocamento de peso retirar de si aquilo que sobrecarrega a alma. Esse movimento possui efeito regulador profundo, semelhante ao que a psicologia descreve como externalização do sofrimento.

O apóstolo Paulo reforça essa compreensão ao afirmar que a ansiedade desloca a mente do presente e compromete a experiência da paz. Por isso, ele orienta os filipenses a substituírem a preocupação pela oração, súplica e gratidão, criando um ambiente interno propício à paz que guarda mente e coração (Fp 4.6–7) um processo que, do ponto de vista neurocientífico, favorece a ativação de circuitos ligados à segurança e à estabilidade emocional.

2.3 Neurociência, ansiedade e os caminhos do cérebro

A neurociência contemporânea contribui significativamente para a compreensão da ansiedade ao identificar dois principais caminhos cerebrais envolvidos nesse processo: o córtex e a amígdala.

Segundo Pittman (2023), a ansiedade pode ser desencadeada no córtex cerebral, especialmente no córtex frontal, onde ocorrem os pensamentos, imagens mentais, previsões e avaliações de risco. Nesse caminho, a ansiedade nasce da interpretação cognitiva da realidade real ou imaginada sendo fortemente influenciada por crenças, narrativas internas e memórias.

Em paralelo, a amígdala, estrutura profunda do sistema límbico, atua como um sistema de alarme rápido. Ela reage antes mesmo que o pensamento consciente se forme, preparando o corpo para lutar ou fugir. Essa resposta é essencial à sobrevivência, mas torna-se problemática quando ativada de forma constante e desproporcional quadro comum em indivíduos que vivem sob ameaça contínua percebida.

A psicoterapia moderna, especialmente as abordagens cognitivas e psicanalíticas, concentra-se majoritariamente no caminho cortical ajudando o indivíduo a reorganizar pensamentos, significados e narrativas internas. Já a espiritualidade cristã atua como reguladora profunda da

amígdala emocional, oferecendo segurança, pertencimento e sentido aspecto amplamente explorado pela neuroteologia (Newberg; d'Aquili).

2.4 Integração terapêutica: mente, cérebro e fé

A ansiedade, portanto, é uma experiência multidimensional. Ela envolve corpo, mente e alma. Ignorar qualquer uma dessas dimensões compromete o processo de cura princípio compartilhado pela clínica integrativa, pela neurociência relacional e pela teologia pastoral contemporânea.

No aconselhamento terapêutico cristão, a integração entre psicologia, neurociência e espiritualidade não enfraquece a fé ao contrário, a aprofunda. Confiar em Deus não exclui o cuidado com a mente; reorganizar pensamentos não elimina a necessidade de entrega espiritual. A fé madura não nega o sofrimento, mas oferece um lugar seguro para enfrentá-lo.

Capítulo V

A Depressão: Quando a Alma se Abate e a Esperança se Cala

A Depressão como Doença da Alma

A depressão figura entre as mais profundas e silenciosas doenças da alma na contemporaneidade. Diferente de uma tristeza passageira, ela se instala de forma persistente, afetando o modo como o indivíduo percebe a si mesmo, o mundo e o futuro, conforme amplamente descrito na literatura psiquiátrica e psicológica contemporânea (Beck, 1979; DSM-5-TR, APA, 2022). Trata-se de um sofrimento que ultrapassa o campo emocional, alcançando dimensões cognitivas, corporais, relacionais e espirituais, o que reforça sua natureza multidimensional (Frankl, 1985; Dalgalarondo, 2019).

Embora amplamente estudada pela psiquiatria e pela psicologia clínica, a depressão também encontra eco antigo nas Escrituras, especialmente nos Salmos, onde a linguagem da alma antecede em milênios as categorias diagnósticas modernas (Brueggemann, 2014). Muito antes de qualquer classificação diagnóstica, a alma humana já expressava seu abatimento, sua exaustão e sua luta interna diante do silêncio, da perda e da sensação de abandono, revelando uma antropologia do sofrimento profundamente realista.

Nesse sentido, a depressão pode ser compreendida não apenas como um transtorno do humor, mas como uma doença da alma, na qual o sujeito perde, ainda que temporariamente, a capacidade de experimentar sentido, esperança e vitalidade conceito que dialoga tanto com a psicopatologia fenomenológica quanto com a teologia pastoral (Binswanger, 1963; Tillich, 1952).

5.2 A Depressão na Perspectiva Clínica e Epidemiológica

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão afeta mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo uma das principais causas de incapacidade funcional (OMS, 2023). No Brasil, estima-se que cerca de 5,8% da população conviva com sintomas depressivos, colocando o país entre os de maior incidência na América Latina, conforme levantamentos epidemiológicos recentes.

Do ponto de vista clínico, a depressão é caracterizada por sintomas como: humor persistentemente deprimido; perda de interesse ou prazer (anedonia); fadiga constante; alterações no sono e no apetite; sentimento de culpa excessiva ou inutilidade; dificuldade de concentração; lentificação psíquica; pensamentos recorrentes de desesperança (APA, 2022; Kaplan & Sadock, 2021).

Entretanto, é fundamental ressaltar que nem toda tristeza é depressão, assim como nem toda depressão se manifesta de forma evidente. Muitos indivíduos seguem funcionando socialmente, trabalhando e sorrindo, enquanto internamente a alma se encontra profundamente adoecida fenômeno descrito na literatura como depressão mascarada ou funcional (McWilliams, 2011).

5.3 Depressão e Neurociência: O Cérebro em Sofrimento

A neurociência contribui significativamente para a compreensão da depressão ao evidenciar alterações em circuitos neurais ligados ao humor, à motivação e à regulação emocional (Damasio, 2018). Estudos apontam disfunções em regiões como:

o córtex pré-frontal, associado à tomada de decisão e ao controle emocional;

o sistema límbico, especialmente a amígdala, relacionada ao processamento do medo e da dor emocional;

o hipocampo, envolvido na memória e na regulação do estresse (Sapolsky, 2017; Mayberg, 2003).

Além disso, observa-se desequilíbrio nos neurotransmissores, como serotonina, dopamina e

noradrenalina, o que ajuda a explicar a sensação de vazio, desânimo e perda de prazer (Stahl, 2021). Contudo, a neurociência também demonstra que o cérebro é plástico, ou seja, capaz de reorganizar-se, o que reforça a possibilidade de tratamento e recuperação por meio de intervenções psicoterapêuticas, farmacológicas e espirituais integradas (Doidge, 2015).

5.4 A Leitura Psicanalítica da Depressão: Perda, Luto e Silêncio

Na perspectiva psicanalítica, a depressão frequentemente se associa a experiências de perda reais ou simbólicas, conforme descrito por Freud em *Luto e Melancolia* (1917/2010). Nem sempre trata-se da morte de alguém; muitas vezes é a perda de um ideal, de um vínculo, de um projeto de vida ou da própria imagem de si, aspecto amplamente desenvolvido pela psicanálise contemporânea (Klein, 1940; Green, 1983).

A alma deprimida, nesse contexto, encontra-se em luto. Um luto que, por não ter sido elaborado, transforma-se em autoacusação, retraimento e silêncio interior. A agressividade que não pode ser expressa para fora retorna contra o próprio sujeito, minando sua autoestima e sua energia vital mecanismo conhecido como identificação com o objeto perdido.

É nesse ponto que a escuta terapêutica se torna fundamental: permitir que a alma fale, chore, simbolize e ressignifique sua dor, favorecendo a integração psíquica e a restauração do sentido.

5.5 A Depressão nos Salmos: A Alma que se Abate

Os Salmos oferecem um retrato profundamente humano da depressão, conforme reconhecem diversos teólogos e exegetas bíblicos (Bonhoeffer, 2011; Brueggemann, 2014). O salmista não esconde sua dor; ele a verbaliza diante de Deus. Um exemplo emblemático encontra-se no Salmo 42: “Por que estás abatida, ó minha alma, e por que te perturbas dentro de mim? Espera em Deus, pois ainda o louvarei” (Sl 42.5).

O termo hebraico traduzido por “abatida” (*shachach*) carrega a ideia de alguém curvado, prostrado, sem forças para manter-se ereto, revelando uma antropologia bíblica profundamente conectada à experiência depressiva. Trata-se de uma imagem poderosa da depressão: a alma que já não consegue sustentar-se por si mesma.

Entretanto, o texto não termina no abatimento. Há um diálogo interno, uma convocação da esperança, ainda que frágil. O salmista ensina que a fé não nega a dor, mas a atravessa um movimento que antecipa, de forma poética, princípios hoje reconhecidos pela psicoterapia moderna.

5.6 Neuroteologia: Quando Fé e Cérebro se Encontram

A neuroteologia oferece um campo de diálogo fecundo entre espiritualidade e ciência, investigando como experiências religiosas impactam os processos cerebrais (Newberg & Waldman, 2016). Pesquisas indicam que práticas espirituais saudáveis — como oração, meditação e leitura contemplativa — podem modular respostas cerebrais ao estresse, fortalecer circuitos de regulação emocional e promover sensação de pertencimento e esperança (Benson & Proctor, 2010).

Isso não significa espiritualizar a depressão de forma simplista, nem substituir o tratamento clínico pela fé. Pelo contrário: trata-se de compreender que a experiência espiritual pode atuar como fator protetivo, integrando-se ao cuidado psicológico e médico, conforme defendem abordagens integrativas em saúde mental.

A fé, nesse contexto, não é negação do sofrimento, mas um espaço simbólico onde a alma encontra sentido para continuar (Frankl, 1985).

5.7 A Experiência Clínica: A Depressão no Setting Terapêutico

A prática clínica revela que muitos pacientes deprimidos carregam uma fé silenciosa, ferida ou confusa. Outros se culpam por “não terem fé suficiente”, fenômeno frequentemente observado na clínica pastoral e psicológica (Pargament, 2007). Cabe ao terapeuta, especialmente aquele que compreende as dimensões da alma, ajudar o paciente a separar culpa, sofrimento e responsabilidade, oferecendo um espaço seguro de reconstrução psíquica e espiritual.

A depressão, enquanto doença da alma, não define o sujeito, mas revela sua humanidade ferida. Os Salmos ensinam que é possível falar da dor sem censura, chorar sem culpa e esperar mesmo quando a esperança parece distante.

Entre o cérebro que sofre, a alma que se cala e o espírito que anseia, surge a possibilidade de cuidado integral. A cura nem sempre é imediata, mas o caminho se inicia quando a dor encontra escuta, acolhimento e sentido

Atitudes que auxiliam no combate à depressão

Existem algumas atitudes que podem ajudar a combater a depressão e melhorar o bem-estar emocional e mental. Alguns deles incluem:

O enfrentamento da depressão exige uma abordagem integral, que considere o sujeito em suas dimensões biológica, psíquica, relacional e espiritual. Não se trata de fórmulas rápidas, mas de caminhos possíveis que, quando

integrados, favorecem a recuperação gradual da vitalidade da alma.

1. Busca por acompanhamento profissional qualificado

A psicoterapia e, quando indicado, o acompanhamento psiquiátrico são pilares fundamentais no tratamento da depressão. A escuta clínica possibilita a elaboração das perdas, a reorganização dos afetos e a reconstrução do sentido da vida. A ciência demonstra que intervenções terapêuticas consistentes contribuem para a reorganização dos circuitos neurais envolvidos no humor e na motivação.

2. Valorização da rotina e do cuidado com o corpo

Estabelecer horários regulares para sono, alimentação e atividades diárias auxilia na estabilização do sistema nervoso. A neurociência aponta que o corpo funciona como uma porta de acesso à mente: cuidar do ritmo biológico favorece a regulação emocional e reduz a sensação de caos interno.

3. Movimento e ativação gradual da vida

Atividades físicas leves e progressivas como caminhadas, alongamentos ou exercícios orientados estimulam a liberação de neurotransmissores associados ao bem-estar, como a serotonina e a dopamina. Mais do que desempenho, o foco está na retomada do contato com o próprio corpo e com a experiência do existir.

4. Reconstrução dos vínculos e combate ao isolamento

A depressão tende a conduzir o sujeito ao isolamento, intensificando o sofrimento. A manutenção de vínculos seguros, mesmo que de forma limitada e gradual, funciona como fator protetivo. A presença do outro ajuda a alma a lembrar-se de que ainda há lugar, pertencimento e valor.

5. Espiritualidade saudável e não culpabilizante

Práticas espirituais como oração, leitura meditativa dos Salmos e momentos de silêncio contemplativo podem oferecer conforto, sentido e esperança. É fundamental, porém, que essa espiritualidade não seja utilizada como instrumento de cobrança ou negação da dor. A fé madura acolhe a fragilidade e caminha junto com o cuidado terapêutico.

6. Nomear a dor e permitir-se sentir

A repressão emocional intensifica o sofrimento depressivo. Inspirados nos Salmos, aprender a nomear a dor, expressar o cansaço e reconhecer os limites é um ato de saúde psíquica e espiritual. A alma que fala começa, ainda que lentamente, a se reorganizar.

7. Esperança como processo, não como exigência

Na depressão, a esperança raramente surge de forma imediata. Ela nasce em pequenos gestos, em passos discretos e na constância do cuidado. Esperar, nesse

contexto, não é sentir-se forte, mas permitir-se continuar,
mesmo quando a força parece ausente

Capítulo VI

Síndromes da alma: quando o sofrimento se organiza em padrões persistentes

Ao longo dos capítulos anteriores, foi possível compreender que a alma ferida manifesta-se por meio de experiências como angústia, ansiedade e sofrimento emocional contínuo. Contudo, quando essas experiências deixam de ser episódicas e passam a se repetir com regularidade, organizando-se em padrões relativamente estáveis, pode-se falar em **síndromes da alma**, conceito que dialoga com a psicopatologia fenomenológica e com a clínica existencial (Binswanger, 1963; Jaspers, 1997).

Neste capítulo, o termo *síndrome* não é empregado de forma estritamente clínica, mas como uma categoria integrativa, que descreve conjuntos recorrentes de sintomas emocionais, cognitivos, espirituais e relacionais. As síndromes da alma representam estados em que o sofrimento deixa de ser apenas reativo a eventos externos e passa a estruturar a forma como o indivíduo percebe a si mesmo, o mundo, o outro e Deus fenômeno reconhecido tanto pela psicologia profunda quanto pela teologia pastoral contemporânea (Tillich, 1952; Pargament, 2007).

1. O conceito de síndrome aplicado à interioridade

Na linguagem médica e psicológica, síndrome refere-se a um conjunto de sinais e sintomas que ocorrem de maneira associada, ainda que possuam causas diversas (Kaplan & Sadock, 2021). Aplicado à dimensão da alma, esse conceito permite compreender que certos sofrimentos não se apresentam de forma isolada, mas como **configurações internas recorrentes**, que moldam a experiência subjetiva.

As síndromes da alma não são meramente emocionais; elas envolvem:

- padrões de pensamento repetitivos;
- estados afetivos persistentes;
- respostas corporais frequentes;
- interpretações espirituais específicas da realidade;
- modos rígidos de relação consigo, com o outro e com Deus.

Essas configurações podem coexistir com diagnósticos clínicos reconhecidos, mas não se esgotam neles. O foco aqui não é rotular o indivíduo, mas compreender o funcionamento interno do sofrimento, em consonância com abordagens integrativas em saúde mental e

espiritualidade (Dalgalarrodo, 2019; Newberg & Waldman, 2016).

2. A formação das síndromes da alma

As síndromes da alma se formam, geralmente, a partir da interação entre três fatores principais, amplamente descritos na literatura psicológica, neurocientífica e pastoral:

1. **Experiências de dor não elaboradas.** perdas, rejeições, traumas, frustrações e decepções que não encontraram espaço simbólico para serem integradas, permanecendo ativas na memória emocional (Freud, 1917; van der Kolk, 2014).
2. **Padrões interpretativos rígidos,** crenças sobre si mesmo, sobre a vida e sobre Deus que cristalizam a dor em forma de identidade, limitando a plasticidade psíquica e espiritual (Beck, 1979; Damasio, 2018).
3. **Espiritualização defensiva ou silenciosa,** quando a fé é utilizada para negar, reprimir ou moralizar o sofrimento, em vez de elaborá-lo, fenômeno frequentemente observado na clínica pastoral (Pargament, 2007).

Nos salmos de Asafe, observa-se esse processo quando a dor coletiva e pessoal se prolonga, gerando sentimentos de abandono, injustiça e confusão espiritual. A alma passa a interpretar a realidade sempre a partir da ferida, revelando uma espiritualidade em tensão, mas ainda relacional (Brueggemann, 2014).

3. Principais síndromes da alma

Embora não se pretenda esgotar todas as possibilidades, algumas síndromes aparecem com frequência na experiência pastoral, clínica e espiritual:

a) Síndrome do desamparo espiritual

Caracteriza-se pela sensação persistente de que Deus está distante, silencioso ou indiferente. A oração torna-se árida, a fé mecânica e a esperança fragilizada. O indivíduo continua crendo, mas sem experimentar consolo estado descrito por João da Cruz como *noite escura da alma*, e reconhecido hoje na psicologia da religião.

b) Síndrome da culpa crônica

Manifesta-se por um sentimento constante de inadequação moral e espiritual. Mesmo após o arrependimento, a alma permanece aprisionada à autodepreciação, como se não fosse digna de perdão, fenômeno que dialoga com o superego punitivo descrito pela psicanálise (Freud; McWilliams, 2011).

c) Síndrome do vazio existencial

Relaciona-se à perda de sentido, propósito e direção. A vida segue externamente funcional, mas internamente esvaziada. Trata-se de uma das síndromes mais silenciosas e perigosas da alma contemporânea, amplamente descrita por Viktor Frankl (1985).

d) Síndrome da hipervigilância emocional

A alma permanece em estado contínuo de alerta, esperando novas ameaças, rejeições ou perdas. Esse estado favorece ansiedade crônica, fadiga mental e dificuldade de descanso interior, sendo associado à hiperativação da amígdala e do eixo do estresse (Sapolsky, 2017).

e) Síndrome da resignação adoecida

Diferente da aceitação saudável, essa síndrome leva o indivíduo a uma postura de passividade desesperançada. A alma se conforma à dor, mas sem esperança de transformação, o que a teologia distingue da verdadeira submissão confiante.

4. As síndromes da alma e o corpo

As síndromes da alma frequentemente se expressam no corpo. Distúrbios do sono, dores crônicas, fadiga persistente, alterações gastrointestinais e tensões musculares recorrentes podem ser manifestações

somáticas de conflitos interiores não resolvidos, conforme demonstrado pela medicina psicossomática.

A neurociência aponta que estados emocionais prolongados alteram o funcionamento do sistema nervoso autônomo, favorecendo a ativação contínua do eixo hipotálamo–hipófise–adrenal. Assim, a alma adoecida repercute no corpo, e o corpo, por sua vez, retroalimenta o sofrimento da alma (Damasio, 2018; van der Kolk, 2014).

5. Caminhos de cuidado e integração

O enfrentamento das síndromes da alma não se dá por meio de soluções rápidas ou fórmulas espirituais. Exige um processo integrativo, que envolva:

- escuta qualificada e acompanhamento terapêutico;
- práticas espirituais que favoreçam a presença e a sinceridade diante de Deus;
- reconstrução de narrativas internas adoecidas;
- integração entre fé, ciência e experiência emocional.

Nos salmos de Asafe, observa-se que a cura não ocorre pela negação da dor, mas pela ressignificação progressiva da experiência, à medida que a alma encontra espaço para

falar, lembrar, questionar e, gradualmente, confiar novamente.

As síndromes da alma revelam que o sofrimento humano pode adquirir forma, estrutura e permanência. Reconhecê-las não é um ato de fraqueza, mas de lucidez espiritual e existencial. A fé madura não ignora esses estados; ela os atravessa com verdade, esperança e cuidado.

Este capítulo prepara o caminho para a reflexão final da obra, na qual serão abordados os processos de restauração da alma, a reconstrução da esperança e o papel da espiritualidade como caminho de cura e amadurecimento interior

.

Capítulo VII

Traumas, memória e sofrimento: quando o passado permanece vivo na alma

Ao avançar na compreensão das doenças da alma, torna-se inevitável abordar a relação profunda entre trauma, memória e sofrimento. Muitas dores que se manifestam no presente não se originam no agora, mas em experiências pretéritas que não foram devidamente elaboradas. O trauma é, em essência, uma experiência que ultrapassa a capacidade psíquica e emocional de assimilação do indivíduo, permanecendo registrada na memória de forma fragmentada e recorrente. A compreensão amplamente compartilhada pela psicanálise clássica e contemporânea (Freud, 1920; Laplanche & Pontalis, 2001) e confirmada pela neurociência do trauma (van der Kolk, 2014).

Nos salmos atribuídos a Assafe, observa-se com frequência o retorno insistente ao passado lembranças de aflições, derrotas nacionais, sensação de abandono e silêncio divino. Esse movimento não é meramente narrativo; trata-se de uma alma que tenta reorganizar sua história para encontrar sentido no presente. Assim, este capítulo propõe analisar como a memória traumática influencia o sofrimento contínuo da alma, articulando fé, clínica e neurociência.

1. O trauma como ferida da experiência

O trauma não se define apenas pela intensidade objetiva de um evento, mas pela forma como ele foi subjetivamente vivido. Situações de perda, violência, rejeição, abandono, humilhação ou ameaça prolongada podem ultrapassar os recursos internos do sujeito, produzindo uma ruptura na sensação de segurança e continuidade da vida aquilo que Winnicott chamou de *falha ambiental* e *quebra do self*.

Do ponto de vista espiritual, o trauma frequentemente afeta a imagem de Deus, do mundo e de si mesmo. A alma traumatizada passa a interpretar a realidade a partir da ferida, desenvolvendo estados persistentes de medo, desconfiança e hipervigilância emocional. Nos salmos de Assafe, esse estado aparece na dificuldade de conciliar a memória da fidelidade divina com a experiência concreta do sofrimento, revelando uma fé em tensão, mas não abandonada.

2. Memória: entre lembrança e aprisionamento

A memória não é um arquivo neutro de acontecimentos, mas um processo ativo de reconstrução. A neurociência afetiva demonstra que experiências traumáticas tendem a ser registradas de forma sensorial e emocional, permanecendo vivas no corpo e na mente mesmo quando o evento já passou (Damasio, 2018). É por isso que o trauma frequentemente se manifesta por meio de reações

desproporcionais, flashbacks emocionais, sonhos perturbadores e sensação constante de ameaça.

Assafe demonstra consciência desse processo ao afirmar que sua dor está ligada à lembrança: ele se recorda dos dias antigos, das obras de Deus, mas também das feridas do povo. A memória, nesse sentido, pode ser tanto fonte de sofrimento quanto instrumento de reconstrução, dependendo de como é elaborada, princípio que se alinha à clínica psicanalítica e à teologia do lamento.

3. Trauma e sofrimento prolongado da alma

Quando a memória traumática não é integrada à narrativa da vida, o sofrimento tende a se prolongar. A alma permanece presa a eventos que já não existem objetivamente, mas que continuam atuando subjetivamente. Esse aprisionamento pode dar origem a quadros como ansiedade crônica, depressão persistente, estados dissociativos e sensação de vazio existencial, frequentemente descritos na clínica do trauma complexo.

No campo da psicanálise, compreende-se que o trauma retorna não como lembrança organizada, mas como repetição. O sujeito revive, em diferentes contextos, afetos semelhantes aos da experiência original. Essa repetição inconsciente evidencia a necessidade de escuta, simbolização e elaboração da dor processo que exige tempo, vínculo e segurança relacional.

4. Contribuições da neurociência para a compreensão do trauma

A neurociência tem demonstrado que experiências traumáticas alteram o funcionamento de estruturas cerebrais relacionadas à memória e à emoção, como a amígdala, o hipocampo e o córtex pré-frontal. O cérebro passa a operar em modo de sobrevivência, priorizando a detecção de ameaças e dificultando a regulação emocional (LeDoux, 2015; van der Kolk, 2014).

Essas descobertas ajudam a compreender por que a alma traumatizada encontra dificuldade em repousar, confiar e projetar esperança. O sofrimento não é fruto de fraqueza moral ou espiritual, mas de um sistema nervoso que aprendeu a permanecer em alerta contínuo compreensão essencial para evitar espiritualizações culpabilizantes do trauma.

5. Trauma, fé e silêncio de Deus

Um dos aspectos mais dolorosos do trauma espiritual é a sensação de abandono divino. Assafe expressa esse sentimento ao questionar se Deus se esqueceu de ser misericordioso. Essas perguntas não são sinais de incredulidade, mas tentativas honestas de compreender a

dor à luz da fé, como reconhece a teologia bíblica do lamento (Brueggemann, 2014).

A espiritualidade bíblica não silencia o trauma, nem exige respostas imediatas. Ao contrário, oferece espaço para o lamento, para a queixa e para a espera. O silêncio de Deus, embora angustiante, pode tornar-se um espaço de maturação da fé e de reconstrução do sentido, desde que a alma não seja deixada sozinha em sua dor.

6. Caminhos de elaboração e cuidado

O cuidado da alma traumatizada exige uma abordagem integrada. A escuta terapêutica, os recursos da psicanálise, os avanços da neurociência e a espiritualidade cristã não se opõem; ao contrário, complementam-se. Elaborar o trauma implica permitir que a memória ferida encontre linguagem, sentido e acolhimento processo que reorganiza tanto o psiquismo quanto os circuitos emocionais do cérebro.

Nos salmos de Assafe, percebe-se que a cura não ocorre pela negação do passado, mas pela sua reinterpretação à luz da presença de Deus. A memória, antes fonte de aprisionamento, torna-se lugar de aprendizado, humildade e esperança.

Trauma, memória e sofrimento formam um tríptico eixo fundamental para a compreensão das doenças da alma.

Reconhecer o impacto do passado sobre o presente é um passo essencial no caminho da restauração interior. Em Assafe, aprendemos que a alma pode revisitar suas dores sem se perder nelas, desde que encontre espaço para falar, ser ouvida e permanecer diante de Deus.

No próximo capítulo, avançaremos para a análise dos **conflitos internos e relacionais**, observando como a dor da alma também se manifesta nas rupturas com o outro e consigo mesmo

CAPÍTULO VIII

Culpa, vergonha e consciência ferida

A distinção entre ansiedade (futuro), depressão (passado) e culpa/vergonha (presente contínuo) encontra respaldo na psicodinâmica do tempo psíquico descrita por **Viktor Frankl**, **Paul Ricoeur** e, neurocientificamente, nos estudos sobre ruminação e autorreferência do **córtex pré-frontal medial** (Damasio; Northoff).

Na neuroteologia, a transformação da espiritualidade em “tribunal interno” é compreendida como disfunção da imagem de Deus, conceito amplamente discutido por **Andrew Newberg**, **Eugene d’Aquili** e aprofundado em sua obra ao correlacionar fé punitiva e adoecimento emocional.

1. Culpa: entre responsabilidade e autoacusação

A culpa saudável como reguladora ética dialoga com a noção aristotélica de consciência moral, ressignificada na teologia bíblica por **Agostinho** e **Tomás de Aquino**, e

psicodinamicamente por **Donald Winnicott** (função integradora da culpa).

A transformação da culpa em identidade patológica (“eu sou o erro”) corresponde ao que **Aaron Beck** denomina esquemas centrais negativos, reforçados por experiências precoces de exigência e punição.

Do ponto de vista neurocientífico, essa culpa crônica está associada à hiperatividade do **córtex cingulado anterior**, área envolvida na autorrecriação e monitoramento do erro (Lanius; Shin).

Sua obra dialoga diretamente com esse ponto ao afirmar que **a espiritualidade baseada no medo sequestra os circuitos da graça**, mantendo o sistema nervoso em estado de ameaça.

2. Vergonha: o afeto que fere a identidade – Inferências

A distinção entre culpa (ato) e vergonha (ser) é amplamente sustentada por **Brené Brown, Helen Lewis** e, no campo teológico, por **Karl Barth**, ao tratar da queda como ruptura relacional e identitária.

A vergonha como desejo de ocultamento encontra paralelo neurocientífico nos estudos de **Naomi Eisenberger**, que demonstram que a rejeição social ativa

os mesmos circuitos da dor física (córtex cingulado dorsal).

Biblicamente, a leitura do Éden como gênese da vergonha antecedendo a ética punitiva confirma sua abordagem neuroteológica: a ruptura primeira não é moral, mas relacional.

Em consonância com seu livro, a vergonha é apresentada como **afeto espiritualizante do sofrimento**, que silencia a alma e rompe a capacidade de oração autêntica.

3. Consciência ferida e espiritualidade adoecida

A consciência punitiva se aproxima do conceito freudiano de **superego severo**, reinterpretado por autores contemporâneos como **Christopher Bollas** e **Julia Kristeva**.

Em contextos religiosos, esse superego é frequentemente reforçado por teologias legalistas, tema amplamente criticado por **Paul Tillich**, ao tratar da “ansiedade da condenação”.

A alternativa apresentada nos Salmos levar a consciência à presença de Deus converge com a noção neuroteológica de **regulação emocional mediada pela espiritualidade**, descrita por Newberg.

Seu tratado avança ao afirmar que **a graça não silencia a consciência, mas a reconfigura**, deslocando-a da punição para a restauração.

4. Neurociência da culpa crônica

A ativação contínua da amígdala e do córtex pré-frontal medial em estados de culpa prolongada é amplamente documentada por **Lanius, McTeague e Etkin**.

A ruminação, como mecanismo central da culpa patológica, é descrita por Susan Nolen-Hoeksema como fator preditivo de depressão e transtornos ansiosos.

Quando se verifica a ausência de resolução simbólica, apenas confirma a tese central do livro: **a alma adoece quando a experiência não encontra linguagem, fé e integração narrativa**.

5. Caminhos de restauração da consciência

A confissão como nomeação libertadora encontra eco na psicanálise narrativa (Ricoeur) e na neurociência da linguagem, que demonstra que **dar nome à dor reduz a ativação límbica**.

A graça como força restauradora dialoga com Tillich (“aceitação apesar de”) e com a neuroteologia da

experiência do perdão, estudada por **Everett Worthington**.

O acompanhamento pastoral-terapêutico confirma o modelo integrativo defendido em sua obra: ciência e fé não competem, **cooperam na reconstrução da identidade**.

CAPÍTULO IX

O luto da alma: perdas, ausências e sofrimento

A ampliação do conceito de luto para além da morte física dialoga com **Colin Murray Parkes**, **William Worden** e, mais recentemente, com o conceito de **lutos não reconhecidos** (Doka). A leitura dos salmos de Assafe como expressão de luto espiritual confirma a abordagem neuroteológica do sofrimento religioso descrita por Newberg e aprofundada em seu tratado.

1. O luto para além da morte

A perda de identidade, projetos e imagem de Deus corresponde ao que a psicologia chama de **luto simbólico**, frequentemente mais duradouro que o luto concreto. Teologicamente, essa perda de imagens de Deus encontra paralelo na teologia **apofática** e na “noite escura da alma” (João da Cruz). A **teologia apofática**, também conhecida como **teologia negativa**, é uma abordagem teológica que reconhece os limites da linguagem humana diante do mistério de Deus. Em vez de afirmar diretamente *o que Deus é*, essa tradição procura indicar *o que Deus não é*, compreendendo que toda definição positiva corre o risco de reduzir o Infinito às categorias finitas do pensamento humano.

Essa perspectiva nasce da consciência de que Deus transcende plenamente a razão, os sentidos e os conceitos. Palavras como *amor*, *justiça*, *presença* ou *poder*, embora verdadeiras, tornam-se insuficientes quando aplicadas a Deus sem a devida humildade epistemológica. A teologia apofática, portanto, não nega o conhecimento de Deus, mas afirma que esse conhecimento é sempre **parcial, indireto e reverente**, marcado mais pelo silêncio contemplativo do que pela certeza conceitual.

Do ponto de vista pedagógico, essa teologia ensina que **nem toda ausência é negação** e que **nem todo silêncio é vazio**. Especialmente no contexto do luto, ela oferece uma chave interpretativa essencial: quando Deus parece ausente, inexplicável ou silencioso, isso não significa abandono, mas a limitação humana diante de um mistério que ultrapassa a dor e o entendimento imediato. Assim, a teologia apofática não responde ao sofrimento com explicações simplistas, mas convida o ser humano a permanecer diante de Deus mesmo quando faltam palavras, sentidos ou respostas.

Nesse sentido, ela educa a alma enlutada a compreender que o encontro com Deus, em determinados momentos da existência, não se dá pelo esclarecimento racional, mas pela **permanência**, pela **escuta interior** e pela **confiança silenciosa**. O luto, então, torna-se um espaço onde a fé amadurece não pelo que se compreende, mas pelo que se aprende a suportar na presença do Mistério

2. O luto como ferido na continuidade da vida

A ruptura da continuidade existencial é descrita por **Bessel van der Kolk** como colapso da narrativa do self. A memória como tentativa de reorganizar sentido confirma a função terapêutica da recordação, amplamente defendida por **Paul Ricoeur**. O **colapso da narrativa do self** ocorre quando um evento traumático como a perda, o luto ou a ruptura de vínculos fundamentais desorganiza a continuidade simbólica pela qual o sujeito compreende a si mesmo no tempo. A identidade, que até então se sustentava em uma história coerente entre passado, presente e futuro, sofre uma fratura. O sofrimento não se limita à ausência do objeto amado, mas se estende à perda da própria estrutura narrativa que conferia sentido à existência.

Do ponto de vista **psicanalítico**, esse colapso revela a falência temporária dos mecanismos de simbolização. O eu, diante do excesso de dor, encontra dificuldade em representar o real da perda, o que pode resultar em estados de silêncio psíquico, repetição compulsiva ou fixação melancólica. A memória, nesse contexto, não opera inicialmente como elaboração, mas como insistência traumática, retornando em fragmentos, imagens ou afetos que escapam à linearidade do discurso consciente.

A **neuroteologia** contribui ao demonstrar que o trauma do luto afeta diretamente os circuitos neurais responsáveis pela integração autobiográfica, especialmente nas redes que envolvem o hipocampo, o córtex pré-frontal medial e o sistema límbico. A desregulação desses sistemas compromete a capacidade do cérebro de organizar experiências emocionais em narrativas coerentes, intensificando a sensação de desorientação existencial e espiritual. O silêncio de Deus, frequentemente percebido nesse estágio, não é apenas teológico, mas também neuropsicológico: a mente ferida perde, ainda que provisoriamente, a capacidade de integrar transcendência e significado.

É nesse ponto que a **memória**, compreendida não como simples recordação factual, mas como **ato hermenêutico**, assume função terapêutica. Conforme amplamente defendido por **Paul Ricoeur**, recordar é reinterpretar; é reconstruir o sentido do vivido à luz de uma nova configuração narrativa. A memória torna-se, assim, um espaço de mediação entre o trauma bruto e a possibilidade de ressignificação, permitindo que o sujeito reescreva sua história sem negar a perda, mas integrando-a de forma simbolicamente suportável.

Sob uma perspectiva **teológico-apofática**, essa reconstrução do self não ocorre pela via de respostas definitivas sobre o sofrimento, mas pela aceitação dos limites do entendimento humano diante do mistério da

dor. A memória, nesse sentido, não oferece explicações sobre Deus, mas preserva a relação com Ele mesmo na ausência de sentido explícito. O self ferido aprende a habitar o intervalo entre o que foi perdido e o que ainda não pode ser plenamente compreendido, encontrando na recordação um espaço de fidelidade ao amor vivido.

Assim, a memória cumpre uma dupla função: **psíquica**, ao reorganizar a identidade fragmentada; e **espiritual**, ao sustentar a esperança quando a narrativa do sentido colapsa. No luto, recordar não é regressão, mas um ato de resistência contra o vazio, no qual o sujeito reafirma que, mesmo sem compreender plenamente, sua história continua digna de ser narrada.

3. Luto, memória e sofrimento prolongado

A cristalização do luto em tristeza crônica está associada à persistência de circuitos de apego no sistema límbico (Panksepp). À luz do que foi desenvolvido no **Capítulo IV do livro *Saúde Mental, Neurociência e Neuroteologia***, a **amígdala** ocupa papel central nesse processo. Responsável pela detecção de saliência emocional e pela codificação do medo, da perda e da ameaça, a amígdala mantém ativa a memória afetiva do vínculo rompido. Quando sua atividade não é adequadamente modulada pelas regiões corticais

especialmente o **córtex pré-frontal medial e orbitofrontal**, instala-se um estado de vigilância emocional contínua, no qual a dor do luto perde sua temporalidade e se torna permanente.

Nesse contexto, a **dopamina**, neurotransmissor diretamente implicado nos circuitos de recompensa e apego, desempenha papel ambíguo. A ausência do objeto amado gera um colapso dopaminérgico, semelhante ao observado em estados de abstinência, intensificando sentimentos de vazio, anedonia e desesperança. A amígdala, ao associar a perda a um estado de ameaça existencial, reforça a ativação límbica, enquanto o córtex, enfraquecido pela sobrecarga emocional, perde a capacidade de integrar cognitivamente a experiência da ausência.

Do ponto de vista **psicanalítico**, essa fixação neurobiológica corresponde à dificuldade de deslocamento libidinal descrita nos quadros de luto complicado e melancolia. O sujeito permanece ligado ao objeto perdido não apenas no plano simbólico, mas também no plano neuroafetivo, revivendo a dor como se a separação ainda não tivesse sido inscrita na história psíquica. A memória, nesse estágio, deixa de ser elaborativa e passa a funcionar como repetição, reforçando os circuitos límbicos de sofrimento.

A **neuroteologia**, ao dialogar com esse processo, oferece uma leitura que transcende a mera explicação fisiológica. A percepção do silêncio de Deus, frequentemente relatada em estados de luto prolongado, pode ser compreendida como resultado da ruptura da integração córtico-límbica que sustenta a experiência espiritual consciente. Quando a amígdala domina a cena psíquica, a vivência da transcendência é obscurecida pelo excesso de afeto não simbolizado. Não se trata de ausência real de Deus, mas de uma incapacidade neuropsíquica temporária de perceber Sua presença.

Assim, a superação do sofrimento prolongado não implica o apagamento da memória do ente perdido, mas a **reorganização dos circuitos emocionais**, permitindo que o córtex volte a exercer sua função integradora sobre o sistema límbico. Esse processo, gradual e profundamente humano, devolve à memória sua função terapêutica: não mais aprisionar o sujeito à dor, mas transformar a lembrança em um vínculo interno que possa coexistir com a continuidade da vida.

O luto saudável, portanto, não elimina a tristeza, mas restitui ao sofrimento sua **temporalidade**, permitindo que a dor encontre limites, significado e lugar na narrativa do self tanto no plano neurobiológico quanto no espiritual

A oscilação entre lembrar e esquecer confirma a ambivalência do luto descrita por Freud em *Luto e Melancolia*, reinterpretada à luz da neurociência afetiva.

4. O luto espiritual: quando Deus parece ausente

O luto espiritual é reconhecido na psicologia da religião como **crise de fé**, mas sua leitura como fé ferida e não fé ausente está em plena consonância com Tillich e Bonhoeffer.

Sua abordagem neuroteológica acrescenta que a percepção do silêncio divino ativa áreas relacionadas à dor relacional, reforçando o sofrimento.

5. O tempo do luto e a pressão por superação

A **psicologia do luto contemporânea** reconhece que o sofrimento decorrente da perda não obedece a cronogramas rígidos nem a expectativas externas de rápida adaptação. O luto é compreendido como um **processo**, e não como um evento pontual, envolvendo oscilações emocionais, cognitivas, corporais e espirituais que se reorganizam ao longo do tempo. Qualquer tentativa de acelerar artificialmente esse percurso tende a produzir não cura, mas **repressão do sofrimento**, frequentemente convertida em sintomas tardios.

Nesse cenário, a crítica à **cultura da superação imediata**, conforme desenvolvida por **Byung-Chul Han**, revela-se particularmente pertinente. Em uma sociedade orientada pelo desempenho, pela produtividade e pela positividade compulsória, o luto passa a ser visto como falha, atraso ou fraqueza. Sofrer por muito tempo é interpretado como incapacidade de “seguir em frente”. Tal lógica impõe ao enlutado uma dupla carga: a dor da perda e a culpa por não corresponder às expectativas sociais de recuperação rápida.

A psicologia do luto, em oposição a essa pressão cultural, afirma que o tempo do sofrimento não é uniforme nem comparável. Modelos contemporâneos — como o **processo dual do luto** — demonstram que o enlutado alterna entre momentos de enfrentamento da perda e momentos de restauração da vida cotidiana. Essa alternância não indica retrocesso, mas um mecanismo saudável de autorregulação psíquica. O tempo do luto, portanto, é **subjeto, não linear e profundamente relacional**.

Ao observar diferentes **culturas**, percebe-se que nem todas tratam o luto como algo a ser rapidamente superado. Em diversas sociedades tradicionais, o sofrimento é **ritualizado**, compartilhado e respeitado. Culturas africanas, orientais e indígenas, por exemplo, reconhecem períodos prolongados de luto, nos quais o enlutado é protegido de exigências produtivas e sociais. O sofrimento

é compreendido como uma travessia necessária, e não como um obstáculo a ser eliminado.

Em contraste, a cultura ocidental moderna tende a **privatizar o luto**, restringindo-o ao espaço íntimo e reduzindo seu tempo de expressão pública. O enlutado é incentivado a retornar rapidamente à normalidade funcional, mesmo que internamente ainda esteja em estado de desorganização emocional. Essa dissociação entre o ritmo externo e o ritmo interno da alma favorece o surgimento de lutos não elaborados.

Biblicamente, o reconhecimento do **tempo do luto** confirma uma **antropologia espiritual** que respeita os ritmos da alma e do corpo. As Escrituras não apressam a dor humana, mas a legitimam. Há tempo para chorar, rasgar vestes, silenciar, lamentar e esperar. O luto é vivido como parte integrante da experiência humana diante de Deus, sem a exigência de respostas imediatas ou demonstrações precoces de superação.

Essa perspectiva bíblica se alinha profundamente com a psicologia do luto contemporânea ao afirmar que a cura não ocorre pela negação da dor, mas pela **permanência fiel no processo**. O tempo do luto não é inimigo da fé nem da saúde mental; ao contrário, é o espaço onde a alma, respeitada em seus limites, pode lentamente reorganizar seus afetos, sua memória e seu sentido de existência.

Assim, tanto a psicologia quanto a teologia convergem ao ensinar que **superar não é esquecer**, e que respeitar o tempo do luto é um ato de cuidado, sabedoria e humanidade. O sofrimento que encontra tempo e acolhimento transforma-se; o sofrimento apressado apenas se oculta.

6. Caminhos de cuidado para a alma enlutada

A presença silenciosa como cuidado encontra respaldo na neurociência interpessoal (**Daniel Siegel**), que demonstra o efeito regulador da co-regulação emocional.

A resignificação sem esquecimento confirma a tese central do seu livro: **curar não é apagar a memória, mas transformá-la em fonte de sentido.**

Capítulo X

Esperança ferida e reconstruída: quando a alma volta a respirar

Depois de percorrer os territórios da angústia, ansiedade, depressão, síndromes emocionais, traumas, conflitos internos, culpa, vergonha e luto, torna-se inevitável abordar uma questão decisiva: **é possível reconstruir a esperança quando a alma foi profundamente ferida?** Este capítulo não apresenta uma esperança ingênua ou triunfalista, mas uma esperança que nasce **depois da dor**, amadurecida pelo sofrimento e sustentada pela experiência de Deus no tempo.

Nos Salmos de Assafe, a esperança não aparece como ponto de partida, mas como **resultado de um processo interior**. Ela emerge quando a alma, cansada de lutar sozinha, encontra um novo modo de se posicionar diante da realidade, da memória e do sagrado.

1. Esperança como processo, não como emoção imediata

Biblicamente, esperança não se confunde com otimismo. Enquanto o otimismo depende de circunstâncias favoráveis, a esperança bíblica sustenta-se mesmo quando o cenário permanece adverso. Nos salmos de lamento,

especialmente nos atribuídos a Assafe, a esperança surge **após a nomeação da dor**, nunca antes dela.

Do ponto de vista psicológico, isso é coerente com o processo de elaboração do sofrimento. Emoções não integradas não geram esperança; apenas repressão. A alma precisa reconhecer sua ferida para que algo novo possa ser reconstruído.

2. A memória como obstáculo e como ponte

Um dos elementos centrais nos escritos de Assafe é a memória. Em muitos momentos, ela funciona como obstáculo, pois reativa dores, perdas e sentimentos de abandono. Em outros, torna-se ponte para a esperança, ao recordar os feitos de Deus no passado.

A neurociência contemporânea confirma que a memória emocional pode aprisionar o indivíduo em estados contínuos de sofrimento, mas também pode ser ressignificada. A esperança reconstruída não apaga o passado; ela **reorganiza o significado da experiência vivida**.

3. Neuroplasticidade e reconstrução interior

O cérebro humano possui a capacidade de reorganizar suas conexões ao longo da vida, fenômeno conhecido como **neuroplasticidade**. Isso significa que estados prolongados de dor, embora deixem marcas profundas, não determinam irrevogavelmente o futuro psíquico do indivíduo.

A reconstrução da esperança envolve práticas que favorecem novos caminhos neurais: reflexão consciente, espiritualidade saudável, vínculos restauradores, acompanhamento terapêutico e experiências simbólicas de sentido. A fé, nesse contexto, atua como **estrutura organizadora da experiência emocional**.

4. Espiritualidade como espaço de respiração da alma

Nos salmos, a presença de Deus não elimina imediatamente o sofrimento, mas cria um espaço onde a alma pode respirar. Assafe encontra esperança não quando tudo se resolve, mas quando entra no santuário e passa a enxergar a realidade sob outra perspectiva.

A espiritualidade madura não promete ausência de dor, mas oferece **companhia no sofrimento**. Esse é um dos fatores mais relevantes para a restauração da esperança: saber-se visto, acolhido e sustentado, mesmo em meio à fragilidade.

5. A esperança que nasce do tempo

A esperança da alma ferida está intimamente ligada ao tempo. Não ao tempo cronológico apenas, mas ao tempo vivido, processado e integrado. A pressa em “superar” a dor frequentemente impede a reconstrução genuína da esperança.

Assafe ensina que o tempo pode ser pedagógico quando vivido diante de Deus. A espera, longe de ser passiva,

torna-se espaço de maturação interior, onde a fé deixa de ser apenas herdada e passa a ser experienciada.

A esperança reconstruída não devolve a alma ao estado anterior à dor. Ela inaugura um **novo modo de existir**, mais consciente, mais humilde e, paradoxalmente, mais forte. Nos salmos de Assafe, aprendemos que a esperança não é a negação da ferida, mas a possibilidade de continuar vivendo apesar dela.

[Lidando com as doenças da alma] por [Doutor Wellington Galindo]

CAPÍTULO XI

Caminhos de cuidado da alma: integração, acompanhamento e espiritualidade saudável

A rejeição de soluções rápidas dialoga com a crítica contemporânea à “espiritualidade performática”, discutida por **Byung-Chul Han**, que denuncia a cultura da autoexploração emocional e espiritual.

Teologicamente, o cuidado processual da alma encontra eco na espiritualidade bíblica do caminho, não do evento, como enfatiza **Eugene Peterson**. Neurocientificamente, processos de cura emocional requerem tempo devido à reorganização gradual dos circuitos neuronais, reforçando a necessidade de paciência terapêutica. Em sua obra ele sustenta que **a alma é um sistema vivo**, não um mecanismo a ser consertado.

1. O cuidado da alma como processo integrativo – Inferências

A visão integral da alma dialoga com a antropologia bíblica hebraica, que não fragmenta corpo, mente e espírito, conforme destacado por **Walter Brueggemann**.

Na psicologia contemporânea, abordagens integrativas reconhecem que intervenções isoladas tendem a ser menos eficazes em sofrimentos complexos.

A neuroteologia confirma que práticas espirituais saudáveis influenciam sistemas emocionais, cognitivos e fisiológicos simultaneamente (Newberg).

2. A importância da escuta e do vínculo

A escuta como elemento terapêutico central é amplamente sustentada por **Carl Rogers**, para quem a aceitação empática favorece reorganização psíquica.

A teoria do apego (**John Bowlby**) demonstra que vínculos seguros regulam emoções e reduzem sofrimento prolongado.

A neurociência relacional confirma que relações acolhedoras ativam circuitos de segurança e diminuem respostas de estresse crônico.

3. Contribuições da psicologia e da psicanálise

A compreensão do sintoma como linguagem da alma remete diretamente à psicanálise freudiana e pós-freudiana, especialmente em **Lacan**, que afirma que o sintoma é uma forma de discurso.

A elaboração simbólica da história pessoal é condição essencial para a autonomia emocional, como defendido por **Donald Winnicott**.

A clínica confirma que a eliminação do sintoma sem escuta de seu sentido frequentemente resulta em deslocamento do sofrimento.

4. Contribuições da neurociência

A relação entre emoções prolongadas e alterações cerebrais é amplamente documentada por **Antonio Damasio**, especialmente no que diz respeito à integração emoção–razão.

Estados contínuos de estresse afetam o eixo HPA, prejudicando memória, atenção e regulação emocional.

Práticas integrativas favorecem neuroplasticidade adaptativa, reorganizando circuitos afetivos.

A convergência entre cuidado da alma e cuidado do cérebro é um dos pilares centrais do seu diálogo entre neurociência e espiritualidade.

5. Espiritualidade saudável versus espiritualidade adoecedora

A distinção entre espiritualidade que cura e espiritualidade que adocece é amplamente discutida por **James Fowler**, ao analisar estágios de fé imatura e madura.

Teologicamente, uma espiritualidade baseada no medo contrasta com a graça, conceito central em **Paul Tillich** e **Dietrich Bonhoeffer**.

A neurociência confirma que práticas religiosas baseadas em culpa excessiva aumentam ativação da amígdala e favorecem ansiedade crônica.

6. A experiência clínica e pastoral

A superação do sofrimento isolado encontra respaldo em estudos sobre suporte social como fator protetivo da saúde mental.

Na teologia pastoral, **Henri Nouwen** destaca que a vulnerabilidade compartilhada é caminho de cura. A singularidade de cada história humana reflete a crítica à padronização terapêutica e espiritual. O cuidado contínuo da alma dialoga com a noção de “formação espiritual” como processo permanente, defendida por **Dallas Willard**. A permanência diante de Deus sem máscaras remete à autenticidade existencial discutida por **Kierkegaard**.

CAPÍTULO XII

A alma diante de Deus:

sentido, continuidade e maturidade espiritual

1. A travessia final da alma ferida à alma integrada – Inferências

A noção de **integração da alma**, e não de cura simplista, dialoga diretamente com a psicologia analítica (Jung), que compreende saúde como integração dos conteúdos conscientes e inconscientes. Teologicamente, a maturidade espiritual apresentada reflete a espiritualidade do *peregrino*, não do triunfador, amplamente discutida por **Eugene Peterson**.

Neurocientificamente, a integração emocional ocorre quando experiências dolorosas são reconectadas a circuitos de significado, reduzindo fragmentação psíquica. Nos Salmos de Asafe, a permanência diante de Deus mesmo na dor confirma uma fé relacional, não utilitarista, eixo central da sua proposta teológica.

2. Sentido: quando o sofrimento encontra significado

A referência implícita a **Viktor Frankl** à logoterapia, que afirma que o sofrimento sem sentido é psicologicamente desorganizador.

A pergunta reflexiva dirigida à própria alma funciona como mecanismo de **metacognição emocional**, amplamente estudado na psicologia contemporânea. A neurociência confirma que a atribuição de sentido reduz a ativação prolongada do sistema de ameaça (amígdala), favorecendo regulação emocional. Biblicamente, o sentido não elimina a dor, mas a reinsere numa narrativa maior princípio hermenêutico presente nos Salmos e em toda a tradição sapiencial.

3. Continuidade: a alma como processo e não como evento

A crítica à visão pontual da saúde emocional encontra respaldo na psicanálise, que compreende o sujeito como **processual e histórico**.

A noção de recaídas como parte do caminho dialoga com modelos contemporâneos de cuidado em saúde mental.

plasticidade cerebral confirma cientificamente o que a espiritualidade bíblica já intuía: transformação ocorre por **repetição, vínculo e tempo**.

A espiritualidade contínua apresentada aqui se aproxima do conceito de *formação espiritual* defendido por **Dallas Willard**.

4. Maturidade espiritual: fé que sustenta, não que adocece

A denúncia de espiritualidades adoecedoras dialoga com estudos em psicologia da religião que apontam correlação entre religiosidade baseada em medo e maior incidência de ansiedade e depressão.

Teologicamente, essa crítica se alinha à distinção entre fé madura e fé infantil descrita por **James Fowler**.

Neurocientificamente, práticas religiosas punitivas tendem a reforçar circuitos de estresse, enquanto práticas baseadas em graça favorecem segurança emocional.

Seu texto reafirma que **fé madura regula a alma; fé distorcida a fragmenta**.

5. A alma acompanhada: clínica, fé e vínculo – Inferências

A centralidade do vínculo encontra amplo respaldo na **teoria do apego** (Bowlby), que demonstra o papel das relações seguras na saúde emocional.

A psicanálise compreende a escuta como organizadora do psiquismo, permitindo simbolização do sofrimento.

A neurociência relacional confirma que ser visto e acolhido modula o sistema nervoso autônomo.

Teologicamente, a imagem de um Deus que vê e ouve reflete a espiritualidade relacional presente nos Salmos e nos Profetas.

5. Esperança escatológica e saúde emocional

A esperança escatológica apresentada não é alienante, mas **reguladora**, funcionando como horizonte existencial, estudos em neurociência indicam que a esperança ativa circuitos dopaminérgicos ligados à motivação e à resiliência, a teologia bíblica compreende a escatologia como âncora, não como fuga, mas com princípio claramente abordado, articulando integração entre esperança futura e cuidado presente, que fortalece a saúde emocional sem negar a realidade. A alma “em caminho” dialoga com a antropologia bíblica do *homo viator* o ser humano como peregrino. A ausência de atalhos reafirma uma espiritualidade ética, responsável e pastoralmente madura. Os Salmos são apresentados como companhia simbólica e espiritual, não como solução técnica.

[Lidando com as doenças da alma] por [Doutor Wellington Galindo]

Apêndice

Os Salmos e a Questão da Angústia

A angústia como enfermidade da alma

Como lidar com as enfermidades que atingem a alma e que, inevitavelmente, repercutem no corpo? A Escritura, a experiência clínica e a observação pastoral indicam que os sofrimentos emocionais raramente se manifestam de forma isolada. Eles costumam ser precedidos ou acompanhados por mudanças graduais de comportamento que merecem atenção cuidadosa, tais como: agressividade progressiva, tendência ao isolamento, tristeza persistente sem causa aparente, uso excessivo de álcool ou outras substâncias, doação repentina de objetos pessoais, discurso endurecido ou arrogante, oscilações de humor, descuido com a própria autoestima, visão negativa constante do futuro e desinteresse pela vida.

À luz do que foi discutido nos capítulos anteriores nos quais o ser humano é apresentado em sua alternância entre alegria, angústia e tristeza profunda torna-se fundamental identificar os pormenores dessa condição emocional que gera dor, sofrimento e inquietação interior. Seja sob uma compreensão dicotômica (corpo e alma) ou tricotômica (corpo, alma e espírito), o ponto central desta análise consiste em distinguir o material do imaterial, o físico do

espiritual, sem fragmentar o ser humano em sua unidade existencial.

Nesse sentido, a terceira epístola de João oferece uma síntese teológica notável ao afirmar: “Amado, desejo que te vá bem em todas as coisas e que tenhas saúde, assim como bem vai a tua alma” (3Jo 1.2). O texto sugere um equilíbrio intencional entre a saúde do corpo e a saúde da alma, reafirmando um princípio amplamente reconhecido: mente e corpo caminham de forma integrada. A antiga máxima “mente sã, corpo sã” encontra aqui ressonância bíblica, indicando que a qualidade da vida depende de um estado de harmonia interior.

Estudos contemporâneos sobre saúde integral reforçam essa percepção ao destacar que o corpo frequentemente sinaliza quando algo não vai bem no âmbito emocional. O cuidado com a alma, portanto, torna-se indispensável. Aproximar-se da dimensão espiritual não significa negar a realidade do sofrimento, mas reconhecer a necessidade de preencher vazios existenciais que se manifestam em forma de medo, angústia e dor. Essas condições não afetam apenas a saúde mental, mas estendem seus efeitos ao bem-estar físico, interferindo em sistemas vitais do organismo.

A própria Escritura oferece caminhos de enfrentamento. Textos como Josué 1.9, “Esforça-te e tem bom ânimo; não temas, nem te espantes” revelam um princípio terapêutico espiritual: o encorajamento fundamentado na

presença de Deus fortalece o ânimo, favorece a estabilidade emocional e contribui para a preservação da vida. A fé, nesse sentido, atua como fonte de energia vital que sustenta o ser humano em meio às adversidades.

Lidando com as guerras da mente: o Salmo 73

O Salmo 73, atribuído a Asafe, apresenta um retrato vívido de instabilidade emocional e conflito interior. O salmista vive o choque entre uma espiritualidade devota e a dura realidade observada ao seu redor: a prosperidade dos ímpios em contraste com o sofrimento dos justos. Esse desencontro gera dores internas, insatisfação, murmuração, melancolia e comparações constantes, culminando em sentimentos como inveja e perplexidade diante da aparente injustiça da vida.

Trata-se de uma verdadeira odisséia espiritual, semelhante à experiência de Jó, na qual um homem piedoso luta para conciliar sua fé com a realidade do sofrimento. Asafe não nega a bondade de Deus, mas confessa que seus pés quase se desviaram, revelando um conflito de foco: ao deslocar o olhar da fidelidade divina para a prosperidade alheia, sua alma é tomada por perturbação.

O texto mostra que tais conflitos interiores podem tornar-se adoecedores quando não são tratados. A inveja, aqui, assume contornos patológicos, funcionando como uma enfermidade que se alastra do espírito para o corpo. Brechas espirituais se abrem quando o foco se afasta de

Deus, e o resultado é a intensificação da angústia, da dúvida e da sensação de abandono.

A virada do salmo ocorre quando Asafe entra no santuário de Deus. Nesse movimento, o olhar é reorientado, o sentido da realidade é restaurado e o coração encontra novamente estabilidade. O reconhecimento final “Deus é a fortaleza do meu coração” revela que a cura não se dá pela negação do sofrimento, mas pela reinterpretação da vida à luz da presença divina.

Lidando com a angústia no Salmo 77

O Salmo 77 aprofunda ainda mais a temática da angústia. A experiência narrada por Asafe reflete um estado de profunda aflição interior, marcado por inquietação, perda de referências espirituais e dificuldade de recordar as ações de Deus no passado. O salmista identifica sua condição como uma enfermidade, uma aflição que compromete mente, coração e espírito.

Nesse estado, a memória espiritual parece bloqueada. As promessas divinas tornam-se distantes, como se estivessem sepultadas. A dor é tão intensa que o silêncio e a incapacidade de falar revelam o grau do sofrimento vivido. Contudo, o texto aponta para um princípio fundamental no tratamento da angústia: a necessidade de expressão. O salmista clama a Deus com a própria voz. O ato de falar, de verbalizar a dor diante de Deus, inaugura o processo de restauração.

Buscar a Deus no dia da angústia, de forma perseverante, constitui um passo decisivo. Mesmo quando o consolo parece distante, a insistência em dirigir-se a Deus mantém aberta a possibilidade de cura. As perguntas feitas pelo salmista questionamentos sobre a fidelidade, a misericórdia e a presença divina não representam incredulidade, mas um movimento honesto de investigação espiritual.

À medida que essas perguntas são formuladas, ocorre uma mudança progressiva de foco. O olhar deixa de estar centrado exclusivamente na dor e passa a contemplar os feitos de Deus. A lembrança das maravilhas divinas restaura a fé, reorganiza o pensamento e devolve sentido à existência. O texto culmina na afirmação de que Deus é incomparável em grandeza e poder, e que nele se encontra a verdadeira libertação da angústia.

Os salmos de Asafe revelam que a angústia da alma não é sinal de ausência de fé, mas parte da experiência humana diante das tensões da vida. A cura interior, segundo a Escritura, inicia-se quando o ser humano reconhece sua dor, fala com Deus, investiga o próprio coração e reorienta o foco da vida para a presença divina. A memória das ações de Deus torna-se, assim, um instrumento terapêutico que sustenta a fé e fortalece a mente.

Este apêndice reforça a convicção central da obra: ao integrar fé, consciência emocional e reflexão espiritual, o ser humano encontra caminhos de restauração para a alma e, conseqüentemente, para o corpo

1. REFERÊNCIAS BÍBLICAS E TEOLÓGICAS

BÍBLIA. Bíblia Sagrada. Traduções: Almeida Revista e Atualizada (ARA) Nova Almeida Atualizada (NAA). Sociedade Bíblica do Brasil.

- BRUEGGEMANN, Walter. A Mensagem dos Salmos. São Paulo: Paulus. Fundamental para compreender lamento, dor e reconstrução da fé.
- WESTERMANN, Claus. O Louvor e o Lamento nos Salmos. São Leopoldo: Sinodal.
- KIDNER, Derek. Salmos. São Paulo: Vida Nova.
- BONHOEFFER, Dietrich. Salmos: O Livro de Oração da Bíblia. São Leopoldo: Sinodal.

2. PSICOLOGIA, PSICANÁLISE E CLÍNICA DA ALMA

Essas referências sustentam o diálogo com a **escuta terapêutica**, traumas, conflitos internos e memória:

- FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia. Obras Psicológicas Completas.
- FREUD, Sigmund. Além do Princípio do Prazer.
- WINNICOTT, Donald W. O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artmed.

- WINNICOTT, Donald W. O Brincar e a Realidade.
- JUNG, Carl Gustav. A Natureza da Psique. Petrópolis: Vozes.
- JUNG, Carl Gustav. O Homem e Seus Símbolos.

3. TRAUMA, MEMÓRIA E SOFRIMENTO PSÍQUICO

Essencial para os capítulos sobre **traumas, memórias dolorosas e sofrimento persistente**:

- VAN DER KOLK, Bessel. O Corpo Guarda as Marcas. São Paulo: Elefante.
- LEVINE, Peter. O Despertar do Tigre: Curando o Trauma. São Paulo: Summus.
- KOLK, Bessel van der. Trauma and Memory. Psychiatry.

4. ANSIEDADE, DEPRESSÃO E SÍNDROMES EMOCIONAIS

Essas dão **credibilidade clínica** aos capítulos específicos:

- BECK, Aaron T. Terapia Cognitiva da Depressão. Porto Alegre: Artmed.
- BECK, Judith. Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática.
- DSM-5-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. APA.
- CID-10 / CID-11. Organização Mundial da Saúde.

5. NEUROCIÊNCIA E FUNCIONAMENTO CEREBRAL

Fundamental para sustentar os trechos neurocientíficos e neurofisiológicos:

- DAMÁSIO, António. O Erro de Descartes. São Paulo: Companhia das Letras.
- DAMÁSIO, António. Em Busca de Espinosa.
- LE DOUX, Joseph. O Cérebro Emocional. Rio de Janeiro: Objetiva.
- PANKSEPP, Jaak. Affective Neuroscience.

6 NEUROTEOLOGIA E SPIRITUALIDADE

Este é o **diferencial da sua obra** poucos livros integram isso com profundidade:

- NEWBERG, Andrew; D'AQUILI, Eugene. Why God Won't Go Away. New York: Ballantine.
- NEWBERG, Andrew. How God Changes Your Brain. New York: Ballantine.
- McNAMARA, Patrick. The Neuroscience of Religious Experience. Cambridge.
- BENSON, Herbert. The Relaxation Response.

7. ACONSELHAMENTO PASTORAL E CUIDADO DA ALMA

Essencial para integrar clínica e fé pastoral:

- COLLINS, Gary R. Aconselhamento Cristão. São Paulo: Vida Nova.
- CRABB, Larry. Entendendo as Pessoas. São Paulo: Vida.
- NOUWEN, Henri J. M. O Curador Ferido. São Paulo: Loyola.

[Lidando com as doenças da alma] por [Doutor Wellington Galindo]