

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

ADAIR DE MENEZES JÚNIOR

**ESTUDO PROSPECTIVO SOBRE O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
ENTRE EXPERIÊNCIAS MEDIÚNICAS E TRANSTORNOS MENTAIS DE
CONTEÚDO RELIGIOSO**

**JUIZ DE FORA
2012**

ADAIR DE MENEZES JÚNIOR

**ESTUDO PROSPECTIVO SOBRE O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
ENTRE EXPERIÊNCIAS MEDIÚNICAS E TRANSTORNOS MENTAIS DE
CONTEÚDO RELIGIOSO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde. Área de concentração: Saúde brasileira.

Orientador: Prof. Dr. Alexander Moreira-Almeida.

**JUIZ DE FORA
2012**

Menezes Júnior, Adair de.

Estudo prospectivo sobre o diagnóstico diferencial entre experiências mediúnicas e transtornos mentais de conteúdo religioso / Adair de Menezes Júnior. – 2012.

214 f.

Tese (Doutorado em Saúde)-Universidade Federal de Juiz de Fora Juiz de Fora, 2012.

1. Transtornos mentais. 2. Transtornos psicóticos. 3. Transtornos dissociativos. 4. Diagnóstico diferencial. I. Título.

CDU 616.89-008.1

ADAIR DE MENEZES JÚNIOR

ESTUDO PROSPECTIVO SOBRE O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE EXPERIÊNCIAS
MEDIÚNICAS E TRANSTORNOS MENTAIS DE CONTEÚDO RELIGIOSO

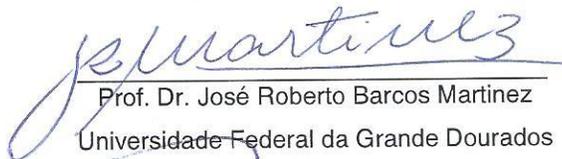
Tese de Doutorado apresentada ao Curso de
Doutorado – área de concentração em Saúde
Brasileira do Programa de Pós-Graduação em
Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade
federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à
obtenção do título de Doutor em Saúde.

Aprovado em: 14/12/2012

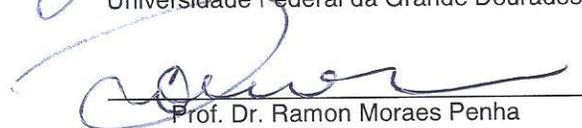
Banca Examinadora



Prof. Dr. Alexander Moreira de Almeida
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dr. José Roberto Barcos Martinez
Universidade Federal da Grande Dourados



Prof. Dr. Ramon Moraes Penha
Universidade Cruzeiro do Sul



Prof. Dr. Gustavo Arja Castañon
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dr. Alexandre Zanini
Universidade Federal de Juiz de Fora

AGRADECIMENTOS

Agradeço à grande oportunidade de ter podido tomar parte neste grande empreendimento que é a pesquisa neste novo e instigante campo da Espiritualidade e Saúde e assim poder contribuir para aumentar os conhecimentos nesta importante área de experiência humana.

Agradeço à minha esposa Magna, meus filhos e cônjuges Jeanne e Guilherme, Gustavo e Kamila, Juliana e Lissandro, e aos meus filhos Maysa e Marcel pelo acompanhamento afetuoso que todos tiveram durante os anos de desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço a aceitação dos dirigentes e coordenadores dos Centros Espíritas que concordaram em participar desta pesquisa pioneira em Juiz de Fora.

Agradeço às pessoas que concordaram em compartilhar conosco suas experiências de vida e com isto tornaram possível esta pesquisa.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde pelo cuidado e atenção no ensino das importantes disciplinas que tive.

Agradeço aos colegas do NUPES (Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde) pelas proveitosas discussões nos nossos encontros semanais.

Agradeço à colega Letícia de Oliveira Alminhana pela dedicada colaboração nos trabalhos das entrevistas feitas e pelas boas discussões quanto ao andamento dos trabalhos.

Agradeço ao amigo e estatístico Prof. Dr. Alexandre Zanini pelo apoio pessoal e estatístico ao longo de todo este trabalho.

Agradeço enfim ao Prof. Dr. Alexander Moreira de Almeida pelo paciente e cuidadoso rigor para a realização desta pesquisa.

RESUMO

Introdução: Experiências espirituais que se assemelham a sintomas psicóticos e dissociativos são comuns em diversas religiões, podendo trazer dúvidas se se tratam de experiências saudáveis ou patológicas.

Objetivos: Investigar o perfil sociodemográfico, de experiências anômalas e de saúde mental dos indivíduos que apresentam vivências psicóticas e dissociativas e buscam auxílio em Centros Espíritas; identificar características fenomenológicas, clínicas e sociodemográficas que auxiliem na distinção entre experiência espiritual saudável e transtorno mental.

Métodos: Pesquisa longitudinal com um ano de seguimento de 115 sujeitos que apresentavam experiências psicóticas e dissociativas e procuraram Centros Espíritas de Juiz de Fora/MG. Foram utilizadas entrevistas sociodemográficas, de avaliação das experiências anômalas, de critérios propostos para identificar uma experiência espiritual saudável, o SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*), o DDIS (*Dissociative Disorders Interview Schedule*) o DES (*Dissociative Experience Scale*) e o WHOQOL-bref (*World Health Organization Quality of Life-bref*). Modelos de regressão logística e linear, controlando para fatores sociodemográficos, foram usados para investigar as associações entre características das experiências anômalas e dissociativas com qualidade de vida e diagnósticos psiquiátricos.

Resultados: A amostra foi composta por 70% de mulheres, com idade média de 39 anos e bom grau de instrução, perfil semelhante ao de outros estudos com médiuns espíritas no Brasil. Cinco Critérios Qualitativos da experiência espiritual saudável estiveram presentes na maioria da amostra no primeiro momento da avaliação: ausência de prejuízos sociais e ocupacionais, a experiência ser curta e ocorrer apenas episodicamente, compatibilidade com um contexto cultural, a experiência espiritual trazer benefícios para si mesmo e ser centrada nos outros. Quatro Critérios Qualitativos estavam presentes em uma minoria: ausência de sofrimento, ausência de co-morbidades, atitude crítica e controle sobre a experiência. 93% da amostra apresentavam algum transtorno mental pelo SCID, principalmente quadros ansiosos e depressivos, 23,5% algum transtorno dissociativo pelo DDIS, mas apenas um indivíduo (0,9%) apresentou transtorno de identidade dissociativa. Os escores médios de dissociação foram altos no DES ($81,4 \pm 54,8$

desvio padrão) e no DES TAXON ($18,8 \pm 16,8$). As dimensões de qualidade de vida pelo WHOQOL mais afetadas foram a psicológica ($61,15 \pm 19,39$) e social ($63,41 \pm 24,07$), sendo que a física ($67,13 \pm 18,25$) e a ambiental ($63,89 \pm 15,05$) estavam mais preservadas. Maiores escores de dissociação se relacionaram com mais diagnósticos de transtornos dissociativos e mentais em geral, bem como com menores níveis de qualidade de vida em todas as dimensões. A presença dos Critérios Qualitativos propostos para uma experiência espiritual saudável se relacionou com melhor qualidade de vida nas dimensões psicológica e social tanto no início como após um ano de seguimento.

Conclusões: Indivíduos que apresentam experiências psicóticas e dissociativas e buscam auxílio em grupos religiosos são um grupo que necessitam atenção devido ao risco para problemas na saúde mental e qualidade de vida. O potencial efeito protetor do envolvimento religioso e dos critérios qualitativos precisa ser melhor investigado.

Palavras-chave: Transtornos mentais. Experiências espirituais. Transtornos psicóticos. Transtornos dissociativos. Diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

Introduction: Spiritual experiences that resemble psychotic and dissociative symptoms are common in several religions, and can bring doubts whether dealing with healthy or pathological experiences.

Objectives: Investigating the sociodemographic profile of anomalous experiences and mental health ones of individuals with psychotic and dissociative experiences and seek help in Spiritist Centers; identifying phenomenological, clinical and sociodemographic characteristics which help in distinguishing between healthy spiritual experience and mental disorder.

Methods: A Longitudinal Research with one-year follow-up of 115 individuals who have lived psychotic and dissociative experiences and sought Spiritist Centers of Juiz de Fora / MG. We used Sociodemographic interviews, of evaluation of anomalous experiences, and of the proposed criteria for identifying a healthy spiritual experience, the SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders), the DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule) DES (Dissociative Experience Scale) and the WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life-BREF). Logistic and linear regression model, controlling for sociodemographic factors, were used to investigate associations between characteristics of anomalous and dissociative experiences and quality of life and psychiatric diagnoses.

Results: The sample was composed of 70% women, with average age 39 years old and good schooling, profile similar to other studies with Spiritist mediums in Brazil. Five Qualitative Criteria of healthy spiritual experience were present in most of the sample at the first time of evaluation: Absence of social and occupational impairment, the experience is short and occurs only episodically, compatibility with a cultural context, the spiritual experience brings benefits to oneself and it can be focused on others. Four Qualitative Criteria were present in a minority: The absence of suffering, lack of co-morbidities, critical attitude and control over the experience. 93% of the sample had some mental disorder by SCID, mainly anxiety and depression disorders, 23.5% had some dissociative disorder by DDIS, but only one individual (0.9%) had dissociative identity disorder. The average scores of dissociation were high in DES (81.4 ± 54.8 SD) and in DES TAXON (18.8 ± 16.8). The dimensions of quality of life by the WHOQOL which were

most affected were the psychological (61.15 ± 19.39) and social (63.41 ± 24.07), and the physical (67.13 ± 18.25) and environmental (63.89 ± 15.05) were better preserved. Higher scores of dissociation were related to more diagnoses of dissociative and mental disorders in general, as well as to lower levels of quality of life in all dimensions. The presence of Qualitative Criteria proposed for a healthy spiritual experience was associated with better quality of life in psychological and social dimensions both at the beginning and after one-year follow-up.

Conclusions: Individuals who have psychotic and dissociative experiences and seek help religious groups are a group that needs attention because of the risk for mental health disorders and quality of life. The potential protective effect of the religious involvement and the qualitative criteria should be further investigated.

Keywords: Mental disorders. Spiritual experiences. Psychotic disorders. Dissociative disorders. Differential diagnosis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quadro das Variáveis Independentes	58
Tabela 2 - Quadro das Variáveis Dependentes.....	59
Tabela 3 - Distribuição dos dados sociodemográficos	61
Tabela 4 - Experiências anômalas	64
Tabela 5 - Critérios Qualitativos	69
Tabela 6 - Prevalência dos Transtornos Mentais.....	73
Tabela 7 - Sintomas Schneiderianos de Primeira Ordem encontrados.....	74
Tabela 8 - Transtornos dissociativos encontrados.....	75
Tabela 9 - Resultados do DES.....	76
Tabela 10 - Qualidade de Vida medida pelo WHOQOL	77
Tabela 11 - Associação entre dissociação medida pelo DES Total e transtornos mentais medidos pelo SCID e DDIS	78
Tabela 12 - Associação entre dissociação medida pelo DES Total e a Qualidade de Vida do Primeiro Momento medida pelo WHOQOL.....	79
Tabela 13 - Associação entre o DES TAXON e Transtornos Mentais medidos pelo SCID/DDIS80	
Tabela 14 - Associação entre o DES TAXON e a Qualidade de Vida medida pelo WHOQOL do Primeiro Momento	81
Tabela 15 - Associação entre os Critérios Qualitativos e Transtornos Mentais medidos pelo SCID/DDIS	82
Tabela 16 - Associação entre os Critérios Qualitativos (somados e diferenciados) e o WHOQOL do Primeiro Momento	82
Tabela 17 - Associação entre o DES Total com o WHOQOL do Segundo Momento.....	84
Tabela 18 - Associação entre o DES TAXON com WHOQOL do Segundo Momento	84
Tabela 19 - Associação entre os Critérios Qualitativos e o WHOQOL do Segundo Momento....	85
Tabela 20 - Associação entre os Critérios Qualitativos e Transtornos de Humor/Ansiedade.....	86
Tabela 21 - Associação entre os Critérios Qualitativos e WHOQOL Físico do Primeiro Momento	87
Tabela 22 - Associação entre os Critérios Qualitativos Individualizados e WHOQOL Psicológico do Primeiro Momento	88
Tabela 23 - Associação entre os Critérios Qualitativos Individualizados e WHOQOL Social do Primeiro Momento	89
Tabela 24 - Associação entre os Critérios Qualitativos Individualizados e WHOQOL Ambiental do Primeiro Momento	90
Tabela 25 - Associação entre os Critérios Qualitativos e WHOQOL Ambiental do Segundo Momento	92
Tabela 26 - Análise fatorial dos Critérios Qualitativos	93
Tabela 27 - Resultados de melhoras/pioras	95
Tabela 28 - Medidas Tomadas.....	97
Tabela 29 - Comparação entre as EAs Negro Júnior (1999) e as EAs desta pesquisa.....	101
Tabela 30 - Comparação da prevalência de Transtornos Mentais I	106
Tabela 31 - Comparação da prevalência de transtornos mentais da população de atenção primária em saúde.....	108
Tabela 32 - Prevalência de Transtornos Mentais em CAPS.....	109

Tabela 33 - Sintomas Schineiderianos de Primeira Ordem encontrados.....	111
Tabela 34 - Comparação dos Transtornos Dissociativos.....	115
Tabela 35 - Comparação de resultados do DES	117
Tabela 36 - Significados possíveis do DES elevado	119
Tabela 37 - Significados possíveis do DES TAXON elevado	121
Tabela 38 - Comparação do índices do WHOQOL com valores de referência	123
Tabela 39 - Comparação do WHOQOL de professores	124
Tabela 40 - Comparação do WHOQOL de tabagistas	125
Tabela 41 - Comparação com o WHOQOL de diversas categorias de doentes	126

LISTA DE SIGLAS

AME	- Aliança Municipal Espírita
APA	- Associação Psiquiátrica Americana
BAI	- <i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI	- <i>Beck Depressin Inventory</i>
CAPS	- Centros de Atenção Psicossocial
CID	- Código Internacional das Doenças
CNBB	- Confederação Nacional dos Bispos do Brasil
DDIS	- <i>Dissociative Disorders Interview Schedule</i>
DES	- <i>Dissociative Experience Scale</i>
DP	- Desvio Padrão
DSM	- <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EA	- Experiência Anômala
HCFMUSP	- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MMPI	- <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>
NUPES	- Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
SCID	- <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders</i>
SPSS	- <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TAS	- <i>Tellegen Absortion Scale</i>
TCI	- <i>Temperament and Carater Inventory</i>
THAS	- Transtornos de Humor, Ansiedade e Somatização
WHOQOL	- <i>World Health Organization Quality of Life</i>

	SUMÁRIO	15
1	INTRODUÇÃO	15
1.1	A ESPIRITUALIDADE COMO CAMPO DE ESTUDO EM SAÚDE MENTAL	18
1.2	A MEDIUNIDADE COMO UMA EA PARA SER ESTUDADA	21
1.3	PESQUISAS SOBRE EAS/MEDIUNIDADE	25
1.4	FENÔMENOS PSICÓTICOS NA POPULAÇÃO NÃO DIAGNOSTICADA	29
1.5	NORMALIDADE E PATOLOGIA NAS EXPERIÊNCIAS PSICÓTICAS	34
1.6	DISSOCIAÇÃO E ESTADOS ALTERADOS DA CONSCIÊNCIA	37
1.7	A DISSOCIAÇÃO NORMAL E PATOLÓGICA	41
1.8	A PERSPECTIVA TRANSCULTURAL NA PESQUISA DOS ESTADOS DISSOCIATIVOS DE TRANSE E DE TRANSE DE POSSESSÃO	47
1.9	CRITÉRIOS PARA UMA DIFERENCIAÇÃO entre EAS SAUDÁVEIS E PATOLÓGICAS.	49
1.10	NECESSIDADE ATUAL NESTE CAMPO.	52
2	OBJETIVOS	52
3	MÉTODO	52
3.1	DELINEAMENTO	52
3.2	AMOSTRA	52
3.3	INSTRUMENTOS UTILIZADOS	54
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	57
3.5	RESULTADOS ESPERADOS	61
4	RESULTADOS	61
4.1	ENTREVISTAS SOCIODEMOGRÁFICAS	62
4.2	EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS PRESENTES	64
4.3	AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DOS CRITÉRIOS QUALITATIVOS DA EXPERIÊNCIA ESPIRITUAL SAUDÁVEL	69
4.4	PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS	73

4.5	SINTOMAS SCHNEIDERIANOS DE PRIMEIRA ORDEM PARA A ESQUIZOFRENIA	74
4.6	EXPERIÊNCIAS DISSOCIATIVAS	76
4.7	QUALIDADE DE VIDA	77
4.8	RESULTADOS RELATIVOS ÀS REGRESSÕES LOGÍSTICAS E REGRESSÕES LINEARES	78
4.9	ANÁLISE FATORIAL DOS CRITÉRIOS QUALITATIVOS	93
4.10	EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS APÓS UM ANO	95
5	DISCUSSÃO	97
5.1	AVALIAÇÃO DAS ENTREVISTAS SOCIODEMOGRÁFICAS	98
5.2	AVALIAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS PRESENTES	100
5.2.1	QUANTO ÀS EAS RELATADAS	100
5.2.2	QUANTO À ADEQUAÇÃO DAS EAS AOS CRITÉRIOS QUALITATIVOS	102
5.3	AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS	105
5.4	AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS SCHNEIDERIANOS DE PRIMEIRA ORDEM PARA A ESQUIZOFRENIA	110
5.5	AVALIAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS DISSOCIATIVAS	116
5.6	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	122
5.7	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA REGRESSÃO LINEAR E LOGÍSTICA.	127
5.8	AVALIAÇÃO DA ANÁLISE FATORIAL DOS CRITÉRIOS QUALITATIVOS	129
5.9	AVALIAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS APÓS UM ANO	130
6	CONCLUSÃO	131
	REFERÊNCIAS	133
	APÊNDICES	144
1	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	144
2	ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA	146
3	ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS	152

4	ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS COMPLEMENTAR	154
	ANEXOS	156
1	O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE EXPERIÊNCIAS ESPIRITUAIS E TRANSTORNOS MENTAIS DE CONTEÚDO RELIGIOSO	156
2	DDIS	166
3	DES	171
4	ABREVIADO	176
5	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS EM INDIVÍDUOS COM VIVÊNCIAS PSICÓTICAS E DISSOCIATIVAS EM GRUPOS RELIGIOSOS	179
6	SAÚDE MENTAL DOS MÉDIUNS E O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE MEDIUNIDADE E TRANSTORNOS MENTAIS	186
7	RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E PSICOSE	205

1 INTRODUÇÃO

1.1 A espiritualidade como campo de estudo em saúde mental

A religiosidade e a espiritualidade já foram vistas de modo predominantemente negativo pelos estudiosos da saúde mental. Freud já considerava a religião como uma neurose obsessiva (FREUD, 1969). O DSM III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, III*) faz doze referências à religião, e todas elas são relacionadas a patologias (APA, 1980).

Koenig, Larson e Larson (2001) realizaram uma ampla revisão sistemática dos mais de mil estudos sobre o envolvimento religioso e sua relação com a saúde física e mental. Eles concluíram que há robusta evidência do impacto, habitualmente positivo, do envolvimento religiosos sobre a saúde. Entre os possíveis mecanismos desta associação estaria que a religiosidade pode ajudar os doentes a reduzir o sentimento de perda de controle e desesperança diante da doença e pode aumentar o sentido de propósito da vida diante do sofrimento. A oração também poderia contribuir para reduzir o sentimento de solidão e a prescrição da ajuda aos outros auxiliaria a não pensar apenas nos próprios problemas.

Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006) sumarizaram centenas de estudos sobre religiosidade e saúde mental encontrando relações significativas entre religiosidade e bem-estar psicológico, baixos níveis de depressão, menor abuso de álcool e drogas e menor comportamento suicida. Estes achados poderiam ser explicados em parte pelo fato da religiosidade condenar comportamentos nocivos à saúde e prescrever comportamentos que impactam positivamente a saúde, promover

suporte social e um sistema de crenças que ajudam a lidar com os problemas da vida.

O potencial benéfico da religiosidade torna, portanto, importante investigar a grande diversidade de experiências que acontecem neste domínio e a possibilidade destas experiências contribuírem positivamente para a saúde física e mental dos que passam por elas, ou mesmo, de representarem riscos à saúde dos seus participantes.

Considerando que o Brasil possui uma grande quantidade e diversidade de grupos religiosos, é oportuno incluirmos a revisão que Dalgarrondo (2008) fez acerca da organização do campo religioso no Brasil. O Brasil, pela colonização portuguesa, nasce como um país católico, que se organiza desde a formalidade da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) até as práticas populares das benzedeadas que tratam do “mau-olhado” e da “espinhela caída”.

Surgem os evangélicos históricos no início do século XIX, vindos dos Estados Unidos e Europa, que a partir da virada para o século XX dão nascimento aos pentecostais, exaltando o batismo com o Espírito Santo e os dons de falar em línguas, profecia e cura. A partir da década de 60, aparece o neopentecostalismo, enfatizando as curas milagrosas e a expulsão dos demônios, visto como o causador dos males humanos.

O Espiritismo surgiu no século XIX através de *Hippolyte-Leon Denizard Rivail* que posteriormente adotou o pseudônimo de Allan Kardec. O Espiritismo migrou para o Brasil no final do século XIX, instituindo práticas de cura como os passes (imposição de mãos) e a desobsessão (afastamento de espíritos perturbadores). O Espiritismo também deu

nascimento a uma rede de hospitais psiquiátricos beneficentes inspirados nos princípios desta doutrina.

Da cultura africana veio o Candomblé, como uma religião de culto aos orixás, que com a integração de elementos do catolicismo e espiritismo, gerou a Umbanda, sendo que ambas utilizam extensivamente as práticas de incorporação de uma grande categoria de seres espirituais.

Para prosseguirmos na nossa investigação, trataremos diferenciadamente religião e espiritualidade. Como em Koenig, McCullough e Larson (2001), consideraremos religião um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar a proximidade com o sagrado ou transcendente, e espiritualidade como uma busca pessoal por respostas atinentes às questões definitivas sobre a vida, sobre o significado e o relacionamento com o sagrado e o transcendente, que pode ou não ter o desenvolvimento de rituais religiosos e a formação de uma comunidade.

Entendendo que enquanto religião aponta para a consideração de sistemas religiosos e espiritualidade para a vivência de experiências espirituais, utilizaremos o conceito de Experiência Anômala (doravante indicadas por EA ou, no plural, EAs) como um termo que tem sido proposto para nomear, sem assumir implicações psicopatológicas, vivências incomuns ou diferentes do habitual (CARDEÑA; LYNN; KRIPPNER, 2000).

EAs como alucinações visuais e auditivas, e estados de possessão por seres espirituais podem ser observadas em cultos católicos carismáticos, pentecostais, espíritas, umbandistas e candomblecistas nos quais pessoas precisando de cuidados assistenciais muitas vezes procuram por ajuda

(REDKO, 2003). A questão que se coloca é se tais vivências não habituais são psicologicamente saudáveis, contribuindo para diferentes manifestações culturais importantes para uma comunidade ou se são psicologicamente patológicas, que requereriam tratamento especializado para quem as vivencia.

1.2 A mediunidade como uma EA para ser estudada

Um ambiente religioso onde EAs acontecem extensivamente são os grupos espíritas. As EAs que acontecem no ambiente espírita são frequentemente entendidas como manifestações de mediunidade. Para o presente estudo adotaremos a definição de mediunidade como a experiência em que o indivíduo (o médium) relata estar em comunicação com, ou sob a influência de, uma personalidade de uma pessoa falecida ou outro ser não material (MOREIRA-ALMEIDA; SANTOS, 2012). Esta definição nos parece adequada, pois é neutra quanto á realidade ontológica de experiência e descreve o que relatam aqueles que a vivenciam. Este tipo de experiência tem sido relatada por inúmeras tradições religiosas e espirituais ao longo da história e das sociedades. No Brasil, tais vivências são comuns entre católicos carismáticos, protestantes pentecostais, umbanda, espiritismo e religiões afro-brasileiras. Como nosso estudo se dará em ambiente espírita, vamos nos ater inicialmente aos elementos teóricos que o espiritismo oferece para a compreensão desta EA.

Kardec (1963, p. 195) definiu médium como “todo aquele que sente num grau qualquer, a influência dos espíritos”, embora mais adiante apresente uma definição mais restrita, de que “só se qualificam assim aqueles em quem a faculdade mediúnica se mostra bem caracterizada e se traduz por efeitos patentes, de certa intensidade”. Segundo ele, a mediunidade pode se apresentar em dois grandes grupos: a mediunidade de efeitos físicos e a mediunidade de efeitos intelectuais.

A mediunidade de efeitos físicos gera manifestações observáveis no ambiente, tais como ruídos e movimentos de objetos. Essas manifestações podem ocorrer de modo involuntário ou voluntário. A mediunidade de cura, através da qual o médium poderia exercer uma influência curadora sobre as pessoas, também se coloca nessa categoria. A mediunidade de efeitos intelectuais utiliza os recursos mentais do médium, e se apresenta de formas mais variadas. Assim, de acordo com a classificação proposta por Kardec, haveria os médiuns sensíveis, que perceberiam a aproximação e a natureza de um espírito, os ouvintes que os escutariam, os videntes que os veriam, os escreventes que escreveriam mensagens ditadas por eles e os falantes, que veiculariam a fala deles.

Kardec afirmou que “não se tem como inferir que alguém possua efetivamente essa faculdade, pois os sinais físicos, pelos quais algumas pessoas julgam ver indícios dela, nada têm de infalíveis” (KARDEC, 1963, p. 237). A mediunidade, segundo Kardec, em nada dependeria da crença ou postura moral do indivíduo, pode aparecer indiferentemente “nas crianças e nos velhos, em homens e em mulheres, quaisquer que sejam o temperamento, o estado de saúde, o grau de desenvolvimento intelectual e moral” (KARDEC, 1963, p. 237). Kardec afirmou ainda que a

mediunidade “se prende a uma disposição orgânica” e que “se não existirem rudimentos da faculdade, nada poderá produzi-los...” (KARDEC, 1963, p. 243).

Diversos autores espíritas afirmam que as primeiras manifestações da mediunidade podem surgir associadas a diversas perturbações orgânicas e psicológicas. Armond (1979), afirmou que podem ocorrer visões de seres espirituais, a escuta de vozes e ruídos que não foram produzidos por pessoas ou objetos físicos adjacentes, ideias e impulsos estranhos, sensações súbitas de calor, frio e de entorpecimento, percepção da natureza espiritual agradável ou aversiva de determinadas pessoas e ambientes, sensações de alheamento, de vertigem, de dilatação de partes do corpo ou mesmo do corpo inteiro. Rigonatti (2000) falou do nervosismo, irritabilidade, desassossego, insônia, lassidão, tristeza profunda ou alegria excessiva que podem surgir. Martins (2001) acrescentou a percepção de odores não reais, sonhos premonitórios, sensação que a realidade muda, e a sensação de flutuação do corpo. Teixeira (2004) citou tremores gerais ou parciais, calafrios, taquicardia, bradicardia, paralisias, hipo e hipermotricidade e sudorese. Nobre (2007) relacionou irritabilidade, pânico e crises de choro, distúrbios do sono, que vão da sonolência à insônia e sensações dolorosas diversificadas. Todos estes sinais, que podem ser sintomas de transtornos mentais, por vezes são considerados pelos espíritas como manifestações iniciais da mediunidade. Esta sobreposição de manifestações retoma o problema da distinção entre experiências espirituais e transtornos mentais. Uma dificuldade que ocorre tanto nos ambientes religiosos quanto entre os profissionais de saúde.

Kardec já tinha discutido a questão de se a mediunidade seria indício de um estado patológico, tendo concluído que seria antes a expressão de um estado anômalo da consciência, mas não patológico. Acrescentou, portanto, que a mediunidade não produziria a loucura, a não ser que ela já exista “em gérmen”, tendo por isso recomendado que fossem afastados do exercício da mediunidade todos que “apresentem sintomas, ainda que mínimos, de excentricidade nas ideias, ou de enfraquecimento das faculdades mentais, porquanto, nessas pessoas, há predisposição evidente para a loucura, que pode se manifestar por efeito de qualquer sobreexcitação” (KARDEC, 1963, p. 258).

1.3 Pesquisas sobre EAs/mediunidade

No Brasil, entre o final do século XIX e meados do século XX, o Espiritismo foi visto pela psiquiatria como importante fator causador de loucura (ALMEIDA, 2007). Franco da Rocha em 1896 declarou que o espiritismo era uma causa crescente de loucura; Afrânio Peixoto em 1931 afirmou que os grupos espíritas eram laboratórios de histeria coletiva; Leonídeo Ribeiro também em 1931 declarou que 50% dos pacientes que deram entrada no Departamento de Medicina Legal da Polícia tiveram seus sintomas iniciais disparados quando praticavam o espiritismo e Xavier de Oliveira também em 1931 declarou que 9,4% de todos os 18.281 pacientes internados por 12 anos na Clínica Psiquiátrica da Universidade do Rio de Janeiro sofriam de psicose causada única e exclusivamente pelo espiritismo.

Grof e Grof (1989) propuseram que estados incomuns de consciência poderiam ser vistos como crises de abertura espiritual e daí propuseram o conceito de “emergências espirituais” como “estágios críticos e experimentalmente difíceis de uma transformação espiritual profunda que envolve todo o ser de uma pessoa”, que “tomam a forma de estados incomuns de consciência e envolvem emoções intensas, visões e outras alterações sensoriais, pensamentos incomuns, assim como várias manifestações físicas” (GROF; GROF, 1989, p. 39).

A emergência espiritual poderia acontecer tanto de uma forma tranquila quanto de uma forma problemática. Na “spiritual emergence”, a experiência espiritual ocorre sem perturbação das funções psicológicas, e na “spiritual emergency”, a experiência espiritual surge associada a transtornos do funcionamento psicológico, social e ocupacional. A emergência espiritual nesse segundo sentido pode ser apenas temporariamente perturbadora, mas corre o risco de ser considerada como patológica.

A Associação Psiquiátrica Americana criou para o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 1994), na sua quarta versão, uma nova categoria diagnóstica não patológica intitulada Problemas Espirituais e Religiosos como um foco de atenção clínica, superando assim a tendência da psiquiatria de ignorar e patologizar as dimensões religiosas e espirituais da vida. Lukoff, Lu e Turner (1992), os proponentes desta nova categoria, definiram problemas religiosos como sendo conflitos relativos à fé e doutrina. Alguns exemplos de problemas religiosos são a perda da fé diante de crises existenciais e a entrada em uma nova crença ou prática religiosa diferente da que até então o indivíduo tinha. E definiram

problemas espirituais como sendo conflitos envolvendo o relacionamento com questões transcendentais ou provenientes de práticas espirituais, por exemplo, a experiência mística e a experiência de quase morte. Lu, Lukoff e Turner (1994; 1995) também incluíram entre os problemas espirituais a emergência espiritual, as crises psicológicas que podem ocorrer no treinamento xamânico, na prática da meditação e na abertura psíquica (manifestação súbita de experiências consideradas paranormais).

Jackson e Fulford (1997) empreenderam um estudo comparando cinco indivíduos que tinham vivenciado experiências espirituais não patológicas com cinco outros indivíduos que estavam se recobrando de surtos psicóticos, mas que interpretavam suas experiências em termos religiosos. Eles verificaram que as experiências espirituais e psicóticas não podiam ser diferenciadas apenas com base nos sintomas, que eram muito semelhantes nos dois grupos, mas sim pelo sistema de valores e crenças com os quais os dois grupos de indivíduos avaliaram e compreenderam as suas experiências.

Pesquisas recentes envolvendo avaliações psiquiátricas de médiuns espíritas no Brasil foram realizadas por Negro Júnior (1999) e Almeida (2004).

Negro Júnior (1999) e Negro Júnior; Palladino-Negro e Louzã (2002) conduziram uma pesquisa com 110 frequentadores de cursos em centros espíritas da cidade de São Paulo, Brasil. Investigaram vivências dissociativas, tais como incorporação de espíritos, psicografia, e experiências fora do corpo, constatando que a atividade mediúnica estava associada a altos escores de dissociação, tal como revelada pelo DES (*Dissociative Experience Scale*, em português “Escala de Experiências

Dissociativas”). O bom controle das experiências dissociativas espíritas estava associado à extensão do treinamento mediúnico oferecido nos Centros Espíritas. Manifestações patológicas da mediunidade foram associadas a menor idade, menor controle da atividade mediúnica, pior suporte social e maiores antecedentes psiquiátricos.

Em seguida, Almeida (2004), Moreira-Almeida; Lotufo Neto e Greyson (2007); Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Cardeña (2008) investigaram 115 médiuns em atividade em centros espíritas aleatoriamente selecionados na cidade de São Paulo. Foi constatado que os primeiros sinais da mediunidade geralmente apareciam na infância. Os médiuns relataram ter sentido, ao início de suas vivências, sensação de presenças espirituais, sintomas físicos diversos e sensações, sentimentos, pensamentos que não eram reconhecidos como próprios. Tiveram também a percepção de imagens e vozes, algumas vezes percebidas como originadas no espaço psíquico interno ou então no espaço físico exterior. No decurso do amadurecimento da vivência mediúnica, uma minoria dos sujeitos apresentou muitas alterações de humor. Embora apresentando múltiplas vivências psicóticas e dissociativas, os médiuns experientes, que ultrapassaram as vicissitudes do afloramento inicial da mediunidade, mostraram posteriormente bom ajustamento social, baixa prevalência de transtornos mentais e baixa utilização de serviços de saúde mental.

Do trabalho destes pesquisadores vemos que os médiuns que passaram por treinamento adequado e tendo se tornado bastante experientes no exercício de sua condição exibiram bons indicadores de saúde mental. O início da manifestação desta condição, entretanto, pode se fazer cercado de um quadro bastante instável, como Almeida (2004) observou.

Diagnosticar o quanto os sintomas de sua manifestação inicial são sinais de uma experiência espiritual ou sintomas de um transtorno psicótico ou dissociativo se faz importante tanto no âmbito religioso quanto no campo psiquiátrico.

1.4 Fenômenos psicóticos na população não diagnosticada

Alucinações visuais e auditivas, independentemente de serem consideradas como experiências espirituais, acontecem extensivamente na população não diagnosticada, colocando em dúvida a consideração de que seriam unicamente fenômenos psicopatológicos.

Visões e escuta de vozes sem uma fonte objetiva identificada são denominadas na psiquiatria como alucinações visuais e auditivas. O DSM-IV (APA, 1994) define alucinação como uma percepção sensorial que, embora apresente o forte senso de realidade de uma percepção verdadeira, ocorre sem a estimulação externa de um órgão sensorial, deixando implícita a suspeita de tratar-se de um fenômeno patológico.

Em Sidgewick (1894) temos uma investigação pioneira relativa à prevalência das alucinações na população não diagnosticada. Entrevistados 7.717 homens e 7.599 mulheres ingleses sem diagnóstico psiquiátrico constatando que 7,8% dos homens e 12% das mulheres entrevistados relataram pelo menos um episódio vívido de alucinação ao longo de suas vidas fora do uso de drogas ou da presença de doenças clínicas. As alucinações ocorriam mais comumente em indivíduos entre 20 e 29 anos, que é o mesmo período em que mais frequentemente ocorre a

psicose. West, também pela sociedade de Pesquisa Psíquica (WEST, 1948), conduziu uma pesquisa similar 50 anos depois através do envio de questionários enviados e retornados. Conseguindo o retorno de 1519 questionários, confirmou a ocorrência de alucinações em 14% dos indivíduos investigados.

Contemporaneamente, Tien (1991) constatou que 10% dos homens e 15% das mulheres em uma amostra de 18.572 indivíduos não diagnosticados randomicamente selecionados apresentavam alucinações ao longo de toda a vida, sem apresentarem outros sintomas patológicos. Ohayon (2000) sondou 13.057 indivíduos na Grã-Bretanha, Alemanha e Itália, por telefone, e constatou que 38,7% destes relataram ter tido alucinações, sendo que, dentre estes, 5,1% uma ou mais vezes por semana. Preti *et al.* (2007), sumarizando diversos levantamentos, concluem que 10 a 25% de sujeitos da população normal tiveram experiências de ouvir vozes sem qualquer base sensorial para isso.

Outros autores procuraram investigar também o quanto indivíduos saudáveis também poderiam apresentar delírios, junto com alucinações, sem apresentarem esquizofrenia.

Peters, Joseph e Garety (1999) administraram o *Peters Delusions Inventory* em 272 adultos saudáveis e em 20 pacientes esquizofrênicos, constatando que 10% do grupo dos indivíduos saudáveis apresentaram uma pontuação nesse teste superior à pontuação dos pacientes esquizofrênicos, sem serem esquizofrênicos.

Rössler *et al.* (2007) empreenderam um estudo prospectivo com vinte anos de duração, na qual entrevistaram 4.547 sujeitos na Suíça, tendo

encontrado uma prevalência de 7,5% a 38,3% de diversas experiências psicóticas (delírios e alucinações) nessa população. Seis entrevistas feitas ao longo destes vinte anos mostraram um declínio dessas experiências. Constataram também que uma grande maioria apresentava poucos sintomas e apenas uma minoria apresentava muitos sintomas. Apenas uma carga muito alta de sintomas passava a gerar impedimentos funcionais.

Lewis-Fernandez *et al.* (2009), pesquisando 2.554 latinos residentes nos Estados Unidos constataram que 9,5% dos sujeitos apresentavam um ou mais sintomas psicóticos: 65% apresentaram alucinações visuais, 50%, alucinações auditivas, 10%, delírios de referência, 10%, delírios de perseguição, 6%, delírios de inserção e roubo de pensamentos e 3% delírios de controle. Deste grupo com sintomas psicóticos, apenas 7% preencheram os critérios para transtorno psicótico incluindo impedimentos sociais e ocupacionais e o uso dos serviços de saúde mental. Os autores propuseram que os sintomas psicóticos são sinalizadores inespecíficos de ansiedade e não indicadores específicos de transtornos psicóticos e diagnósticos alternativos deveriam ser buscados para os indivíduos que os apresentassem como transtornos de humor e transtornos dissociativos. Propuseram que as pessoas que apresentam sintomas psicóticos podem procurar ambientes religiosos para reduzir a ansiedade provocada por suas experiências incomuns.

Van Os *et al.* (2009) procederam a uma revisão sistemática e uma meta-análise de artigos entre 1950 e 2007, buscando evidências para a existência de um *continuum* de sintomas psicóticos entre a pacientes com transtornos psicóticos e a população não clínica. Os 47 artigos

selecionados permitiram concluir que experiências psicóticas sub-clínicas não associadas a patologia estavam presentes em 8% dos sujeitos, sintomas psicóticos sub-clínicos associados a ansiedade e busca de ajuda, (sem diagnóstico psicótico) em 4%, e transtornos psicóticos diagnosticados em 3% dos sujeitos, ficando constatado que as experiências psicóticas são bem mais frequentes que os transtornos psicóticos. Os mesmos fatores associados ao transtorno psicótico também se mostraram associados aos sintomas psicóticos sub-clínicos. Este estudo também constatou que as experiências psicóticas são transitórias: para 8% as experiências permaneciam sub-clínicas, para 84% as experiências desapareciam e para 8% as experiências evoluíram para um transtorno psicótico clínico.

Nuevo *et al.* (2010) procederam a um amplo estudo no qual investigaram 256.445 sujeitos em 52 países, investigando a presença de humor delirante, delírios de referência/perseguição e de controle, bem como alucinações visuais e auditivas. Constataram que 12,52% dos sujeitos em todo o mundo responderam afirmativamente a pelo menos um desses sintomas, sendo que 7,08% responderam afirmativamente para humor delirante, 8,37% para delírios de referência e de perseguição, 4,80% para delírios de controle e 5,81% para alucinações visuais e auditivas. Verificaram uma clara diferença entre o grupo que não apresentava sintoma algum e o grupo que apresentava um ou mais sintomas, sendo que, assim como Rössler *et al.* (2007), verificaram que o aumento do número de sintomas ocorria na mesma razão da uma queda na condição de saúde.

Neste levantamento, o Brasil foi o segundo país em proporção de indivíduos que apresentavam experiências psicóticas, tendo como resultado que 31,96% dos brasileiros apresentavam pelo menos uma experiência psicótica, ficando constatada a alta prevalência deste tipo de vivências na população brasileira.

Considerando que se a mera apresentação de alucinações e delírios não permite diagnosticar um indivíduo como psicótico, precisaremos de critérios para distinguir quando essas experiências serão consideradas normais e quando deverão ser consideradas patológicas.

1.5 Normalidade e patologia nas experiências psicóticas

Considerando a extensão em que as experiências alucinatórias e delirantes podem acontecer tanto na população clínica como na não clínica, torna-se necessário buscar critérios elucidadores do que é não patológico e do que é realmente patológico em termos de vivências alucinatórias e delirantes.

Johns e Van Os (2001), Serper *et al.* (2005), propuseram a idéia de um *continuum* entre as experiências alucinatórias, ficando em um extremo os indivíduos normais e em outro extremo os esquizofrênicos. Lincoln (2007) e Shevlin *et al.* (2007) propuseram a mesma idéia de um *continuum* de pensamentos delirantes entre normais e psicóticos, ficando em um extremo os indivíduos normais e de outro extremo os indivíduos mentalmente comprometidos. Por outro lado, estudos que encontraram associações entre experiências espirituais (envolvendo as experiências

psicóticas) e níveis normais ou até melhores de saúde mental e ajustamento social não corroboram a visão de que experiências mediúnicas são sintomas menos graves localizados no mesmo um *continuum* que com os transtornos psicóticos ou dissociativos. Se este fosse o caso, uma correlação diretamente proporcional entre a intensidade de experiências mediúnicas e transtornos psiquiátricos ou má adaptação social seria provavelmente encontrada (MOREIRA-ALMEIDA; CARDEÑA, 2011).

Independente da existência ou não do *continuum*, a questão que se coloca é o que diferencia a experiência psicótica não patológica da patológica.

Strauss (1969) afirmou que delírios e alucinações foram considerados fenômenos patológicos porque as pesquisas relativas a esses fenômenos foram feitas apenas com pacientes, excluindo pessoas normais que também têm essa experiência. Propôs que alucinações e delírios são exagerações de funções normais que se tornam sintomas patológicos quando alcançam um nível de excentricidade que passa a prejudicar as funções sociais. Dentro da visão de um *continuum* normalidade-patologia, seria indicador da patologia um índice aumentado da convicção da realidade objetiva da experiência, a falta do estímulo e determinação cultural para ela, a quantidade de tempo gasto preocupando com a experiência e a sua implausibilidade ou inadequação em relação uma realidade socialmente compartilhada.

Diversos pesquisadores identificaram que as alucinações efetivamente relacionadas a transtornos psicóticos geralmente são disparadas pela ansiedade e estresse pessoal, são dirigidas ao próprio paciente, são muito persistentes, atrapalham o sono daqueles que as tem, são incontroláveis,

ameaçadoras e isoladoras na fase de surto e tendem a ser controláveis, apoiadoras e socialmente focadas na fase de remissão (FORGUS; DEWOLFE, 1969; SLADE, 1976; LARKIN, 1979; RICHARDSON; DIVVO, 1980; ALLEN *et al.*, 2005). Serper *et al.* (2005) acrescentaram que alucinadores esquizofrênicos, consideram suas alucinações visuais e auditivas reais, apresentam diversas outras disfunções clínicas e tem vários incapacitações na vida.

Estudos comparativos entre pacientes alucinadores e alucinadores não pacientes têm sido muito elucidativos para identificar características diferenciadoras entre os dois grupos.

Honig *et al.* (1998) investigaram alucinações auditivas de pessoas normais e de pacientes. Eles constataram que as vozes dos não pacientes tiveram início antes dos 12 anos, foram tidas predominantemente como positivas e eram mantidas sob controle. As vozes de pacientes psiquiátricos tiveram início tardio, eram relatadas por pessoas com maior história psiquiátrica, eram sempre negativas, falavam na terceira pessoa, faziam comentários entre si e traziam transtornos para a vida diária.

Johns, Hemsley e Kuipers (2002) encontraram aspectos comuns e aspectos diferenciadores entre alucinadores não pacientes e alucinadores pacientes. Verificaram que era comum entre os dois grupos, o cansaço e o estresse como fatores disparadores das alucinações, as reações de susto, angústia, irritação e agitação diante das alucinações, a busca de explicação para a sua ocorrência, a busca de estratégias para evitá-las (distração, focalização em estímulos externos concorrentes, subvocalização contestatória) e para controlá-las (prestar atenção à experiência, procurando identificar a influência dos fatores estressores sobre elas

tentando modificá-las). De diferente, perceberam que os não pacientes têm alucinações agradáveis, questionam suas experiências e consideram alternativas para lidar com elas. Já os pacientes têm alucinações desagradáveis, não questionam sua experiência e não consideram alternativas para lidar com elas.

Stip e Letourneau (2009) analisaram alucinações auditivas de indivíduos saudáveis e de pacientes diagnosticados e verificaram que as vozes na população saudável são espaçadas, positivas e não ameaçadoras e na população clínica são frequentes, intrusivas e angustiantes.

Beavan, Read e Cartwright (2011) propuseram que a mera ocorrência de alucinações não pode ser indicadora de patologia e que ouvir vozes negativas na ausência de vozes positivas é um melhor indicador de patologia do que apenas ouvir vozes. Verificaram que ouvir vozes negativas aumenta a probabilidade das vozes conversarem entre si, falarem por mais tempo, atrapalharem o contato com outras pessoas, dominarem os pensamentos, gerarem menor controle sobre elas e levarem a menor contato com serviços de saúde mental.

Surgiram estudos procurando diferenciar delírios de crenças e ideias sobrevalorizadas, que embora possam ser emocionalmente carregadas, não tem a mesma estrutura dos delírios.

Lenz (1983) procurou diferenciar delírios e crenças, enfatizando o grau de convicção sobre a experiência: na crença, existe a dúvida relativa à experiência e no delírio existe a certeza.

Já Jones e Watson (1997) investigaram 20 esquizofrênicos, 20 anoréxicos e 20 controles para diferenciarem os delírios de ideias sobrevalorizadas.

Concluíram que os delírios formam-se rapidamente com pouco ou nenhum esforço são regularmente retomados, são emocionalmente carregados e tem uma grande importância para a própria pessoa. Já as ideias sobrevalorizadas são criadas pela ruminação, sua verdade objetiva é aberta à dúvida e geram uma convicção menor. Apesar de ambos influenciarem muito a cognição e o comportamento, o delírio é a cristalização da imaginação na realidade, enquanto na idéia sobrevalorizada, a realidade é distorcida e expandida pela fantasia.

Mullen e Linscott (2010) também procurando diferenciar delírios de ideias sobrevalorizadas propuseram que os delírios são relacionados a alucinações, são pouco plausíveis, sua aparição tende a ser abrupta, geram indiferença em relação à opinião dos outros e as ideias sobrevalorizadas tendem a ter um surgimento gradual, seu conteúdo tem a ver com as experiências e valores da pessoa e as reações dos outros são levadas em conta.

Lovatt *et al.* (2010) fizeram uma investigação comparando 27 pessoas diagnosticadas com transtornos psicóticos com outras 27 pessoas não diagnosticadas. Pacientes percebem suas experiências como mais negativas e mais perigosas, ficam mais angustiados com elas e tem 9 vezes mais chances de perceber que elas são causadas por outras pessoas. Pacientes tem mais problemas emocionais (ansiedade e depressão) e mais problemas cognitivo-atencionais (distraibilidade, bloqueio de pensamento, transtornos de linguagem e perda de habilidades) e sintomas schneiderianos mais acentuados do que as pessoas não diagnosticadas. Verificaram uma associação entre traumas e experiências anômalas, mas não entre traumas e psicose. Traumas podem levar tanto a

experiências anômalas quanto a psicose. Sugerem que é importante identificar os fatores protetores que preservam as pessoas que tem experiências anômalas da patologia, que permite que elas continuem a levar vidas imperturbadas e fortalecidas.

Este apanhado sugere que as vivências psicóticas alucinatórias e delirantes tendem a ser patológicas se estiverem associadas a sofrimento emocional e prejuízos sociais e ocupacionais no dia a dia. Tais conclusões se encontram mais estendidas na revisão de Menezes Júnior e Moreira-Almeida (2009) para coletar elementos para um diagnóstico diferencial entre experiências espirituais não patológicas e transtornos mentais de conteúdo religioso (ANEXO 1).

1.6 Dissociação e Estados Alterados da Consciência

Estados de transe e estados de transe acompanhados de possessão por seres espirituais são considerados na psiquiatria como vivências dissociativas. Entender o significado da dissociação se torna importante para compreendermos algumas outras EAs, como a incorporação e a psicografia.

Janet (1889) apresentou o conceito de dissociação para significar “desagregações psicológicas”. Dissociação é a perda da unidade do funcionamento da personalidade humana, deixando conteúdos mentais não relacionados entre si e fora de um controle consciente. O conceito original de Janet acentuou o caráter patológico da experiência, pois Janet construiu sua teoria baseado em estudos detalhados de pacientes

histéricos, que apresentavam uma tendência permanente da divisão da personalidade. Para Janet (1889), a dissociação só ocorreria em indivíduos mentalmente doentes, que teriam uma deficiência em integrar diferentes conteúdos psicológicos.

Janet acreditava que quanto mais um indivíduo tivesse sido traumatizado, maior seria a fragmentação da sua personalidade. Ele afirmava que pessoas saudáveis não teriam esta personalidade “sub-consciente” (expressão utilizada por ele). Utilizando hipnose, sonhos, escritos resultantes da escrita automática e falas dos seus pacientes, Janet procurava a origem dos sintomas histéricos em eventos traumáticos que foram esquecidos pela personalidade primária. Seu objetivo terapêutico era restabelecer a unidade da consciência.

Martínez-Taboas (2001) efetuou uma revisão sobre as relações entre dissociação e os fenômenos paranormais:

- Na primeira proposta de relação, por ele denominada de reducionista, a dissociação poderia explicar alguns fenômenos parapsicológicos como as experiências-fora-do-corpo, experiências de quase-morte, estados de transe, alguns tipos de aparições e a escrita automática. Esta perspectiva ao apoiar o fenômeno paranormal na dissociação, funda-o na própria psique dividida em si mesma, desconsiderando a possibilidade ontológica do fenômeno paranormal.

- Na segunda proposta de relação, chamada por ele de psi-facilitadora, a dissociação poderia ser considerada uma via condutora à experiência paranormal, através dos estados alterados de consciência, tais como sonhos, sonambulismo e hipnose.

- Na terceira proposta de relação, chamada por ele de agnóstica, as tendências dissociativas estão associadas aos fenômenos parapsicológicos espontâneos, como as experiências-fora-do-corpo e as percepções extra-sensoriais, não apontando entretanto um fator causal da dissociação em relação ao fenômeno paranormal.

Steele *et al.* (2009) discutem os conceitos de dissociação e alteração da consciência, afirmando que pode ser difícil distinguir ambas as experiências. Manifestações dissociativas de despersonalização e desrealização estão presentes nas alterações da consciência, e pela mesma forma, a dissociação cria os estados alterados de consciência. Além do mais, ambas as experiências podem coexistir simultaneamente. Alterações da consciência podem se tornar patológicas se forem muito frequentes e não forem controladas. Assim, segundo eles, tanto a dissociação quanto os estados alterados de consciência podem ser saudáveis ou patológicos.

Algumas vivências mediúnicas como a incorporação e a psicografia acontecem associadas à dissociação e estados alterados da consciência e encontram no ambiente religioso um excelente ambiente para suas manifestações. A dissociação e mediunidade parecem estar associadas, mas ainda está para ser esclarecida a presença e o papel da patologia na relação entre a dissociação e a mediunidade.

1.7 A dissociação normal e patológica

A extensão em que as vivências dissociativas acontecem na população não diagnosticada é expressiva, o que torna necessário uma avaliação mais cuidadosa acerca do seu caráter patológico e não patológico.

Ross *et al.* (1990a) avaliaram uma amostra randomizada de 1055 adultos da população geral de Winnipeg, Canadá e constataram que 13% destes apresentaram uma pontuação acima de 20 no DES (*Dissociative Experience Scale*, instrumento composto de 28 perguntas que sondam diversas vivências dissociativas) indicando assim a existência de um nível alto de vivências dissociativas em uma população não diagnosticada.

Em um estudo posterior, Putnam *et al.* (1996) procuraram investigar padrões de dissociação em amostras clínicas e não clínicas. Para tanto testaram 1566 sujeitos divididos entre pacientes psiquiátricos, pacientes neurológicos e adolescentes e adultos não diagnosticados com o DES. Eles identificaram três grupos de dissociadores: os baixos, com pontuação média em torno de 8.5, os médios com pontuação média em torno de 17 e os com a pontuação alta média de 48, confirmando a hipótese da ocorrência da dissociação em um contínuo.

A dissociação pode ocorrer em um contínuo de uma polaridade saudável a outra polaridade patológica. A dissociação saudável envolve a capacidade de absorção e de envolvimento imaginativo, constituindo uma experiência humana para a qual todos os indivíduos são propensos em maior ou menor grau (WALLER; PUTNAM; CARLSON, 1996; MARTÍNEZ-TABOAS, 2001). A dissociação saudável não tem sua origem associada a traumas do passado, ajuda a concentrar em atividades absorventes, não bloqueia o funcionamento da mente (BUTLER *et al.*, 1996), ocorre com o controle pleno do indivíduo, dentro de um contexto cultural que a organiza e a

torna significativa para a própria pessoa e para os outros com quem ele convive (LEWIS-FERNANDEZ, 1998).

Tellegen e Atkinson (1974) definiram a absorção como um estado de total atenção no qual o aparelho representacional parece estar totalmente dedicado a experienciar o objeto percebido. Os indivíduos mais propensos à absorção tendem a adotar uma forma experiencial/emocional de lidar com a realidade, enquanto aqueles pouco capazes de absorção tendem a adotar uma forma instrumental/pragmática de lidar com ela (TELLEGEN, 1981).

A dissociação patológica, diferentemente, tende a estar associada a experiências traumáticas do passado, é crônica, é debilitadora para o funcionamento psicológico e social (BUTLER *et al.*, 1996). A dissociação patológica pode surgir de um evento traumático para a consciência do fantasiador: a experiência traumática pode ser causada tanto por um evento externo único quanto por uma situação duradoura e a dissociação patológica surge como uma forma defensiva de lidar com a situação aversiva, que pode se generalizar para as demais situações de vida (KIHLSROM, 1994). Segundo Butler e colaboradores, é a interação entre a capacidade de absorção que o indivíduo já tinha originariamente e as experiências traumáticas que resultarão na dissociação patológica (BUTLER *et al.*, 1996). A dissociação patológica expressa um mau funcionamento psicológico, que gera sofrimento ou incapacitação, é involuntária e é interpretada pelo grupo cultural de referência do próprio indivíduo como sendo uma doença que necessita de tratamento (LEWIS-FERNANDEZ, 1998).

A dissociação patológica se expressa na amnésia, na fuga dissociativa, na despersonalização-desrealização, no transtorno de identidade dissociativa e no transtorno de transe de possessão (CARDEÑA *et al.*, 1994; WALLER; PUTNAM; CARLSON, 1996; MARTÍNEZ-TABOAS, 2001).

A amnésia dissociativa compreende basicamente a perda de memória, sobretudo de eventos recentes e de informações pessoais importantes, que não pode ser atribuída a um esquecimento habitual, à fadiga ou a um sintoma de origem orgânica. A fuga dissociativa se refere à condição de um indivíduo se afasta do seu ambiente de origem, apresentado uma condição de amnésia de sua identidade, podendo ou não assumir uma outra identidade. A despersonalização refere-se às alterações afetivas e perceptuais em relação ao self, que levam o indivíduo a estranhar a si mesmo a ao seu próprio corpo. A desrealização refere-se às mesmas alterações em relação ao seu meio ambiente, que fazem o indivíduo a se sentir desconfortável neste ambiente (CARDEÑA *et al.*, 1994).

Confusões e alterações de identidade ocorrem no Transtorno de Identidade Dissociativa e no Transtorno de Transe de Possessão. A confusão de identidade ocorre no quadro do Transtorno de Identidade Dissociativa. Este quadro se manifesta pela possibilidade de duas ou mais personalidades existirem dentro de um mesmo indivíduo que se alternam dentro dele, com períodos de amnésia eclipsando as personalidades que foram afastadas. As mudanças de personalidade podem ser abruptas e estarem ligadas a situações estressantes (CARDEÑA *et al.*, 1994).

A alteração de identidade pode também acontecer no Transtorno de Transe de Possessão. Cardeña *et al.* (1994) definiram transe como uma alteração temporária da consciência, identidade ou comportamento, com

diminuição da percepção do ambiente e ocorrência de movimentos que estão fora do controle da própria pessoa, sem substituição da própria consciência por outra e transe de possessão como sendo a mesma vivência, com alteração da consciência, sendo esta alteração atribuída a uma força ou entidade espiritual externa.

Os sintomas da amnésia, da despersonalização, da desrealização, da confusão de identidade e da alteração da identidade são encontrados em alguns dos relatos das Eas reconhecidas como mediunidade, mas seria prematuro considerarmos que apenas por que algumas destas Eas apresentam semelhanças com sintomas patológicos elas seriam necessariamente patológicas.

Krippner (1997) propõe que a dissociação pode ocorrer no ego de forma não controlada e de forma controlada. Krippner considera o transtorno de identidade dissociativa como exemplo de uma dissociação não controlada do ego e a mediunidade com exemplo da dissociação controlada do ego. No primeiro caso, citou Chris Sizemore, que chegou a apresentar 22 personalidades que se sucediam sem qualquer possibilidade de controle, gerando diversos problemas em sua vida. No segundo caso, citou Chico Xavier, que apresentou sucessivos momentos em que sua personalidade foi substituída por outras, mas de forma controlada e sendo vista como uma experiência positiva de vida que trouxe benefícios para outras pessoas. Krippner ainda acrescenta a possibilidade de a dissociação poder começar em um indivíduo de forma não controlada e evoluir para uma forma controlada, deixando, portanto de ser patológica.

Estudos feitos em outras culturas podem nos ajudar a esclarecer quando algumas Eas relacionadas a transe e transe de possessão poderiam ser consideradas não patológicas ou patológicas.

1.8 A perspectiva transcultural na pesquisa dos estados dissociativos de transe e de transe de possessão

A psiquiatria transcultural agrega uma visão sociocultural que pode ampliar o conceito de normalidade nas experiências de transe e de transe de possessão.

Podemos considerar como um ponto de partida desta perspectiva o trabalho de Bourguignon (1978) que constatou que em 488 sociedades conhecidas, 90% delas criaram formas institucionalizadas de transe, sendo que em 52% destas estes estados estão associados à possessão por seres espirituais. A universalidade das experiências de transe e de transe de possessão deve trazer o cuidado de não ser considerado patológicas experiências que em outras culturas são consideradas normais.

Um critério para diferenciar a possessão saudável da patológica foi proposto por Lewis (1989); a possessão não patológica, é episódica, ocorre de forma organizada em um tempo delimitado e dentro de um contexto cultural que lhe confere significado. Já a possessão patológica, tende a ser crônica, ocorre de forma não organizada e não limitada no tempo e não compatível com um contexto cultural. Concluímos com Cardeña *et al.* (2009), que a possessão não patológica vem de uma

predisposição provavelmente biológica, que foi modelada por fatores socioculturais organizados, que levam a rituais controlados de possessão.

Rogler e Hollingshead (1961) constataram que em Porto Rico, um estado fortemente marcado pela cultura latina nos Estados Unidos, as pessoas que procuravam os atendimentos psiquiátricos, também procuravam os atendimentos espíritas como forma de tratamento. No ambiente espírita, sintomas psicóticos como alucinações eram reinterpretadas como percepções visuais e auditivas dos espíritos e delírios como interferências dos espíritos na mente do doente. Sintomas como contorções, espasmos, balbucios e respiração pesada, eram interpretados como possessão por espíritos. Indivíduos diagnosticados no ambiente psiquiátrico eram no ambiente espírita chamados a desenvolver suas faculdades com as quais poderiam ter relações mais estreitas e controladas com o mundo invisível.

Koss (1975) procedeu a investigações semelhantes, também em Porto Rico. Tal como Rogler e Hollingshead fizeram anteriormente em 1961, Koss relatou uma prática espírita de cura em que sofredores, tidos como possuídos por espíritos, eram convidados a se tornarem médiuns. Estes, por sua vez, após aprenderem a ter estados de transe de possessão controlados, passavam a participar do atendimento de novos sofredores possuídos por espíritos, agora como curadores. Posteriormente, em 1977 afirmou que um quinto dos buscadores de tratamento espiritual são reconhecidos como sendo médiuns em potencial. Ela propõe que a saúde mental final do médium dependerá de sua estabilidade emocional anterior ao afloramento da mediunidade, da continuidade da sua participação no grupo religioso e dos seus esforços de manutenção da sua própria saúde mental enquanto prossegue no seu caminho espiritual.

Hughes (1992) comparou canalizadores, indivíduos que dizem serem transmissores de mensagens de seres espirituais, com pacientes de transtorno de identidade dissociativa e com indivíduos tidos como normais, concluindo que embora o nível de dissociação dos canalizadores fosse maior do que o nível dos normais, os pacientes de transtorno dissociativo apresentavam um nível de dissociação superior ao dos canalizadores, ficando implicado que um nível muito elevado de dissociação está associado à patologia.

Castillo (1997) investigou manifestações de possessão na Índia, partindo da explicação que tal condição emergiria de uma condição traumática que teria causado uma dissociação da consciência como forma de escape de uma realidade intolerável. Ele constatou, entretanto, que na Índia tais casos tendem a ser vistos como causados por seres espirituais que invadem e tomam conta da consciência do doente. Estes seres espirituais podem ser interpretados como deuses, demônios ou fantasmas. O tratamento se dá no sentido de expulsar estes seres invasores de dentro da consciência do doente, opção de tratamento que parece mais natural para o indiano do que entender que seu problema seria ter partes dissociadas da própria consciência que precisariam ser reintegradas.

Gaw *et al.* (1998) procederam a considerações semelhantes lidando com 20 pacientes de Transtorno de Transe Dissociativo na China. Os pacientes apresentavam perda de controle sobre suas ações, alterações do comportamento, perda da identidade pessoal e problemas para diferenciar a realidade da fantasia entre outros sintomas. Os problemas eram vistos como tendo sido causados por espíritos possessores de pessoas falecidas, deuses, espíritos animais e demônios. Embora estes

pacientes estivessem com os sintomas de um transtorno de transe dissociativo, foi mais útil para eles serem compreendidos e tratados dentro do referencial cultural da possessão espiritual, já trazida por eles do seu ambiente cultural, do que dentro do referencial médico.

Martínez-Taboas (1999) discutiu um caso de possessão espiritual e glossolalia em Porto Rico, onde procura identificar um transtorno de identidade dissociativa. Segundo este autor, a ausência de controle da experiência, a experiência não ser compatível com a prática estruturada de algum grupo religioso, o sofrimento psicológico e impedimentos sociais e ocupacionais serão indicadores de transtorno mental, diferenciando este de um quadro de possessão espiritual.

Beng-Yeong (2000) investigou estados de transe em pacientes se apresentam em um Hospital Psiquiátrico em Singapura. Os agentes possessores foram relatados como sendo deuses, espíritos de parentes falecidos, espíritos de animais e o Espírito Santo. Ele define transe como um estado alterado de consciência que gera amnésia parcial ou total e que pode trazer também uma vivência de possessão espiritual. Estados de transe induzidos por ações rituais, de modo contrário, gerarão estados de possessão controlados e com resultados benéficos. Será indicador de um transtorno mental o estado de transe que não tiver um estímulo aparente, durar muito tempo e tiver um resultado prejudicial para aquele que o estiver vivenciando.

Reinsel (2003) analisou formulários preenchidos por 18 médiuns, 14 sensitivos e 11 indivíduos escolhidos como controle nos Estados Unidos. Os médiuns atuavam profissionalmente nessa função, aceitando pagamento por essa atuação, enquanto os sensitivos eram aqueles que

embora tendo contato com espíritos ocasionalmente, não aceitavam pagamento pelos seus serviços. Reinsel constatou que médiuns e sensitivos tinham grande capacidade de absorção, como forma de dissociação não patológica e revelavam níveis de ansiedade e depressão semelhantes aos indivíduos escolhidos como controles, ou seja, médiuns desenvolvidos não demonstravam ter uma condição patológica.

Somasudaram, Thivakaram e Bhugra (2008) fizeram um estudo comparativo em Sri Lanka, estudando 30 pacientes apresentando estados não controlados de transe de possessão, 30 outros pacientes externos com problemas diversos e 30 indivíduos da comunidade conhecidos por apresentarem estados controlados de transe de possessão. Uma condição não patológica da vivência é mais provavelmente encontrada quando se pode observar uma maior experiência passada no exercício, modelagem e na manutenção do estado de possessão. A cronicidade das vivências associada à integração com uma comunidade que tolera, aceita e até venere este tipo de manifestação ajuda os indivíduos a controlar o tempo e a forma de apresentação das vivências. Formas de possessão não compatíveis com alguma tradição culturalmente estabelecida indicam um transtorno psicótico. Os autores sugerem que indivíduos com transtornos de transe de possessão fossem encaminhados para o tratamento psiquiátrico e indivíduos apresentando vivências de possessão próximas do saudável fossem encaminhados aos grupos religiosos que providenciassem treinamento e direcionamento dessas vivências.

Ally e Laher (2008) entrevistaram seis curadores islâmicos africanos e comentaram a percepção que eles têm da doença mental e das formas de curá-la. Eles afirmam que no Islã, existe a crença de que certos homens e

mulheres têm a feitiçaria como um poder inato e que através disso eles podem fazer bem ou mal a outras pessoas, dependendo da intenção malevolente ou curativa do feiticeiro. Eles acreditam também em seres espirituais não humanos que, comandados pelos feiticeiros, podem possuir seres humanos e desta forma fazer-lhes bem ou mal. A magia negra pode fazer estes seres espirituais possuírem uma pessoa, gerando nelas formas diferentes de falar e uma força não comum, que seria diagnosticado na cultura ocidental como um Transtorno de Identidade Dissociativa.

Igreja *et al.* (2010) fizeram um interessante levantamento epidemiológico da prevalência da possessão por espíritos maléficos em 941 adultos que passaram por uma situação de guerra em Moçambique no período entre 2003 e 2004. A taxa de prevalência de quem sofre de pelo menos um espírito foi de 18,6% e, dos que sofriam de posse por dois ou mais espíritos foi 5,6%. Uma comparação entre indivíduos que apresentavam e não apresentavam a possessão mostrou que a possessão é uma das principais causas de problemas de saúde naquela população.

Estes achados em diversas culturas nos sugerem que a concordância da experiência com uma tradição religiosa e o controle da experiência mediúnica de acordo com esta tradição religiosa são fatores que sugerem uma experiência não patológica e podem ajudar na diferenciação entre uma experiência de possessão saudável e um transtorno mental.

1.9 Critérios para uma diferenciação entre EAs saudáveis e patológicas

Conceitos sobre normalidade e patologia nas experiências espirituais estão presentes em trabalhos de diversos pesquisadores. No intuito de fazer um apanhado destas contribuições, Menezes Júnior e Moreira-Almeida (2009) em um artigo de revisão, levantaram nove critérios que, considerados no conjunto, sugerem uma diferenciação entre uma vivência espiritual saudável de um transtorno mental (ANEXO 1):

I – Ausência de sofrimento: o sofrimento está relacionado à existência de um possível transtorno.

II – Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais: a saúde psicológica implica um ego estruturado gerenciando adequadamente as relações sociais, familiares, afetivas e atividades ocupacionais.

III – A experiência é curta e ocorre episodicamente: a experiência espiritual não patológica acontece em momentos episódicos, não se interpondo às demais experiências cotidianas da consciência.

IV – Existe uma atitude crítica sobre a realidade objetiva da experiência: a experiência espiritual, pelo seu caráter inédito exigirá que a pessoa reflita

sobre o sentido desta experiência antes de considerá-la aceitável e adequada para si mesmo.

V – Compatibilidade da experiência com um contexto cultural: isso permite que a experiência espiritual seja aceita, enquadrada e o desenvolvida dentro de uma tradição.

VI – Ausência de co-morbidades: quanto menos evidenciada estiver a patologia, maiores probabilidades existirão de a experiência espiritual ser saudável.

VII – A experiência é controlada: o controle das experiências espirituais permite que elas não interfiram na preservação da saúde mental, e das atividades e relacionamentos habituais.

VIII – A experiência gera crescimento pessoal: este critério sintetiza todos os outros e é o único que avalia o resultado da experiência ao longo de um tempo de ocorrência. Este tempo será necessário para que o indivíduo aprenda a lidar com a sua vivência espiritual e a integrá-la com as suas vivências cotidianas em uma vida organizada, resultando em uma vida mais plena e mais significativa.

IX – A experiência é centrada nos outros: a experiência que estiver direcionada para os outros mostra alguém integrado e ajustado socialmente e disposto a colocar seus dons para ajudar os outros. A boa integração social se mostra como continuidade do bom equilíbrio pessoal.

Estes critérios se prestam para diferenciar a experiência espiritual saudável da patológica, considerando ambas as experiências maduras. O início da manifestação das experiências espirituais, entretanto, pode não apresentar essas características da experiência espiritual saudável e deixar pouco clara quanto a ela ser saudável ou patológica. Segundo Grof e Grof (1989), ao tratar das emergências espirituais, Lukoff e colaboradores (LUKOFF; LU; TURNER; 1992), ao tratar dos problemas espirituais e Almeida (2004) na sua pesquisa de 115 médiuns experientes, as experiências espirituais iniciais podem começar de forma turbulenta e depois se normalizarem, ou seja, estas experiências podem começar como sintomas patológicos e depois se tornarem experiências espirituais não patológicas.

1.10 Necessidade atual neste campo

Até onde sabemos estes critérios ainda não foram testados em pesquisas longitudinais, que assegurassem que fossem realmente preditivos para diferenciar uma experiência espiritual potencialmente saudável de uma experiência que fosse patológica no momento inicial da sua manifestação, quando estas duas possibilidades ainda não estão claramente definidas.

Uma forma de fazer esta investigação seria proceder a uma pesquisa longitudinal prospectiva na qual avaliássemos indivíduos que tenham sido identificados por grupos espíritas como apresentando sintomas iniciais do afloramento da mediunidade, e novamente reavaliá-los um período de tempo depois.

Muitos Centros Espíritas mantêm um programa de orientação espiritual gratuito chamado de “Atendimento Fraternal”, feito por membros experientes dos Centros e voltados para qualquer pessoa que busque esclarecimento e orientação para seus problemas pessoais e espirituais.

Indivíduos apresentando vivências psicóticas e dissociativas que buscam o Atendimento Fraternal dos Centros Espíritas algumas vezes são reconhecidos como tendo mediunidade, e é-lhes dito que esta mediunidade está sendo responsável pelas suas vivências psicóticas e dissociativas e pelos problemas psicológicos, sociais e relacionais pelos quais estão passando. Não fica claro, entretanto nessas situações, o quanto esses indivíduos estão efetivamente apresentando EAs não patológicas e/ou apresentando transtornos mentais.

2 OBJETIVOS

1 – Identificar o perfil psicossocial dos indivíduos que apresentam vivências psicóticas e dissociativas e procuram apoio em Centros Espíritas.

2 – Levantar características clínicas e sociodemográficas que permitam diferenciar, ao início de sua apresentação, as vivências que evoluirão de modo não patológico das que evoluirão em direção ao transtorno mental.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento

Trata-se de um estudo longitudinal em que os sujeitos foram entrevistados e testados em dois momentos com intervalo de um ano entre eles.

3.2 A amostra

Foram procurados no período entre fevereiro e abril de 2009 os Centros Espíritas da cidade de Juiz de Fora vinculados à AME (Aliança Municipal Espírita), instituição que congrega e coordena os Centros Espíritas da cidade e da região, que ofereçam o Atendimento Fraternal, que é um programa que acolhe gratuitamente pessoas que estejam passando por sofrimento pessoal e que queiram um aconselhamento e orientação espiritual.

Foram procurados em seguida os coordenadores e atendentes destes programas em cada Centro Espírita. Foram apresentando a eles os objetivos da presente pesquisa, solicitando-lhes indicar e encaminhar todos aqueles indivíduos que, tendo procurado por este atendimento, apresentassem sintomas psicóticos e dissociativos e que houvessem sido identificados como médiuns pelos atendentes do centro espírita. Foi explicado que a identidade dos centros e dos participantes seria

resguardada, que a participação na pesquisa seria voluntária e que poderiam abandonar a pesquisa quando quisessem. Dirigentes de sete Centros Espíritas aceitaram participar da pesquisa.

Como critérios de inclusão de sujeitos para a presente pesquisa foram adotados:

- ter mais de 18 anos
- ter sido identificado no atendimento fraterno dos centros espíritas como indivíduo que estivesse apresentando sintomas reconhecidos pelos atendentes como sendo indicadores de mediunidade

Como critério de exclusão:

- serem médiuns já ativos ou médiuns já desenvolvidos que estivessem temporariamente afastados do exercício da mediunidade

Cento e cinquenta indivíduos foram assim indicados e contatados, sendo que, destes, cento e vinte concordaram com a participação na pesquisa e foram entrevistados. Das 120 entrevistas feitas, 115 resultaram em protocolos com dados completos, tornando possível a investigação. Assim, a amostra final analisada foi de 115 indivíduos.

Estes indivíduos foram entrevistados e avaliados por dois psicólogos clínicos, sendo um deles o autor da presente tese, entre abril de 2009 a agosto de 2010 no primeiro momento. As entrevistas foram realizadas preferencialmente nos próprios Centros Espíritas, visando criar o mínimo de estranheza possível para o encontro. Quando estes indivíduos foram

abordados, foram explicados para eles os objetivos da presente pesquisa, solicitado sua colaboração e, diante de sua concordância, foi pedido que assinassem o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) quando então foram entrevistados e submetidos aos instrumentos de avaliação.

No prazo de um ano, os 115 sujeitos foram novamente contatados para uma segunda entrevista, na qual foram aplicados os instrumentos escolhidos para este segundo momento. Do total anterior de 115 sujeitos, 90 sujeitos foram localizados e se dispuseram a participar deste segundo momento da pesquisa, que foi realizada entre abril de 2010 e abril de 2011.

3.3 Os instrumentos utilizados

Uma Entrevista Sociodemográfica (APÊNDICE 2) foi utilizada para coletar informações sobre idade, sexo, cor, escolaridade, condição laborativa, estado civil, religião, histórico de saúde física e mental (através do auto-relato dos sujeitos)

A Entrevista de Avaliação das Experiências Anômalas (APÊNDICE 3) foi desenvolvida especialmente para a presente pesquisa e procurou colher informações sobre as experiências espirituais que os sujeitos estavam vivenciando, tais como alucinações visuais, auditivas e sinestésicas e vivências de despersonalização e desrealização, por exemplo, visando a caracterização o mais fidedigna possível das experiências de cada participante. Este questionário também investiga a presença dos nove

critérios que têm sido propostos como característicos da experiência espiritual saudável (MENEZES JÚNIOR; MOREIRA-ALMEIDA, 2009). Trata-se de um questionário semi-estruturado com 25 perguntas abertas. Procurou-se registrar por escrito o mais fielmente possível as palavras dos sujeitos, para que fosse possível alcançar o entendimento da experiência nos termos de quem as estavam vivendo. Os sujeitos foram identificados com um código alfanumérico constituído do sexo do entrevistado (F/feminino ou M/masculino), idade (números) e letras minúsculas (a, b, c, d) quando necessário, para diferenciar sujeitos do mesmo sexo e idade.

O SCID I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*, em português "Entrevista clínica estruturada para transtornos do Eixo I do DSM-IV"), investiga a presença de transtornos afetivos, psicóticos, de substâncias psicoativas, de ansiedade, somatoformes e de ajustamento de acordo com os critérios do DSM-IV. O SCID foi criado por Michael B. First, Robert L. Spitzer, Miriam Gibbon e Janet B.W. Williams (FIRST, *et al.* 2002), traduzido e adaptado para o português por Prof. Dr. Wang Yuan Pang e Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto.

O treinamento para o uso deste instrumento foi feito com o Prof. Dr. Wuang Yaun Pang, e Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, que é um centro treinador da aplicação do SCID no Brasil.

Para fins da análise nesta pesquisa foram utilizadas as categorias de Transtornos de Humor e de Ansiedade, de uso de substâncias, Bipolar e Psicótico

O DDIS (*Dissociative Disorders Interview Schedule*, em português “Entrevista Clínica para Transtornos Dissociativos”) foi criado por Colin A. Ross (Colin A. Ross Institute) e tem sido extensivamente utilizado para diagnosticar os transtornos dissociativos. Deste instrumento, foram utilizados a parte V, que investiga os sintomas schneiderianos de primeira ordem para a esquizofrenia e a parte XI, XII, XIII e XIV, que investigam sucessivamente os transtornos da amnésia dissociativa, da fuga dissociativa, da despersonalização e identidade dissociativa não cobertos pelo SCID I. Foi utilizada a tradução e adaptação feita por Almeida (2004), disponível no Anexo 2.

O DES (*Dissociative Experience Scale*, em português “Escala de Experiências Dissociativas”), instrumento composto por 28 questões que investigam diversas experiências dissociativas (BERNSTEIN; PUTNAM, 1986). Foi investigado o DES Total, que oferece um indicador do nível total de experiências dissociativas que o sujeito vivencia e o DES TAXON, que é composto por oito questões, extraído do total das 28 questões, que são indicadoras da dissociação patológica (questões 3, 5, 7, 8, 12, 13, 22, e 27, em negrito no Anexo 3). Foi utilizada a tradução feita por Adriana Fizman, Mariana Cabizuca, Cláudia Lanfredi e Ivan Figueira (FIZMAN, *et al.* 2004).

O WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*, em português “Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde”), instrumento desenvolvido Pela Organização Mundial de Saúde, que avalia a qualidade de vida do indivíduo em quatro dimensões: física, psicológica, social e ambiental (ANEXO 4).

Foi utilizada a versão abreviada (WHOQOL *bref*) traduzida e adaptada pela equipe coordenada por Marcelo Pio de Almeida Fleck (FLECK, 2009).

Um questionário que foi chamado de Entrevista de Avaliação Complementar (APÊNDICE 4), foi aplicado no seguimento, no qual foi indagado se o sujeito percebeu mudanças para melhor ou para pior no seu estado inicial após o decurso de um ano, sobre as providências que o indivíduo possa ter tomado para melhorar seu quadro sintomático e os resultados que refere ter conseguido com isto.

No segundo momento reaplicou-se o DES e o WHOQOL e aplicada a Entrevista de Avaliação Complementar.

3.4 Análise dos dados

Os dados sociodemográficos e das Entrevistas de Avaliação das Experiências Anômalas foram levantados em percentuais e apresentados através de uma estatística descritiva.

As análises referentes aos dados qualitativos das análises das EAs identificadas nas entrevistas qualitativas foram realizadas utilizando o método de “Análise de Conteúdo”, de Bardin (2002): foi feita uma “pré-análise”, com a leitura dos textos, a formulação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores. Em seguida foi realizada a análise temática ou categorial, onde o conteúdo dos textos foi desmembrado em unidades. Depois disso, o material foi reagrupado em categorias definidas.

Os dados quantitativos dos Questionários e dos testes utilizados foram tabulados e analisados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 13.0 e submetidos aos procedimentos estatísticos devidos. O teste utilizado para analisar o SCID e o DDIS, que gerou variáveis categóricas, foi a Regressão Logística e para analisar o WHOQOL que gerou variáveis métricas foi a Regressão Linear. Como referência teórica para estas análises foi buscada a obra de Johnson e Wichern (1998). Em todas estas análises, houve controle para sexo, idade renda e nível de instrução. Foi aplicada uma Análise de Fatores, técnica de análise estatística multivariada, sobre o conjunto de nove critérios qualitativos positivos, com o objetivo de se obter a redução de dimensionalidade. Foi feita a extração dos fatores por Análise de Componentes Principais, utilizou-se rotação VARIMAX com Normalização Kaiser.

Para a análise quantitativa dos dados:

Tabela 1 - Quadro das Variáveis Independentes

Instrumento/Critérios propostos	Fator analisado
DES	DES Total
	DES TAXON
Critérios Qualitativos	Critérios Qualitativos

Foram considerados como Variáveis Independentes:

- DES Total: a pontuação total do DES;
- DES TAXON: a pontuação nos 8 itens do DES que é indicadora de patologia;
- Critérios Qualitativos: os “Critérios Qualitativos da Experiência Espiritual Saudável” presentes (daqui para diante citados apenas como Critérios Qualitativos).

Tabela 2 - Quadro das Variáveis Dependentes

Instrumento	Fator analisado
SCID	Presença de Qualquer transtorno mental
	Presença de Transtorno de Humor/de Ansiedade
	Presença de Transtorno de Substâncias
	Presença de Transtorno Psicótico
	Presença de Transtorno Bipolar
DDIS	Presença de qualquer transtorno dissociativo

WHOQOL

WHOQOL Físico

WHOQOL Psicológico

WHOQOL Social

WHOQOL Ambiental

Foram consideradas como Variáveis Dependentes:

O SCID, que foi desdobrado em:

- Presença de Qualquer transtorno mental,
- Presença de Transtorno de Humor/de Ansiedade,
- Presença de Transtorno de substâncias,
- Presença de Transtorno Psicótico,
- Presença de Transtorno Bipolar.

O DDIS: Presença de qualquer transtorno dissociativo

O WHOQOL, tanto do primeiro quanto do segundo tempo, considerado como:

- WHOQOL Físico,
- WHOQOL Psicológico,
- WHOQOL Social,
- WHOQOL Ambiental

3.5 Resultados esperados

1 - quanto maior o DES Total e o DES TAXON, maior a patologia expressa pelo SCID e pelo DDIS e menor a qualidade de vida medida pelo WHOQOL.

2 – quanto maior o número dos Critérios Qualitativos, menor a patologia expressa pelo SCID e pelo DDIS e maior a qualidade de vida medida pelo WHOQOL no primeiro e no segundo tempo.

4 RESULTADOS

4.1 Entrevistas Sociodemográficas

Foram obtidos os seguintes resultados:

Tabela 3 - Distribuição dos dados sociodemográficos

Índice	%
Média de idade	38,8 DP (12,5)
Gênero	
Mulheres	70,4%

Grau de Instrução	
Ensino Fundamental (completo e incompleto)	9,6%
Ensino Médio (completo e incompleto)	35,7%
Ensino Superior (completo e incompleto)	39,1%
Pós Graduação	16,2%

Estado Civil	
Solteiros	40%
Casados/União Estável	44,3%
Separados/divorciados	13,9%
Viúvos	1,7%

Com quem mora	
Com cônjuge/companheiro (a)	40%
Com pais	33%
Sozinhos	13,9%
Com filhos	10,4%
Com irmãos	1,7%

Situação Ocupacional	
Empregados	58,7%

Estudantes	17,2%
Do lar	8,6%
Desempregados	6,0%
Aposentados	9,4%

Renda Individual

Sem renda pessoal	30,4%
Até dois salários mínimos	33%
Até dez salários mínimos	33,9%
Acima de dez salários mínimos	2,6%

Essa amostra foi composta em sua maioria por mulheres, com média de idade de 39 anos e com bom grau de instrução. Pode-se observar uma alta proporção de indivíduos que chegaram ao nível superior de instrução. Sujeitos com relações estáveis foram o maior contingente (44%). Cinquenta e dois por cento (58,7%) estavam empregados e a renda ficou igualmente distribuída entre aqueles que não recebiam salário (30%), os que ganhavam até 3 salários mínimos (33%) e os que recebiam até 10 salários mínimos (34%).

4.2 Experiências Anômalas presentes

Foram obtidas 115 entrevistas válidas cujos resultados resumidos estão apresentados a seguir. O artigo “Perfil sociodemográfico e de experiências anômalas em indivíduos com vivências psicóticas e dissociativas em grupos religiosos” (MENEZES JÚNIOR; ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, no prelo) detalha os achados destes resultados (ANEXO 5).

A tabela 4 apresenta a distribuição das EAs:

Tabela 4 - Experiências anômalas

Experiência anômala	N	%
Vidência	73	63,5%
Audição espiritual	62	53,9%
Percepção espiritual	61	53,0%
Sonhos anômalos	43	37,7%
Experiência fora do corpo	36	31,3%
Presentimentos	24	20,9%
Perda inexplicável de energia	23	20,0%
Incorporação	22	19,1%
Intuição	21	18,3%
Percepção espiritual de cheiros	18	15,7%

Efeitos físicos de causa espiritual	11	9,6%
Psicografia	10	8,7%
Telepatia	7	6,1%
Cura espiritual	5	4,3%

1 - Vidência: relatada como a experiência de ver espíritos. A maioria dos sujeitos relatou que suas visões eram nítidas: “via e conversava com uma pessoa com o uniforme de uma empresa, achando que era uma pessoa de carne e osso” (F53a). Outros percebiam apenas vultos: brancos (F31b), escuros (F52a) e até amarelados (F39b). Algumas visões eram grotescas: “um demônio” (F44) e “um homem na parede sem pernas e desfigurado” (F25b). Outras visões foram mais fragmentadas: “duas mãos batendo palmas” (M46) e “uma cabeça de vaca” (F22).

2 – Audição espiritual: trata-se do relato de ouvir espíritos ou ruídos não produzidos materialmente. As vozes são percebidas chamando as próprias pessoas (F22a, F53b, F58), “fazendo comentários sobre o que eu estou fazendo” (F53b, F25a e M38a), chingando (F22a e F29a), ou “aconselhando o que seria certo fazer” (F18a e M21a). Algumas vezes as palavras não podem ser distinguidas (F33a) ou não fazem sentido (F19a). Podem também ser percebidos ruídos, “como se estivessem mexendo nas coisas da casa” (M41) ou como “estalos de dedos” (F55b).

3 – Percepção espiritual: perceber intuitivamente a natureza boa ou má de ambientes, pessoas e espíritos. Os sujeitos relatam sentir “como as pessoas e os ambientes são” (F19a, F53d, F42c, F24c, M025, F21c, F25d),

percebendo quando uma pessoa “é mal intencionada” (M18), ou que “não pensa bem de mim” (F50). Referem a sensação da presença de espíritos, que podem ser percebidos no ambiente em geral, ou mesmo atrás (F32 e F73) e do lado (F43 e F36d) do indivíduo.

4 – Sonhos anômalos: sonhos aos quais os sujeitos atribuíram um caráter paranormal. Os sonhos foram relatados como premonições sobre acidentes que ocorreram posteriormente (M21a, M37, F53c, F42c, F24a, F22 e F52b), como possíveis episódios de saída de corpo nos quais os sujeitos se perceberam levados para locais desconhecidos (M39c, F25b e F20a), tiveram um encontro com um mentor espiritual (M39b e F25b) ou com parentes falecidos (M45). Alguns sonhos foram relatados como recordações de vidas passadas (M43a e F21c).

5 - Experiência fora do corpo: trata-se da experiência de se perceber fora do corpo. Essa experiência é percebida mais frequentemente por “sentir-se flutuando acima do corpo” (F39a, M31, F42c, F18c e F21c), mas algumas pessoas chegam a sentir que foram para outros ambientes (F42a e F43c). Para alguns sujeitos, esta experiência era precedida por sensações como “sentir-se travada e não conseguir mover nada no corpo” (F36a, F30a e F36c), sentir “formigamento no corpo” (F29a e M51), e ouvir “zoeira, barulho no ouvido” (F43b).

6 - Pressentimentos: trata-se de premonições sobre o futuro em estado de vigília. As premonições sobre o futuro podem ser sobre coisas ruins, como acidentes e mortes que aconteceriam (F30a, F53c, M21b, F24a), ou sobre eventos corriqueiros como antecipar um encontro com uma pessoa (F36b, M41 e M28).

7 – Perda inexplicável de energia: sensação de perder as forças subitamente sem uma explicação orgânica evidente para isso. A pessoa começa a sentir sonolência (F39a, F19a, F31a, M37, F52a, F45, M22, F43b, M40, F52b e F35) e tonteira (F39a, M37, F36b, F48a, F59 e F26). Surgem sensações físicas desconfortáveis: estar “passando mal” (F39a, M37, F35), taquicardia (F21a e F48a), calor e sudorese (F31a), “frio e tremedeira” (F36a e F36b), dores de estômago (F26), dores de cabeça (F32) e “visão embaralhada” (F36b). Também foram relatados sintomas psicológicos: “não saber o que estava fazendo” (M26, M34 e F36b), sensação de “não estar ali” (F21b), estar “desconectada” (F32).

8 - Incorporação: trata-se da experiência de sentir um espírito controlando o próprio corpo. Um sujeito (F47a) disse que quando saía para um barzinho, se sentia diferente e, ao voltar para casa, “sentia uma coisa saindo de dentro”. Outro sujeito, quando se dispunha a orientar alguém, se sentia estranho, começava a falar de uma forma que não conseguia antecipar o que dizia e ao terminar, se sentia voltando a si (F33b). Outros sujeitos, alegando estar incorporados, demonstravam atitudes agressivas, fazendo barulhos de animais (F45a), tentando estrangular a si mesmo (F18b) e ameaçando suicídio (F43c).

9 - Intuição: trata-se de ter um conhecimento subitamente, que não tenha provindo nem da observação e nem do raciocínio pessoal. As intuições relatadas se referem a uma inspiração sobre questões práticas, tais como fazer ou não fazer determinadas coisas (M25, F53d, F48b e F32), entrar por um caminho ou outro (F43b e M40) e sobre as melhores palavras a serem ditas para alguém (F25).

10 – Percepção espiritual de cheiros: trata-se da experiência de sentir cheiros que não tenham sido produzidos fisicamente no ambiente. Os cheiros percebidos foram algumas vezes agradáveis, como de perfumes (M25, F29b, F45, F43C, F52b e F52c), flores (F31a, F29b e F39c), incenso (F22) e outras vezes estranhos como bode (M30), enxofre (F29b), fumo (F31b) galinha (F26) e “algo queimando” (F52d).

11 - Efeitos físicos de causa espiritual: trata-se do relato da ocorrência de manifestações físicas não produzidas mecanicamente em torno da pessoa. Os sujeitos relataram “cadeira de balanço mexendo sozinha” (M30), “luz acendendo sem toque no interruptor” (F29b), “porta abrindo e fechando sem vento” (M21b), “aparelho de televisão ligando e desligando por si mesmo” (F20a), “pratos e copos quebrando sozinhos em pedaços pequenos” (F42b e F28b), “cama afundando ao lado sem pessoa alguma perto” (F59 e M22).

12 - Psicografia: trata-se da experiência de escrever sentindo-se inspirado pelos espíritos. Pessoas relatam ideias vindas à mente e uma vontade muito grande de escrever (F29d), conteúdo do qual não tinham conhecimento prévio (F58), às vezes escrito com caligrafia diferente da habitual do indivíduo (F53a).

13 - Telepatia: trata-se do relato de perceber os pensamentos de terceiros. Isso foi descrito como antecipar o que os outros vão dizer (F29d), ver o pensamento dos outros “como um letreiro” (F53a), ou mesmo poder conversar mentalmente com espíritos vistos (M27).

14 – Cura espiritual: trata-se do relato de curar pessoas com recursos espirituais. As ações de cura relatadas faziam uso de rezas (F32, F58 e F73), imposição de mãos (M51) e visualizações (F19b).

4.3 Avaliação da presença dos Critérios Qualitativos da Experiência Espiritual saudável

A distribuição dos critérios que foram propostos para avaliar se as experiências ocorriam ou não dentro das características de uma experiência espiritual saudável, estão descritas na tabela 5.

Para a composição dos 9 Critérios da Experiência Espiritual saudável, a ausência de prejuízos sociais e a ausência de prejuízos ocupacionais foram englobados em um único item (ausência de prejuízos sociais e ocupacionais) e a duração curta da experiência e a frequência episódica também foram englobadas em um único item (a experiência ser curta e episódica). As respostas relativas à ausência do sofrimento, do prejuízo social e ocupacional e da co-morbidade foram pontuados positivamente quando esta ausência era relatada.

Tabela 5 - Critérios Qualitativos

Critérios Qualitativos	N	%
Ausência de sofrimento	47	40,9%
Ausência de prejuízos sociais	64	55,7%

Ausência de prejuízos ocupacionais	65	56,6%
A experiência é curta (segundos/minutos/horas)	84	73,1%/
A experiência é episódica (semanal/mensal)	87	75,7%
Atitude crítica com a experiência	18	15,7%
Compatibilidade com grupo cultural	84	78,1%
Ausência de co-morbidades	25	21,7%
Controle da experiência	30	26%
A experiência gera crescimento pessoal	75	66,1%
A experiência é centrada nos outros	72	62,6%

Pode ser constatado que:

- 59,1% dos sujeitos relataram que as experiências não eram agradáveis, pois se referiam a ficar com medo, assustados, angustiados e/ou fisicamente desconfortáveis, experimentando, portanto, sofrimento com elas;

- 55,7% dos sujeitos não relataram problemas nos seus relacionamentos; para os 44,3% dos sujeitos que tiveram problemas com relacionamentos, os mais prejudicados foram os relacionamentos amorosos, os sociais e os familiares, nesta ordem;

- 56,6% não relataram interferências nas suas atividades; para os que toveram interferências nas suas atividades , as atividades mais prejudicadas foram os estudos, a atividade doméstica e o trabalho, tendo alguns sujeitos relatado muito desânimo e mal estar para cumpri-las;
- para 23,5% dos sujeitos a experiência dura segundos, para 49,6% dura minutos, para 18,3% dura horas e para 7,8% dos sujeitos dura dias;
- para 22,2% dos sujeitos acontece diariamente, para 55,7% acontece semanalmente e para 20,0%, mensalmente;
- 84,3% afirmaram ter certeza que as experiências eram objetivamente verdadeiras, que não eram fruto de sua imaginação;
- 78,1% dos sujeitos relataram terem se beneficiado com os esclarecimentos e orientações recebidos nos centros espíritas, sendo que considerando este total, 50% relataram uma melhor compreensão das experiências vividas por eles, 17,5% dos sujeitos relataram terem aprendido a ter um melhor controle das suas experiências, 17,5%, relataram terem aprendido atitudes mais positivas para com a vida e 15% relataram terem adquirido uma compreensão mais ampla da vida espiritual em geral;
- 78,3% dos sujeitos relataram perturbações emocionais não diretamente relacionadas à ocorrência das EAs: considerando estes 78,3%, a ansiedade e preocupação foram relatadas por 56,5%, a tristeza e a depressão por 36,5%, a angústia por 11,3% e a irritabilidade por 8,7%;
- 54,8% dos sujeitos relataram não ter controle sobre a experiência; 19,1% relataram ter um controle parcial e 26 % relataram ter controle total sobre

a experiência; os que tinham controle, frequentemente utilizavam a focalização/desfocalização da atenção e oração para isso;

- 66,1% dos sujeitos relataram terem tido benefícios com suas experiências passaram a se sentir mais preparados para conduzirem a própria vida e a se tornarem pessoas melhores;

- 62,6% dos sujeitos relataram que suas experiências trouxeram benefícios para outras pessoas através de conselhos dados a parentes e amigos e ajuda prestada nos trabalhos sociais oferecidos pelos centros.

Verifica-se que alguns dos critérios sugestivos de EAs saudáveis se encontram na maioria desta amostra neste momento inicial de afloramento das experiências da mediunidade, como a ausência de prejuízos sociais e ocupacionais, a experiência ser curta e episódica, ser compatível com um grupo religioso, gerar crescimento pessoal e ser centrada nos outros. No entanto, estiveram presentes na maioria da amostra alguns indicadores tidos como sugestivos de experiências patológicas como: a experiência gerar sofrimento, não haver uma atitude crítica (não ter dúvida de sua realidade objetiva), não se ter controle sobre ela e a coexistência da experiência com co-morbidades.

Podemos concluir que em relação aos nove critérios da experiência espiritual saudável os seguintes critérios “Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais”, “Compatibilidade da experiência com algum grupo cultural”, “A experiência é curta e episódica”, “A experiência gera crescimento pessoal” e “A experiência é centrada nos outros” foram presentes para a maioria dos sujeitos. Já os critérios “Ausência de

sofrimento”, “Atitude crítica com a experiência”, “Ausência de comorbidades” e “Controle da experiência” não se verificaram para a maioria dos sujeitos.

4.4 Prevalência de Transtornos mentais

A Tabela 6 mostra a presença de transtornos mentais do Eixo I do DSM-IV na amostra de acordo com a entrevista pelo SCID I.

Tabela 6 - Prevalência dos Transtornos Mentais

Transtornos Mentais (SCID I)	N	%
Transtorno depressivo (passado)	59	51,3%
Transtorno depressivo (atual)	32	27,8%
Transtorno distímico (atual)	5	4,3%
Transtorno de ansiedade generalizada (atual)	63	54,8%
Transtorno do pânico (atual)	30	26,1%
Transtorno de fobia específica (atual)	29	25,2%
Transtorno de fobia social (atual)	20	17,4%
Transtorno obsessivo compulsivo (atual)	13	11,3%
Algum transtorno de ansiedade (atual)	84	73%

Transtorno bipolar (atual)	12	10,4%
Transtorno psicótico (atual)	8	7%
Transtorno relativo a substâncias (atual)	6	5,2%
Qualquer Transtorno (atual)	107	93%

4.5 Sintomas Schneiderianos de primeira ordem para a esquizofrenia

A presença de sintomas schneiderianos de primeira ordem para a esquizofrenia entre os sujeitos da amostra está descrita na tabela 7:

Tabela 7 - Sintomas Schneiderianos de Primeira Ordem encontrados

Sintomas	N	%
Pensamentos que parecem ser também de outra pessoa	64	55,2
Ter seus pensamentos produzidos ou controlados por alguém ou algo fora de você	62	53,4
Influências de fora de você se utilizando ou afetando seu corpo tal como uma força ou poder externo	60	51,7
Ter seus sentimentos produzidos ou controlados por alguém ou algo fora de você	57	49,1

Ter pensamentos removidos da sua mente	47	40,5
Ouvir seus pensamentos como se falados em voz alta	44	37,9
Ter suas ações produzidas ou controladas por alguém ou algo fora de você	44	37,9
Vozes dialogando na sua cabeça	35	30,2
Vozes comentando as suas ações	27	23,3
Outras pessoas sendo capazes de ouvir seus pensamentos como se eles estivessem altos	17	14,7

A média dos sintomas schneiderianos encontrada na amostra da pesquisa foi de 4,12 (DP = 3,09).

A tabela 8 mostra a prevalência de transtornos dissociativos encontrados na amostra:

Tabela 8 - Transtornos dissociativos encontrados

Transtorno dissociativo	N	%
Amnésia dissociativa	5	4,35%
Fuga dissociativa	1	0,9%
Transtorno de despersonalização	19	17,4%
Transtorno de identidade dissociativa	1	0,9%

Algum transtorno dissociativo	26	23,5%
-------------------------------	----	-------

4.6 Experiências Dissociativas

O DES avaliou o nível e o tipo das experiências dissociativas vividas pelos sujeitos. Foram levantados o DES Total e o DES TAXON, que é o indicador relacionado às experiências patológicas.

A aplicação e a reaplicação do DES trouxeram os resultados expostos na tabela 9:

Tabela 9 - Resultados do DES

DES	Primeiro Momento Score (DP)	Segundo Momento Score (DP)
DES Total	81,4 (54,8)	63,58 (53,63)
DES TAXON	18,8 (16,8)	14,90 (15,88)

Observa-se o índice elevado do DES Total e do DES TAXON nos dois momentos, mas ocorreu uma diminuição dos dois índices no segundo momento.

4.7 Qualidade de Vida

O WHOQOL avaliou a qualidade de vida nas suas quatro dimensões: física, psicológica, social e ambiental.

A aplicação e a reaplicação do WHOQOL trouxeram os seguintes resultados na tabela 10:

Tabela 10 - Qualidade de Vida medida pelo WHOQOL

WHOQOL	Primeiro Momento Escore (DP)	Segundo Momento Escore (DP)
WHOQOL Físico	67,13 (18,25)	58,00 (11,14)
WHOQOL Psicológico	61,15 (19,39)	61,58 (15,11)
WHOQOL Social	63,41 (24,07)	65,84 (20,90)
WHOQOL Ambiental	63,89 (15,05)	64,11 (15,42)

4.8 Resultados relativos às regressões logísticas e regressões lineares

Tabela 11 - Associação entre dissociação medida pelo DES Total e transtornos mentais medidos pelo SCID e DDIS

Transtornos		B	OR (IC)	p
Qualquer	Transtorno	0,023	1,024(1,001 - 1,047)	0,042
SCID				
Transtorno	de	0,007	1,007(0,998 - 1,018)	0,140
Humor/Ansiedade				
Transtorno		0,008	1,008(0,989 - 1,029)	0,413
Psicótico				
Transtorno		0,007	1,007(0,993 - 1,021)	0,344
Bipolar				
Transtorno	de	0,003	1,003(0,984 - 1,022)	0,750
Substâncias				
Qualquer	Transtorno	0,012	1,003(1,003 - 1,022)	0,008
DDIS				

Tabela 12 - Associação entre dissociação medida pelo DES Total e a Qualidade de Vida do Primeiro Momento medida pelo WHOQOL

WHOQOL	B	Beta Padronizado	p
WHOQOL Físico	-0,076	-0,228	0,015
WHOQOL Psicológico	-0,135	-0,380	0,000
WHOQOL Social	-0,132	-0,302	0,001
WHOQOL Ambiental	-0,093	-0,340	0,000

O DES Total se associou significativamente com:

- Qualquer transtorno mental medido pelo SCID: quanto maior o DES Total, maior o número de Transtornos Mentais, onde a cada ponto a mais no DES, a chance de ocorrência de Qualquer Transtorno sobe em 2,04%;
- Qualquer transtorno dissociativo medido pelo DDIS: quanto maior o DES Total, maior a incidência de Qualquer Transtorno Dissociativo;
- Qualidade de vida na dimensão física: quanto maior o DES Total, menor o WHOQOL Físico;
- Qualidade de vida na dimensão psicológica: quanto maior o DES Total, menor o WHOQOL Psicológico;
- Qualidade de vida na dimensão social: quanto maior o DES Total menor o WHOQOL Social;

- Qualidade de vida na dimensão ambiental: quanto maior o DES Total menor o WHOQOL Ambiental;

DES TAXON:

Tabela 13 - Associação entre o DES TAXON e Transtornos Mentais medidos pelo SCID/DDIS

Transtornos	B	OR (IC 95%)	p
Qualquer Transtorno SCID	0,043	1,044(0,985 - 1,106)	0,144
Transtorno Humor/Ansiedade	0,014	1,014(0,983 - 1,046)	0,376
Transtorno Psicótico	0,049	1,050(0,982 - 1,123)	0,156
Transtorno Bipolar	0,013	1,013(0,967 - 1,060)	0,593
Transtorno de Substância	0,015	1,015(0,958 - 1,074)	0,616
Qualquer Transtorno DDIS	0,061	1,063(1,029 - 1,098)	0,000

Tabela 14 - Associação entre o DES TAXON e a Qualidade de Vida medida pelo WHOQOL do Primeiro Momento

WHOQOL	B	Beta Padronizado	p
WHOQOL Físico	-0,276	-0,254	0,006
WHOQOL Psicológico	-0,396	-0,343	0,000
WHOQOL Social	-0,364	-0,254	0,007
WHOQOL Ambiental	-0,290	-0,325	0,001

O DES TAXON se associou significativamente com:

- Qualquer Transtorno Dissociativo medido pelo DDIS: quanto maior o DES TAXON, maior a incidência de Qualquer Transtorno Dissociativo.
- Qualidade de Vida em todas as dimensões medidas pelo WHOQOL:
- quanto maior o DES TAXON menor o WHOQOL Físico;
- quanto maior o DES TAXON, menor o WHOQOL Psicológico;
- quanto maior o DES TAXON, menor o WHOQOL Social;
- quanto maior o DES TAXON, menor o WHOQOL Ambiental.

Crerios Qualitativos:

Tabela 15 - Associação entre os Critérios Qualitativos e Transtornos Mentais medidos pelo SCID/DDIS

Transtornos	B	(OR IC 95%)	p
Qualquer Transtorno SCID	-0,473	0,623(0,342 - 1,134)	0,122
Transtorno Humor/Ansiedade	-0,199	0,820(0,585 - 1,150)	0,249
Transtorno Psicótico	-0,285	0,752(0,388 - 1,459)	0,400
Transtorno Bipolar	-0,323	0,724(0,449 - 1,186)	0,185
Transtorno de Substância	0,191	1,210(0,513-2,856)	0,663
Qualquer Transtorno DDIS	-0,056	0,942(0,697 - 1,274)	0,700

Tabela 16 - Associação entre os Critérios Qualitativos (somados e diferenciados) e o WHOQOL do Primeiro Momento

Critério	WHOQOL	B	Beta Padronizado	p
Critérios Qualitativos	Psicológico	2,794	0,023	0,017
	Social	3,584	0,235	0,016

Ausência de sofrimento	Ambiental	-6,114	-0,199	0,037
Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais	Físico	7,939	0,216	0,032
	Psicológico	8,965	0,229	0,020
	Social	12,846	0,265	0,011
	Ambiental	8,876	0,292	0,003
Duração curta	Ambiental	-12,460	0,245	0,009
Ausência de co-morbidades	Psicológico	14,415	0,340	0,002
	Ambiental	8,771	0,239	0,013

Os Critérios Qualitativos se correlacionam significativamente:

- Qualidade de vida na dimensão psicológica: quanto maior o número de Critérios Qualitativos, maior o WHOQOL Psicológico.
- Qualidade de vida na dimensão social: quanto maior o número de Critérios Qualitativos, maior o WHOQOL Social.
- A ausência de prejuízos sociais e ocupacionais foi o critério mais importante para preservar a qualidade de vida em todos os aspectos.

Resultados relativos ao WHOQOL do Segundo Momento:

DES Total/DES TAXON/Critérios com WHOQOL Segundo momento:

Tabela 17 - Associação entre o DES Total com o WHOQOL do Segundo Momento

WHOQOL	B	Beta Padronizado	p
WHOQOL Físico	-0,014	-0,065	0,562
WHOQOL Psicológico	-0,63	-0,222	0,031
WHOQOL Social	-0,144	-0,367	0,001
WHOQOL Ambiental	-0,059	-0,205	0,057

Tabela 18 - Associação entre o DES TAXON com WHOQOL do Segundo Momento

WHOQOL	B	Beta Padronizado	p
WHOQOL Físico	-0,18	-0,027	0,810
WHOQOL Psicológico	-0,167	-0,179	0,080
WHOQOL Social	-0,416	-0,322	0,003
WHOQOL Ambiental	-0,124	-0,130	0,224

Tabela 19 - Associação entre os Critérios Qualitativos e o WHOQOL do Segundo Momento

WHOQOL	B	Beta Padronizado	p
WHOQOL Físico	-0.309	-0,043	0,701
WHOQOL Psicológico	1,991	0,203	0,047
WHOQOL Social	3,309	0,244	0,027
WHOQOL Ambiental	1,681	0,168	0,116

O objetivo pretendido foi verificar o quanto as variáveis independentes (DES Total, DES TAXON e os Critérios Qualitativos), levantados no Primeiro Momento impactaram o WHOQOL medido no Segundo Momento.

- DES Total: quanto maior o DES Total no primeiro momento:
- menor o WHOQOL Psicológico no segundo momento.
- menor o WHOQOL Social no segundo momento.
- DES TAXON: quanto maior o DES TAXON no primeiro momento:
- menor o WHOQOL Social no segundo momento.
- Critérios Qualitativos: quanto maior o número de Critérios Qualitativos no primeiro momento:
- maior o WHOQOL Psicológico no segundo momento.

- maior o WHOQOL Social no segundo momento.

Análise individualizada dos Critérios Qualitativos em relação ao SCID, DDIS, WHOQOL do Primeiro e do Segundo Momento.

Critérios Qualitativos e Transtornos de Humor/Ansiedade: Os Critérios Qualitativos individualizados só mostraram significância em relação ao Transtorno de Humor/Ansiedade (TAB. 20).

Tabela 20 - Associação entre os Critérios Qualitativos e Transtornos de Humor/Ansiedade

Critério	B	OR (IC 95%)	p
Ausência de sofrimento	-0,447	0,640(0,198 - 2,070)	0,456
Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais	0,097	1,102(0,315 - 3,869)	0,879
Duração curta da EA	0,392	1,480(0,257 - 8,532)	0,661
Atitude crítica sobre a EA	0,456	1,577(0,252 - 9,884)	0,627
Compatibilidade com contexto cultural	0,457	1,579(0,293 - 8,524)	0,595
Ausência de co-morbidades	-1,777	0,169(0,043 - 0,660)	0,011
Controle sobre a EA	-0,018	1,018(0,258 - 4,023)	0,980
Benefício para si	0,257	1,293(0,295 - 5,668)	0,734
Ser centrada nos outros	-0,384	0,681(0,180 - 2,579)	0,571

Ausência de co-morbidades diminui em 83% as chances de o indivíduo ter Transtorno de Humor/Ansiedade.

Critérios Qualitativos e DDIS:

Os Critérios Qualitativos individualizados não impactaram significativamente a variável Qualquer Transtorno Dissociativo avaliado pelo DDIS.

Critérios Qualitativos individualizados e WHOQOL Físico do Primeiro Momento (TAB. 21):

Tabela 21 - Associação entre os Critérios Qualitativos e WHOQOL Físico do Primeiro Momento

Critério	B	Beta Padronizado	p
Ausência de sofrimento	-3,108	-0,083	0,389
Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais	7,939	0,216	0,032
Duração curta da EA	-4,444	-0,072	0,448
Atitude crítica sobre a EA	-6,074	-0,122	0,202
Compatibilidade com contexto cultural	-7,729	-0,151	0,143
Ausência de co-morbidades	6,507	0,146	0,136

Controle sobre a EA	-3,094	-0,075	0,468
Benefício para si	0,180	0,005	0,966
Ser centrada nos outros	6,415	0,170	0,092

A ausência de prejuízos sociais e ocupacionais está associada ao WHOQOL Físico: a ausência de prejuízos sociais e ocupacionais preserva a qualidade de vida física.

Critérios Qualitativos individualizados e WHOQOL Psicológico do Primeiro Momento:

Tabela 22 - Associação entre os Critérios Qualitativos Individualizados e WHOQOL Psicológico do Primeiro Momento

Critério	B	Beta Padronizado	p
Ausência de sofrimento	-5,391	-0,136	0,152
Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais	8,965	0,229	0,020
Duração curta da EA	-5,575	-0,085	0,360

Atitude crítica sobre a EA	-2,418	-0,046	0,624
Compatibilidade com contexto cultural	-0,783	-0,014	0,886
Ausência de comorbidades	14,415	0,304	0,002
Controle sobre a EA	-3,999	-0,009	0,928
Benefício para si	-1,675	-0,041	0,703
Ser centrada nos outros	6,491	0,162	0,101

Tabela 23 - Associação entre os Critérios Qualitativos Individualizados e WHOQOL Social do Primeiro Momento

Critério	B	Beta Padronizado	p
Ausência de sofrimento	-6,462	-0,131	0,190
Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais	12,846	0,265	0,0110
Duração curta da EA	-6,327	-0,078	0,428

Atitude crítica sobre a EA	3,948	0,060	0,542
Compatibilidade com contexto cultural	6,551	0,097	0,362
Ausência de co-morbidades	5,906	0,100	0,319
Controle sobre a EA	-3,681	0,054	0,525
Benefício para si	9,435	0,186	0,104
Ser centrada nos outros	2,681	0,054	0,603

Tabela 24 - Associação entre os Critérios Qualitativos Individualizados e WHOQOL Ambiental do Primeiro Momento

Critério	B	Beta Padronizado	p
Ausência de sofrimento	-6,462	-0,131	0,190
Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais	12,846	0,265	0,011
Duração curta da EA	-6,327	-0,078	6,428

Atitude crítica sobre a EA	3,948	0,060	0,542
Compatibilidade com contexto cultural	6,551	0,097	0,362
Ausência de co-morbidades	5,906	0,100	0,319
Controle sobre a EA	-3,691	-0,068	0,525
Benefício para si	9,435	0,186	0,104
Ser centrada nos outros	2,681	0,054	0,603

Não ter prejuízos sociais e ocupacionais está associado a melhor qualidade de vida em todas as dimensões avaliadas pelo WHOQOL (Físico, Psicológico, Social e Ambiental) no Primeiro Momento.

Ausência de co-morbidades está associada a uma melhor qualidade de vida psicológica no Primeiro Momento.

Critérios Qualitativos individualizados e WHOQOL no Segundo Momento:

Os Critérios Qualitativos Individualizados só foram significativos para o WHOQOL Ambiental do Segundo Momento.

Tabela 25 - Associação entre os Critérios Qualitativos e WHOQOL Ambiental do Segundo Momento

Critério	B	Beta Padronizado	P
Ausência de sofrimento	0,134	0,004	0,970
Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais	8,053	0,258	0,039
Duração curta da EA	-3,254	-0,066	0,554
Atitude crítica sobre a EA	2,385	0,058	0,604
Compatibilidade com contexto cultural	-1,498	-0,035	0,784
Ausência de co-morbidades	0,754	0,019	0,871
Controle sobre a EA	0,980	0,028	0,822
Benefício para si	-3,939	-0,123	0,336
Ser centrada nos outros	8,239	0,261	0,028

“Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais” e a EA “Ser Centrada nos outros” estão associados a uma elevação da Qualidade de Vida Ambiental do Segundo momento.

4.9 Análise fatorial dos Critérios Qualitativos

Tabela 26 - Análise fatorial dos Critérios Qualitativos

Critérios Qualitativos	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Ausência de sofrimento	..	..	0,750
Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais	..	0,754	..
Duração curta da EA	..	..	..
Atitude crítica com a EA	..	..	0,679
Compatibilidade com contexto cultural	0,568	..	..
Ausência de co-morbididades	..	0,677	..
Ter controle sobre a EA	0,522	..	..
Trazer benefício para si	0,698	..	..
Ser centrada nos outros	0,711	..	..

Foram encontrados três agrupamentos de fatores:

Fator 1 : integração e inter e intrapessoal

Estão relacionados neste fator:

- compatibilidade com um contexto cultural.

- as experiências serem centradas em outras pessoas.
- as experiências terem trazido benefícios para a própria pessoa.
- ter controle sobre as experiências.

Fator 2 : proteção externa e interna

Estão relacionados neste fator:

- as experiências não trazerem prejuízos sociais e ocupacionais.
- não passar por outras perturbações emocionais.

Fator 3: distanciamento pessoal

Estão relacionados neste fator:

- ausência de sofrimento.
- ter uma atitude crítica com a experiência.

O único critério que ficou fora do agrupamento foi a "Duração (curta) da experiência" que poderia ser visto como um "fator a parte" (ou um quarto fator).

4.10 Experiências anômalas após um ano

Esta entrevista foi feita com os 90 sujeitos que tomaram parte do segundo momento. Uma primeira pergunta indagou se o sujeito teria se percebido melhor, do mesmo jeito ou pior um ano depois de realização da primeira entrevista. O objetivo foi colher a inicialmente a impressão subjetiva do sujeito acerca do seu próprio estado um ano depois.

As respostas foram:

Tabela 27 - Resultados de melhoras/pioras

Resultados	N	%
Sentiram melhoras	65	81,1%
Não sentiram melhoras / sentiram pioras	25	19,9%

Os 81,1% que no segundo momento responderam que tiveram melhoras se sentiam no primeiro momento:

- confusos;
- que tinham problemas espirituais;
- que estavam desequilibrados, emocionalmente perturbados e perdidos.

A segunda pergunta indagou o que os sujeitos fizeram para tentar melhorar sua condição inicial. As respostas foram categorizadas em 4 respostas, sendo que alguns sujeitos relataram duas opções de resposta. Considerando este total como 100%, obtivemos as seguintes respostas:

- 80%: maior comprometimento com a religião;
- 23,1%: tratamento psiquiátrico e/ou psicológico;
- 10,8%: reflexão pessoal;
- 4,6%: nada em especial;

Dos 19,9% que não relataram melhoras no segundo momento, no primeiro tempo, ofereceram as seguintes respostas:

- sabiam que tinham problemas “devido a sua mediunidade” por já terem ouvido isso;
- achavam que era normal sentir o que sentiam.

Indagados sobre o que fizeram para tentar melhorar sua condição inicial, estes 19,9%, considerados agora como 100%, relataram:

- 56,6%: maior comprometimento com a religião espírita;
- 4%: tratamento psiquiátrico e/ou psicológico;
- 12%: reflexão pessoal;
- 32%: nada em especial.

Vendo comparativamente:

A tabela 28 mostra as medidas tomadas para lidar com a condição inicial, comparativamente entre os indivíduos que referiram melhoras e os que não relataram melhoras após um ano de seguimento:

Tabela 28 - Medidas tomadas

Medidas tomadas	Sentiram melhoras (%)	Não sentiram melhoras/Sentiram pioras (%)
Maior comprometimento com a religião espírita	80%	56%
Tratamento psiquiátrico e/ou psicológico	23,1%	4%
Reflexão pessoal	10,8%	12%
Nada em especial	4,6%	32%

5 DISCUSSÃO

Este trabalho dá continuidade às pesquisas de Negro Júnior (1999) e Almeida (2004) que empreenderam anteriormente estudos sobre médiuns espíritas no Brasil. Ambos os pesquisadores investigaram médiuns em grande parte experientes que já frequentavam regularmente atividades nos grupos espíritas. Assim, eram amostras de pessoas que, de alguma forma, já aprenderam a lidar com suas experiências consideradas mediúnicas. Esta pesquisa dá um passo adiante ao investigar pessoas com EAs que buscaram ajuda e que foram identificadas como médiuns pelos

respectivos grupos espíritas. O melhor entendimento desta população é de grande importância por ocorrer uma grande semelhança entre os sintomas iniciais de mediunidade e dos transtornos mentais, esta diferenciação não é clara nem no ambiente religioso e nem no ambiente psiquiátrico.

Importa ressaltar que a identificação dos sujeitos como médiuns em potencial foi feita por membros experientes dos Centros Espíritas e não pelos entrevistadores (AMJr e LOA), o que preserva o uso dos critérios dos Centros Espíritas para identificação de médiuns.

O fato de não ter ocorrido uma grande perda de participantes da pesquisa após um ano de seguimento (22%: 25 entre 115 sujeitos) mostra a boa disponibilidade da maioria desta população em tomar parte deste tipo de pesquisa.

5.1 Avaliação das Entrevistas Sociodemográficas

Essa amostra se caracterizou pela predominância de sujeitos do sexo feminino (70,4%), próximo do percentual de 76,8% de mulheres encontrado por Negro Júnior (1999) e dos 75% de mulheres encontrados por Almeida (2004), confirmando uma tendência apontada por Zingrone (1994) da predominância das mulheres entre médiuns ligadas ao Espiritualismo e Espiritismo. Heber *et al.* (1989) também encontrou um predomínio de mulheres entre terapeutas alternativos canadenses.

A média de idade dos sujeitos desta pesquisa de 38,8 anos (DP 12,5) se encontra abaixo dos 49 anos (DP14) encontrado por Negro Júnior (1999) e

dos 48,7 anos (DP 10,7) encontrados por Almeida (2004), podendo isso se explicar por estes sujeitos ainda estarem nos estágios iniciais de uma carreira mediúnica.

Com exceção da baixa renda, o perfil sociodemográfico se assemelha bastante ao da população espírita brasileira e de outros estudos com médiuns no Brasil (NEGRO JÚNIOR; PALLADINO-NEGRO; LOUZÃ, 2002; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; GREYSON, 2007; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; CARDEÑA, 2008).

O melhor entendimento do perfil desta amostra tem grande utilidade clínica, pois se trata de um grupo de indivíduos que buscaram ajuda religiosa para lidar com EAs de caráter psicótico e dissociativo, sendo, portanto útil comparar o perfil desta amostra com pacientes que buscaram auxílio em unidades de saúde mental na comunidade.

Observa-se um percentual alto de indivíduos que chegaram ao nível superior de instrução nesta amostra (39,1%) em comparação tanto com a população geral brasileira (IBGE, 2010) quanto com pessoas que buscaram serviços de atenção secundária em saúde mental no Brasil (PELISOLI; MOREIRA, 2005; CARVALHO; SILVA; RODRIGUES, 2010; PAULA, 2011).

As taxas de atividade remunerada desta amostra de 58% equivalem à população brasileira (IPEA, 2012) e estão acima da de pacientes em serviço de saúde mental (PELISOLI; MOREIRA, 2005; CARVALHO; SILVA; RODRIGUES, 2010; PAULA, 2011). Estes dados indicam que, embora buscando ajuda devido a estas EAs, os indivíduos estudados apresentavam bons indicadores de funcionamento social (escolaridade, ocupação,

estado civil), bem melhores que de pacientes em unidades ambulatoriais de saúde mental.

5.2 Avaliação das Experiências Anômalas presentes

5.2.1 Quanto às EAs relatadas

Os sujeitos relataram uma média de 3,6EAs (DP 1,5), resultado muito próximo ao da média de 3,4 tipos de experiências mediúnicas apresentada pelos médiuns investigados por Almeida (2004).

As EAs relatadas pelos sujeitos são compatíveis com as experiências mediúnicas relatadas por médiuns experientes a Negro Júnior (1999) e Almeida (2004).

O fato das amostras investigadas por Negro Júnior (1999) e por Almeida (2004) serem de médiuns mais experientes pode explicar a diferença de percentuais de algumas EAs.

Comparação da distribuição de EAs entre o presente estudo e frequentadores de cursos em Centros Espíritas (NEGRO JÚNIOR, 1999):

Tabela 29 - Comparação entre as EAs Negro Júnior (1999) e as EAs desta pesquisa

EA	Amostra de Negro Júnior (1999)	Presente amostra
Telepatia/intuição	58,7%	24,4%
Incorporação	49,5%	19,1%
Psicografia	43,1%	8,7%
Cura Espiritual	37,8%	4,3%
Vidência	28,4%	63,5%
Audição espiritual	22,9%	53,9%
Experiência fora do corpo	17,4%	31,3%
Efeitos físicos	10%	9,6%

Estes resultados sugerem que as EAs de vidência e Audição espiritual, dominantes na amostra desta pesquisa podem ter sido as experiências que levarem os sujeitos a procurarem por esclarecimentos e orientações nos Centros Espíritas. Por outro lado, para os médiuns já treinados, as EAs de Telepatia/Intuição, Incorporação, Psicografia e Cura Espiritual podem ter sido desenvolvidas e aprimoradas pelo treinamento mediúnico.

O predomínio de vivências alucinatórias visuais (vidência: 63,3%) em relação às auditivas (audição espiritual: 53,9%) se equipara aos resultados encontrados por Lewis-Fernandez *et al.* (2009) ao investigar a população

de 2.554 latinos residentes nos Estados Unidos. Dos 9,5% da amostra que relataram pelo menos um dos sintomas psicóticos, 65% apresentavam alucinações visuais e 50% alucinações auditivas. Segundo Beavan, Read e Cartwright (2011), vozes predominantemente negativas poderiam ser mais indicadoras de patologia, mais do que meramente o ouvir vozes.

5.2.2 Quanto à adequação das EAs aos Critérios Qualitativos

I - Ausência de sofrimento: Vários pesquisadores apontam o sofrimento diante das EAs como um indicador do caráter patológico da experiência (FORGUS; DEWOLFE, 1969; SLADE, 1976; LARKIN, 1979; RICHARDSON; DIVVO, 1980; HONIG *et al.*, 1998; JOHNS; HEMSLEY; KUIPERS, 2002; ALLEN *et al.*, 2005; LEWIS-FERNANDEZ, 1998; STIP; LETOURNEAU, 2009; BEAVEN; READ; CARTWRIGHT, 2011). Não se deve afirmar que as pessoas que apresentem sofrimento emocional diante das EAs tenham necessariamente um transtorno mental, pois o sofrimento pode se dever não a uma psicopatologia, mas à dificuldade de compreender e integrar esta vivência.

II - Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais: Pouco mais da metade dos sujeitos conseguiu preservar-se de prejuízos sociais e ocupacionais, o que de acordo com Butler *et al.* (1996) e Lewis-Fernandez (1998) é uma importante salvaguarda para a saúde mental de quem experimenta EAs.

III - A experiência é curta e ocorre episodicamente: Para a maioria da amostra, as experiências duravam de segundos a minutos e ocorriam semanalmente ou menos frequentemente. Segundo Strauss (1969), uma

grande quantidade de tempo envolvida com a experiência seria um indicador de patologia, pois acabaria interferindo nas ocupações e relacionamentos cotidianos.

IV – Existe uma atitude crítica sobre a realidade objetiva da experiência: O fato da grande maioria não ter se ajustado a este critério merece reflexão, pois para muitos pesquisadores, ter a consciência de que uma EA pode não ser verdadeira, seria uma garantia de saúde mental (LENZ, 1983; SIMS, 1988). Poderíamos, entretanto acrescentar de acordo com Jackson e Fulford (1997), as crenças e valores do indivíduo a propósito de sua experiência também precisam ser levadas em conta na avaliação da percepção crítica da EA. Lukoff (2007) acrescenta que crenças significativas são sustentadas com convicção e Hufford (2010) afirma que a percepção do caráter extraordinário da experiência já demonstra a existência de uma percepção crítica sobre ela.

Poderíamos também afirmar que a adequação da EA a um contexto cultural, como veremos no item seguinte, poderia ser um fator de redução de dúvida acerca da experiência, o que poderia não acontecer se a EA estivesse sendo vivida solitariamente.

V – A experiência é compatível com uma tradição cultural: De acordo com um grande número de pesquisadores, é a adequação da EA com um contexto cultural que coloca a EA em uma estrutura organizadora e modeladora da experiência (SIMS, 1988; LEWIS, 1989; BUTLER *et al.*, 1996; LEWIS-FERNANDEZ, 1998 e CARDEÑA *et al.*, 2009)

VI – Ausência de co-morbididades (outras perturbações): Embora esta entrevista não tenha tido um caráter diagnóstico, mas apenas

exploratório, a patologia fica aqui sugerida, e que foi confirmada com 93% de sujeitos apresentando alguma patologia pelo SCID.

Sims (1988) sugere adequadamente que a experiência patológica se faz acompanhar de uma história de transtorno mental que confirma a patologia presente. Uma afirmação importante de Koss (1975) é a de que a saúde mental do futuro médium dependerá da sua estabilidade mental anterior ao surgimento das suas EAs e de que a melhoria desta saúde mental dependerá também da sua continuidade da sua participação no grupo cultural onde o indivíduo foi buscar orientação.

Sem mencionarem o fator causador de uma melhoria de saúde mental, Rogler e Hollingshead (1961), Romme e Escher (1989) e Krippner (1997) afirmam que os indivíduos podem aprender a lidar melhor com suas EAs. Já a educação nos ambientes religiosos também foi vista como fator de melhoria de saúde mental, como foi constatada por Negro Júnior (1999), Almeida (2004) e Somasudaram, Thivakaram e Bhugra (2008).

VII - A experiência é controlada: Johns, Hemsley e Kuipers (2001) apontam as técnicas bem sucedidas que os indivíduos mais amadurecidos com as suas EAs utilizam para controlá-las: prestam atenção nelas para controlá-las e procuram distrair a atenção para evitá-las. Negro Júnior (1999) encontrou correlação entre a capacidade de controle das EAs com a extensão do treinamento feito nos Centros Espíritas.

VIII – A experiência gera crescimento pessoal: Isso foi proposto por Grof e Grof (1989) e confirmado com os relatos dos ganhos obtidos pelos sujeitos com a busca de orientação nos Centros Espíritas.

IX – A experiência é centrada nos outros: A colocação das EAS a serviço de ajuda ao outro mostra a inserção da EAs na vida social do indivíduo (GROF; GROF, 1989).

5.3 Avaliação da Prevalência de Transtornos Mentais

Os dados levantados pelo SCID apresentaram prevalências bastante altas de transtornos mentais, que compararemos com outros levantamentos em populações clínicas e não clínicas. Como a presente amostra foi composta por indivíduos que buscaram ajuda devido a vivências que apresentavam, torna-se instrutivo comparar nossos achados com os de estudos que investigaram outras populações que buscaram ajuda tanto em atenção primária em saúde, com secundária em saúde mental

Andrade *et al.* (1999) avaliaram uma amostra de 1464 indivíduos maiores de 18 anos moradores na área de captação do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, em São Paulo, SP. Foram entrevistadas 1.464 pessoas com 18 anos de idade ou mais. O instrumento utilizado foi o CIDI 1.1, gerando diagnósticos de acordo com o CID-10. Mari; Jorge e Kohn (2007) fizeram um levantamento de quatro estudos epidemiológicos em população geral, dois brasileiros e dois norte-americanos. Fortes, Villano e Lopes (2008) avaliaram 714 pacientes de 18 a 65 anos atendidos pelo Programa de Saúde da Família em Petrópolis também utilizando o CIDI 1.1. A tabela abaixo (TAB. 30) mostra os resultados encontrados por estes pesquisadores:

Tabela 30 - Comparação da prevalência de Transtornos Mentais I

Transtornos Mentais	Presente amostra	População geral SP (ANDRADE <i>et al.</i> , 1999)	População geral Brasil/EUA (MARI; JORGE E KOHN, 2007)	Pacientes de PSF (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008)
Depressão maior (vida toda)	51,3%	16,6%	5,1% a 15,%	45%
Depressão maior (atual)	27,8%	4,1%	3,5% a 9,7%	20,9%
Transtorno distímico (atual)	4,3%	1,1%	1,2% a 2,8%	6,5%
Transtorno ansiedade generalizada (atual)	54,8%	1,3%	2,4% a 12,7%	11,6%
Transtorno do pânico (atual)	26,1%	0,4%	0,9% a 1,9%	..
Fobias (atual)	25,2%	4%	8,4%	..
Transtorno obsessivo compulsivo (atual)	11,3%	..	0,2% a 1,9%	0,5%
Transtorno bipolar (atual)	10,4%	0,4%	0,4% a 1%	2,8%

Transtorno (atual)	psicótico	7%	0,5%	0,4%	2%
Transtornos (atuais)		93%	21,9%	18,85 29,2%	a 56%

Os percentuais dos transtornos mentais dos sujeitos desta amostra são superiores em todos os quadros destes levantamentos da atenção primária a saúde.

Outros pesquisadores fizeram levantamentos relativos à presença de qualquer transtorno mental em pacientes possíveis da atenção primária. Maragno *et al.* (2006) relatam a ocorrência de 50% de casos de transtornos mentais não psicóticos em moradores sorteados de dois distritos do município de São Paulo. Gonçalves e Kapczinski (2008) avaliaram 1.122 moradores de Santa Cruz do Sul, RS, atendidos pelo Programa de Saúde da Família, utilizando o SRQ-20, tendo constatado uma prevalência de 38% de Transtornos de Humor, Ansiedade e Somatização (THAS). Andrade *et al.* (2009) também constataram uma prevalência de 59,40% de risco para depressão e ansiedade, aplicando o SRQ-20 em 181 moradores de uma comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família em João Pessoa, PB. A tabela abaixo mostra os resultados obtidos por estes pesquisadores:

Tabela 31 - Comparação da prevalência de transtornos mentais da população de atenção primária em saúde

Transtornos mentais (atuais)	Presente amostra	Moradores de São Paulo (MARAGNO <i>et al.</i> 2006)	Moradores de Santa Cruz do Sul (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008)	Moradores de João Pessoa. (ANDRADE <i>et al.</i> 2009)
Percentuais	93%	50%	38%	59,40%

Novamente, os percentuais da amostra da pesquisa são superiores às amostras dos estudos apresentados.

Dados obtidos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) indicam uma amostra mais específica que procurou por atendimentos (tabela 28) secundários em saúde mental.

Pelisoli e Moreira (2005) fizeram o levantamento do perfil epidemiológico de 2470 usuários de um CAPS de um município do Rio Grande do Sul. Os pacientes que não apresentavam nenhuma hipótese diagnóstica somaram 16,6% (n = 411).

Paula (2010) levantou o perfil epidemiológico dos usuários admitidos em um CAPS na cidade do Recife no ano de 2007. Foram colhidos, de 90 prontuários. Os resultados mostram o predomínio do sexo feminino.

Carvalho; Silva e Rodrigues (2010) avaliaram os prontuários de 143 usuários de 3 unidades do CAPS de Iguatu, Ceará.

Tabela 32 - Prevalência de Transtornos Mentais em CAPS

Transtornos Mentais	Presente amostra	(PELISOLI; MOREIRA 2005)	(PAULA, 2010)	(CARVALHO; SILVA; RODRIGUES, 2010)
Transtorno depressivo	27,8%	10,5%	..	59,40%
Transtorno de ansiedade	54,8%	7,2%	..	11,9%
Transtorno de humor	..	..	34,4%	..
Transtorno psicótico	7%	3,3%	25,6%	11,2%
Transtorno bipolar	10,4%	..	..	5,6%

Concluimos que os sujeitos da amostra têm indicadores de transtornos ansiosos superiores aos usuários dos três CAPS utilizados como comparação.

Os dados epidemiológicos levantados indicam que a condição de saúde mental dos sujeitos da pesquisa se encontra em risco, necessitando atenção.

O sofrimento diante das EAs foi relatado por 59,1% dos sujeitos e relacionado a este sofrimento, a ansiedade e preocupação foram relatadas por 56,5%, a tristeza e a depressão por 36,5%, a angústia por 11,3% e a irritabilidade por 8,7% dos sujeitos. Estes resultados são condizentes com as emergências espirituais (spiritual emergency)

propostas por Grof e Grof (1989), com os problemas espirituais propostas por Lukoff; Lu e Turner (1992); Lu; Lukoff e Turner (1994; 1995). E lembrando que é preciso levar em consideração a proposição de Jackson e Fulford (1997) acerca da indagação acerca dos valores e crenças daqueles que passam pela experiência, é fundamental para o exame de quem passa pelas EAs.

Lembramos que mesmo que a patologia esteja evidenciada principalmente pelos Transtornos de Humor e Ansiedade como visto, Rogler e Hollingshead (1961), Koss (1975), Lewis (1989), Krippner (1997), Beng-Yeong (2000), Negro Júnior (1999), Almeida (2004), Somasudaram, Thivakaram e Bhugra (2008) e Cardeña *et al.* (2009) sugerem que este nível de patologia pode abaixar em função do treinamento e apoio recebido, e com o conseqüente ajustamento progressivo do indivíduo a uma tradição cultural/religiosa reguladora da sua EA.

5.4 Avaliação dos Sintomas Schneiderianos de primeira ordem para a esquizofrenia

Schneider (1978) postulou os sintomas específicos que identificariam a esquizofrenia, mostrando a perda das fronteiras do ego. Os sintomas schneiderianos se tornaram essenciais para o diagnóstico da esquizofrenia e ainda são importantes para o DSM-IV (APA, 1994) e para o CID-10 (OMS, 2008). Entretanto, surgiram críticos da proposição dos sintomas schneiderianos como sinais definitivos de esquizofrenia: Mellor (1982) e Crichton (1996), que apontaram a imprecisão destes sintomas para este propósito.

Os sintomas schneiderianos levantados entre os sujeitos da amostra foram cotejados com o levantamento destes sintomas com a amostra pesquisada por Almeida (2004) composta por médiuns experientes de São Paulo.

Tabela 33 - Sintomas Schneiderianos de Primeira Ordem encontrados

Sintomas Schneiderianos	Presente amostra (%)	Médiuns experientes (ALMEIDA, 2004)
Vozes dialogando na sua cabeça	30,2	26,1%
Vozes comentando as suas ações	23,3	26,1%
Ter seus sentimentos produzidos ou controlados por alguém ou algo fora de você	49,1	78,3%
Ter seus pensamentos produzidos ou controlados por alguém ou algo fora de você	53,4	87%
Ter suas ações produzidas ou controladas por alguém ou algo fora de você	37,9	69,6%

Influências de fora de você se utilizando ou afetando seu corpo tal como uma força ou poder externo	51,7	78,3%
Ter pensamentos removidos da sua mente	40,5	0%
Pensamentos que parecem ser também de outra pessoa	55,2	21,7%
Ouvir seus pensamentos como se falados em voz alta	37,9	13%
Outras pessoas sendo capazes de ouvir seus pensamentos como se eles estivessem altos	14,7	4,3%

Na amostra da pesquisa foi encontrado a média de 4,12 (DP = 3,09) sintomas schneiderianos, que se aproxima da média de 4 (DP = 2,35) encontrada por Almeida (2004) investigando 115 médiuns experientes atuando em Centros Espíritas da cidade de São Paulo.

As diferenças entre as duas amostras surgem, entretanto quando se compara a pontuação nas experiências de influência e controle por alguém ou algo de fora entre a amostra dos recém diagnosticados como

médiuns desta pesquisa e a amostra dos médiuns experientes investigada por Almeida (2004), conforme apresentado anteriormente na Tabela 7.

Esta diferença sugere que os médiuns experientes têm uma maior experiência com a vivência de influência e controle que, na interpretação espírita, é identificado como a experiência de psicofonia (incorporação) e psicografia.

Para fins diagnósticos, a pontuação de 4,12 (DP = 3,09) nos sintomas schneiderianos é menos da metade da pontuação dos pacientes de Transtorno de Identidade Dissociativa (ROSS, *et al.*, 1990b; 1992) e equivale à pontuação dos esquizofrênicos (ROSS *et al.*, 1989a). Considerando a avaliação diagnóstica dos transtornos dissociativos feita pelo DDIS, discutida logo a seguir, em que foi constatado apenas um caso de Transtorno de Identidade Dissociativa (0,9%) e a avaliação feita pelo SCID, em que apenas 7% dos sujeitos se enquadraram na categoria de psicóticos, concluímos que os sintomas schneiderianos vivenciado por esta amostra e pela amostra de Almeida (2004) apenas descrevem as EAs vivenciadas por estes sujeitos sem poder ser necessariamente considerados sintomas patológicos.

A constatação de 17,4% de transtorno de Despersonalização, elevando para 23,5% o percentual de algum transtorno dissociativo, entretanto, chama a atenção nesta amostra.

O Transtorno de Identidade Dissociativa se caracterizando pelo sentimento da existência de duas ou mais personalidades que assumem a consciência do indivíduo não se confirmou nem levando em conta que 19,1% dos sujeitos experimentavam a “incorporação” e 8,7%

experimentavam a “psicografia”, o que significa que eles sentiam que as personalidades eram externas a eles, e não internas.

O Transtorno de Despersonalização, que se refere às alterações afetivas e perceptuais em relação ao self, que levam o indivíduo a estranhar a si mesmo e ao seu próprio corpo e a desrealização que se refere às mesmas alterações em relação ao seu meio ambiente, que fazem o indivíduo a se sentir desconfortável neste ambiente (CARDEÑA *et al*, 1994) se fizeram presentes certamente nas EAs de “perda inexplicável de energia” (20%), que indica claramente uma experiência ainda não controlada, e dos momentos iniciais desconfortáveis da “experiência fora do corpo” (31,4%) quando surgem.

Friedl; Draijer e Jonge (2000), fizeram um levantamento de 9 estudos sobre a prevalência de transtornos dissociativos no mundo, feito entre 1991 e 2000 onde foram utilizados o DDIS ou o SCID *Dissociative Disorders*. Entre 1300 pacientes internos, foram diagnosticados 18,9% casos de transtornos dissociativos em geral e 4,4% casos de transtornos de identidade dissociativa. Os autores comentam que até a publicação do estudo, pacientes norte americanos teriam 5 vezes mais chances de serem diagnosticados como tendo algum transtorno dissociativo e 2 vezes mais chances de receberem um diagnóstico de transtorno de identidade dissociativa do que pacientes europeus. Afirmam assim a imprecisão na aplicação do conceito diagnóstico de transtornos dissociativos.

No caso desta amostra, o percentual de Transtorno de Identidade Dissociativa se encontra abaixo dos índices acima, mas esta amostra apresenta um percentual de Transtornos Dissociativos em geral superior a estes índices.

Ross *et al.* (2008) fizeram um estudo comparativo entre uma amostra de 304 pacientes psiquiátricos chineses não internados e 502 membros da população geral de Winnipeg, Canadá utilizando o DDIS, tendo conseguido levantar as prevalências de transtornos dissociativos das amostras chinesa e canadense, aqui comparadas com os resultados da amostra da pesquisa (TAB. 34):

Tabela 34 - Comparação dos Transtornos Dissociativos

Transtornos Dissociativos	Presente amostra	Pacientes chineses não internados	População canadense não diagnosticada
Amnésia dissociativa	4,3%%	1%	6%
Fuga dissociativa	0,9%	1%	0,2
Transtorno de despersonalização	17,4%	0%	3%
Transtorno de identidade Dissociativa	0,9%	0,3%	0,2%

Novamente, o baixo índice de Transtorno de Identidade Dissociativa sugere que este quadro e a mediunidade são vivências distintas e o elevado percentual do Transtorno de Despersonalização desta amostra em relação à amostra chinesa e canadense, confirma o maior risco da

manifestação deste transtorno pelos indivíduos que começam a manifestar a mediunidade.

5.5 Avaliação das Experiências Dissociativas

O nível de dissociação está bastante elevado ao considerável padrão de 20 pontos (ROSS *et al.*,1990a) nesta amostra de sujeitos, revelando um nível extremamente elevado de experiências dissociativas nesses sujeitos.

De acordo com diversos pesquisadores, alguns destes apontados abaixo, um nível alto do DES e do DES TAXON está associado tanto a um maior número de experiências dissociativas e a um maior sofrimento associado a elas:

Saxe *et al.* (1993) examinaram 110 pacientes admitidos em um hospital psiquiátrico estadual nos Estados Unidos. Submetidos ao DES, 15% desses apresentaram uma pontuação acima de 25 pontos e todos esses apresentaram algum transtorno dissociativo de acordo com o DSM.

Horen, Leichner e Lawson (1995) avaliando uma pequena amostra de 48 pacientes psiquiátricos internados no Hospital Psiquiátrico de Kingston, Canadá. 29% destes ultrapassaram um escore de 25 pontos no DES e foram diagnosticados como tendo amnésia dissociativa (8%), transtorno de identidade dissociativa (6%) e transtorno dissociativo sem outra especificação (2%).

Tutkun *et al.* (1998) examinaram 166 pacientes admitidos em um hospital psiquiátrico universitário na Turquia. Submetidos ao DES 14,5%

pontuaram acima de 30 pontos. Deste grupo 10,2% foram diagnosticados como tendo algum transtorno dissociativo pelo DDIS e 5,4% foram diagnosticados como tendo transtorno de identidade dissociativa pelo DDIS.

Gast *et al.* (2001) avaliaram 115 pacientes admitidos em um hospital psiquiátrico universitário na Alemanha. 21,7% dos pacientes tiveram uma pontuação acima de 20 no DES. 0,9% foram diagnosticados com transtorno de despersonalização, 0,9% com transtorno de identidade dissociativa e 2,6% com transtorno dissociativo sem outra especificação.

Apresentando estes dados na tabela, a seguir (TAB. 35):

Tabela 35 - Comparação de resultados do DES

Índice	Presente amostra	Pacientes internados psiquiatria EUA (SAXE <i>et al.</i> 1993)	Pacientes internados psiquiatria Canadá (HOREN; LEICHNER; LAWSON, 1995)	Pacientes internados psiquiatria Turquia (TUKTON <i>et al.</i> 1998)	Pacientes internados psiquiatria Alemanha (GAST <i>et al.</i> 2001)
DES alto	84,3% (DES > 25)	15% (DES > 25)	29% (DES > 25)	14,5% (DES > 30)	21,7% (DES > 20)
Algum transtorno dissociativo	23,5% (DDIS)	15%	10%	10,2%	3,5%

Transtorno	0,9% (DDIS)	6%	5,4%	0,9%
Identidade				
Dissociativa				

Os dados comparativos entre a amostra da pesquisa e dos autores selecionados confirmam que um escore elevado do DES é um indicador de algum transtorno dissociativo na amostra da pesquisa, mas não de um transtorno de identidade dissociativa, que também foram os resultados encontrados na amostra da pesquisa.

Outros pesquisadores pesquisaram a relação entre a pontuação do DES e transtornos ansiosos e depressivos.

Maaranen *et al.* (2008) em um estudo longitudinal de 3 anos avaliaram 1497 sujeitos utilizando o BDI e o DES. Eles dividiram o grupo inicial em dissociadores baixos (abaixo de 20) e dissociadores altos (acima de 20). Constataram que dos 98 dissociadores altos no momento inicial, 70 voltaram ao nível normal (abaixo de 20) ao longo do período. A redução do DES se mostrou associada ao declínio no escore do BDI, ao desaparecimento de ideias suicidas, a uma maior idade e a uma boa capacidade de trabalho. A alta dissociação se manteve estável naqueles sujeitos que apresentaram um aumento do escore no BDI, ideias suicidas, idade menor, capacidade de trabalho diminuída e tabagismo. Do grupo total, 28 sujeitos se tornaram altos dissociadores, e junto a isso apresentaram um aumento no escore do BDI, idade menor e a redução da capacidade de trabalho. Constataram assim uma estreita relação entre o escore de dissociação medida pelo DES e a depressão.

De forma corroborativa, Pastucha *et al.* (2009) examinaram 32 pacientes com diversos transtornos dissociativos, comparando com 93 controles saudáveis, utilizando o BDI, o BAI (*Beck Anxiety Inventory*) e o DES, tendo concluído que os maiores escores do DES estavam associados a uma maior gravidade dos sintomas ansiosos e depressivos. Podemos compreender desta forma que os altos escores da amostra da pesquisa são concordantes com o alto índice de transtornos de ansiedade e de depressão encontrados na amostra da pesquisa.

Resumindo:

Tabela 36 - Significados possíveis do DES elevado

Pesquisadores	Significado do DES elevado
Maaranen <i>et al.</i> (2008)	Depressão
Pastucha <i>et al.</i> (2009)	Ansiedade e de depressão

Estes dois estudos explicam a relação entre o alto nível dissociativo medido pelo DES desta amostra e o alto nível de transtornos de ansiedade e de depressão, o que realmente se verificou na amostra da pesquisa.

Putnam *et al.* (1996) com sua amostra de 1566 sujeitos divididos entre pacientes psiquiátricos, pacientes neurológicos e adolescentes e adultos não diagnosticados com o DES já tinham identificado como altos dissociadores indivíduos apresentando uma pontuação de 48 pontos.

A pesquisa empreendida por Negro Junior (1999) encontrou em seus 115 sujeitos a média de 18,62 no DES, com desvio padrão de 14,64, o que

permitiu ainda identificar que 10% de sua amostra (14 casos) apresentaram um resultado no DES acima dos 30 pontos, sendo que estes sujeitos eram mais jovens e apresentavam maiores antecedentes psiquiátricos.

Já o DES TAXON identifica a dissociação patológica, a desrealização e a despersonalização patológicas. O resultado médio do TAXON da amostra da pesquisa foi de 18,73 com DP 16,84.

Pesquisadores procuraram investigar a relação entre o DES TAXON e patologias dissociativas.

Modestin e Erni (2004) aplicaram o DES em 276 estudantes universitários e 204 pacientes internos. Aqueles que alcançaram um escore elevado foram submetidos ao DDIS. Foram identificados 2,9% de estudantes e 12,7% de pacientes que apresentaram índice elevado do TAXON, mas não foi encontrado uma relação significativa entre um escore elevado do TAXON e um diagnóstico de transtorno dissociativo. Concluem propondo que um TAXON elevado é apenas um indicador de uma maior frequência de experiências dissociativas e não um indicador de transtornos dissociativos.

Spitzer *et al.* (2006) aplicaram o DES TAXON a 1759 sujeitos, sendo eles estudantes universitários, pacientes psiquiátricos internos diversos e pacientes psicossomáticos externos. Constataram que a dissociação patológica foi vista em todos os pacientes internos e estava associada a um maior sofrimento psicológico e a uma menor idade, sem estar relacionada a uma patologia específica.

Merritt e You (2008) aplicaram o DES e o MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) a 1237 estudantes universitários, identificando 90 dissociadores não patológicos, 111 altos dissociadores e 476 controles não dissociadores. Os testes de MMPI do grupo de dissociadores patológicos mostraram escores semelhantes aos escores dos dissociadores não patológicos, além do que a relação entre o DES e o DES TAXON foi semelhante entre os dois grupos. Concluem propondo que o DES TAXON não indica apenas a dissociação patológica, mas patologias diversas.

Colocando estes resultados em uma tabela (TAB. 37)

Tabela 37 - Significados possíveis do DES TAXON elevado

Pesquisadores	Significado do TAXON elevado
Modestin; Erni (2004)	Maior frequência de experiências dissociativas
Spitzer <i>et al.</i> (2006)	Maior sofrimento psicológico
Merritt; You (2008)	Patologias diversas

Os resultados da presente pesquisa confirmam os achados destes três pesquisadores: foi verificada realmente uma maior frequência de EAs, com sofrimento psicológico e com a presença de patologias diversas.

A afirmação feita por Steele *et al.* (2009) de uma relação ainda não completamente compreendida entre EAs e a dissociação ainda pede certamente maiores estudos.

A redução do DES Total e consequentemente do DES TAXON no prazo de um ano poderia ser explicado como:

- uma tendência de retorno à média, após um período inicial de pico, quando ocorreu a crise que levou os sujeitos a procurarem ajuda nos Centros Espíritas.
- um resultado dos tratamentos psiquiátricos/psicológicos e do treinamento feito pelos sujeitos nos Centros Espíritas durante o intervalo de um ano desde o primeiro contato.

A possibilidade da redução do DES já foi apontada por Maaranen *et al.* (2008), mostrando que este índice é variável no tempo dependendo da condição de saúde mental.

Os índices ainda permanecem altos, mas a redução do DES Total em 22,5% e do DES TAXON em 22,3% estará possivelmente relacionada à redução das patologias que estiveram associadas aos índices elevados.

5.6 Avaliação da Qualidade de Vida

Uma primeira referência para cotejar os dados do WHOQOL com a amostra desta pesquisa foi buscada em Cruz *et al.* (2011), que aplicaram o teste em 751 moradores randomicamente selecionados no município de Porto Alegre. Surgiram os seguintes resultados normativos se considerarmos que a média é igual à mediana (que é o percentil 50), podemos ver o valor de cada WHOQOL na faixa de 30 a 44 anos, comparando com a amostra da pesquisa (TAB. 38):

Tabela 38 - Comparação do índices do WHOQOL com valores de referência

WHOQOL	Presente amostra	Cruz <i>et al.</i> (2011)
WHOQOL Físico	67,13 (18,25)	59
WHOQOL Psicológico	61,15 (19,39)	63
WHOQOL Social	63,41 (24,07)	75
WHOQOL Ambiental	63,89 (15,05)	59

Uma primeira conclusão é o WHOQOL social mais baixo desta amostra em relação a esses critérios normativos, mostrando os abalos sociais pelos quais os sujeitos que tem as EAs passam. Por outro lado chama atenção os escores mais elevados, na presente amostra, para as dimensões física e ambiental. A dimensão psicológica apresentou escores bem próximos nas duas amostras.

Para cotejar os índices com os sujeitos da pesquisa, foi buscado o artigo de Penteado e Pereira (2007) no qual foi estudada uma amostra de 128 professores de ensino médio de quatro escolas estaduais de Rio Claro, SP, em 2002, que poderiam ser considerados indivíduos normais em relação aos sujeitos desta pesquisa. Os resultados estão abaixo comparados com a amostra da pesquisa:

Tabela 39 - Comparação do WHOQOL de professores

WHOQOL	Presente amostra	Professoras (mulheres)	Professores (homens)
WHOQOL Físico	67,13 (18,25)	67,9 (15,4)	70,1 (17,0)
WHOQOL Psicológico	61,15 (19,39)	67,6 (12,4)	69,6 (12,4)
WHOQOL Social	63,41 (24,07)	70,3 (13,2)	70,3 (13,5)
WHOQOL Ambiental	63,89 (15,05)	55,7 (12,1)	57,1 (14,1)

Chama atenção a diferença do WHOQOL psicológico e social, menor em relação à amostra de professores, confirmando os sofrimentos psicológicos e sociais da amostra desta pesquisa em relação ao grupo de professores.

Castro *et al.* (2007) investigaram a qualidade de vida entre 276 tabagistas, com dependência leve, moderada e alta do tabaco. Comparando com a amostra da pesquisa.

Tabela 40 - Comparação do WHOQOL de tabagistas:

WHOQOL	Presente amostra	Dependência leve	Dependência moderada	Dependência grave
WHOQOL Físico	67,13 (18,25)	66,72 (18,10)	63,17 (18,30)	54,16 (23,28)
WHOQOL Psicológico	61,15 (19,39)	72,17 (17,70)	67,52 (17,68)	58,30 (21,77)
WHOQOL Social	68,16 (20,71)	68,16 (20,71)	63,88 (21,53)	53,97 (14,43)
WHOQOL Ambiental	63,89 (15,05)	59,20 (19,85)	59,04 (19,49)	47,45 (10,10)

Novamente, como na comparação com os professores, despontam os problemas psicológicos e sociais desta amostra em relação aos tabagistas.

Estudos comparativos com outros grupos de portadores de outros transtornos também podem ser elucidativos (FLECK *et al.*, 2008):

Tabela 41 - Comparação com o WHOQOL de diversas categorias de doentes

WHOQOL	Amostra da pesquisa	Dependentes graves de álcool	Esquizofrênicos	Aidéticos sintomáticos
WHOQOL Físico	67,13 (18,25)	53,6 (17,0)	55,2 (14,6)	53,91 (17,93)
WHOQOL Psicológico	61,15 (19,39)	48,7 (15,4)	56,4 (16,0)	62,62 (14,76)
WHOQOL Social	63,41 (24,07)	58,3 (14,2)	62,9 (20,2)	63,54 (17,32)
WHOQOL Ambiental	63,89 (15,05)	51,8 (13,3)	53,8 (17,1)	55,93 (12,43)

É importante verificar a aproximação do grupo da pesquisa com o grupo dos aidéticos sintomáticos na dimensão psicológica e social, e na dimensão social com os esquizofrênicos, confirmando os problemas psicológicos e sociais do grupo da pesquisa.

Um levantamento pessoal feito no Pubmed relacionando doenças físicas diversas, ansiedade, depressão e com o WHOQOL registra 35 artigos (janeiro de 2012) que apontam as doenças físicas como disparadoras da ansiedade e depressão, trazendo a perda da qualidade de vida dos pacientes. No caso desta pesquisa, o afloramento da mediunidade poderia ser considerado como um fator de saúde associado às perturbações emocionais e a perda da qualidade de vida.

5.7 Avaliação dos resultados da regressão linear e logística

Dos resultados do primeiro tempo, enquanto o DES Total elevado favorece transtornos mentais em geral e compromete a qualidade de vida física e psicológica, o DES TAXON elevado favorece apenas os transtornos dissociativos e compromete a qualidade de vida em todos os aspectos. Já a presença dos Critérios Qualitativos protege a qualidade de vida psicológica e social, mas não protege contra os transtornos mentais.

Dos resultados do segundo tempo, enquanto o DES Total compromete a Qualidade de vida Psicológica no segundo tempo, o DES TAXON compromete a Qualidade de Vida Social no segundo tempo. A presença dos Critérios Qualitativos protege a qualidade de vida psicológica e social no segundo tempo.

O DES Total e o DES TAXON elevados, portanto impactam negativamente a saúde mental dos sujeitos da pesquisa enquanto os Critérios Qualitativos protegem a qualidade de vida psicológica e social. Assim, enquanto o aumento do DES Total e do DES TAXON parecem ser consequências do afloramento da mediunidade, a busca de alcançar e preservar os Critérios Qualitativos parece ser importante na preservação da Qualidade de Vida.

Em relação aos resultados que eram esperados:

1 - quanto maior o DES Total e o DES TAXON, maior a patologia expressa pelo SCID e pelo DDIS e menor a qualidade de vida medida pelo WHOQOL, que foi confirmado:

- o DES Total elevado se associou à ocorrência de Transtornos Mentais medidos pelo SCID e pelo DDIS e a diminuição da Qualidade de Vida Física no primeiro momento e da Qualidade de Vida Psicológica no primeiro e segundo momento, de acordo com o WHOQOL.

- o DES TAXON elevado se associou à ocorrência de Transtornos Dissociativos medidos pelo DDIS e à diminuição da qualidade de vida em todas as dimensões medidas pelo WHOQOL no primeiro momento e à diminuição da qualidade de vida social no segundo momento.

2 – quanto maior o número dos Critérios Qualitativos, menor a patologia expressa pelo SCID e pelo DDIS e maior a qualidade de vida medida pelo WHOQOL no primeiro e no segundo tempo foi parcialmente confirmado:

- a presença dos Critérios Qualitativos, diferentemente do esperado, não protegeu os sujeitos dos transtornos mentais medidos pelo SCID e pelo DDIS, mas se associou a qualidade de vida psicológica e social medida pelo WHOQOL no primeiro e no segundo momento.

Verificando a especificidade do efeito protetor dos Critérios Qualitativos, pode-se constatar que:

- A ausência de co-morbidades preserva em 83% de chances o indivíduo de ter um diagnóstico de Transtorno de Humor/Ansiedade.

- Não ter prejuízos sociais e ocupacionais preserva a qualidade de vida em todas as dimensões avaliadas pelo WHOQOL no Primeiro Momento, apesar de o indivíduo ter as EAs.

- Não ter prejuízos sociais e ocupacionais e ter a experiência centrada em outras pessoas preservou também a qualidade de vida ambiental no Segundo Momento.

5.8 Avaliação da Análise Fatorial dos Critérios Qualitativos

Em relação aos três fatores que foram encontrados na análise fatorial, podemos conjecturar:

Fator 1 : fator de integração inter e intrapessoal

- compatibilidade com um contexto cultural.
- as experiências serem centradas em outras pessoas.
- as experiências terem trazido benefícios para a própria pessoa.
- ter controle sobre as experiências.

Poderíamos denominar este “fator de integração inter e intrapessoal”, pois ele associa o estar interagindo com outras pessoas e ter satisfação controle e o controle das EAs.

Fator 2 : fator de proteção externo e interno

- as experiências não trazerem prejuízos sociais e ocupacionais.
- ausência de co-morbidades.

Poderíamos denominar este fator de “proteção externo e interno”, pois ao manter as atividades sociais e ocupacionais junto com não passar por

outras perturbações emocionais mantidos conjuntamente preserva o equilíbrio exterior e interior, ou dizendo de outra forma, preserva a qualidade de vida psicológica e social, tal como as regressões logísticas e lineares já tinham demonstrado.

Fator 3 : fator de distanciamento pessoal

- ausência de sofrimento.
- ter uma atitude crítica com a experiência.

Poderíamos chamar este “fator de distanciamento pessoal”, pois o indivíduo não se preocupa com a realidade do que não traz sofrimento e segue sua vida.

5.9 Avaliação das Experiências Anômalas após um ano

Os resultados apontam uma melhora da maioria dos sujeitos que pode ser resultante de vários fatores: retorno espontâneo à média, após um período de crise, maior envolvimento com estudos e participação nos Centros, e/ou o resultado dos tratamentos psiquiátrico-psicológicos que foram feitos por alguns deles.

A percepção de estar mal pode ter sido um fator importante para fazerem os sujeitos que se perceberam melhores se engajarem efetivamente nas possibilidades de tratamento que lhes foram oferecidas dentro e fora dos Centros Espíritas, enquanto os que estavam conformados ou mesmo indiferentes aos problemas que já tinham foram os que menos sentiram melhoras ou que sentiram pioras.

Os resultados sugerem também que o se o maior comprometimento com a religião espírita e o tratamento psiquiátrico e/ou psicológico foram os melhores recursos mais relatados pelos sujeitos para melhorarem a perturbação psicológica da sua condição inicial, a reflexão pessoal não foi de grande valia para esta melhora e o “fazer nada” foi mais comum entre os que referiram piora ao longo do seguimento.

6 CONCLUSÃO

- Encontramos nesta amostra uma média de idade de 38,8 anos, sendo composta por 70.4% de mulheres, com boa condição educacional e ocupacional e apresentando alto nível de experiências dissociativas e transtornos mentais.

- Menos transtornos mentais estiveram associados à menor frequência e intensidade das experiências dissociativas, especialmente aquelas relacionadas ao DES TAXON, indicadoras da dissociação patológica.

- As patologias predominantemente encontradas foram os transtornos de humor e ansiedade, sendo que a baixa presença dos transtornos psicóticos nesta amostra sugere que as EAs analisadas nesta amostra não são indicadoras de sintomas psicóticos.

- O transtorno de identidade dissociativa foi pouquíssimo encontrado esta amostra, ficando suposto que as EAs analisadas nesta amostra também não são indicadoras de sintomas do transtorno de identidade dissociativa.

- Maior qualidade de vida também esteve associada a menores níveis de experiências dissociativas, especialmente aquelas relacionadas ao DES TAXON e à presença dos Critérios Qualitativos da Experiência Espiritual Saudável da ausência de sofrimento, ausência de prejuízos sociais e ocupacionais, ausência de co-morbidades e a experiência ser centrada nos outros.

– A elevação do DES Total e do DES TAXON compromete a saúde psicológica e a qualidade de vida dos indivíduos que experimentam as EAs, mas os Critérios Qualitativos protegem a qualidade de vida psicológica e social destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, P. *et al.* The prediction of hallucinatory predisposition in non-clinical individuals: examining the contribution of emotion and reasoning. **Br. J. Clin. Psychol.**, v. 44, p. 127-132, Mar. 2005.
- ALLY, Y.; LAHER, S. South african muslim faith healers perceptions of mental illness: understanding, aetiology and treatment. **J. Relig. Health**, v. 47, n. 1, p. 45-56, Mar. 2008.
- ALMEIDA, A. A. S. **Uma fábrica de loucos: psiquiatria x espiritismo no Brasil (1900 – 1950)**. 2007. 232 f. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, 2007.
- ALMEIDA, A. M. **Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia dos médiuns espíritas**. 2004. 205 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders III: DSM III**. Washington: APA, 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV: DSM IV**. Washington: APA, 1994.
- ANDRADE, F. B. *et al.* Saúde mental na atenção básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.62, n. 5, p. 675-680, set./out, 2009.
- ANDRADE, L. H. S. G. de A. *et al.* Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 257-261, set./out. 1999.
- ARMOND, E. **Mediunidade**. São Paulo: Aliança, 1979.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BEAVAN, V.; READ, J., CARTWRIGHT, C. The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. **J. Ment. Health.**, v. 20, n. 3, p. 281-292, June 2011.

BENG-YEONG, N. Phenomenology of trance states seen at a psychiatric hospital in Singapore: a cross-cultural perspective. **Transcult. Psychiatry.**, v. 37, n. 4, p. 560-579, Dec. 2000.

BERNSTEIN, E. M; PUTNAM, F. W. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 174, n. 12, p. 727-735. Dec. 1986.

BOURGUIGNON, E. Spirit possession and altered states of conscience: the evolution of an enquiry. In: SPINDLER, G. D. (Ed.). **The making of psychological anthropology**. Berkeley: University of California Press, 1978. chap. 14, p. 477-515.

BUTLER, L. D. *et al.* Hypnotizability and Traumatic Experience: A Diathesis-Stress Model of Dissociative Symptomatology. **Am. J. Psychiatry**, v. 153, n. 7 (supl.), p. 42-63, July, 1996.

CARDEÑA, E. *et al.* Dissociative disorders. In: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV: DSM IV**. Washington: APA, 1994. chap. 45, p. 973-1005.

CARDEÑA, E. *et al.* Possession/trance phenomena. In: DELL, P. F.; O'NEIL, J. A. (Ed.). **Dissociation and the dissociative disorders: DSM-IV and beyond**. New York: Routledge, 2009. p. 171-181.

CARDEÑA, E.; LYNN, S. J.; KRIPPNER, S. (Ed.). **Varieties of anomalous experience: examining the scientific evidences**. Washington: American Psychological Association, 2000.

CARVALHO, M. D. A.; SILVA, H. O.; RODRIGUES, L. V. Perfil epidemiológico dos usuários da rede de saúde mental do município de Iguatu, CE. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 337-349, ago. 2010.

CASTILLO, R. J. Dissociation. In: TSENG, W.; STRELTZER, J. (Ed.). **Culture and psychopathology: a guide to clinical practice**. New York: Brunner/Mazel, 1997.

CASTRO, M. G. *et al.* Qualidade de vida e gravidade de dependência de tabaco. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 61-67, 2007.

CRICHTON, P. First rank symptoms of rank-and-file symptoms? **Br. J. Psychiatry**, v. 169, n. 5, p.537-40, Nov. 1996.

CRUZ, L. N. *et al.* Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL-bref in a southern general population sample. **Qual. Life Res.**, v. 20, n. 7, p. 1123 - 1129, Sept. 2011.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

FIRST, M. B. *et al.* Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P) New York: Biometrics Research; New York State Psychiatric Institute, 2002.

FIZMAN, A. *et al.* A adaptação transcultural para o português do instrumento *dissociative experiences scale* para rastrear e quantificar os fenômenos dissociativos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 164-173, set. 2004.

FLECK, M. P. A. **A avaliação de qualidade de vida:** guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK, M. P. A. WHOQOL-bref. 2009. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>. Acesso em: 27 out. 2012.

FORGUS, R. H.; DEWOLFE, A. S. Perceptual selectivity in hallucinatory schizophrenics. **J. Abnorm. Psychol.**, v. 74, n. 3, p. 288-292, 1969.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the family health program (FHP) units in Petrópolis. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 30, n. 1, p. 32-37, 2008.

FREUD, S. **O mal estar na civilização.** São Paulo: Imago, 1969.

FRIEDL, M. C.; DRAIJER, N., JONGE, P. de. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric in-patients: the impact of study characteristics. **Acta Psychiatr. Scand.**, v. 102, n. 6, p. 423-428, Dec. 2000.

GAST, U. *et al.* Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 189, n. 4, p. 249-257, Apr. 2001.

GAW, A. C. *et al.* The clinical characteristics of possession disorder among 20 Chinese patients in the Hebei province of China. **Psychiatric Serv.**, v. 49, n. 3, p. 360-365, Mar., 1998.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1641-1650, jul. 2008.

GROF, S.; GROF, C. (Ed.). **A tempestuosa busca do ser**. São Paulo: Cultrix, 1989.

HEBER, A. S. *et al.* Dissociation in alternative healers and traditional therapists: a comparative study. **Am. J. Psychother.**, v. 43, n.4, p.562-574, 1989.

HONIG, A. *et al* Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 186, n. 10, p. 646-651, Oct. 1998.

HOREN, S. A.; LEICHNER, P. P., LAWSON, J. S. Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatient population in Canada. **Can. J. Psychiatry**, v. 40, n. 4, p. 185-191, May 1995.

HUFFORD, D. J. Visionary spiritual experiences in an enchanted world. **Anthropology and Humanism**, v. 35, n. 2, p. 142-158, Dec. 2010.

HUGHES, D. J. Differences between trance channeling and multiple personality disorder on structured interview. **J. Transpers. Psychol.**, v. 24, n. 2, 1992.

IGREJA, V. *et al.* The epidemiology of spirit possession in the aftermath of mass political violence in Mozambique. **Soc. Sci. Med.**, v. 71, n. 3, p. 592-599. Aug. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010**. 2010. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2125&id_pagina=1>. Acesso em: 28 out. 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **[Site institucional]**. 2012. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/>. Acesso em: 27 out. 2012.

JACKSON, M., FULFORD, K. W. M. Spiritual experience and psychopathology. **Philos. psychiatr. psychol.**, v. 4, n. 1,p. 1-26, Mar. 1997.

JANET, P. L. **Automatisme psychologique**: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Paris: Félix Alcan, 1889.

JOHNS L. C.; HEMSLEY, D.; KUIPERS, E. A comparison of auditory hallucinations in a psychiatric and non-psychiatric group. **Br. J. Clin. Psychol.**, v. 41, p. 81-86, Mar. 2002.

JOHNS, L. C.; VAN OS, J. The continuity of psychotic experiences in the general population. **Clin. Psychol. Rev.**, v. 21, n. 8, p. 1125-1141, Nov. 2001.

JOHNSON, R. A.; WICHERN, D. W. **Applied multivariate statistical analysis**. 4. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1998.

JONES, E.; WATSON, J. P. Delusion, the overvalued idea and religious beliefs: a comparative analysis of their characteristics. **Br. J. Psychiatry.**, v. 170, p. 381-386, Apr. 1997.

KARDEC, A. **O livro dos médiuns**. Rio de Janeiro: FEB, 1963.

KIHLSTROM, J. F. *et al.* Dissociative tendencies and dissociative disorders. **J. Abnorm. Psychol.**, v. 103, n. 1, p. 117-124, Feb. 1994

KOENIG, H. G.; LARSON, D. B.; LARSON, S. S. Religion and coping with serious illness. **Ann. Pharmacother.**, v. 35, n. 3, p. 352 - 359, Mar. 2001.

KOENIG, H. G.; McCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health**. Oxford: Oxford University Press, 2001.

KOSS, J. D. Social process, healing, and self-defeat among Puerto Rican spiritists. **American ethnologist**, v. 4, n. 3, p. 453-469, Aug. 1977.

KOSS, J. D. Therapeutic aspects of Puerto Rican cult practices. **Psychiatry: journal for the study of interpersonal processes**, v. 38, n. 2, p. 160-171, May 1975.

KRIPPNER, S. Dissociation in many times and places. In: KRIPPNER, S.; POWERS, S. M. **Broken images, broken selves**. 2. Ed. New York: Brunner/Mazel, 1997. 372 p.

LARKIN, A. R. The form and content of schizophrenic hallucinations. **Am. J. Psychiatry**, v. 136, n. 7, p.940-943, July 1979.

LENZ, H. Belief and delusion: their common origin but different course of development. **Zygon**, v. 18, n. 2, p. 117-137, June 1983.

LEWIS, A. J. **Ecstatic religion**. London: Routledge; 1989.

LEWIS-FERNANDEZ, R. A cultural critique of the DSM-IV dissociative disorders section. **Transcult. Psychiatry.**, v. 35, n. 3, p. 387-400, Sept. 1998.

LEWIS-FERNÁNDEZ, R., *et al.* Significance of endorsement of psychotic symptoms by US Latinos. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 197, n. 5, p. 337-347, May 2009.

LINCOLN, T. M. Relevant dimensions of delusions: continuing the continuum versus category debate, **Schizophr. Res.**, v. 93, n. 1-3, p. 211-220, July 2007.

LOVATT, A. *et al.* Psychotic-like experiences, appraisals and trauma. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 198, n. 11, p. 813-819, Nov. 2010.

LU, F. G., LUKOFF, D.; TURNER, R. Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. **Psychiatr. Clin. North Am.**, v. 18, n. 3, p. 467-485, Sept. 1995.

LU, F. G.; LUKOFF, D.; TURNER, R. Religious or spiritual problems. In: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV: DSM IV.** Washington: APA, 1994. chap. 56, p. 1001-1015.

LUKOFF, D.; LU, F. G.; TURNER, R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychoespiritual problems. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 180, n. 11, p. 673-682, Nov. 1992.

MAARANEN, P. *et al.* The course of dissociation in the general population: a 3-year follow-up study. **Compr. Psychiatry**, v. 49, n. 3, p. 269-274, May-Jun. 2008.

MARAGNO, L. *et al.* Prevalência dos transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo plano de saúde da família (Qualis) no município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, ago. 2006.

MARI, J. J.; JORGE, M. R.; KOHN, R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da Saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 119-141.

MARTÍNEZ-TABOAS, A. A case of spirit possession and glossolalia. **Cult. Med. Psychiatry**, v. 23, n. 3, p. 333-348, Sept. 1999.

MARTÍNEZ-TABOAS, A. Dissociative experiences and disorders: a review. **International Journal of Parapsychology**, v. 12, n. 1, p. 131-162, 2001.

- MARTINS, M. A. **Conexão**: uma nova visão da mediunidade. São Paulo: Vida e consciência Editora, 2001.
- MELLOR, C. S. The present status of first-rank symptoms. **Br. J. Psychiatry**, v. 140, p. 423-424, Apr. 1982.
- MENEZES JÚNIOR, A.; ALMINHANA, L.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Perfil sociodemográfico e de experiências anômalas em indivíduos com vivências psicóticas e dissociativas em grupos religiosos. **Rev. Psiquiatr. Clín.** No prelo.
- MENEZES JÚNIOR, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. O diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 75-82, 2009.
- MERRITT, R. D.; YOU, S. Is there really a dissociative TAXON on the dissociative experiences scale? **J. Pers. Assess.**, v. 90, n.2, p. 201-203, Mar. 2008.
- MODESTIN, J.; ERNI, T. Testing the dissociative TAXON. **Psychiatry Res.**, v. 126, n. 1, p. 77-82, Apr. 2004.
- MOREIRA-ALMEIDA, A., SANTOS, F. S. **Exploring frontiers of the mind-brain relationship**. New York: Springer, 2012. 243 p.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; CARDEÑA, E. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 33, n. 1 (supl.), p. s21-s28, maio 2011.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; CARDEÑA, E. Comparison of Brazilian spiritist mediumship and dissociative identity disorder. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 196, n. 5, p. 420-424, 2008.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; GREYSON, B. Dissociative and psychotic experiences in Brazilian spiritist mediums. **Psychoter. Psychosom.**, v. 76, n. 1, p. 57-58, 2007.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250, Aug. 2006.
- MULLEN, R.; LINCOTT, R. J. A comparison of delusions and overvalued ideas. **J. Nerv. Ment. Dis.** v. 198, n. 1, p. 35-38, Jan. 2010.

NEGRO JÚNIOR, P. J. **A natureza da dissociação sobre experiências dissociativas associadas a práticas religiosas.** 94 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1999.

NEGRO JÚNIOR, P. J.; PALLADINO-NEGRO, P., LOUZÃ, M. R. Do religious mediumship dissociative experiences conform to the sociocognitive theory of dissociation? **J. Trauma Dissoc.**, v. 3, n. 1, p. 51-73, 2002.

NOBRE, M. **O dom da mediunidade.** São Paulo: FE Editora Jornalística, 2007.

NUEVO, R. *et al.* The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. **Schizophr. Bull.** [Advance Access published], v. 13, p. 1-11, Sept. 2010.

OHAYON, M. M. Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. **Psychiatr. Res.**, v. 97, n. 2-3, p. 153-164, Dec. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **CID 10:** código internacional das doenças. [2008]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em 28 out. 2012.

PASTUCHA, P. *et al.* Dissociative disorder and dissociation: comparison with healthy controls. **Neuro. Endocrinol. Lett.**, v. 30, n. 6, p. 769-773, 2009.

PAULA, C. T. C. Perfil epidemiológico dos usuários de um centro de atenção psicossocial na cidade de Recife. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 2, n. 4-5, p. 94-105, 2011.

PELISOLI, C. L.; MOREIRA, A. K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul.**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 270-277, set./dez. 2005.

PENTEADO, R. Z., PEREIRA, I. M. T. B. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 236-243, abr. 2007.

PETERS, E. R.; JOSEPH, S. A.; GARETY, P. A. Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters *et al.* Delusions Inventory). **Schizophr. Bull.**, v. 25, n. 3, p. 553-576, 1999.

PRETI, A. *et al.* Hallucinatory experiences, delusional thought proneness, and psychological distress in a nonclinical population. **J. nerv. ment. dis.** v. 195, n. 6, p. 484-491, June 2007.

- PUTNAM F. W. *et al.* Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 184, n. 11, p. 673-679, Nov. 1996.
- REDKO, C. Religious construction of a first episode of psychosis in urban Brazil. **Transcult. Psychiatry**, v. 40, n. 4, p. 507-530, Dec. 2003.
- REINSEL, R. Dissociation and mental health in mediums and sensitives: a pilot survey. In: PARAPSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 46., 2003. **Proceedings...** Vancouver, Parapsychological Association, 2003.
- RICHARDSON, A.; DIVVO, P. The predisposition to hallucinate. **Psychol Med.**, v. 10, n. 4, p. 715-722, Nov. 1980.
- RIGONATTI, E. **A mediunidade sem lágrimas**. São Paulo: Pensamento, 2000.
- ROGLER, L. H.; HOLLINGSHEAD, A. B. The Puerto Rican spiritualist as a psychiatrist. **Am. J. Sociology.**, v. 67, n. 1, p. 17-21, 1961.
- ROMME, M.; ESCHER, A. Hearing voices. **Schizophr. Bull.**, v. 15, p. 209-216, 1989.
- ROSS INSTITUTE FOR PSYCHOLOGICAL TRAUMA. **The dissociative disorders interview schedule**. [c2007]. Disponível em: <http://www.rossinst.com/sample_forms>. Acesso em: 27 out. 2012.
- ROSS, C. A. *et al.* A cross-cultural test of the trauma model of dissociation. **J. Trauma Dissociation**, v. 9, n. 1, p. 35-49, 2008.
- ROSS, C. A. *et al.* Differences between multiple personality disorder and other diagnostic groups on structured interview. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 177, n. 8, p. 487-491, Aug. 1989a.
- ROSS, C. A. *et al.* Dissociative experiences in the general population. **Am. J. Psychiatry**, v. 147, n. 11, p. 1547-1552, Nov. 1990a.
- ROSS, C. A. *et al.* Structured interview data of multiple personality disorder from four centers. **Am. J. Psychiatry**, v. 147, n. 11, p. 596-601, Nov. 1990b.
- ROSS, C. A. *et al.* The dissociative disorders interview schedule: a structured interview. **Dissociation**, v. 2, n. 3, p. 169-189, Sept. 1989b.

- ROSS, C. A.; JOSHI, S. Paranormal experiences in the general population. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 180, n. 6, p. 357-361, 1992.
- ROSSLER, W. *et al.* Psychotic experiences in the general population: a twenty-year prospective community study. **Schizophr. Res.**, v. 92, n. 1, p. 1-14, May 2007.
- SAXE, G. N. *et al.* Dissociative disorders in psychiatric inpatients. **Am. J. Psychiatry**, v. 150, n. 7, p. 1037-1042, Jul. 1993.
- SCHNEIDER, K. **Psicopatologia clínica**. São Paulo: Mestre Jou, 1978.
- SERPER, M. *et al.* Factorial structure of the hallucinatory experience: continuity of experience in psychotic and normal individuals. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 193, n. 4, p. 265-272, Apr. 2005.
- SHEVLIN, M. *et al.* The distribution of positive psychosis-like symptoms in the population: a latent class analysis of the National Comorbidity Survey. **Schizophr. Res.**, v. 89, n. 1-3, p. 101-109, Jan. 2007.
- SIDGEWICK, H. A. Report on the census of hallucinations. In: BERIOS, G. E. **The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 25-252, 1894.
- SIMS, A. **Symptoms in the mind**. London: Ballière Tindall, 1988.
- SLADE, P. D. An investigation of psychological factors involved in the predisposition to auditory hallucinations. **Psychol. Med.**, v. 6, n. 1, p. 123-132, Feb. 1976.
- SOMASUNDARAM, D.; THIVAKARAN, T., BHUGRA, D. Possession states in Northern Sri Lanka. **Psychopathology**, v. 41, n. 4, p. 245-253, 2008.
- SPITZER, C. *et al.* Frequency, clinical and demographic correlates of pathological dissociation in Europe. **J. Trauma Dissociation**, v. 7, n. 1, p. 51-62, 2006.
- STEELE, K. *et al.* Dissociation versus alterations in consciousness: related but different concepts. In: DELL, P. F.; O'NEIL, J. A. **Dissociation and the dissociative disorders: DSM-IV and beyond**. New York: Taylor & Francis Group, 2009. p. 155-170.
- STIP, E.; LETOURNEAU, G. Psychotic symptoms as a continuum between normality and pathology. **Can. J. Psychiatry**, v. 54, n. 3, p. 140-151, mars 2009.

STRAUSS, J. S. Hallucinations and delusions as points on continua function: rating scale evidence. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 21, n. 5, p. 581-586, Nov. 1969.

TEIXEIRA, J. R. **Desafios da mediunidade**. Niterói: Fráter, 2004.

TELLEGEN, A. Practicing the two disciplines for relaxation and enlightenment: comment on "role of the feedback signal in electromyograph biofeedback: the relevance of attention" by Qualls and Sheehan.. **J. Exp. Psychol. Gen.**, v. 110, n. 2, p. 217-231, June 1981.

TELLEGEN, A.; ATKINSON, G. Openess to absorbing and self-altering experiences ("absortion"), a trait related to hypnotic susceptibility . **J. Abnorm. Psychol.**, v. 83, n. 3, p. 268-277, June 1974.

THALBOURNE, M. A. Belief in the paranormal and its relationship to schizophrenia-relevant measures: a confirmatory study. **Br. J. Clin. Psychol.**, v. 33, p. 78-80, Feb. 1994.

TIEN, A. Y. Distribution of hallucinations in the population. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v. 26, n. 6, p. 287-292, 1991.

TUTKUN, H. *et al.* Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish University Clinic. **Am. J. Psychiatry.**, v. 155, n. 6, p. 800-805, June 1998.

VAN OS, J. *et al.* A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. **Psychol. Med.**, v. 39, p. 179-195, 2009.

WALLER, N. G.; PUTNAM F. W.; CARLSON, E. B. Types of dissociation and dissociative types: a taxometric analyses of dissociative experiences. **Psychol. Methods.**, v. 1, n. 3, p. 300-321, Sept. 1996.

WEST, D. J. A mass observation questionnaire on hallucinations. **Journal of the Society of Psychical Research**, v. 34, p. 187-196, 1948.

ZINGRONE, N. L. Images of woman as medium: power, pathology and passivity in the writings of Frederic Marvin and Cesare Lombros. In: COLY, L.; WHITE, R. A. **Women and parapsychology**. New York: Parapsychology Foundation, 1994. p. 90-123.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
NÚCLEO DE PESQUISA EM ESPIRITUALIDADE E SAÚDE
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: ADAIR DE MENEZES JÚNIOR
ENDEREÇO: RUA BARÃO DE CATAGUASES 420/701
CEP: 36015-370. – JUIZ DE FORA – MG
FONE: (32) 3218 3960
E-MAIL: ADAIR.MENEZES@UFJF.EDU.BR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Estudo prospectivo sobre o diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso”.

Neste estudo pretendemos investigar o quanto os primeiros afloramentos da mediunidade podem trazer perturbações para aquele que os vivência que podem ser confundidos com transtornos psicóticos e dissociativos, que podem resultar na prescrição de medicação e mesmo de internação que seriam desnecessários e até prejudiciais para os indivíduos que passam por estas vivências.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos:

Os indivíduos serão entrevistados e avaliados preferencialmente nos próprios Centros Espíritas.

Os instrumentos que serão utilizados serão:

- Um Questionário Sociodemográfico que recolherá informações objetivas sobre o participante.
- Uma primeira Entrevista Qualitativa Semi-Estruturada, que colherá informações sobre as possíveis vivências mediúnicas de cada participante.
- O SCID (Entrevista Clínica Estruturada Para o DSM-IV), o DDIS (Entrevista Clínica Para Transtornos Dissociativos) o O-LIFE (Inventário Oxford-Liverpool de Sentimentos e Emoções), o DES (Escala de Experiências Dissociativas e o TCI (Inventário de Temperamento e Caráter) que investigam os possíveis transtornos mentais que o participante possa estar vivenciando.
- O WHOQOL Abreviado (Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde), que avalia a qualidade de vida do indivíduo.
- Uma segunda Entrevista Qualitativa Semi-Estruturada na qual serão indagadas as providências que o indivíduo possa ter tomado para melhorar seu quadro sintomático e os resultados que tenha conseguido.

Os instrumentos serão aplicados em um primeiro momento, que será denominado momento 1, junto com a primeira Entrevista e novamente reaplicados um ano depois, no que será chamado de momento 2, junto com a segunda Entrevista.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Estudo prospectivo sobre o diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
 CEP 36036.900
 FONE:32 3229 3788

APÊNDICE 2 - ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA

ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA

Entrevistador: _____

Número: _____ Data: _____

Dados Demográficos:

1. Nome:

Endereço: _____

—

Telefones: _____

—

2. Sexo: Masculino (1); Feminino (2)

3. Data de Nascimento: ____/____/____

4. Idade: ____ anos

5. Nível Educacional

(1)	Fundamental	Incompleto
(2)	Fundamental	Completo
(3)	Médio	Incompleto
(4)	Médio	Completo
(5)	Superior	Incompleto
(6)	Superior	Completo
(7)	Pós-graduação	

Perfil Socioeconômico:

6. Situação Conjugal atual

(1) Solteiro

(2) Casado/União estável

(3) Separado/Divorciado

(4) Viúvo

7. Com quem vive atualmente

(1) Sozinho

(2) C/ pais

(3) C/ cônjuge

(4) C/ filhos

(5) Em instituição

8. Ocupação

(1) Estudante

(2) Desempregado

(3) Do Lar

(4) Empregado

(5) Autônomo/Profissional liberal

(6) Aposentado(a) por tempo de serviço

(7) Aposentado(a) por invalidez

(8) Afastado(a)

9. Renda individual: _____ salários mínimos (R\$ _____)

10. Renda familiar: _____ salários mínimos (R\$ _____)

Transtorno psicológico Prévio

11. Algum problema psicológico/psiquiátrico anteriormente?

(1) Sim.

Qual? _____

(2) Não

12. Precisou de tratamento?

(1) Não

(2) Psicoterapia

(3) Psicofármacos

(4) Outros: _____

13. Medicação:

(1) Se sim, qual? _____

(2) Por quanto tempo? _____

(3) Qual dose? _____

(4) Por que parou? _____

Doença física

(1) Sim; Qual?

(2) Não

Perfil Religioso

14. Religião:

(1) Sem religião

(2) Católico Praticante

(3) Católico Não-praticante

(4) Evangélico

(5) Pentecostal

(6) Neo-pentecostal

(7) Espírita

(8) Umbandista

(9) Outra: _____

(10) Tem uma segunda religião? Qual? _____

15. Você poderia falar brevemente sobre o motivo que o fez buscar o serviço de Atendimento Fraternal deste centro espírita?

16. Como você percebe as experiências que tem tido?

APÊNDICE 3 - ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS

IDENTIFICAÇÃO

Entrevistador:

Número:

Nome:

Data:

- 1 - Que tipo de experiências incomuns você tem tido?
- 2 - Como você se sente quando estas experiências acontecem com você?
- 3 - Há quanto tempo estas experiências acontecem com você?
- 4 - Como estas experiências começaram?
- 5 - Com que frequência estas experiências acontecem com você?
- 6 - Quanto tempo estas experiências duram?
- 7 - Onde geralmente estas experiências acontecem?
- 8 - Você tem controle sobre estas experiências?
- 9 - Caso afirmativo, o que faz para ter este controle?
- 10 - Você tem certeza que teve uma experiência verdadeira?
- 11 - Caso afirmativo, o que faz você ter esta certeza?

12 – Você procurou alguém para entender o que estava acontecendo com você?

13 - Caso afirmativo, o que você aprendeu com quem você procurou?

14 - Estas experiências têm de alguma forma atrapalhado suas atividades obrigatórias?

15 - Caso afirmativo, que atividades obrigatórias ficaram atrapalhadas?

16 – Caso afirmativo, como estas atividades ficaram atrapalhadas?

17 - Estas experiências têm de alguma forma atrapalhado seus relacionamentos?

18 - Caso afirmativo, quais relacionamentos tem sido atrapalhados?

19 – Caso afirmativo, de que forma estes relacionamentos tem sido atrapalhados?

20 - Além de passar por estas experiências, você tem experimentado no seu dia a dia outras perturbações emocionais?

21 – Caso afirmativo, quais perturbações?

22 - Estas experiências trouxeram algum benefício para outras pessoas?

23 - Caso afirmativo, quais benefícios?

24 - Estas experiências trouxeram algum benefício para você e para sua vida?

25 - Caso afirmativo quais benefícios?

APÊNDICE 4 - ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS COMPLEMENTAR

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS COMPLEMENTAR

IDENTIFICAÇÃO

Número:

Nome:

Endereço:

Telefone:

Data:

Idade:

Sexo: Masculino Feminino

Estado Civil: Solteiro Casado/Relação Estável
Separado/Divorciado

1 – Em relação a um ano atrás, você acha que:

1.1 Melhorou em que?

1.2 Piorou em que?

1.3 Ficou do mesmo jeito em que?

2- O que você procurou fazer para lidar com a sua situação inicial?

3 – Que resultados você conseguiu?

4 – Como você compreendia o que se passava com você a um ano atrás?

5 – Como você compreende hoje o que se passava com você a um ano atrás?

6 – O que você recomendaria hoje a quem estive passando por uma situação semelhante a que você passou um ano atrás?

ANEXOS

ANEXO 1 - Revisão da Literatura

O diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso

Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content

Adair de Menezes Júnior¹, Alexander Moreira-Almeida²

¹ Psicólogo e mestre em Filosofia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

² Psiquiatra e professor adjunto pela Faculdade de Medicina da UFJF.

Recebido: 16/8/2008 – **Aceito:** 13/10/2008

Endereço para correspondência: Adair de Menezes Júnior.

Rua Barão de Cataguases, 460/701 – 36015-370 – Juiz de Fora, MG. E-mails: adair.menezes@ufjf.edu.br e alex.ma@ufjf.edu.br

Resumo

Introdução: Experiências espirituais podem ser confundidas com sintomas psicóticos e dissociativos, constituindo-se muitas vezes em um desafio para o diagnóstico diferencial. **Objetivo:** Identificar critérios que permitam a elaboração de um diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos psicóticos e dissociativos. **Métodos:** Foi feita uma ampla revisão na literatura sobre o tema, na qual foram examinados 135 artigos identificados em pesquisa no PubMed. **Resultados:** Foram identificados nove critérios de maior concordância entre os pesquisadores que poderiam indicar uma adequada diferenciação entre experiências espirituais e transtornos psicóticos e dissociativos. São eles, em relação à experiência vivida: ausência de sofrimento psicológico, ausência de prejuízos sociais e ocupacionais, duração curta da experiência, atitude crítica (ter dúvidas sobre a realidade objetiva da vivência), compatibilidade com o grupo cultural ou religioso do paciente, ausência de comorbidades, controle sobre a experiência, crescimento pessoal ao longo do tempo e uma atitude de ajuda aos outros. A presença dessas condições sugere uma experiência espiritual não patológica, mas, por outro lado, há carência de estudos bem controlados testando esses critérios. **Conclusões:** Esses critérios propostos na literatura, embora alcançando um consenso expressivo entre diferentes pesquisadores, ainda precisam ser testados empiricamente e direções metodológicas para as futuras pesquisas sobre esse tema são sugeridas.

Menezes Júnior A, Moreira-Almeida A / Rev Psiq Clín. 2009;36(2):75-82

Palavras-chave: Alucinação, dissociação, possessão, transe.

Abstract

Background: Spiritual experiences can be confused with psychotic and dissociative symptoms, providing it is frequently a challenge for the differential diagnosis. **Objective:** To identify criteria to allow the elaboration of a differential diagnosis between spiritual experiences and psychotic and dissociative disorders. **Methods:** It was made a wide revision in the literature about the theme, in which 135 articles identified in the research in PubMed were examined. **Results:** Nine criteria were identified for a greater agreement among the researchers that could indicate an appropriate distinction between spiritual experiences and psychotic and dissociative disorders. They are, in relation to the lived experience: lack of psychological suffering, absence of social and occupational impairments, short duration of the experience, critical attitude (to have doubts about the reality of the experience), compatibility with the patient's cultural or religious group, no co-

morbidities, control over the experience, personal growth along the time and an attitude to help the other ones. The presence of those conditions suggests a not pathological spiritual experience, but, on the other hand, there is lack of well controlled studies testing these criteria. **Discussion:** These criteria proposed in the literature, although reaching an expressive consensus among different researchers, still needs to be tested empirically, and methodological directions for future researches about this theme are suggested.

Menezes Júnior A, Moreira-Almeida A / *Rev Psiq Clín.* 2009;36(2):75-82

Key-words: Hallucination, dissociation, possession, trance.

Introdução

Historicamente, desde meados do século XIX, a Psiquiatria tem desprezado e mesmo considerado patológicas as manifestações religiosas e espirituais. Freud¹ considerou a religião como uma neurose obsessiva. A experiência mística também foi vista como um episódio psicótico² e como uma psicose *borderline*³. O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III (DSM-III) faz 12 referências à religião, todas elas associadas à psicopatologia⁴.

Outros autores, entretanto, apresentaram diferentes opiniões. Jung⁵ viu na experiência mística a manifestação de uma experiência psicologicamente saudável. Maslow⁶ considerou as "experiências culminantes" a expressão máxima da saúde e do bem-estar psicológico. Hood⁷ e Caird⁸ constataram que indivíduos que relataram ter tido experiências místicas pontuam mais em escalas de bem-estar psicológico e menos em escalas de psicopatologia do que os controles.

Alguns autores sugeriram a importância de se buscarem critérios diferenciadores entre o que seriam experiências espirituais não patológicas e o que seriam transtornos mentais de conteúdo religioso. As contribuições desses autores para essa importante questão foram coletadas na literatura, e procurou-se apresentar e discutir alguns critérios comuns que tenham perpassado pela maioria dessas investigações. Ao final, concluiu-se que, embora todos esses critérios apresentem certa coerência, ainda não foi feita até o presente nenhuma investigação extensiva que testasse esses critérios, e são colocadas algumas diretrizes metodológicas que alguns autores sugeriram para essa investigação.

Métodos

A base de dados buscada foi a PubMed e os descritores investigados foram *dissociation*, *trance*, *possession* e *hallucination*. Foram priorizados os artigos que apresentavam pesquisas extensivas e critérios diferenciadores entre o que poderia ser considerado uma experiência saudável e o que poderia ser considerado uma experiência patológica.

Resultados

Vários autores têm abordado a relação entre as experiências espirituais e manifestações patológicas da mente. Místicos, videntes e médiuns têm desafiado a compreensão dos profissionais de saúde mental e tornado necessária uma adequada diferenciação entre o que seria uma experiência espiritual saudável e o que seria um transtorno psicótico ou dissociativo com conteúdo religioso.

Já no início do século XX, William James⁹, investigando as experiências de êxtase místico, verificou que essas experiências, quando saudáveis, tinham duração breve e traziam efeitos benéficos para quem as vivenciava.

Buckley¹⁰ examinou relatos autobiográficos de indivíduos que viveram experiências místicas e de indivíduos que viveram experiências esquizofrênicas. Ele identificou aspectos comuns e aspectos diferenciadores em ambas as experiências. Encontrou os seguintes aspectos comuns nas duas experiências: elevação do nível de consciência, sentir-se transportado além do próprio *self*, perda das fronteiras entre o *self* e os objetos, dilatação do sentido do tempo, sentir-se envolvido em luz e um forte sentido de comunhão com o divino. É característica do êxtase místico a preservação da estrutura do pensamento e da fala, o predomínio das alucinações visuais sobre as auditivas, um grande aguçamento dos sentidos, estabilidade das emoções e a duração da experiência limitada no tempo. São características de um surto psicótico a quebra da estrutura do pensamento e da fala, o predomínio das alucinações auditivas sobre as visuais, o embotamento dos sentidos, o esvaziamento das emoções entremeadas por rompantes agressivos ou sexuais e a duração da experiência ser extensiva no tempo.

Lenz¹¹ enfatizou o grau de convicção sobre a experiência vivida como critério de saúde mental: na vivência saudável existe a dúvida sobre a realidade objetiva da experiência e no transtorno mental existe certeza sobre essa realidade.

Lukoff¹² e posteriormente Greyson¹³ investigaram a Experiência de Quase-morte (EQM), procurando diferenciá-las de outras experiências psicopatológicas. Nesta experiência, um indivíduo chega a se ver fora do corpo, encontra seres espirituais e depois retorna ao seu corpo. Assim, Lukoff percebeu na EQM nítidos e antecedentes estressores, um bom funcionamento psicológico prévio, uma atitude exploratória em relação à experiência e a ausência de déficits interpessoais. Já Greyson, confirmando as características saudáveis da EQM, tais como já tinham sido apresentadas por Lukoff, diferenciou a EQM do transtorno do estresse pós-traumático, vendo neste último a presença de lembranças intrusivas, a diminuição geral do interesse em diversas atividades, o estranhamento dos outros, a restrição dos afetos e um senso de futuro abreviado que não se faziam presentes na EQM.

Oxman *et al.*¹⁴ também viram aspectos comuns e diferenciados nos relatos de místicos e esquizofrênicos. Eles escolheram relatos disponíveis publicamente, que o texto tivesse sido escrito logo depois da experiência, que estivesse escrito em inglês e tivesse uma extensão suficiente. De comum entre ambas as experiências, viram a abundância das fantasias e, como fatores diferenciadores, viram que os místicos tratam de encontros com Deus e de sentimentos religiosos, enquanto esquizofrênicos tratam de doenças e de fortes sentimentos de maldade.

Sims¹⁵ propõe que uma experiência espiritual saudável é compatível com uma tradição religiosa; o indivíduo compreende a incredulidade dos outros e tem reservas em discutir sua experiência com outros que acredita que não a compreenderão, é descrita com convicção e, por fim, o indivíduo sente necessidade de efetuar alguma mudança no seu comportamento depois da experiência vivida. Já a experiência patológica se revela em resultados que são compatíveis com uma história de transtorno mental e surge sempre associada a outros transtornos psiquiátricos.

Grof e Grof¹⁶, com base em suas experiências clínicas, criaram o conceito de "emergências espirituais". Esses autores apresentaram essas experiências com um duplo significado, possível pelos diferentes significados de *Spiritual Emergence* e *Spiritual Emergency*. *Spiritual Emergence* refere-se à eclosão de uma experiência espiritual que surge sem acarretar perturbação das funções psicológicas. Já a *Spiritual Emergency* é a ocorrência descontrolada da experiência espiritual com problemas dos funcionamentos psicológico, social e ocupacional.

Grof e Grof¹⁶ fizeram uma ampla e detalhada diferenciação entre as manifestações de uma experiência espiritual e um transtorno mental. No primeiro caso, as experiências são suaves, não geram sensações desagradáveis, não conflitivas, são graduais, preservam a diferenciação entre o que é interno e o que é externo, geram uma atitude de expectativa positiva, favorecem uma renúncia ao controle, estimulam a aceitação de mudanças, integram-se à consciência diária, permitem uma compreensão detalhada, não geram necessidade de discutir frequentemente e possibilitam uma lenta mudança de compreensão de si mesmo e do mundo. Já as experiências ligadas a um transtorno mental são intensas, geram sensações desagradáveis, como tremores e calafrios, são conflitivas, são abruptas, não diferenciam o que é interno do que é externo, geram uma atitude ambivalente, promovem a necessidade do controle, instigam resistência às mudanças, trazem perturbações na consciência diária, sua compreensão é confusa, geram a necessidade de discutir a experiência e provocam modificações abruptas na consciência de si e do mundo.

Greenberg e Witztum¹⁷ investigaram uma população de judeus ortodoxos, procurando diferenciar o que seria um sistema de crenças e práticas religiosas rigorosos, mas psicologicamente saudáveis, de um transtorno obsessivo-compulsivo com fundo religioso. Assim, as experiências pessoais saudáveis são compatíveis com as crenças aceitas pelo grupo religioso, seus detalhes não excedem as crenças aceitas, são moderadas, geram excitação e as habilidades sociais e os hábitos de higiene estão preservados. Já nas crenças obsessivas, as experiências são muito pessoais e divergem das crenças do grupo, seus detalhes excedem as crenças aceitas, são intensas, geram terror e as habilidades sociais e os hábitos de higiene estão comprometidos. Já os comportamentos saudáveis não excedem as prescrições, são gerais, não estão presentes condutas de limpeza e de verificação e não ocorre a desconsideração de outras práticas. As condutas compulsivas, diferentemente, excedem as prescrições, são muito específicas, estão associadas a rotinas de limpeza e de verificação e trazem desconsiderações para com outras práticas religiosas propostas pelo grupo religioso.

Lukoff *et al.*¹⁸ propuseram para o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, na sua versão de 1994¹⁹, uma nova categoria de problemas psicológicos, denominada por eles "problemas religiosos e espirituais". Problemas religiosos são experiências perturbadoras, que envolvem crenças e práticas de uma igreja ou instituição religiosa, que ocorrem, por exemplo, em um momento de crise de fé ou na migração para uma nova orientação religiosa. Problemas espirituais são experiências perturbadoras, que envolvem o relacionamento do indivíduo com um ser ou força transcendente, que ocorrem, por exemplo, nas experiências místicas e nas EQM. Em uma experiência mística ocorrem uma vivência de união com um ser divino, uma grande euforia e a perda da noção de tempo e espaço, que podem ser confundidas com episódios psicóticos

agudos¹². Em uma EQM, uma pessoa se vê projetada fora do seu corpo, encontra seres espirituais e alcança uma nova compreensão da vida, experiência esta que pode ser confundida com um transtorno dissociativo de despersonalização²⁰.

Esse foi um importante avanço na Psiquiatria, pois se colocou a possibilidade de muitas experiências espirituais e religiosas não serem patológicas, apesar de se assemelharem a transtornos mentais. A criação dessa categoria teve como objetivos incrementar especificidade no diagnóstico dessas experiências, reduzir efeitos danosos de um diagnóstico equivocado, estimular pesquisas que gerem tratamentos mais adequados para esses problemas e estimular os centros de formação psiquiátricos a acrescentarem a compreensão e o tratamento desses problemas aos seus programas de treinamento.

Jackson e Fulford²¹ empreenderam um estudo comparando cinco indivíduos que tinham vivenciado experiências espirituais com cinco indivíduos que estavam se recobrando de surtos psicóticos, mas que interpretavam suas experiências em termos religiosos. Eles propuseram que as experiências espirituais e psicóticas não podem ser diferenciadas apenas pelos sintomas que são muito semelhantes em um caso e outro, mas seria mais importante investigar o sistema de valores e crenças com os quais o indivíduo avalia e compreende as suas experiências.

Jackson e Fulford²¹ conseguiram, assim, levantar sintomas diferenciadores entre as duas experiências. Assim, a experiência espiritual geralmente é: voltada para os outros, é curta, vivida intelectualmente, existe dúvida sobre ela, preserva a *insight* sobre a origem interna da experiência, é controlada, não leva a perder o contato com a realidade, é emocionalmente neutra ou positiva (traz satisfação), traz consciência da não compreensão dos outros, não ocorrem falhas nas ações intencionais, não leva à deterioração da vida, seu conteúdo é aceitável pelo grupo cultural de referência do indivíduo e gera crescimento pessoal. Já a experiência psicótica geralmente é voltada para a própria pessoa, é longa, é vivida corporalmente, existe a certeza sobre ela, falta *insight* sobre sua origem interna, leva a pessoa a ser submergida nela, leva a perder o contato com a realidade, é emocionalmente negativa (traz sofrimento), não existe consciência da não compreensão dos outros, gera falhas em ações intencionais, leva à deterioração da vida, seu conteúdo é estranho para o grupo cultural de referência do indivíduo e ocorre um prejuízo geral na vida pessoal.

Koenig²², procedendo a uma revisão da literatura sobre critérios diferenciadores entre experiência espiritual e transtornos mentais, propôs que as primeiras não comprometem os desempenhos social e ocupacional, preservam a compreensão do caráter incomum da experiência, não geram rupturas na relação com um grupo sociocultural de referência, não estão associadas a outras patologias mentais e geram crescimento psicológico com o tempo.

A questão da saúde mental e da psicopatologia se torna crítica diante dos fenômenos alucinatórios, que habitualmente são associados à esquizofrenia ou a outros quadros psicóticos. Segundo Esquirol, a alucinação é uma percepção sem objeto²³. A definição do DSM-IV não se afastou muito desse significado original, ao definir alucinação como uma percepção sensorial que apresenta um forte sentido de percepção real, mas ocorre sem a estimulação externa dos órgãos de sentido pertinentes¹⁹.

Pesquisas populacionais há mais de um século vêm indicando que os fenômenos alucinatórios, mais do que uma categoria de experiências restritas aos psicóticos esquizofrênicos, ocorrem de uma forma bastante disseminada na população. No final do século XIX, Sidgwick²⁴, vinculado à Sociedade de Pesquisas Psíquicas, juntamente com um grande número de colaboradores, entrevistou 7.717 homens e 7.599 mulheres britânicos. Ele constatou que 7,8% dos homens e 12% das mulheres relataram ter tido pelo menos um episódio vívido de alucinação. West²⁵, conduzindo uma pesquisa similar, por meio da distribuição de questionários com 1.519 sujeitos, 50 anos depois, na mesma região anteriormente investigada por Sidgwick, confirmou a ocorrência de alucinações em 14% dos indivíduos investigados.

Tien²⁶ constatou que 10% dos homens e 15% das mulheres em uma amostra de 18.572 indivíduos, obtida em uma ampla pesquisa de sintomas psiquiátricos em uma população geral (Epidemiological Catchment Area Program), apresentavam alucinações ao longo de toda a vida sem manifestarem outros sintomas patológicos. Ohayon²⁷ sondou 13.057 indivíduos da Grã-Bretanha, da Alemanha e da Itália por telefone e constatou que 38,7% destes relataram ter tido alucinações e, entre estes, 5,1% apresentavam esse sintoma uma ou mais vezes por semana.

Além de as alucinações acontecerem extensivamente, Johns e Van Os²⁸, Serper *et al.*²⁹ e Lincoln³⁰ propõem que elas acontecem em um *continuum* no qual em um extremo estão os indivíduos saudáveis e, no outro extremo, estão os esquizofrênicos. Baseados em grandes estudos populacionais, eles propõem que, tal como a esquizofrenia não é um construto categorial, mas sim dimensional, ou seja, mais do que existir uma categoria de esquizofrênicos puros, diferentes dos normais, a esquizofrenia se estende em maior ou menor grau a toda a população. O diagnóstico patológico dependerá de uma maior frequência e intensidade da experiência alucinatória, da coexistência de outros sintomas e de prejuízos na capacidade de adaptação em geral.

Strauss³¹ propôs serem indicadores de patologia a convicção sobre a realidade objetiva da vivência alucinatória, a ausência de apoio cultural para a experiência, a grande quantidade de tempo envolvido com a experiência e a implausibilidade da vivência em relação à realidade socialmente compartilhada.

Slade³², investigando dois pequenos grupos de psicóticos (alucinadores e não alucinadores) e Richardson e Divvo³³, examinando dois grupos de alcoólatras (alucinadores e não alucinadores), utilizando testes psicológicos, verificaram que as alucinações são geralmente disparadas por estresse pessoal, em pessoas muito focadas em si mesmas, que são muito imaginativas e têm um pobre teste de realidade. Honig *et al.*³⁴ compararam grupos de não pacientes alucinadores, pacientes com transtorno dissociativo e pacientes esquizofrênicos e concluíram que as alucinações entre normais são tranquilas, não geram alarme nem perturbação e existe controle sobre elas e as alucinações dos esquizofrênicos são precedidas por eventos traumáticas, geram perturbação e não existe controle sobre elas. Serper *et al.*²⁹ compararam três grupos de pessoas, sendo 39 esquizofrênicos alucinadores, 49 esquizofrênicos não alucinadores e 363 universitários normais e assinalaram algumas características dos alucinadores esquizofrênicos: consideram que suas alucinações visuais e auditivas são percepções objetivas, têm vários impedimentos na vida, apresentam outras disfunções clínicas e têm percepções distorcidas.

Experiências dissociativas também estiveram associadas a transtornos mentais. O termo dissociação foi inicialmente criado por Pierre Janet, em 1880, para significar "desagregações psicológicas"³⁵. Segundo esse autor, a dissociação seria a perda da unidade do funcionamento da personalidade humana, na qual certas funções mentais atuariam de forma independente e fora de um controle consciente. A dissociação pode ocorrer naturalmente, como, por exemplo, quando uma pessoa se absorve tanto em assistir a um filme que fica totalmente alheia a tudo o mais que esteja acontecendo a si mesmo ou ao seu redor.

Na concepção original de Janet, a dissociação seria um construto categorial, ou seja, é um tipo ou categoria de experiência que só ocorreria em indivíduos mentalmente doentes, que teriam uma deficiência em integrar diferentes conteúdos psicológicos. Alguns contemporâneos de Janet, como Frederic Myers, Morton Prince e William James, apresentaram um ponto de vista diferente, pelo qual a dissociação é entendida como um construto dimensional, ou seja, é vivenciada em maior ou menor grau por todas as pessoas indo de um extremo saudável até o outro extremo patológico³⁶.

É necessário termos uma compreensão da extensão em que a dissociação ocorre na população em geral. Ross *et al.*³⁷ avaliaram uma amostra de 1.055 adultos não diagnosticados, extraída do total de 650.000 habitantes da cidade de Winnipeg, Canadá. Eles aplicaram nesta amostra o DES (Dissociative Experience Scale), um instrumento de autoinforme composto por 28 itens que mede experiências dissociativas, e constataram que 13% desses indivíduos apresentaram uma pontuação acima de 20, indicando a existência de um nível alto de vivências dissociativas nessa amostra.

Waller *et al.*³⁸ e Martinez-Taboas³⁹ propuseram que a dissociação não patológica envolve a capacidade de absorção e de envolvimento imaginativo e constitui uma experiência humana para a qual todos os indivíduos são propensos em maior ou menor grau. Tellegen e Atkinson⁴⁰ definiram a absorção como um estado de total atenção, no qual o aparelho representacional parece estar totalmente dedicado a experienciar o objeto percebido. Wilson e Barber⁴¹, Rhue e Lynn⁴² e Rauschenberger e Lynn⁴³ identificaram alguns indivíduos, que denominaram de "fantasiadores", como sendo muito propensos à fantasia, tendo tido na infância um maior envolvimento com jogos de fantasia do que com brincadeiras com outras crianças e sua capacidade de fantasiar representou um canal de escape para sua solidão e sua raiva.

Lewis-Fernandez⁴⁴ afirma que a dissociação não patológica ocorre com o controle pleno por parte do indivíduo, dentro de um contexto cultural que a organiza, e é significativa para a própria pessoa e para os outros. Butler⁴⁵ acrescenta que a dissociação saudável é útil em todo o processamento mental, facilita ações e atitudes automáticas, ajuda a escapar mentalmente de situações desagradáveis e a concentrar-se em atividades absorventes, não tem sua origem associada a traumas, ocorre em períodos curtos, é suave e não bloqueia o funcionamento da mente.

A propensão à fantasia, entretanto, por mais inocente que possa parecer, pode levar à dissociação patológica, quando um evento traumático faz o indivíduo buscar, na fantasia, a forma de escapar da realidade intolerável⁴⁶. A dissociação patológica, surgindo inicialmente como uma forma de lidar com a situação aversiva, pode se generalizar para as demais situações de vida, passando a trazer prejuízos na capacidade de adaptação do indivíduo⁴⁵. É a interação entre a capacidade natural de absorção, com as experiências traumáticas, que resultará na dissociação patológica⁴⁵.

A dissociação patológica expressa um definido mau funcionamento psicológico, gera sofrimento e incapacitação, é involuntária e é interpretada pelo grupo cultural de referência do próprio indivíduo como sendo uma doença que necessita de tratamento⁴⁴. Dissociadores patológicos mesclam as formas não patológicas com as formas patológicas de dissociação⁴⁷. A dissociação patológica está ainda associada a experiências traumáticas do passado, é crônica, grave e debilitadora para os funcionamentos psicológico e social do indivíduo⁴⁵.

Segundo Waller *et al.*³⁸ e Martinez-Taboas³⁹, a dissociação patológica se expressa por meio da amnésia, da despersonalização-desrealização, da confusão de identidade e da alteração de identidade.

A amnésia dissociativa compreende basicamente a perda de memória, sobretudo de eventos recentes e de informações pessoais importantes, que não pode ser atribuída a um esquecimento habitual, à fadiga ou a um sintoma de origem orgânica⁴⁸.

A despersonalização refere-se às alterações afetivas e perceptuais em relação ao *self*, que levam o indivíduo a estranhar a si mesmo e ao seu próprio corpo. A desrealização refere-se às mesmas alterações em relação ao seu meio ambiente, que fazem o indivíduo se sentir desconfortável nesse ambiente⁴⁸.

O transtorno de identidade dissociativa, antes chamado de transtorno de identidade múltipla, manifesta-se pela existência de duas ou mais personalidades dentro de um mesmo indivíduo, que se alternam dentro dele, com períodos de amnésia, eclipsando as personalidades que foram afastadas⁴⁸.

A alteração de identidade é vista mais evidentemente no transtorno de transe dissociativo. Cardeña *et al.*⁴⁸ definem transe como uma alteração temporária da consciência, da identidade ou do comportamento, com diminuição da percepção do ambiente e ocorrência de movimentos que estejam fora do controle da própria pessoa, sem substituição da própria consciência por outra. Os mesmos autores definem transe de possessão como sendo a mesma vivência, com a diferença que a alteração da consciência é atribuída a uma força ou entidade espiritual externa que se apossa da consciência daquele que vivencia a experiência.

Deve-se tomar cuidado para não considerar patológicas todas as formas de transe e possessão, pois Bourguignon⁴⁹, em uma investigação antropológica, constatou que, em 488 sociedades no mundo, 90% delas possuíam formas institucionalizadas de transe e, em 52% destas, esses estados são atribuídos à possessão por seres espirituais. Isso nos mostra que a extensão em que essa vivência acontece no mundo nos leva a tomar cuidado para não reduzi-la a um mero mau funcionamento psicológico de indivíduos mentalmente doentes.

Lewis⁵⁰ propôs alguns critérios para diferenciar a possessão saudável da patológica. A possessão não patológica, denominada por ele como central, é episódica, ocorre em um tempo delimitado, é organizada e ocorre dentro de um contexto cultural que lhe confere significado. Já a possessão patológica, denominada por ele como periférica, tende a ser crônica, ocorre de forma não controlada, não é organizada e não compatível com o contexto cultural no qual o indivíduo esteja integrado.

Beng-Yeong⁵¹ propõe que estados de transe saudáveis sejam disparados por ações definidas, sejam curtos e gerem resultados benéficos para o indivíduo que os vivencia e serão patológicos se forem disparados por emoções estressantes, durarem muito e gerarem resultados maléficos para quem os vivencia.

Cardeña *et al.*⁵², utilizando os conceitos de Lewis⁵⁰, afirmam que a possessão central (não patológica) vem de uma predisposição provavelmente biológica, que foi modelada por fatores socioculturais organizados, que levaram a rituais controlados de possessão. É neste sentido que poderemos compreender os transes de possessão da mediunidade, que acontecem nas religiões mediúnicas, como no Espiritismo, na Umbanda e no Candomblé. Já a possessão periférica (patológica) também decorreria de uma predisposição biológica, mas que foi impactada por traumas físicos ou sexuais, gerando alterações de identidade difíceis de controlar e organizar. Os indivíduos passam a apresentar sofrimento psicológico e prejuízos significativos nos seus funcionamentos social e ocupacional.

Discussão

Será apresentado um resumo com os principais sintomas diferenciadores entre uma experiência espiritual e um transtorno mental propostos por esses autores. A ordem de colocação desses critérios deve-se a uma concordância decrescente dos autores em relação a eles, tal como apresentados neste estudo. Esses critérios não devem ser considerados isoladamente, mas sim em um conjunto. Faltam, entretanto, mais estudos que testem prospectivamente os critérios diferenciadores do que seria uma experiência espiritual e do que seria um transtorno dissociativo ou espiritual.

I – Ausência de sofrimento psicológico^{10-13,14,16,17,21,32-34,44,45,52}

O sofrimento está relacionado à doença. Deve-se lembrar, entretanto, que os estágios iniciais de uma experiência religiosa ou espiritual podem vir acompanhados de grande sofrimento pessoal que poderão ser superados à medida que o indivíduo avançar na compreensão e no controle da sua experiência. Greyson¹³, estudando as EQM, afirma que os indivíduos, após

essa experiência, sentem raiva e depressão, experimentam abalos em suas crenças religiosas, passam a duvidar de sua sanidade mental, sentem-se incompreendidos pelos familiares e profissionais de saúde e que 75% rompem casamentos, e suas carreiras profissionais podem ficar gravemente prejudicadas. Comentando quatro casos em seu artigo, ele afirma que o atendimento psicoterapêutico e psicofarmacológico adequado trouxe uma melhor compreensão da experiência vivida por eles, levando esses pacientes a retomarem e muitas vezes reestruturarem sua vida de forma mais significativa.

II – Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais^{12,16,17,21,22,28-30,44,45,52}

A saúde psicológica implica um ego estruturado gerenciando adequadamente as relações sociais, familiares, afetivas e atividades ocupacionais. Lukoff *et al.*⁵⁴, entretanto, comentam como indivíduos que tiveram uma experiência mística podem se sentir temporariamente desajustados em relação à sua vida cotidiana, enquanto não conseguirem compreendê-la e retomá-la.

III – A experiência tem duração curta e ocorre episodicamente^{9,10,21,28-31,45,50,51}

A experiência espiritual não patológica é um acréscimo às possibilidades vivenciais do indivíduo, não se interpondo às demais experiências cotidianas da consciência. Assim, espera-se que a pessoa saudável passe por uma vivência incomum e logo retome seu estado habitual de consciência e suas atividades cotidianas. Existem casos, entretanto, de médiuns treinados que sustentam experiências espirituais por mais tempo sem comprometimento de sua saúde mental⁵⁴.

IV – Existe uma atitude crítica sobre a realidade objetiva da experiência^{11,15,16,21,22,29,31-33}

A consciência saudável, surpreendida pela experiência espiritual ou religiosa, precisará refletir sobre o sentido dessa experiência para si mesmo e para sua vida. Enquanto o indivíduo não desenvolver uma nova compreensão sobre a experiência que esteja vivendo, ele precisará colocar sob suspeita essa nova experiência, até que ela possa ser compreendida. Enquanto isso, ele poderá não conseguir avaliar adequadamente o que lhe sucedeu, como ocorre, por exemplo, nas experiências místicas, como mostraram Lukoff *et al.*⁵⁴.

V – Existe compatibilidade da experiência com algum grupo cultural ou religioso^{15,17,21,22,31,44,50,52}

A compatibilidade da experiência com as crenças e os comportamentos próprios de um grupo cultural de referência sugere o ajustamento social daquele que vive a experiência com as práticas de um grupo, conferindo legitimidade a essa vivência. Entretanto, a EQM¹³ e a mediunidade⁵⁴ podem surpreender indivíduos, seus familiares, bem como os grupos religiosos em que eles estejam inseridos, sem que alguém tenha qualquer compreensão sobre o que tenha ocorrido.

VI – Ausência de comorbidades^{15,22,28-30}

Sims¹⁵ apontou que a psicopatologia relacionada a uma experiência espiritual pode ser observada tanto no comportamento do indivíduo quanto na sua experiência subjetiva, manifesta-se em todas as suas áreas de vida e compõe um histórico de vida compatível com o histórico de um transtorno mental, em nada lembrando uma experiência espiritual. Quanto mais evidenciada estiver a patologia, mais probabilidades teremos de estar diante de um transtorno mental.

VII – A experiência é controlada^{21,34,44,50,51}

Cabe a um ego vigilante controlar suas vivências habituais e garantir um bom desempenho pessoal e social. Caberá a ele, da mesma forma, controlar as experiências espirituais e religiosas, de modo a não prejudicar suas vivências habituais. Formas orientais de meditação, por exemplo, tendem a atrair indivíduos com transtorno de personalidade *borderline* e narcisista, que têm uma frágil integração psicológica, podendo gerar nesses indivíduos falsas experiências de iluminação, repletas de visões aterradoras⁵⁴.

VIII – A experiência gera crescimento pessoal^{15,16,21,22,51}

A experiência espiritual gera significados enriquecedores para a vida pessoal, social e profissional de um indivíduo. Já a experiência patológica, mal estruturada e mal estruturada desde o princípio ampliará o desequilíbrio do indivíduo ao longo do tempo, resultando em deterioração geral da sua qualidade de vida¹⁵.

IX – A experiência é voltada para os outros^{21,32,33}

A experiência voltada para os outros guarda um sentido e um objetivo social, próprios de alguém socialmente ajustado. Já a experiência egocentrada tende a ser isolacionista e pode, muito facilmente, levar o indivíduo a enredar-se nos meandros de um pensamento delirante sem que ele próprio possa se dar conta da extensão do seu desvio da normalidade.

Conclusão

Embora os critérios diferenciadores aqui apresentados sejam sugestivos para diferenciar uma experiência espiritual de uma condição de transtorno mental, são necessários estudos controlados que testem esses critérios sugeridos.

Esses futuros estudos deverão tomar alguns cuidados para que possam ter maior validade.

Tart⁵⁵ já tinha apontado a inadequação da abordagem científica tradicional para abordar os "Estados Alterados de Consciência", entendidos como alterações qualitativas no padrão global de funcionamento mental que o indivíduo sente serem radicalmente diferentes do seu modo habitual de funcionamento, recomendando o uso extensivo de observações empíricas que possam ser replicadas por outros investigadores.

Heber *et al.*⁵⁶ e Ross *et al.*³⁷ propuseram que os estudos sejam feitos com populações não clínicas, para que seus resultados possam ser mais generalizáveis para a população não diagnosticada.

Reinsel⁵⁷ sugeriu que fossem utilizadas amostras maiores e estas fossem recolhidas de ambientes onde as experiências estudadas ocorram com maior frequência.

Almeida e Neto⁵⁸ recomendam, entre outras coisas, utilizarem-se diversos critérios de normalidade e patologia, avaliar a experiência de modo multidimensional e priorizar estudos longitudinais que permitam esclarecer as complexas relações causais entre as variáveis associadas às experiências espirituais e aos transtornos mentais.

Levin e Steele⁵⁹ também insistem em estudos longitudinais, propõem o uso de conceitos operacionais relativos às experiências e recomendam buscar respostas para as seguintes perguntas: o que, quem, onde, quando, como e por quê.

Referências

1. Freud S. O mal estar na civilização. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1959.
2. Horton PC. The mystical experience: substance of an illusion. *J Am Psychoanal Assoc.* 1974;22:364-80.
3. Group for Advancement of Psychiatry. *Mysticism: spiritual quest or mental disorder.* New York; 1976.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Washington: APA; 1987.
5. Jung CG. *Psychology and religion.* Princeton: Princeton University Press; 1973.
6. Maslow A. *The Farther Reaches of Human Nature.* New York: Viking; 1971.
7. Hood RW. Conceptual criticism of regressive explanations of mysticism. *Rev Religious Res.* 1976;17:179-88.
8. Caird D. Religion and personality: are mystics introverted, neurotic or psychotic? *Br J Soc Psychol.* 1987;26:345-46.
9. James W. *The varieties of religious experience: A study in human nature.* Cambridge: Harvard University Press; 1902/1958.
10. Buckley P. Mystical experience and schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1981;7:516-21.
11. Lenz, H. Belief and delusion: their common origin but different course of development. *Zygon.* 1996;18:117-37.
12. Lukoff D. The diagnosis of mystical experiences with psychotic features. *J Transp Psychol.* 1985;17(2):155-81.
13. Greyson B. The near-death experience as a focus of clinical attention. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(5):327-33.
14. Oxman TE, Rosenberg SD, Schunurr PP, Tucker GJ, Gala G. The language of altered states. *J Nerv Ment Dis.* 1988;176:401-8.
15. Sims A. *Symptoms in the mind.* London: Ballière Tindall; 1988.
16. Grof S, Grof C. Eds. *A tempestuosa busca do ser.* São Paulo: Cultrix; 1990.
17. Greenberg D, Witztum E. Problems in the treatment of religious patients. *Am J Psychiatry.* 1991;45:554-65.

18. Lukoff D, Lu F, Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychoespiritual problems. *J Nerv Ment Dis.* 1992;180(11):673-82.
19. American Psychiatric Association – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: APA; 1994.
20. Greyson B. Dissociation in people who have near death experience: out of their bodies or out of their minds? *Lancet.* 2000;355(9202):460-3.
21. Jackson M, Fulford KWM. Spiritual experience and psychopathology. *Philos Psychiatr Psychol.* 1997;4(1):41-65.
22. Koenig HG. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Rev Psiq Clín.* 2007;34(suppl 1):95-104.
23. Berrios G. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
24. Sidgwick H. Report on the census of hallucinations apud Berrios G. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
25. West DJ. A mass observation questionnaire on hallucinations apud Berrios G. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
26. Tien AY. Distribution of hallucinations in the population. *Soc Psychiatry Epidem.* 1991;26:287-92.
27. Ohayon MM. Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Res.* 2000;27(2-3):153-64.
28. Johns LC, Van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin Psychol Rev.* 2001;21(8):1125-41.
29. Serper M, et al. Factorial structure of the hallucinatory experience: continuity of experience in psychotic and normal individuals. *J Nerv Ment Dis.* 2005;193(4):265-72.
30. Lincoln TM. Relevant dimensions of delusions: continuing the continuum versus category debate. *Schizophr Res.* 2007;93(1-3):211-20.
31. Strauss JS. Hallucinations and delusions as points on continua function. *Arch Gen Psychiatry.* 1969;21:581-86.
32. Slade PD. An investigation of psychological factors involved in the predisposition to auditory hallucinations. *Psychol Med.* 1976;6(1):123-32.
33. Richardson A, Divvo P. The predisposition to hallucinate. *Psychol Med.* 1980;10(4):715-22.
34. Honig A, et al Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186(10):646-51.
35. Janet P. *l'automatisme psychologique: essai de psychologie experimentale sur les forme inférieures de l'activité humaine.* Paris: Félix Alcan; 1889.
36. Putnam FW. *Diagnosis and treatment of multiple personality disorders.* New York: Guilford; 1989.
37. Ross CA, et al. Dissociative experiences in the general population. *Am J Psychiatry.* 1990a;147:1547-52.
38. Waller NG, Putnam FW, Carlson EB. Types of dissociation and dissociative types: a taxonomic analysis of dissociative experiences. *Psychol Methods.* 1996;1(3):300-21.
39. Martinez-Taboas A. Dissociative experiences and disorders: a review. *Intern J Parapsychol.* 2001;12(1):131-62.
40. Tellegen A, Atkinson G. Openness to absorbing and self altering experiences ("Absorption") a trait related to hypnotic susceptibility. *J Abnorm Psychol.* 1974;83(3):268-77.
41. Wilson SC, Barber TX. The fantasy-prone person personality: implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. In: Sheikt A. (ed.). *Imagery: current theory, research, and application.* New York: Wiley; 1983. p. 340-90.
42. Rhue JW, Lynn SJ. *J Pers Soc Psychol.* 1987;53(2):327-36.
43. Rauschenberger SL, Lynn SJ. Fantasy proneness, DSM-III-R Axis I psychopathology, and dissociation. *J Abnorm Psychol.* 1995;104(2):373-80.
44. Lewis Fernandez R. A cultural critique of the DSM-IV dissociative disorders section. *Transc Psychiatry.* 1998;35(3):387-440.
45. Butler LD. Normative dissociation. *Psych Clin North America.* 2006; 29:45-62.
46. Kihlstrom JF, et al. Dissociative tendencies and dissociative disorders. *J Abnorm Psychol.* 1994;103(1):117-24.
47. Dell PF. Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(1):10-5.
48. Cardeña E, Lewis-Fernandez R, Bear D, Pakianathan I, Spiegel D. Dissociative disorders in DSM IV. APA; 1994. p. 973-1005.
49. Bourguignon E. Spirit possession and altered states of conscience: the evolution of an enquiry. In: Spindler GD (ed.) *The making of psychological anthropology.* Berkley: University of California Press; 1978.
50. Lewis AJ. *Ecstatic religion.* London: Routledge; 1989.
51. Beng-Yeong N. Phenomenology of trance states seen at a psychiatric hospital in Singapore: a cross-cultural perspective. *Transc Psychiatry.* 2000;560-79.
52. Cardeña E, Van Duijl M, Weiner LA, Terhune DB. Possession/trance phenomena. In: Dell PF, O'Neil JA (eds.). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-IV and beyond.* New York: Routledge; 2006.
53. Almeida AM. *Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia dos médiuns espíritas.* São Paulo: USP; 2004.
54. Lukoff D, Lu FG, Turner R. Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *Psychiatr Clin North Am.* 1995;18(3):467-85.

55. Tart CT. States of consciousness and states-specific sciences. *Science*. 1972;176:1203-10.
56. Heber AS, Fleisher WP, Ross Ca, Stanwick RS. Dissociation in alternative healers and traditional therapists: a comparative study. *Am J Psychother*. 1989;XLIII(4):562-74.
57. Reinsel R. Dissociation and mental health in mediums and sensitives: a pilot study. Vancouver: Parapsychological Association, 46th Annual Conference; 2003.
58. Almeida AM, Neto FL. Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. *Rev Psiq Clín*. 2003;30:21-8.
59. Levin J, Steele L. The transcendent experience: conceptual, theoretical and epidemiological perspectives. *Explore*. 2005;1(2):89-101.

ANEXO 2 – DDIS

ENTREVISTA ESTRUTURADA SOBRE TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS

IDENTIFICAÇÃO

Entrevistador:

Número:

Nome:

Data:

V. Sintomas Positivos de Esquizofrenia (Sintomas Schneiderianos de Primeira Ordem)

64. Você já vivenciou o seguinte

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

- a) vozes dialogando na sua cabeça []
- b) vozes comentando as suas ações []
- c) ter seus sentimentos produzidos ou controlados por alguém ou algo fora de você []
- d) ter seus pensamentos produzidos ou controlados por alguém ou algo fora de você []
- e) ter suas ações produzidas ou controladas por alguém ou algo fora de você []
- f) Influências de fora de você se utilizando ou afetando seu corpo tal como uma força ou poder externo. []
- g) ter pensamentos removidos da sua mente []
- h) pensamentos que parecem ser também de outra pessoa []
- i) ouvir seus pensamentos como se falados em voz alta []
- i) outras pessoas sendo capazes de ouvir seus pensamentos como se eles estivessem altos []
- k) pensamentos de natureza delirante que eram muito fora de contato com a realidade []

Se a pessoa respondeu “Não” para todos os sintomas de esquizofrenia, vá para a questão 67, caso contrário, o entrevistador deveria perguntar :

“Se você já teve qualquer um dos sintomas acima, eles eram claramente limitados a um dos seguintes:”

65. Ocorreram somente sob efeito de drogas ou álcool.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

66. Ocorreram somente durante um episódio depressivo maior.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

XI. Amnésia Dissociativa

117. Você já teve dificuldade para se lembrar de informações pessoais importantes, particularmente de conteúdo traumático ou estressante, que é grande demais para ser explicada por esquecimentos comuns?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

118. Se você respondeu Sim à questão anterior, o distúrbio foi devido a uma doença física conhecida (ex.: apagamentos (blackouts) quando alcoolizado ou derrame), abuso de drogas ou outro problemas psiquiátrico?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

119. Os sintomas causaram em você sofrimento importante ou prejuízo em seu desempenho social ou ocupacional?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

XII. Fuga Dissociativa

Se a pessoa respondeu não a uma ou ambas as questões 118 e 119, vá para a 121.

120. Você já fez viagens súbitas e inesperadas para longe da sua casa ou local de trabalho, sem conseguir lembrar de seu passado?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

121. Durante esse período você ficou confuso sobre sua identidade ou assumiu parcial ou completamente uma nova identidade?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

122. Se você respondeu Sim às duas questões anteriores, o distúrbio foi devido a uma doença física conhecida? (ex.: apagamentos (blackouts) quando alcoolizado ou derrame)?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

123. Os sintomas causaram em você sofrimento significativo ou prejuízo em seu desempenho social ou ocupacional?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

XIII. Transtorno de Despersonalização

124. **O entrevistador deve dizer:** “Agora vou fazer-lhe várias perguntas sobre despersonalização. Despersonalização quer dizer sentir-se irreal, como se você estivesse em um sonho, ver-se fora do corpo ou experiências semelhantes.

a) Você já teve um ou mais episódios de despersonalização suficientes para causar problemas no seu trabalho ou vida social?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

b) Você já teve a sensação de que seus pés e mãos ou outras partes do corpo tinham mudado de tamanho?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

c) Você já se viu fora do seu corpo?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

d) Você já teve uma forte sensação de irrealidade que durou por um certo tempo, excluindo quando você estava usando drogas ou álcool?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Se a pessoa não respondeu Sim a qualquer uma das questões 124 a-d, vá para a questão 127.

125. Se você respondeu Sim a qualquer uma das questões anteriores sobre despersonalização, o distúrbio foi devido a um outro problema tal como esquizofrenia, transtorno ansioso, epilepsia, abuso de drogas ou uma doença médica geral?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

126. Durante os períodos de despersonalização, você permaneceu em contato com a realidade e manteve sua capacidade de pensar racionalmente?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

XIV. Transtorno de Identidade Dissociativa

127. Você já sentiu como se existissem duas ou mais identidades ou personalidade distintas dentro de você, cada uma com seu próprio modo de perceber, pensar e se relacionar contigo mesmo e com os outros?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Se a pessoa respondeu Não à questão 127, vá para a questão 131.

128. Ao menos duas das identidades ou personalidades tomam, recorrentemente, o controle sobre o seu comportamento?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

O entrevistador deve marcar a questão 129 baseada na resposta à questão 117 e não deve ler alto a questão 129.

129. Já aconteceu de você não conseguir lembrar de informações pessoais importantes, que são extensas demais para serem explicadas por esquecimento habitual?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

130. O problema com diferentes identidades ou personalidades é devido a abuso de álcool ou drogas (ex.: apagões alcoólicos) ou um problema médico geral?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

O ENTREVISTADOR NÃO DEVE LER ALTO AS 2 QUESTÕES SEGUINTE

XV. Transtorno Dissociativo Sem Outra Especificação

131. A pessoa aparenta ter um transtorno dissociativo mas não satisfaz o critério para um transtorno dissociativo específico. Exemplos incluem estados semelhantes a transes, desrealização sem despersonalização e aqueles estados dissociativos mais prolongados que podem ocorrer em pessoas que foram submetidas a períodos de persuasão coerciva intensa e prolongada (lavagem cerebral, reforma do pensamento e doutrinação enquanto cativo).

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

XVI. Item Conclusivo

132. Durante a entrevista, a pessoa apresentou processos de pensamento incomuns, ilógicos ou idiossincráticos?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Algumas pessoas, às vezes, dão-se conta de estarem vestidas com roupas que não lembram ter colocado. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. **Algumas pessoas, às vezes, encontram objetos novos entre suas coisas que não lembram ter comprado. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Algumas pessoas, às vezes, são abordadas por outras pessoas que elas não conhecem e que as chamam por outro nome ou insistem que já encontraram com elas antes. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. **Algumas pessoas, às vezes, sentem-se como se estivessem ao lado delas próprias ou observando a si mesmas. Ou seja, elas realmente se vêem como se estivessem olhando para outra pessoa. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. **Algumas pessoas são informadas de que elas, às vezes, não reconhecem amigos ou membros da família. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Algumas pessoas não se lembram de alguns eventos importantes de suas vidas (por exemplo, um casamento ou formatura). Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Algumas pessoas, às vezes, são acusadas de mentir quando elas acham que não mentiram. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Algumas pessoas, às vezes, olham-se no espelho e não se reconhecem. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Algumas pessoas, às vezes, sentem que as outras pessoas, as coisas e o mundo em volta delas não são reais. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Algumas pessoas, às vezes, sentem que seu corpo não parece pertencer a elas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Algumas pessoas, às vezes, recordam um acontecimento passado tão nitidamente ou intensamente que elas sentem como se estivessem revivendo este acontecimento. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Algumas pessoas, às vezes, ficam em dúvida se algumas coisas realmente aconteceram com elas ou se elas apenas sonharam com estas coisas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Algumas pessoas, às vezes, estão num lugar bem conhecido, mas acham que nunca estiveram ali antes. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Algumas pessoas estão assistindo à televisão ou a um filme e ficam tão envolvidas com a história que não percebem os acontecimentos ao seu redor. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Algumas pessoas ficam tão envolvidas numa fantasia ou sonhando acordadas que sentem como se isto estivesse realmente acontecendo com elas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Algumas pessoas, às vezes, são capazes de não sentir dor. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Algumas pessoas, às vezes, ficam sentadas olhando para o nada, pensando em nada, e não percebem a passagem do tempo. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Algumas pessoas, às vezes, quando estão sozinhas, falam em voz alta consigo mesmas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Algumas pessoas, às vezes, sentem-se como se fossem duas pessoas diferentes, porque mudam muito seu comportamento de uma situação para outra. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Algumas pessoas, em algumas situações, são capazes de fazer com muita facilidade aquilo que normalmente seria difícil para elas (por exemplo, esportes, trabalho, situações sociais, etc). Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Algumas pessoas, às vezes, ficam em dúvida se fizeram alguma coisa ou só pensaram ter feito aquela coisa (por exemplo, não saber se elas enviaram uma carta ou apenas pensaram em enviá-la). Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. Algumas pessoas encontram evidências de terem feito coisas que elas não se lembram de ter feito. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Algumas pessoas, às vezes, encontram papéis escritos, desenhos ou notas entre as suas coisas que elas provavelmente fizeram, mas não conseguem se lembrar de ter feito. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27. Algumas pessoas, às vezes, ouvem vozes dentro de suas cabeças que falam para elas fazerem coisas ou comentam sobre coisas que elas estão fazendo. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

28. Algumas pessoas, às vezes, ao olhar ao redor, sentem como se tudo estivesse embaçado, de tal forma que as pessoas e as coisas parecem estar longe ou pouco nítidas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANEXO 4 – WHOQOL ABREVIADO

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....
 Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 5 – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS EM INDIVÍDUOS COM VIVÊNCIAS PSICÓTICAS E DISSOCIATIVAS EM GRUPOS RELIGIOSOS

Sociodemographic and anomalous experiences profile in subjects with psychotic and dissociative experiences in religious groups

ADAIR MENEZES JR.¹, LETÍCIA ALMINHANA¹, ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA¹

¹ Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde (Nupes) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG.

Recebido em: 4/9/2012 – Aceito em: 18/10/2012

Resumo

Contexto: Vivências psicóticas e dissociativas não patológicas são comuns na população geral, especialmente em grupos religiosos. Há poucos estudos sobre o perfil da população não clínica com essas vivências, bem como há dúvidas sobre critérios para o diagnóstico diferencial dessas experiências. **Objetivos:** Identificar o perfil sociodemográfico e de experiências anômalas (EA) entre pessoas que buscaram ajuda em centros espíritas. **Métodos:** Foram entrevistadas 115 pessoas que procuraram auxílio em seis centros espíritas de Juiz de Fora/MG por causa de vivências psicóticas e/ou dissociativas. Entrevista semiestruturada investigou dados sociodemográficos, experiências anômalas apresentadas e a presença de critérios propostos para identificar experiências espirituais não patológicas. **Resultados:** Predomínio de mulheres (70%), de meia-idade, com alta escolaridade, ativas ocupacionalmente e cujas EA começaram na infância (65%) ou adolescência (23%). As EA mais frequentes foram alucinações visuais (63%), auditivas (54%), “percepção espiritual” (53%), “sonhos paranormais” (38%) e experiências fora do corpo (31%). Para a maioria da amostra, essas EA não traziam prejuízos sócio-ocupacionais, eram curtas, episódicas e benéficas; entretanto referiram sofrimento emocional e falta de controle sobre elas. **Conclusão:** A alta frequência e diversidade de EA encontradas, bem como suas implicações teóricas, clínicas e de saúde pública, indicam a urgência de maior atenção a esse tópico.

Menezes Jr. A, et al. / Rev Psiq Clín. 2012;39(6):0-0

Palavras-chave: Transtornos psicóticos, diagnóstico, mediunidade, religião e psicologia, espiritualidade.

Abstract

Background: Non-pathological psychotic and dissociative experiences are frequent in the general population, particularly in religious groups. There are few studies on the profile of non-clinical populations with these experiences, and on criteria for differential diagnosis. **Objectives:** To identify the sociodemographic profile and anomalous experiences (AE) among people who sought help in spiritualist groups. **Methods:** We interviewed 115 people who sought assistance in six spiritualist groups in the city of Juiz de Fora/MG due to psychotic and/or dissociative experiences. Semi-structured interviews investigated sociodemographic data, AEs reported and presence of criteria that have been proposed to identify non-pathological spiritual experiences. **Results:** sample was mostly composed by women (70%), middle age, high educational level, whose AEs started in childhood (65%) and adolescence (23%). The most frequent AEs were visual (63%) and auditory (54%) hallucinations, “spiritual perception” (53%), “paranormal dreams” (38%) and out-of-body experiences (31%). Most of the sample reported that these AEs were not related to socio-occupational impairments, were short, episodic, and beneficial; however, reported emotional distress and lack of control over the experiences. **Discussion:** The high frequency and diversity of AEs reported, as well as their theoretical, clinical, and public health implications point to the urgency need of more attention to this topic.

Menezes Jr. A, et al. / Rev Psiq Clín. 2012;39(6):0-0

Keywords: Psychotic disorders, diagnosis, mediumship, religion and psychology, spirituality.

Introdução

Embora as experiências psicóticas e dissociativas tenham sido habitualmente consideradas pela psiquiatria como sintomas de transtornos mentais, tem havido um crescente reconhecimento de que essas vivências são muito frequentes na população não clínica. Tem se buscado explorar a distribuição dessas vivências na população, bem como características que permitam distinguir o quanto elas são indicadoras ou não da presença de um transtorno mental. Grupos religiosos, por frequentemente fomentarem experiências psicóticas e dissociativas como tranSES, êxtases e alucinações, constituem-se em populações privilegiadas para a investigação de tais fenômenos em populações não clínicas¹. Estudos têm demonstrado, entretanto, que há muitas vezes dúvidas se uma dada experiência que aconteça

nesses grupos é uma experiência espiritual não patológica ou um transtorno mental com sintomas de conteúdo religioso².

Grof e Grof criaram o conceito de emergências espirituais (“*spiritual emergences*”) para nomear “crises psicoespirituais” em que experiências espirituais poderiam desabrochar tanto de forma tranquila (“*spiritual emergence*”) quanto de forma perturbadora (“*spiritual emergency*”).³ O DSM-IV criou a categoria “problemas religiosos e espirituais” para estimular pesquisas que clarifiquem a distinção entre experiências espirituais e transtornos mentais⁴. Problemas espirituais foram definidos como conflitos envolvendo o relacionamento com questões transcendentais ou provenientes de práticas espirituais, incluindo a manifestação súbita de experiências consideradas paranormais⁵⁻⁷.

Experiência anômala (EA) é um termo que tem sido proposto para nomear, sem assumir implicações psicopatológicas, vivências incomuns ou que se acredita serem diferentes do habitual ou das explicações usualmente aceitas como realidade: alucinações, sinestesia e vivências interpretadas como telepáticas etc.⁸. Essas EA podem ser investigadas sem que se compartilhe das crenças que as envolvem, podendo ser pesquisadas como experiências subjetivas⁹.

Uma revisão recente sobre critérios propostos na literatura identificou nove critérios possíveis para distinção entre experiências espirituais não patológicas e transtornos mentais, mas que ainda carecem de maior validação empírica. Assim, seriam sugestivos de uma EA não patológica: ausência de sofrimento, de prejuízos sociais e ocupacionais, de comorbidades, a experiência ser curta e ocorrer episodicamente, ser controlada, ser compatível com uma tradição cultural, gerar crescimento pessoal, ser centrada nos outros e existir uma atitude crítica sobre a realidade objetiva da experiência².

O espiritismo, por ser uma religião que enfatiza fortemente as EA, torna-se um importante objeto de estudos sobre experiências dissociativas e psicóticas na população não clínica. Frequentemente, pessoas procuram centros espíritas em virtude de EA que venham apresentando e que são muitas vezes ressignificadas como mediunidade¹⁰. A mediunidade pode ser definida como um conjunto de experiências nas quais um indivíduo (o médium) alega entrar em contato com ou estar sob o controle da personalidade de uma pessoa já falecida ou outro ser imaterial¹⁰. O espiritismo, assim como outras religiões pelo mundo, se constitui em um importante, mas pouco estudado, provedor de cuidados em saúde mental^{11,12}.

Há estudos já realizados que investigam médiuns em atividade em centros espíritas¹³⁻¹⁵. Esses estudos indicam uma população predominantemente feminina, com bom nível de escolaridade, saúde mental e ajustamento social. No entanto, não identificamos, até o presente momento, nenhum estudo que investigue o perfil das pessoas que buscam auxílio em centros espíritas por causa de suas vivências psicóticas ou dissociativas. Assim, este estudo tem como objetivo traçar o perfil sociodemográfico e das EA vivenciadas por indivíduos que procuram apoio em centros espíritas por causa da presença de experiências psicóticas e dissociativas. Também foi investigada a presença dos nove critérios que foram propostos para a caracterização de uma EA como não patológica.

Método

Este é um estudo transversal, parte de uma pesquisa longitudinal sobre diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais. Entre maio de 2009 e agosto de 2010 foram investigadas pessoas que apresentavam vivências psicóticas e/ou dissociativas e procuraram ajuda em seis centros espíritas da cidade de Juiz de Fora/MG e lá foram identificadas como médiuns. Cento e cinquenta indivíduos foram abordados e, desses, 120 indivíduos concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento informado, e, desse total, obtivemos dados válidos de 115 sujeitos. A abordagem e as entrevistas foram realizadas por dois psicólogos (A.M. e L.A.).

Instrumentos utilizados

Entrevista sociodemográfica: idade, sexo, cor, escolaridade, condição laborativa, estado civil, religião, histórico de saúde mental (com a pergunta: “Você teve algum problema psicológico/psiquiátrico anteriormente?”).

Entrevista de avaliação das experiências anômalas: entrevista qualitativa semiestruturada que explora as experiências anômalas que os sujeitos apresentavam (tais como alucinações visuais e auditivas, vivências de despersonalização e desrealização), que foram ressignificadas como mediunidade no contexto religioso. Também explora qualitativamente a presença dos nove critérios considerados sugestivos de EA não patológica.

Análise dos resultados

Os dados quantitativos foram apresentados por meio de uma estatística descritiva (médias e percentuais).

Os dados qualitativos das entrevistas sobre as EA foram analisados utilizando o método de “Análise de Conteúdo”, de Bardin¹⁶: foi feita uma primeira leitura dos textos, que possibilitasse levantar as primeiras hipóteses interpretativas do material; os temas que se repetiram com maior frequência foram identificados como índices para identificação de categorias temáticas; e as categorias identificadas foram classificadas e contadas. Os sujeitos foram identificados com um código alfanumérico constituído do sexo do entrevistado (F ou M), idade (números) e letras minúsculas (a, b, c, d) quando necessário, para diferenciar sujeitos do mesmo sexo e idade.

Resultados

Dados sociodemográficos

A amostra estudada se constitui em sua maioria por mulheres com elevada escolaridade, ativas ocupacionalmente (trabalho ou estudo) e com idade média de 37 anos, variando entre 18 e 73 anos. Dois terços relataram ter renda individual igual ou inferior a dois salários-mínimos (Tabela 1).

Experiências anômalas relatadas

As experiências anômalas começaram majoritariamente na infância (65,2%) e na adolescência (23,5%). Começaram na vida adulta em apenas 11,3% dos indivíduos. A tabela 2 apresenta a frequência das EA relatadas pelos sujeitos da amostra. A seguir, as EA estão descritas em ordem decrescente de frequência:

1 – Vidência: relatada como a experiência de ver espíritos. A maioria dos sujeitos relatou que suas visões eram nítidas: “via e conversava com uma pessoa com o uniforme de uma empresa, achando que era uma pessoa de carne e osso” (F53a). Outros percebiam apenas vultos: brancos (F31b), escuros (F52a) e até amarelados (F39b). Algumas visões eram grotescas: “um demônio” (F44) e “um homem na parede sem pernas e desfigurado” (F25b). Outras visões foram mais fragmentadas: “duas mãos batendo palmas” (M46) e “uma cabeça de vaca” (F22).

2 – Audição espiritual: trata-se do relato de ouvir espíritos ou ruídos não produzidos materialmente. As vozes são percebidas chamando as próprias pessoas (F22a, F53b, F58), “fazendo comentários sobre o que eu estou fazendo” (F53b, F25a e M38a), xingando (F22a e F29a), ou “aconselhando o que seria certo fazer” (F18a e M21a). Algumas vezes as palavras não podem ser distinguidas (F33a) ou não fazem sentido (F19a). Podem também ser percebidos ruídos, “como se estivessem mexendo nas coisas da casa” (M41) ou como “estalos de dedos” (F55b).

3 – Percepção espiritual: perceber intuitivamente a natureza boa ou má de ambientes, pessoas e espíritos. Os sujeitos relatam sentir “como as pessoas e os ambientes são” (F19a, F53d, F42c, F24c, M025, F21c, F25d), percebendo quando uma pessoa “é mal intencionada” (M18), ou que “não pensa bem de mim” (F50). Referem a sensação da presença de espíritos, que podem ser percebidos no ambiente em geral, ou mesmo atrás (F32 e F73) e do lado (F43 e F36d) do indivíduo.

4 – Sonhos anômalos: sonhos aos quais os sujeitos atribuíram um caráter paranormal. Os sonhos foram relatados como premonições sobre acidentes que ocorreram posteriormente (M21a, M37, F53c, F42c, F24a, F22 e F52b), como possíveis episódios de saída de corpo nos quais os sujeitos se perceberam levados para locais desconhecidos (M39c, F25b e F20a), tiveram um encontro com um mentor espiritual (M39b e F25b) ou com parentes falecidos (M45). Alguns sonhos foram relatados como recordações de vidas passadas (M43a e F21c).

5 – Experiência fora do corpo: trata-se da experiência de se perceber fora do corpo. Essa experiência é percebida mais frequentemente por “sentir-se flutuando acima do corpo” (F39a, M31, F42c, F18c e F21c), mas algumas pessoas chegam a sentir que foram para outros ambientes (F42a e F43c). Para alguns sujeitos, essa experiência era precedida por sensações como “sentir-se travada e não conseguir mover nada no corpo” (F36a, F30a e F36c), sentir “formigamento no corpo” (F29a e M51) e ouvir “zoeira, barulho no ouvido” (F43b).

6 – Pressentimentos: trata-se de premonições sobre o futuro em estado de vigília. As premonições sobre o futuro podem ser sobre coisas ruins, como acidentes e mortes que aconteceriam (F30a, F53c, M21b, F24a), ou sobre eventos corriqueiros como antecipar um encontro com uma pessoa (F36b, M41 e M28).

7 – Perda inexplicável de energia: sensação de perder as forças subitamente sem uma explicação orgânica evidente para isso. A pessoa começa a sentir sonolência (F39a, F19a, F31a, M37, F52a, F45, M22, F43b, M40, F52b e F35) e tonteira (F39a, M37, F36b, F48a, F59 e F26). Surgem sensações físicas desconfortáveis: estar “passando mal” (F39a, M37, F35), taquicardia (F21a e F48a), calor e sudorese (F31a), “frio e tremedeira” (F36a e F36b), dores de estômago (F26), dores de cabeça (F32) e “visão embaralhada” (F36b). Também foram relatados sintomas psicológicos: “não saber o que estava fazendo” (M26, M34 e F36b), sensação de “não estar ali” (F21b), estar “desconectada” (F32).

8 – Incorporação: trata-se da experiência de sentir um espírito controlando o próprio corpo. Um sujeito (F47a) disse que, quando saía para um barzinho, se sentia diferente e, ao voltar para casa, “sentia uma coisa saindo de dentro”. Outro sujeito, quando se dispunha a orientar alguém, se sentia estranho, começava a falar de uma forma que não conseguia antecipar o que dizia e, ao terminar, se sentia voltando a si (F33b). Outros sujeitos, alegando estar incorporados, demonstravam atitudes agressivas, fazendo barulhos de animais (F45a), tentando estrangular a si mesmos (F18b) e ameaçando suicídio (F43c).

9 – Intuição: trata-se de ter um conhecimento subitamente, que não tenha provindo nem da observação nem do raciocínio pessoal. As intuições relatadas se referem a uma inspiração sobre questões práticas, tais como fazer ou não fazer determinadas coisas (M25, F53d, F48b e F32), entrar por um caminho ou outro (F43b e M40) e sobre as melhores palavras a serem ditas para alguém (F25).

10 – Percepção espiritual de cheiros: trata-se da experiência de sentir cheiros que não tenham sido produzidos fisicamente no ambiente. Os cheiros percebidos foram algumas vezes agradáveis, como de perfumes (M25, F29b, F45, F43C, F52b e F52c), flores (F31a, F29b e F39c), incenso (F22) e outras vezes

estranhos como bode (M30), enxofre (F29b), fumo (F31b) galinha (F26) e “algo queimando” (F52d).

11 – Efeitos físicos de causa espiritual: trata-se do relato da ocorrência de manifestações físicas não produzidas mecanicamente em torno da pessoa. Os sujeitos relataram “cadeira de balanço mexendo sozinha” (M30), “luz acendendo sem toque no interruptor” (F29b), “porta abrindo e fechando sem vento” (M21b), “aparelho de televisão ligando e desligando por si mesmo” (F20a), “pratos e copos quebrando sozinhos em pedaços pequenos” (F42b e F28b), “cama afundando ao lado sem pessoa alguma perto” (F59 e M22).

12 – Psicografia: trata-se da experiência de escrever sentindo-se inspirado pelos espíritos. Pessoas relatam ideias vindas à mente e uma vontade muito grande de escrever (F29d), conteúdo do qual não tinham conhecimento prévio (F58), às vezes escrito com caligrafia diferente da habitual do indivíduo (F53a).

13 – Telepatia: trata-se do relato de perceber os pensamentos de terceiros. Isso foi descrito como antecipar o que os outros vão dizer (F29d), ver o pensamento dos outros “como um letrado” (F53a), ou mesmo poder conversar mentalmente com espíritos vistos (M27).

14 – Cura espiritual: trata-se do relato de curar pessoas com recursos espirituais. As ações de cura relatadas faziam uso de rezas (F32, F58 e F73), imposição de mãos (M51) e visualizações (F19b).

Critérios para EA não patológicas

I – Ausência de sofrimento: 59,1% dos sujeitos relataram que as experiências ao ocorrerem não eram agradáveis, pois referiam ficar com medo, assustados, angustiados e/ou fisicamente desconfortáveis, experimentando, portanto, sofrimento com elas.

II – Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais: 55,7% dos sujeitos não relataram problemas nos seus relacionamentos. Dos 44,3% dos sujeitos que tiveram problemas com relacionamentos, os mais prejudicados foram os relacionamentos amorosos, os sociais e os familiares, nessa ordem. Quanto ao desempenho ocupacional, 56,6% não relataram interferências nas suas atividades cotidianas. As atividades mais prejudicadas foram os estudos, a atividade doméstica e o trabalho, tendo alguns sujeitos relatado muito desânimo e mal-estar para cumpri-las.

III – A experiência é curta e ocorre episodicamente: Em termos de duração, para 23,5% dos sujeitos a experiência dura segundos, para 49,6% dura minutos, para 18,3% dura horas e para 7,8% dos sujeitos dura dias. Em termos de frequência, para 22,2% dos sujeitos acontece diariamente, para 55,7% acontece semanalmente e para 20,0%, mensalmente.

IV – Existe uma atitude crítica sobre a realidade objetiva da experiência: Dentre todos os sujeitos, 84,3% afirmaram ter certeza de que as experiências eram objetivamente verdadeiras, que não eram fruto de sua imaginação.

V – A experiência é compatível com uma tradição cultural: O critério de seleção para o presente estudo foi ter as EA interpretadas como mediunidade pelos centros espíritas. Dos sujeitos, 78,1% relataram terem se beneficiado com os esclarecimentos e orientações recebidos nos centros espíritas; considerando esse total, 50% relataram uma melhor compreensão das experiências vividas por eles, 17,5% dos sujeitos relataram ter aprendido a ter melhor controle das suas experiências, 17,5% relataram ter aprendido atitudes mais positivas para com a vida e 15% relataram ter adquirido compreensão mais ampla da vida espiritual em geral.

VI – Ausência de comorbidades (outras perturbações): 78,3% dos sujeitos relataram perturbações emocionais não diretamente relacionadas à ocorrência das EA: considerando esses 78,3%, ansiedade e preocupação foram relatadas por 56,5%, tristeza e depressão, por 36,5%, angústia, por 11,3% e irritabilidade, por 8,7%.

VII – A experiência é controlada: 54,8% dos sujeitos relataram não ter controle sobre a experiência; 19,1% relataram ter controle parcial e 26% relataram ter controle total sobre a experiência. Os que tinham controle, frequentemente, utilizavam a oração para isso.

VIII – A experiência gera crescimento pessoal: 66,1% dos sujeitos relataram ter tido benefícios com suas experiências, pois, a partir delas e de uma nova compreensão espiritual da vida, passaram a se sentir mais preparados para conduzir a própria vida e se tornar pessoas melhores.

IX – A experiência é centrada nos outros: 62,6% dos sujeitos relataram que suas experiências trouxeram benefícios para outras pessoas por meio de conselhos dados a parentes e amigos e ajuda prestada nos trabalhos sociais oferecidos pelos centros.

Discussão

O melhor entendimento do perfil dessa amostra tem grande utilidade clínica, pois trata-se de um grupo de indivíduos que buscaram ajuda religiosa para lidar com EA, notadamente de caráter psicótico e dissociativo. Tais EA podem tanto ser indicativas de um transtorno mental como podem ser vivências não patológicas e até mesmo potencialmente benéficas^{10-12,13-15}. Por se tratar de indivíduos que buscaram ajuda para lidar com experiências psíquicas, é útil comparar o perfil dessa amostra com pacientes de unidades de saúde mental na comunidade. Observou-se que a amostra era composta predominantemente por mulheres de meia-idade com elevado grau de instrução. Casados ou em relações estáveis foram 44%, e 52% estavam empregados. A renda ficou igualmente distribuída entre aqueles que não recebiam salário (30%), os que ganhavam até 3 salários-mínimos (33%) e os que recebiam até 10

salários-mínimos (34%). Com exceção da baixa renda, o perfil sociodemográfico se assemelha bastante ao da população espírita brasileira e de outros estudos com médiuns no Brasil¹³⁻¹⁵. Observa-se um percentual alto de indivíduos que chegaram ao nível superior de instrução nessa amostra em comparação tanto com a população geral brasileira¹⁷ quanto com pessoas que buscaram serviços de atenção secundária em saúde mental no Brasil¹⁸⁻²⁰. As taxas de atividade remunerada dessa amostra equivalem à da população brasileira (58%)²¹ e estão acima da de pacientes em serviço de saúde mental¹⁸⁻²⁰. Esses dados indicam que, embora buscando ajuda por causa dessas EA, os indivíduos estudados apresentavam bons indicadores de funcionamento social (escolaridade, ocupação, estado civil), bem melhores que de pacientes em unidades ambulatoriais de saúde mental.

A amostra apresentou alta frequência e diversidade de EA, sendo mais frequentes as que envolvem alterações nas percepções sensoriais, notadamente visuais e auditivas. Em um estudo da Organização Mundial de Saúde envolvendo 52 países, 32% da população geral brasileira relataram pelo menos uma vivência psicótica nos últimos 12 meses, e 16% referiram ocorrências estranhas que outros teriam dificuldade em acreditar, 14% alucinações e 10% controle por uma força externa²². Grande parte das EA identificadas já havia sido relatada em estudos anteriores com médiuns espíritas em atividade^{10,23}. A presente amostra, diferentemente, se constitui de um grupo de pessoas que estavam buscando ajuda espiritual em virtude de suas EA. Uma parcela desse grupo provavelmente é de pessoas que se tornarão médiuns atuantes nesses centros espíritas. No estudo de EA, é importante analisar separadamente pessoas que começam a apresentá-las das que já as possuem há muito tempo e já integraram essas EA em suas vidas. Um principiante está aprendendo a lidar com a EA, o que inclui dúvidas, medos e desconhecimento^{13,22}. Há uma grande necessidade de maior exploração desses dois grupos de pessoas com EA na população não clínica.

Em relação aos critérios que têm sido propostos para a determinação do caráter não patológico de uma EA, foram relatados pela maioria dos indivíduos no presente estudo: ausência de prejuízos sociais e ocupacionais, a experiência ser curta e episódica, compatibilidade da experiência com uma tradição cultural, a experiência gerar crescimento pessoal e a experiência ser voltada para os outros.

O sofrimento emocional associado às EA referido pela maioria da amostra pode indicar a falta de um esquema cognitivo que dê sentido e integre as EA^{24,25}. O seguimento prospectivo dessa amostra, que está em curso, poderá identificar se esse sofrimento com as EA poderia ser minimizado com a busca de grupos religiosos que ofereçam perspectivas que aceitem e integrem essas vivências.

Sobre a compatibilidade das EA com a tradição espírita, deve-se lembrar de que o critério de seleção neste estudo foi ter a EA ressignificada como mediunidade pelos centros espíritas. No entanto, deve-se ressaltar que, mesmo para o grupo religioso, as EA relatadas poderiam não ser consideradas experiências espirituais saudáveis, mas casos de emergências espirituais (*spiritual emergency*) de Grof³ ou de problemas espirituais propostos pelo DSM-IV⁴.

A comorbidade se fez presente principalmente pelos relatos de “ansiedade” e “depressão” da maioria dos sujeitos. Deve-se notar que esses relatos não significam diagnósticos clínicos, podendo ser desde transtornos depressivos e ansiosos até reações depressivas e ansiosas a EA não patológicas, mas ainda não bem integradas. De qualquer modo, esses dados são compatíveis com a alta prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, entre usuários de serviços ambulatoriais de saúde, onde é encontrada prevalência entre 27,9% e 36,1% de transtornos de humor nesses serviços¹⁸⁻²⁰.

Por último, observa-se que mais da metade dos sujeitos da pesquisa relatou não ser capaz de controlar suas EA, o que foi um dos motivos que os levou a buscar orientação em um centro espírita. Um estudo com médiuns identificou que a participação em cursos de treinamento mediúnico não se associou com maior frequência de EA, mas com maior controle sobre elas¹³.

Este estudo mostra a complexidade e a diversidade das EA de caráter psicótico e dissociativo vivenciadas por indivíduos da população não clínica que buscam auxílio em grupos religiosos. A presente amostra provavelmente é composta tanto por indivíduos com EA não patológicas e potencialmente positivas quanto por indivíduos que apresentam transtornos mentais que necessitam de atenção de profissionais de saúde. O melhor entendimento dessa população permitirá conhecer melhor as EA e investigar critérios que nos permitam diferenciar esses dois grupos. Além disso, pelo fato de muitas pessoas com transtornos mentais procurarem auxílio em grupos religiosos, estes podem se tornar uma ferramenta importante no rastreio e no apoio aos portadores de transtornos mentais^{14,15,26}. Destacamos algumas áreas que nos parecem prioritárias para pesquisas neste tema: 1) perfil das EA na população geral, 2) características das EA entre os diversos grupos religiosos, não religiosos e clínicos, 3) testar critérios para avaliar o caráter patológico ou não das EA e 4) papel que grupos religiosos podem desempenhar na triagem ou tratamento das EA.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas (n = 115)

Variável	%
Gênero	
Mulheres	70,4
Grau de escolaridade	
Ensino fundamental (completo e incompleto)	9,4

Ensino médio (completo e incompleto)	35
Ensino superior (completo e incompleto)	39,3
Pós-graduação	16,2
Estado civil	
Solteiros	40
Casados/união estável	44,3
Separados/divorciados	13,9
Víduos	1,8
Com quem mora	
Com cônjuge/companheiro(a)	40
Com pais	33
Sozinhos	13,9
Com filhos	11,4
Com irmãos	1,7
Situação ocupacional	
Empregados	58,7
Estudantes	17,2
Do lar	8,6
Desempregados	6,0
Aposentados	9,4
Renda individual	
Sem renda pessoal	30,4
Até dois salários-mínimos	33
Até dez salários-mínimos	33,9
Acima de dez salários-mínimos	2,6

Tabela 2. Frequência das experiências anômalas relatadas (n = 115)

Experiência anômala	n	%
Vidência	73	63,5
Audiência espiritual	62	53,9
Percepção espiritual	61	53,0
Sonhos anômalos	43	37,7
Experiência fora do corpo	36	31,3
Pressentimentos	24	20,9
Perda inexplicável de energia	23	20,0
Incorporação	22	19,1
Intuição	21	18,3
Percepção espiritual de cheiros	18	15,7
Efeitos físicos de causa espiritual	11	9,6
Psicografia	10	8,7
Telepatia	7	6,1

Cura espiritual	5	4,3
-----------------	---	-----

Referências

1. Moreira-Almeida A, Cardeña E. Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(Suppl1):S21-36.
2. Menezes Jr. A, Moreira-Almeida A. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais. *Rev Psiquiatr.* 2009;36(2):75-82.
3. Grof S, Grof C, editors. *A tempestuosa busca do ser.* São Paulo: Cultrix; 1989.
4. *DSM-IV-TR: Manual Estatístico de Transtornos Mentais.* Porto Alegre: Artmed; 2003.
5. Lukoff D, Lu FG, Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychoespiritual problems. *J Nerv Ment Dis.* 1992;180(11):673-82.
6. Lu FG, Lukoff D, Barnhouse RT, Turner R. Religious or spiritual problems. *J Nerv Ment Dis.* 1995;183(7):435-44.
7. Lu FG, Lukoff D, Turner R. Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *Psychiatr Clin North Am.* 1995;18(3):467-85.
8. Cardeña E, Lynn SJ, Krippner S, editors. *Varieties of anomalous experience: examining the scientific evidence.* Washington: APA; 2000.
9. Almeida AM, Neto FL. Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. *Rev Psiquiatr.* 2003;30:21-8.
10. Almeida AM. *Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia dos médiuns espíritas [tese].* São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2004.
11. Schumann C, Stroppa A, Moreira-Almeida A. The contribution of faith-based health organizations to public health. *Int Psychiatry.* 2011;8(3):62-4.
12. Lucchetti G, Aguiar PR, Braghetta CC, Vallada CP, Moreira-Almeida A, Vallada H. Spiritist psychiatric hospitals in Brazil: integration of conventional psychiatric treatment and spiritual complementary therapy. *Cult Med Psychiatry.* (2012);36:124-35.
13. Negro Jr PJ, Palladino-Negro P, Louzã MR. Do religious mediumship dissociative experiences conform to the sociocognitive theory of dissociation? *J Trauma Dissociation.* 2012;13(4):478-89.
14. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Greyson B. Dissociative and psychotic experiences in Brazilian spiritist mediums. *Psychother Psychosom.* 2007;76(1):57-8. Erratum in: *Psychother Psychosom.* 2007;76(3):185.
15. Moreira-Almeida A, Neto FL, Cardeña E. Comparison of Brazilian spiritist mediumship and dissociative identity disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196(5):420-4.
16. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Trad. De Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2002.
17. Censo 2010 IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2125&id_pagina=1>.
18. Pelisoli CL, Moreira AK. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2005;27(3):270-7.
19. Carvalho MDA, Silva HO, Rodrigues LV. Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do município de Iguatu, CE. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog (Ed port.) (Internet).* 2010;6(2):337-49.
20. Paula CTC. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Recife. *Cad Bras Saúde Mental.* 2011;2(4-5):94-105.
21. IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/portal/>>.
22. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr Bull.* 2012;38(3):475-85.
23. Negro Júnior PJ. *A natureza da dissociação sobre experiências dissociativas associadas a práticas religiosas [tese].* São Paulo: Faculdade de Medicina, USP; 1999.
24. Parra A. Efectos de las experiencias espirituales/paranormales en la vida de las personas y su bienestar psicológico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica.* 2008;17(4):233-242.
25. Lukoff D. From spiritual emergency to spiritual problem: the transpersonal roots of the new DSM-IV category. *J Hum Psychol.* 1998;38(2):21-50.
26. Wang PS, Berglund PA, Kessler RC. Patterns and correlates of contacting clergy for mental disorders in the United States. *Health Serv Res.* 2003;38(2):647-73.

ANEXO 6: Saúde mental dos médiuns e o diagnóstico diferencial entre mediunidade e transtornos mentais

Adair Menezes Junior, MA, PhD Candidate

Alexander Moreira-Almeida, MD, PhD

Short summary:

The issue of mental status of mediums and if experiences considered as mediumistic are symptoms of mental disorders have been subject of a long debate. Recent empirical studies may help to illuminate these controversies.

This paper will summarize research that has been done regarding the mental health of mediums and criteria to a differentiation between mediumistic (spiritual) experiences and symptoms of mental disorders.

Palavras chave: mediunidade, saúde mental, transtornos mentais, diagnóstico diferencial.

Introdução

A experiência mediúnica é definida como uma em que um indivíduo (o médium) é visto como estando em comunicação ou sob o controle da personalidade de uma pessoa falecida ou de um ser não material (Klimo, 1998). A mediunidade, enquanto comunicação com seres espirituais tem registros históricos de longa data. Sócrates se referia a um “daimon” que o aconselhava desde a infância, dizendo quando deveria evitar alguma ação não adequada (Platão, 1999). Os grandes profetas hebreus recebendo mensagens de Deus e dos anjos, Paulo, tendo uma forte experiência visionária que o converte ao Cristianismo e os primeiros cristãos recebendo os dons do Espírito Santo no dia do Pentecostes são exemplos de vivências narradas na Bíblia que tiveram profundo impacto em nossa sociedade.

Os médiuns frequentemente despertaram suspeita na psiquiatria, pois as vivências mediúnicas tendem a ser vistas como manifestações de psicopatologia. Ver e ouvir seres espirituais pode ser tido como alucinações psicóticas e estados de transe religiosos através dos quais alguns destes seres são “incorporados” podem ser vistos como manifestações de transtorno de identidade dissociativa. Avaliar a saúde mental daqueles indivíduos que apresentam regularmente tais vivências exigirá uma definição de critérios diagnósticos diferenciais entre a

mediunidade, enquanto uma experiência espiritual não patológica, e os quadros psicóticos e dissociativos patológicos que lhe são assemelhados.

O afloramento da mediunidade.

A possível relação entre mediunidade e transtornos mentais tomou força em meados do século XIX, período de surgimento do Espiritualismo moderno e do espiritismo, junto com a busca de consolidação da psiquiatria enquanto especialidade médica respeitável. Surgiram abundantes relatos sobre os efeitos danosos que a prática mediúnica exercia sobre a saúde mental dos seus praticantes, gerando o que foi chamado de “loucura espírita”. A teoria de Janet, acerca da dissociação psicológica, afirmava que partes do psiquismo poderiam perder sua integração original, se dissociar e funcionar independente e não controlada, foi utilizada por vários médicos para explicar o surgimento da loucura espírita. A dissociação psicológica, estimulada pelas práticas espíritas, poderia se tornar permanente, podendo gerar o desequilíbrio mental. Pessoas frágeis e emocionalmente instáveis estariam especialmente propensas a sucumbirem a esta doença, especialmente as mulheres, vistas então como histéricas (Moreira-Almeida, Almeida e Lotufo Neto, 2005)

Os próprios espiritualistas/espíritas chegaram a concordar parcialmente com esta visão, afirmando que as práticas mediúnicas efetivamente poderiam disparar transtornos mentais em alguns indivíduos predispostos. Allan Kardec recomendou que devessem ser afastados do seu exercício todos aqueles que “apresentem sintomas, ainda que mínimos, de excentricidade nas idéias, ou de enfraquecimento das faculdades mentais, porquanto nessas pessoas, há predisposição evidente para a loucura que pode se manifestar por efeito de qualquer sobreexcitação” (Kardec, 1993/1861).

Allan Kardec afirmou que a mediunidade é proveniente de uma predisposição orgânica, e que em nada dependia da crença ou postura moral do indivíduo Segundo ele, a mediunidade pode se apresentar em dois grandes grupos: a mediunidade de efeitos físicos e a mediunidade de efeitos intelectuais. A mediunidade de efeitos físicos gera manifestações observáveis no ambiente, tais como ruídos e movimentos de objetos. Essas manifestações podem ocorrer de modo involuntário ou voluntário. A mediunidade de cura, através da qual o médium pode exercer uma influência curadora sobre as pessoas, também se coloca nessa categoria (Kardec, 1993/1861).

Já a mediunidade de efeitos intelectuais utiliza os recursos mentais do médium, e se apresenta de formas mais variadas. Assim temos os médiuns sensíveis, que percebem a aproximação e a natureza de um espírito, os ouvintes que os escutam, os videntes que os vêem, os escreventes

que escrevem mensagens ditadas pelos espíritos e os falantes, que veiculam a fala dos espíritos. Muitas destas manifestações acontecem associadas a estados de transe, em que ocorre uma perda maior ou menor da consciência do médium (Kardec,1993/1861).

As primeiras manifestações da mediunidade tendem a surgir associadas a diversas perturbações orgânicas e psicológicas. Dentre os sintomas mais freqüentes, destacam-se: sensação de presenças ameaçadoras, dores no corpo sem causa orgânica diagnosticável, taquicardia, calafrios, sudorese, náuseas, perturbações do sono, intensas oscilações emocionais, que vão da depressão à irritabilidade, alucinações visuais e auditivas, dentre outros sintomas. . As atividades escolares e/ou profissionais podem ficar prejudicadas e os relacionamentos familiares, amorosos e sociais também podem ficar comprometidos. Pode ser difícil para o indivíduo que esteja passando por essa experiência compreender e explicar o que esteja lhe sucedendo, por isso seu raciocínio pode se mostrar confuso e a sua fala pouco compreensível (Armond, 1979).

Tais sintomas se aproximam do pródomo psicótico, período de instalação da psicose, quando o indivíduo pode efetivamente estar ingressando nesta patologia. Os sintomas mais marcantes do pródomo, como as alucinações visuais e auditivas, atitudes paranóicas, pensamentos delirantes e impedimentos sociais e ocupacionais tornam este diagnóstico psiquiátrico possível diante de um indivíduo apresentando os primeiros sinais do afloramento da sua mediunidade (Yung et al, 1998, McGlashan et al, 2007 e Cannon et al, 1998).

Primeiras investigações.

Assagioli (1990)) estudou os distúrbios psicológicos que podem surgir associados ao processo que ele denominou de “auto-realização”, processo pelo qual abre-se um canal entre o “eu consciente” e o “eu supra-consciente”. Segundo este autor, a abertura psíquica pode gerar visões e vozes perturbadoras e comportamentos descontrolados, quadro esse que só se atenuará se o indivíduo conseguir compreender e controlar sua experiência e integrá-la de modo altruísta com a sua vida como um todo.

Grof e Grof (1990) criaram o conceito de emergências espirituais que permite explicar as perturbações associadas ao afloramento da mediunidade. As emergências espirituais são momentos críticos de profunda transformação psicológica, que também podem envolver vivências como visões, pensamentos e estados de consciência incomuns e manifestações físicas diversas. Elas podem se apresentar como “spiritual emergence” e “spiritual emergency”. A primeira se refere ao desdobramento de uma potencialidade espiritual sem perturbação das

funções psicológicas e a segunda é a ocorrência não controlada de uma experiência espiritual junto a transtornos do funcionamento psicológico, social e ocupacional (Grof e Grof 1990).

O DSM IV fez um importante avanço no tratamento dos problemas da espiritualidade e da religiosidade ao criar uma nova categoria diagnóstica, não patológica, intitulada Problemas Espirituais e Religiosos como um novo foco de atenção clínica (APA, 1994). Lukoff et al (1992), proponentes desta nova perspectiva, definiram e problemas espirituais como sendo conflitos envolvendo o relacionamento com questões transcendentais ou provenientes de práticas espirituais e problemas religiosos como sendo conflitos sobre fé e doutrina. Problemas espirituais podem parecer episódios psicóticos ou dissociativos, o que levanta a necessidade de estabelecerem-se critérios seguros para um diagnóstico diferencial entre estas duas diferentes categorias de vivências.

Jackson e Fulford (1997) avaliaram comparativamente 5 indivíduos que vivenciaram um período de intensas vivências espirituais e que não apresentavam déficits funcionais com 5 outros indivíduos que estavam se recobrando de surtos psicóticos para os quais eles tinham uma interpretação religiosa. Os indivíduos tidos como saudáveis tiveram experiências que tanto para eles como para outros pareciam apresentar uma natureza espiritual, deixando efeitos benéficos para eles. Eles concluíram que experiências espirituais e sintomas psicóticos não podem ser diferenciados apenas pela forma ou conteúdo dos sintomas, ou pela sua semelhança com os critérios diagnósticos de doença mental do modelo médico. Será necessário avaliar o quanto os valores e as crenças presentes na experiência do indivíduo fortalecem construtivamente suas ações ou o quanto contribuem para que suas ações se tornem destrutivas. A preservação do funcionamento geral da vida deverá ser vista como um indicador do caráter saudável da experiência vivida pelo indivíduo. Assim, podemos falar em experiências psicóticas que podem ser ou não serem sintomas psicóticos.

A cotidianidade dos fenômenos mediúnicos

Embora a maior parte do conhecimento existente sobre experiências alucinatórias e dissociativas provenham de estudos com pacientes esquizofrênicos ou com graves transtornos psicóticos ou dissociativos, outros estudos mostraram que estas experiências ocorrem com frequência considerável na população não clínica. No final do século XIX, Sidgewick (1894), vinculado à Sociedade de pesquisas Psíquicas, entrevistou junto com seus colaboradores 7.717 homens e 7.599 mulheres, e constataram que 7,8% dos homens e 12% das mulheres relataram pelo menos uma experiência vívida de alucinação. As alucinações visuais eram tanto de indivíduos vivos, como de seres espirituais, ocorrendo também alucinações auditivas, e os indivíduos que as tinham estavam entre os 20 e os 29 anos, período sabidamente propício para a instalação de uma psicose. West (1948) conduzindo uma pesquisa similar com 1519 sujeitos 50 anos depois, confirmou a ocorrência de alucinações em 14% dos indivíduos

investigados. Assim, seria precipitado concluir que quem as apresenta tem necessariamente um transtorno psicótico ou dissociativo.

Tien (1991) constatou que 10% dos homens e 15% das mulheres em uma amostra de 18.572 indivíduos apresentavam alucinações ao longo de toda a vida, sem apresentarem outros sintomas patológicos. Ohayon (2000) sondou 13.057 indivíduos Grã-Bretanha, Alemanha e da Itália por telefone e constatou que 38,7% destes relataram ter tido alucinações, sendo que, dentre estes, 5,1% uma ou mais vezes por semana. Bental (2000) afirma que para cada indivíduo que alucina e recebe um diagnóstico de esquizofrênico, 10 outros têm a mesma experiência e nunca tiveram e nem terão um diagnóstico psiquiátrico. Preti et al (2007), resumindo diversos levantamentos, concluem que 10 a 25% de sujeitos da população normal tiveram experiências de ouvir vozes sem qualquer base sensorial para isso. Tem havido um crescente interesse da comunidade científica em estudar e compreender estas vivências alucinatórias e dissociativas na população não clínica, bem como as causas destas experiências.

Pesquisas constataram que alucinadores não apenas sofrem as alucinações, mas interagem com elas e podem administrá-las. Posey e Losch (1983) descreveram que 5% do total de alucinadores da sua pesquisa dialogavam com suas alucinações. Romme e Escher (1989) identificaram que uma adaptação bem sucedida às vozes pode acontecer em três etapas: na fase inicial as vozes aparecem subitamente, em um período de tumulto emocional, gerando pânico e ansiedade; depois os indivíduos tentam desenvolver estratégias para lidar com as vozes até que finalmente passam a considera as vozes como sendo partes deles mesmos e que os ajudam.

Já os estados mediúnicos de transe, de incorporação de espíritos são vivências dissociativas. Bourguignon (1978) em uma investigação antropológica constatou que em 488 sociedades, 90% delas criaram formas institucionalizadas de transe, sendo que em 52% destas, estes estados são atribuídos à possessão por seres espirituais. Diferentes culturas geram diferentes formas não patológicas de transe e de transe de possessão, razão pela qual não podemos necessariamente a taxar de patológicos as vivências dissociativas que não se enquadrem no repertório ocidental de vivências espirituais.

Estados de transe podem ser acompanhados ou não de possessão, quando se considera que entidades espirituais tomam parcialmente ou mesmo inteiramente a consciência de quem os vivencia. Cardeña et al (1994) definem transe como uma alteração temporária da consciência, identidade ou comportamento, sem substituição da própria consciência por outra, com diminuição da percepção do ambiente e ocorrência de movimentos que estejam fora do controle da própria pessoa e transe de possessão como sendo a mesma vivência, com a

diferença que a alteração da consciência é atribuída a uma força ou entidade espiritual externa.

Estudos também têm indicado uma alta frequência de experiências dissociativas na população não clínica. Ross et al (1990) avaliaram uma amostra randomizada de 1055 adultos de Winnipeg, Canadá e constataram que 13% destes apresentaram uma pontuação acima de 20 no DES (Dissociative Experience Scale) indicando a existência de um nível alto de vivências dissociativas em pessoas não diagnosticadas.

Mediunidade e absorção.

Os estados de transe têm sua origem na capacidade que alguns indivíduos tem de absorção em um estímulo interno ou externo. Tellegen e Atkinson (1974) definiram a absorção como um estado de total atenção no qual o aparelho representacional parece estar totalmente dedicado a experienciar o objeto percebido. Os indivíduos mais propensos à absorção tendem a adotar uma forma experiencial/emocional de lidar com a realidade, enquanto aqueles pouco capazes de absorção tendem a adotar uma forma instrumental/pragmática de lidar com ela (Tellegen, 1981).

Wilson e Barber (1981), Rhue e Lynn, (1987) e Rauschenberger e Lynn (1995) identificaram estes indivíduos como fantasiadores. São propensos para a fantasia, gastando muito do seu tempo livre fantasiando, tiveram nas suas infâncias um maior envolvimento com jogos de fantasia do que com brincadeiras com outras crianças e sua capacidade de fantasiar representou um canal de escape de sua solidão e de sua raiva. Sua capacidade imaginativa é quase alucinatória e por isso, tornam-se propensos a experiências psíquicas, tais como a telepatia, a pré-cognição e a experiências de saída de corpo e por isto eles já foram vistos no passado como histéricos e psicóticos (Rhue e Lynn, 1987).

A propensão à fantasia surge assim como um fator de risco para a dissociação patológica. A dissociação patológica pode surgir de um evento estressante suficientemente traumático para a consciência do fantasiador (Kihlstrom et al, 1994). A experiência traumática pode ter sido causada tanto por um evento externo definido quanto por uma tensão intrapsíquica duradoura e a dissociação patológica surge como uma forma de lidar com a situação aversiva que pode se generalizar para as demais situações de vida (Butler, 2006).

A capacidade de absorção, também denominada de hipnotizibilidade, é inata, e pode levar indivíduos que passam por traumas a desenvolverem estados de transe que poderão levar aos

transtornos dissociativos. Uma elevada hipnotizibilidade leva a uma alta dissociatividade, que é a capacidade de um indivíduo de dissociar espontaneamente no dia a dia (Putnam, 1995). Butler et al (1996) acrescentam que é a interação entre a hipnotizibilidade, que é inata, com as experiências traumáticas que resultarão na dissociação que será patológica.

Rauschenberger e Lynn (1995) e Waldo e Merritt (2000) constataram uma prevalência de 4% de fantasiadores na população e destes, 20 a 35%, apresentam sintomas psicopatológicos, notadamente depressão, transtorno dissociativo de desrealização, paranóia, histeria, transtorno esquizotípico e transtorno borderline. Merckelbach et al (2000) confirmaram esta correlação entre a propensão a fantasia, tendências dissociativas e a esquizotipia: o pensamento mágico, percepções inusuais e a ideação paranóide estão presentes tanto na dissociação quanto na esquizotipia.

Mediunidade e transtornos mentais.

Só mais recentemente começaram a surgir estudos sobre vivências psicóticas e dissociativas que ocorrem em ambientes psiquiátricos e religiosos, buscando-se uma avaliação mental daqueles que passam por essas experiências nestes dois ambientes.

Koss (1975) descreve uma prática espírita de cura em Porto Rico. Nessa prática, pessoas chegam com sofrimentos físicos e psicológicos e lá aprendem que esses sofrimentos são causados por seres espirituais que lhes querem fazer mal.. Médiuns treinados incorporam estes espíritos causadores destes sofrimentos que são então esclarecidos e persuadidos a pararem de fazer este malefício àquelas pessoas. Os antigos sofredores são convidados a se tornarem eles mesmos médiuns, que por sua vez ajudarão a curar outros doentes. Doentes e médiuns são semelhantes ao experimentarem influências espirituais, mas os primeiros têm resultados prejudiciais com essa experiência enquanto que os últimos conseguem ter resultados benéficos com elas.

Em outra publicação, Koss (1977) afirma que um quinto dos buscadores de ajuda espiritual em Porto Rico são identificados pelo grupo de ajuda como tendo potencial para se tornarem médiuns, sendo que sua condição de saúde mental varia dos saudáveis aos francamente patológicos. Ela afirma ainda que a saúde mental do médium depende de sua estabilidade mental antes do afloramento da sua mediunidade, da continuidade do seu treinamento como médium e dos esforços de auto-sustentação da própria saúde mental diante dos riscos de desequilíbrio mental que continuarão a afetar os médiuns. Ainda segundo ela, os afloramentos da mediunidade ainda se fazem acompanhar de perda do sentido de orientação em relação ao ambiente e grandes crises de oscilação emocional.

Richeport (1992) comparou o Transtorno de Identidade Dissociativa, com a Mediunidade e com o Transe Hipnótico, afirmando que em todos esses casos, ocorre a dissociação. Essas três condições apontam a possibilidade da consciência funcionar dissociadamente. Essa dissociação pode ser estabelecida por indução de transe e os comportamentos resultantes dela podem ser considerados parte da experiência normal da consciência, dependendo da forma que o indivíduo lidar com ela.

Hughes (1992) comparando canalizadores, ou seja, indivíduos que dizem “canalizar” mensagens de seres espirituais com pacientes de transtorno de identidade dissociativa e com indivíduos tidos como normais, concluindo que embora o nível de dissociação dos canalizadores fosse maior do que o nível dos normais, os pacientes de transtorno dissociativo superavam o nível de dissociação dos outros dois grupos. Um nível muito alto de dissociação passou a ser tido como sinal de patologia.

Castillo (1994) investigou manifestações de possessão na Índia, partindo da explicação que tal condição emergiria de uma condição traumática que teria causado uma dissociação da consciência como forma de escape de uma realidade intolerável. Ele constatou, entretanto, que na Índia tais casos tendem a ser vistos como estados de possessão espiritual causados por seres espirituais que invadem e tomam conta da consciência do doente. Estes seres espirituais podem ser deuses, demônios ou fantasmas. O tratamento feito por curadores se dá no sentido de expulsar estes seres invasores de dentro da consciência do doente, opção de tratamento que parece mais natural para o indiano do que integrar partes dissociadas da própria consciência.

Gaw et al (1998) procedem a considerações semelhantes lidando com 20 pacientes de Transtorno de Transe Dissociativo na China. Os pacientes apresentavam perda de controle sobre suas ações, alterações do comportamento, perda da identidade pessoal, problemas para diferenciar a realidade da fantasia entre outros sintomas. Os agentes possessores eram vistos como sendo espíritos de falecidos, deuses, espíritos animais e demônios. Embora estes pacientes estivessem com os sintomas de um Transtorno de Transe Dissociativo, foi considerado ser mais útil para eles serem compreendidos e tratados dentro do referencial cultural da possessão espiritual, visão esta já trazida por eles do seu ambiente cultural.

Martinez-Taboas (1999) discute um caso de possessão espiritual e glossolalia em Porto Rico, onde procura identificar um Transtorno de Identidade Dissociativa. Segundo este autor, a ausência de controle da experiência, a experiência não ser compatível com a prática estruturada de algum grupo religioso e trazer sofrimento psicológico e impedimentos sociais

e ocupacionais serão indicadores de transtorno mental. Uma vivência mediúnica saudável teria que se diferenciar dessas características.

Beng-Yeong Ng (2000) investigou estados de transe em pacientes se apresentam em um Hospital Psiquiátrico em Singapura. Os agentes possesores eram deuses, espíritos de parentes falecidos, espíritos de animais e o Espírito Santo. Ele define transe como um estado alterado de consciência que gera amnésia parcial ou total e que pode trazer também uma vivência de possessão espiritual. Será indicador de um transtorno mental o estado de transe que não tiver um estímulo aparente, durar muito e tiver um resultado negativo, ou seja, prejudicial para aquele que o estiver vivenciando. Estados de transe induzidos por ações rituais, de modo contrário, gerarão estados de possessão controlados e com resultados benéficos.

Krippner (2000) afirma que a dissociação que ocorre na possessão involuntária do transtorno de identidade dissociativa, pode ocorrer de forma voluntária, intencional e socialmente adaptativa no transe mediúnico. O transe de possessão mediúnico, neste último sentido, seria uma vivência dissociativa não patológica. Krippner (2000) ainda acrescenta a possibilidade de a dissociação poder começar em um indivíduo de forma não controlada e evoluir para uma forma controlada, deixando, portanto de ser patológica.

Paulo Jacomo Negro Jr (2002) conduziu uma pesquisa com 110 sujeitos em Centros espíritas da cidade de São Paulo, Brasil. Ele investigou vivências dissociativas, tais como incorporação de espíritos, psicografia, e experiências fora do corpo. Ele constatou que a atividade mediúnica estava associada a altos escores de dissociação, tal como revelada pelo DES (Dissociative Experience Scale). O bom controle das experiências dissociativas espíritas estava associado à extensão do treinamento mediúnico que é oferecido nos Centros Espíritas para aqueles que querem "desenvolver" a sua mediunidade. Manifestações patológicas da mediunidade foram associadas à menor idade, menor controle da atividade mediúnica, pior suporte social e maiores antecedentes psiquiátricos.

Reinsel (2003) analisou formulários preenchidos por 18 médiuns, 14 sensitivos e 11 indivíduos escolhidos como controle nos Estados Unidos. Os médiuns foram os que atuavam publicamente nessa função, aceitando pagamento por essa atuação, enquanto os sensitivos eram aqueles que embora tendo contato com espíritos ocasionalmente, não aceitavam pagamento pelos seus serviços. Reinsel constatou que médiuns e sensitivos tinham grande capacidade de absorção, como forma de dissociação não patológica e revelavam níveis de ansiedade e depressão semelhantes aos indivíduos escolhidos como controles.

Almeida (2004) e Moreira-Almeida, Lotufo Neto, e Greyson (2007) e Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Cardeña (2008) investigou 115 médiuns em atividade em centros espíritas aleatoriamente selecionados na cidade de São Paulo, Brasil. Foi constatado que os primeiros sintomas da mediunidade geralmente apareciam na infância. Os médiuns relataram ter sentido, ao início de suas vivências, sensação de presenças espirituais, sintomas físicos diversos e sensações, sentimentos, pensamentos que não eram reconhecidos como próprios. Tiveram também a percepção de imagens e vozes, algumas vezes procedentes na própria consciência ou então no espaço físico adjacente. No decurso do amadurecimento da vivência mediúnica, uma minoria dos sujeitos apresentou muitas alterações de humor. Embora apresentando múltiplas vivências psicóticas e dissociativas, os médiuns experientes, que ultrapassaram as vicissitudes do afloramento inicial da mediunidade, mostraram bom ajustamento social, baixa prevalência de transtornos mentais e baixa utilização de serviços de saúde mental, ficando com isso evidenciado a não presença de transtornos psicóticos ou dissociativos nesse grupo.

Alvarado (2005) afirma que o estudo da dissociação saudável é fundamental para um entendimento integral do fenômeno da dissociação. Muitos estudos afirmam que a maioria das pessoas tem experiências dissociativas não relacionadas a trauma, desajustamento ou psicopatologia. Pequenas dissociações estão presentes na regulação da nossa atenção e demais processos psicológicos. Atores que se fundem nos seus personagens, corredores maratonistas que conseguem evitar a percepção do seu estado de exaustão e médiuns que conseguem controlar seu estado dissociativo mostram que a tendências dissociativas são recursos cognitivos com implicações potencialmente positivas para a performance humana.

Somasudaram, Thivakaram e Bhugra (2008) fizeram um estudo comparativo em Sri Lanka, estudando 30 pacientes identificados com tendo estados de possessão, 30 outros pacientes externos com problemas diversos e 30 indivíduos da comunidade conhecidos por apresentarem estados controlados de transe de possessão. Uma avaliação não patológica da vivência se fez mais provável quando se pode observar uma maior experiência passada na causação, modelagem e manutenção do estado de possessão. A cronicidade associada à integração com uma comunidade que tolera, aceita e até venere este tipo de manifestação, aparecia ajudando os indivíduos a controlarem o tempo e a forma de apresentação da vivência. Formas culturalmente anormais de possessão, ou seja, não compatíveis com alguma tradição culturalmente estabelecida, sugeriam um transtorno psicótico. Os autores sugerem que indivíduos com transtornos de transe de possessão fossem encaminhados para o tratamento psiquiátrico e indivíduos apresentando vivências de possessão próximas do saudável fossem encaminhados aos grupos culturais que providenciassem treinamento e direcionamento dessas vivências.

Ally e Laher (2008) entrevistaram seis curadores islâmicos africanos, comentam a percepção que eles tem da doença mental e das formas de curá-la. Eles argumentam que o DSM IV

apresenta a doença mental como sendo manifestações disfuncionais individuais. No Islã, existe a crença de que certos homens e mulheres têm a feitiçaria como um poder inato e que através disso eles podem fazer bem ou mal a uma pessoa, dependendo da intenção malevolente ou curativa do feiticeiro. Eles acreditam também em seres espirituais não humanos que, comandados pelos feiticeiros, podem possuir seres humanos e desta forma fazer-lhes bem ou mal. A magia negra pode fazer estes seres espirituais possuírem uma pessoa, gerando nelas formas diferentes de falar e uma força não comum, que seria diagnosticado na cultura ocidental como um Transtorno de Identidade Dissociativa. Os curadores também afirmam que pessoas podem ser alvo da má intenção que pode fazer suas vítimas se tornarem letárgicas, terem perda de apetite e transtornos do sono, que na psiquiatria ocidental seria sinal de depressão.

Estes achados em diversas culturas nos sugerem que ter ou não ter controle da experiência mediúnica, ter ou não ter um nível de saúde mental preservado e esta experiência estar ou não estar concordante com uma tradição religiosa estabelecida diferenciam uma experiência mediúnica saudável de um transtorno mental.

Mediunidade, esquizofrenia, esquizotipia.

O conceito de esquizofrenia pode ser aplicado eventualmente a indivíduos bem ajustados, que apresentem de forma moderada, algumas características de indivíduos esquizofrênicos. Isso tem levado alguns autores a suporem a existência de um continuum que vai de uma condição nitidamente esquizofrênica a outros estados fronteirços. É dentro desta concepção que surgiu o conceito de transtorno de Personalidade Esquizotípica. A esquizotipia foi vista como tendo uma natureza multidimensional, apresentando-se em uma grande variedade de formas (Bentall, Claridge e Slade, 1989).

A esquizotipia tem sido vista como uma forma branda de esquizofrenia em pessoas que, embora tendo uma vulnerabilidade para desenvolver uma psicose, tem suficientes fatores de apoio que as impedem de entrarem em surto. A esquizotipia é como uma condição neutra, algumas vezes associada a uma boa saúde psicológica e outras vezes associada a uma má saúde psicológica (Goulding, 2005)

Goulding (2005) realizou um estudo na Suécia analisando 129 questionários respondidos por indivíduos que relataram ter experiências paranormais. Os resultados alcançados permitiram identificar nessa amostra três tipos de esquizotípicos: os que tinham Anedonia Introversa, um padrão de reclusão e isolamento social, os que apresentavam Desorganização Cognitiva,

ou seja, perdas no seu funcionamento mental e os que apresentavam uma baixa esquizotipia, com poucos sinais de vivências esquizotípicas.

Schofield e Claridge (2007) analisaram na Inglaterra 62 questionários retornados a um anúncio feito online, buscando pessoas que tivessem experiências paranormais que se dispusessem a participar de uma pesquisa.. Eles puderam identificar esquizotípicos positivos e negativos, sendo positivos aqueles que apresentavam uma estrutura de crenças que os ajudavam a compreender e a lidar com as experiências paranormais, e negativos, aqueles que apresentando desorganização cognitiva e anedonia introvertida, tinham pior compreensão destas experiências e sofriam com elas.

Holt, Simmonds-Moore e Moore (2008) avaliando questionários de 183 estudantes universitários de três universidades inglesas propuseram a existência de quatro tipos de esquizotípicos: os esquizotípicos positivos, que só apresentam vivências mediúnicas, os esquizotípicos altos, que apresentam mediunidade associada a patologia, os esquizotípicos negativos, que só apresentam patologia e os esquizotípicos baixos, que não apresentam nem mediunidade e nem patologia significativas. O médium, portanto, dentro desta classificação, seria visto como um esquizotípico positivo.

O conceito de esquizotipia “positiva” surge como uma forma de enquadrar os médiuns, que mesmo tendo experiências incomuns, conseguem pela ausência de problemas emocionais, cognitivos e sociais, serem tidos como indivíduos saudáveis. Estamos assim a um passo de chegarmos à compreensão da mediunidade sem que qualquer referência patológica precise ser feita.

Normalidade e patologia nas vivências mediúnicas

Johns e Van Os (2001) e Serper et al (2005) avaliando alucinações, propõe que elas ocorrem em um continuum no qual em um extremo estão os indivíduos saudáveis e no outro extremo estão os esquizofrênicos. O diagnóstico patológico dependerá de uma maior frequência e intensidade da experiência alucinatória, da coexistência de outros sintomas e de prejuízos na capacidade de enfrentamento e da adaptação em geral. Strauss (1969) propôs serem indicadores de patologia a convicção sobre a realidade objetiva da vivência alucinatória, a ausência de apoio cultural para a experiência, a grande quantidade de tempo envolvido com a experiência e a implausibilidade da vivência em relação à realidade socialmente compartilhada.

Waller et al (1996) e Martinez-Taboas (2001) escreveram acerca das experiências dissociativas, propondo que a dissociação saudável envolve a capacidade de absorção e de envolvimento imaginativo e constitui uma experiência humana para a qual todos os indivíduos são propensos em maior ou menor grau. Lewis-Fernandez acrescenta que a dissociação saudável ocorre com o controle pleno por parte do indivíduo, dentro de um contexto cultural que a organiza, é significativa para a própria pessoa e para os outros (Lewis-Fernandez 1998). Butler afirma que a dissociação saudável é útil em todo o processamento mental, facilita ações e atitudes automáticas, ajuda a escapar mentalmente de situações desagradáveis e a concentrar em atividades absorventes, não tem sua origem associada a traumas do passado, ocorre em períodos curtos, é suave e não bloqueia o funcionamento da mente (Butler et al, 2006).

Já a dissociação patológica se manifesta através da amnésia dissociativa, da fuga dissociativa, do transtorno de despersonalização-desrealização, do transtorno de identidade dissociativa e do transtorno de transe de possessão. Ela expressa um definido mau funcionamento psicológico, gera sofrimento ou incapacitação, é involuntária e é interpretada pelo grupo cultural de referência do próprio indivíduo como sendo uma doença que necessita de tratamento (Lewis-Fernandez, 1998). As vivências são subjetivas, invisíveis para os outros e afetam negativamente todos os domínios da experiência de um indivíduo (Dell, 2006). A dissociação patológica está ainda associada a experiências traumáticas do passado, é crônica, grave e debilitadora para o funcionamento psicológico e social (Butler, 2006).

Um critério para diferenciar a vivência dissociativa da possessão saudável da patológica foi proposto por Lewis (1989). A possessão não patológica é episódica, ocorre em um tempo delimitado, é organizada e ocorre dentro de um contexto cultural que lhe confere significado. Já a possessão patológica tende a ser crônica, ocorre de forma não controlada, não é organizada e não compatível com o contexto cultural ao qual o indivíduo esteja integrado. O treinamento na vivência do transe de possessão poderia diferenciar uma possessão patológica, naquele indivíduo ainda não preparado para isso, daquele que aprendeu a vivenciar e a controlar essa experiência em um grupo religioso do qual faça parte.

Menezes e Moreira-Almeida (2009) procederam a uma revisão de critérios propostos na literatura para um diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais:

- Ausência de sofrimento psicológico, que demonstra que o indivíduo não está sendo subjugado pela sua experiência.

- Ausência de impedimentos sociais e ocupacionais que demonstram que a vida não está sendo prejudicada.

- A experiência é de duração curta e ocorre apenas episodicamente.

- Existe uma atitude crítica acerca do caráter inusitado da experiência.

- Compatibilidade da experiência com alguma tradição cultural que lhe dê orientação, treinamento e apoio social no exercício de sua mediunidade.

- Ausência de co-morbidades, pois quanto maiores e mais graves elas forem, mais elas comprometerão a vivência da mediunidade.

- Controle do indivíduo sobre a experiência, podendo direcioná-la no tempo e no local de sua ocorrência.

- A vida se torna mais significativa com o exercício da experiência.

- O indivíduo se preocupa em ajudar os outros.

O diagnóstico do caráter patológico ou não patológico da experiência mediúnica de um indivíduo precisará ser feito em um tempo presente, acrescido de um acompanhamento ao longo de um certo tempo. A condição aflitiva que frequentemente está presente na fase de afloramento da mediunidade se for ultrapassada, permitirá reconhecer uma mediunidade saudável ao final desse tempo. A persistência das condições desfavoráveis será indicadora do caráter patológico da experiência.

Direções para novos estudos

Novas pesquisas ainda são necessárias para que possamos ter maiores elementos para fazermos um diagnóstico diferencial seguro entre mediunidade e transtornos mentais.

Tart (55), já tinha apontado a inadequação da abordagem científica tradicional para abordar os “Estados Alterados de Consciência”, entendidos como alterações qualitativas no padrão global de funcionamento mental que o indivíduo sente serem radicalmente diferentes do seu modo habitual de funcionamento, recomendando o uso extensivo de observações empíricas que possam ser replicadas por outros investigadores. Heber et al (56) propuseram que os estudos sejam feitos com populações não clínicas, para que os seus resultados possam ser mais generalizáveis para a população não diagnosticada. Reinsel (57) sugeriu que fossem utilizadas amostras maiores e que estas fossem recolhidas de ambientes onde as experiências estudadas ocorram com maior frequência. Almeida e Lotufo Neto (58) recomendam, entre outras coisas, utilizarem-se diversos critérios de normalidade e patologia, avaliar a experiência de modo multidimensional e priorizar estudos longitudinais que permitam esclarecer as complexas relações causais entre as variáveis associadas às experiências espirituais e transtornos mentais. Levin e Steele (59) também insistem em estudos longitudinais, propõem o uso de conceitos operacionais relativos às experiências e recomendam buscar respostas para as seguintes perguntas: o que, quem, onde, quando, como e por que.

Concluindo, acreditamos que a mediunidade não patológica pode representar uma expansão das possibilidades de consciência humana, gerando todo um conjunto de novas vivências extremamente significativas para aqueles que vivenciam e para os beneficiários dessas vivências.

Referências:

Ally Y. e Laher, S. – South African Muslim Faith Healers Perceptions of mental Illness: Understanding, aetiology and Treatment. – Journal of religious Health, No. 47, 2008.

Almeida, AM. e Neto, FL. Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. Revista de Psiquiatria. Clínica., 30, 2003.

Almeida, A.M. Fenomenologia das Experiências Mediúnicas, Perfil e Psicopatologia dos Médiuns Espíritas. Tese de Doutorado, USP, 2004.

Alvarado, C.S. – Research on Non-Pathological Dissociation – Ciencias de la Conducta, Universidade Carlos Albizu, Vol. 20, No. 1, 2005.

American Psychiatric Association - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, 1994.

Armond, E. Mediunidade. – São Paulo, Editora Aliança, 1979.

Assagioli, R. Self-realization and Psychological Disorders, in Spiritual Emergency: When Personal Transformation Becomes a Crisis, Grof, S. & Grof. C., 1990.

- Beng-Yeong, N. - Phenomenology of Trance States Seen at a Psychiatric Hospital in Singapore: a Cross-Cultural Perspective. - *Transcultural Psychiatry*, Dec, 2000.
- Bental, R.P., Claridge, G.S. e Slade, P.D. – The Multidimensional Nature of Schizotypal Traits: A Factor Analytic Study with Normal Subjects. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 1989.
- Bental, R.P. Hallucinatory Experiences, in CARDEÑA, E. et al. *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence*. Washington DC, APA, 2000.
- Bourguignon, E. Spirit Possession and Altered States of Conscience: The Evolution of an Enquiry, in Spindler, G.D. (Ed) *The Making of Psychological Anthropology*. Berkley, University of California Press, 1978.
- Butler, L.D. et al. - Hypnotizability and Traumatic Experience: A Diathesis-Stress Model of Dissociative Symptomatology. - *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 153(7S) Supplement, July, 1996.
- Cannon, T.D. et al – Prediction of Psychosis in Youth at Clinical Risk. – *Archives of General Psychiatry* 65, No. 1, January 2008.
- Cardeña, E. et al. - DSM IV, Dissociative Disorders, chap. 45, 1994.
- Castillo, R.J. Spirit Possession in South Asia, Dissociation or Hysteria? Part 2: Case Histories. – *Culture, medicine and psychiatry* 18, 1994.
- Dell, P.F. A New Model of Dissociative Identity Disorder. *Psychiatric Clinics of North América*, 29, p.1 - 26, 2006.
- Gaw, A.C. et al. - The Clinical Characteristics of Possession Disorder Among 20 Chinese Patients in the Hebei Province of China. - *Psychiatric Serv.* 49, March, 1998.
- Goulding, A. Healthy Schizotypy in a Population of Paranormal Believers and Experiments. – *personality and Individual differences*, 38, 2005.
- Grof, S. e Grof, C. Eds. *The Stormy Search for the Self: a Guide to personal Growth through Transformational Crisis*, Los Angeles, 1990.
- Heber AS, Fleisher WP, Ross Ca, Stanwick RS. Dissociation in alternative healers and traditional therapists: a comparative study. *Am J Psychother*, XLIII(4),1989.
- Holt, N.J. et al. – Benign Schizotypy. Investigating Differences Between Clusters of Schizotypy on Paranormal Belief, creativity, Intelligence and mental Healthh. – *The Parapsychological Association & The Society for Psychical Research Convention*, 2008.
- Hughes,D.J. - Differences between Trance Channeling and Multiple personality Disorder on Structured Interview. – *Journal of Transpersonal Psychology*, 24, 1992.
- Jackson, M. e Fulford, K.W.M. - Spiritual Experience and Psychopathology. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, Vol. 4, No. 1, March, 1997.

Johns, L.C. e Van Os, J. The Continuity of Psychotic Experiences in the General Population. *Clinical Psychology Review*, Vol. 21, No.8, 2001.

Kardec, A - O Livro do Médiuns - Rio de Janeiro, FEB,1993 (1861).

Kihlstrom, J.F. - et al. Dissociative Tendencies and Dissociative Disorders. - *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 103(1), Feb., 1994.

Klimo, J. – Channeling: Investigation on Receiving Information from Paranormal Sources. – Berkeley, North Atlantic Books, 1998.

Krippner, S. – A Cross-Cultural Model of Dissociation and its Inclusion of Anomalous Phenomena. – *European Journal of Parapsychology*, 15, 2000.

Koss, J.D. - Therapeutic Aspects of Puerto Rican Cult Practices. - *Psychiatry*, Vol. 38, May, 1975.

Koss, J.D. – Social Process, healing, and Self Defeat among Porto Rican Spiritists – *American Ethnologist*, Vol. 4, No. 3 (Aug), 1977.

Levin, J. e Steele, L. The transcendent experience: conceptual, theoretical and epidemiological perspectives. *Explore*, 1(2), 2005.

Lewis, AJ. Ecstatic religion. London: Routledge; 1989.

Lewis Fernandez, R. A Cultural Critique of the DSM-IV Dissociative Disorders Section. *Transcultural Psychiatry*, 35(3), Sept, 1998.

Lukoff, D. et all. - Toward a More Culturally Sensitive DSM-IV: Psychoreligious and Psychoespiritual Problems. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 180, No. 11, Nov., 1992.

Martinez-Taboas, A. – A Case of Spirit Possession and Glossolalia. – *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23, 1999.

Martinez-Taboas, A. Dissociative Experiences and Disorders: A Review. *International Journal of Parapsychology*, Vol. 12, No. 1, 2001.

McGlashan T.H. et al. Recruitment and Treatment Practices for Help-Seeking “Prodromal” Patients. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 33, No. 3, 2007.

Menezes Jr, A. e Moreira-Almeida, A. Differential Diagnosis Between Spiritual Experiences and Mental Disorders. – *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36, No. 2, 2009.

Merckelbach, H. et al. - Dissociation, Schizotypy, and Fantasy Proneness in Undergraduated Students. - *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 188(7), July, 2000.

Moreira-Almeida, A – Tese de Doutorado, USP, 2004.

Moreira-Almeida, A, Almeida, AAS, Lotufo Neto, F - History of Spiritist Madness in Brazil - *History of Psychiatry* 16(1), 2005.

- Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Greyson B. Dissociative and psychotic experiences in Brazilian spiritist mediums. *Psychotherapy and Psychosomatics*.;76(3), 2007.
- Moreira-Almeida, A. Lotufo Neto, F. e Cardeña, E. – Comparison of Brazilian Spiritist mediumship and Dissociative Identity Disorder. - *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 196, No. 5, 2008.
- Negro Jr, P.J. – Do Religious Mediumship Conform to the SocioCognitive Theory of Dissociation? – *Journal of Trauma and Dissociation*, Vol. 3 (1), 2002.
- Ohayon M.M. - Prevalence of Hallucinations and their Pathological Associations in the general Population. *Psychiatr. Res. Dez.* 27, 97(2-3), 2000.
- Platão. – *Apologia de Sócrates* – in *Pensadores: Sócrates*. São Paulo, Editora Nova Cultural, 1999.
- Posey, T.B., Losh, M.E. Auditory Hallucinations of Hearing Voices in 375 Normal Subjects – *Imagination, Cognition and Personality* 3, 1983.
- Preti, A. et al. Hallucinatory Experiences, Delusional Thought Proneness, and Psychological Distress in a Nonclinical Population. - *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol 195(6), June, 484-491, 2007.
- Putnam, F.W. et al. - Hypnotizability and Dissociativity in Sexually Abused Girls. - *Child Abuse and Neglect*, Vol. 19, No. 5, 1995.
- Rauschenberger, S.L e Lynn, S.J. - Fantasy Proneness, DSM-III-R Axis I Psychopathology, and Dissociation. - *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 104(2), May, 1995.
- Reinsel, R. – Dissociation and mental Health in Mediums and Sensitives: A Pilot Survey. – *Proceedings of the Parapsychological Association 46th Annual Conference*, Vancouver, 2003.
- Richeport, M.M. – The Interface Between Multiple personality, Spirit Mediumship, and Hypnosis. - *American Journal of Clinical Hypnosis*, Vol. 34, No. 3, January, 1992.
- Romme, M. e Escher, A. Hearing Voices. - *Schizophrenia Bulletin*, 15, 1989.
- Ross, C. A. et al. Dissociative experiences in the General Population. - *American Journal of Psychiatry* 147: p. 1547 -1552, 1990a.
- Rhue, J.W. & Lynn, S.J. - *Journal of Personality and Social Psychology*. - Vol. 53(2), Aug, 1987.
- Schofield, K. e Claridge, G. – Paranormal Experiences and Mental health: Schizotypy as an Underlying Factor. – *Personality and Individual Differences*, 43, p. 1908 - 1916, 2007.
- Serper, M. et al. Factorial Structure of the Hallucinatory Experience: Continuity of Experience in Psychotic and Normal Individuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol.193, NO. 4, April, 2005.
- Sidgwick, H. - Report on the Census of Hallucinations – *Proceedings of the Society of Psychical Research* 10 (Apud Berios, 1996).

Somasundaram, D. et al – Possession States in Northern Sri Lanka – *Psychopathology*, No. 41, 2008.

Strauss, J.S. Hallucinations and Delusions as Points on Continua Function. *Arch Gen Psychiatry* 21, 1969.

Tart, CT. States of consciousness and states-specific sciences. *Science*, 176, 1972.

Tellegen, A. & Atkinson, G. Openness to Absorbing and Self Altering Experiences (“Äbsortion”) a Trait Related to Hypnotic Susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology* Vol. 83, No. 3, 1974.

Tellegen, A. - Practicing the two Disciplines for Relaxation and Enlightenment. - *Journal of Experimental Psychology: General*, 110, 1981.

Tien, A.Y. - Distribution of Hallucinations in the Population. *Social Psychiatry Epidemiology* 26, p. 287 - 292, 1991.

Waldo, T.G. e Merritt, R.D. Fantasy Proneness, Dissociation, and DSM-IV Axis II Symptomatology, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 109(3), Aug, 2000.

Waller et al. Types of Dissociation and Dissociative Types: A taxonomic Analysis of Dissociative experiences. *Psychological Methods*, Vol. 1(3), Sept,1996.

West, D.J. - A Mass Observation Questionnaire on Hallucinations. *Journal of the Society of Psychical Research*, 34, 1948.

Wilson, S.C. e Barber, T.X.- The Fantasy-Prone Person Personality: Implications for Understanding Imagery, Hypnosis, and Parapsychological Phenomena. - In A. A. Sheikh (Ed), *Imagery: Current Theory, research, and Application* . New York, Wiley, 1983.

Yung, A.R. et al Prediction of Psychosis: A Step Towards Indicated Prevention of Schizophrenia. – *The British Journal of Psychiatry* Vol. 172, Supplement 33, June 1998.

ANEXO 7: RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E PSICOSE

Adair Menezes Junior, PhD candidate

Alexander Moreira-Almeida, MD, PhD

Corresponding author

Adair Menezes, PhD candidate

Federal University of Juiz de Fora (UFJF) School of Medicine,

Research Center in Spirituality and Health (NUPES) at UFJF

Rua Barão de Cataguases 420/701, Juiz de Fora, MG, 36015-370, Brazil

E mail: adair.menezes@ufjf.edu.br

Abstract: O texto discute as relações entre religião, espiritualidade e psicose. Partindo do DSM IV, comenta-se o conceito de problemas espirituais e religiosos, que embora possam parecer surtos psicóticos, distinguem-se destes por serem manifestações de experiências espirituais e religiosas não patológicas. São apresentados estudos que relatam que alucinações e delírios ocorrem também na população não clínica, não sendo sintomas exclusivos da população diagnosticada. Apresentam-se em seguida estudos que apontam a grande presença de conteúdos religiosos em pacientes psicóticos. Finalmente, discutem-se os critérios pelos quais poderia ser feito um diagnóstico diferencial entre experiências espirituais saudáveis de transtornos mentais de conteúdo religioso. Conclui-se que a importância deste tema e a carências de investigações de qualidade apontam para a necessidade de novos estudos.

Introdução

Para Koenig, McCullough e Larson, (1), religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar a aproximação com o sagrado e o transcendente. Já a espiritualidade seria uma busca pessoal pela compreensão das questões últimas acerca da vida, do seu significado, e da relação com o sagrado e o transcendente, podendo ou não conduzir ou originar rituais religiosos e formação de comunidades. Entendemos assim que a religião tem um aspecto primordialmente social, enquanto a espiritualidade guarda um sentido mais pessoal. Tem havido um crescente interesse nas relações entre religiosidade/espiritualidade e saúde. Na área da saúde mental, há centenas de estudos que indicam a associação de envolvimento religioso com menores níveis de depressão, suicídio e uso/abuso de substâncias, além de maior bem estar psicológico (2). Entretanto as relações entre religiosidade/espiritualidade e psicose permanecem pouco exploradas.

Algumas experiências espirituais podem se apresentar de forma que poderiam ser julgadas como episódios psicóticos, por envolverem vivências de influências externas sobre o pensamento e o comportamento, crenças de aparência delirante e alucinações, sintomas clássicos da esquizofrenia, segundo o DSM IV (3). Por outro lado, pacientes psicóticos também frequentemente apresentam sintomatologia de conteúdo religioso/espiritual. Além disso, vivências psicóticas também podem ocorrer associadas a vários quadros diagnósticos além da esquizofrenia, inclusive na população não clínica (4). Tais fatos tornam necessário que tenhamos uma melhor compreensão das relações entre religião, espiritualidade e psicose.

Problemas espirituais e religiosos

O DSM IV abriu uma nova categoria diagnóstica denominada Problemas Espirituais e Religiosos como um novo foco de atenção clínica, criando-se a possibilidade de avaliar as experiências religiosas e espirituais como parte da investigação psiquiátrica, sem prejudicá-las como necessariamente experiências psicopatológicas. Lukoff, Lu e Turner (5●), proponentes iniciais desses conceitos, definiram problemas religiosos como sendo conflitos sobre fé e doutrina (como perda ou questionamento da fé, conversões) e problemas espirituais como sendo conflitos envolvendo o relacionamento com questões transcendentais ou provenientes de práticas espirituais. Como exemplos de problemas espirituais, os autores citam as experiências místicas desencadeadas por práticas meditativas, as experiências de quase-morte e a spiritual emergence/emergency.

De acordo com estes autores (6), a experiência mística traz sentimentos de unidade e relacionamento harmonioso com o divino, mas também pode envolver uma perda do funcionamento do ego, alterações na percepção do tempo e do espaço e o senso de falta de controle sobre o evento, que poderiam ser tidos como sintomas psicóticos. Psicólogos clínicos americanos relatam que 4,5% dos seus pacientes relataram tais experiências em suas sessões terapêuticas. Já as experiências de quase-morte ocorrem com algumas pessoas que se viram muito próximas da morte, tiveram a percepção de terem saído do corpo, se sentiram transportadas para outra região do espaço, de onde retornaram com uma concepção de vida transformada. Estudos apontam que até um terço das pessoas que estiveram perto da morte passou por esta experiência.

Essas vivências religiosas/espirituais usualmente ocorrem sem maiores dificuldades psicológicas para quem as vivencia, mas podem em certas situações *may be distressing and* podem levar à busca de avaliação e tratamento médico ou psicológico. Os problemas espirituais ou religiosos não são necessariamente *mental disorders*, podendo ser apenas uma adaptação do paciente a uma nova fase ou experiência de vida com efeitos futuros potencialmente positivos.

Spiritual Emergence/Emergency

Dentre os problemas espirituais, a *spiritual emergency* provavelmente está entre as que mais dificuldades trazem para o diagnóstico diferencial com transtornos psicóticos. Grof e Grof (7)

definem *spiritual emergence* como estágios críticos de uma transformação psicológica profunda, que resultam em estados incomuns da consciência, emoções intensas, visões, pensamentos incomuns e várias manifestações físicas. Uma experiência próxima da morte, o nascimento ou a perda de um filho, um divórcio ou uma quebra financeira, assim como práticas espirituais, como entoar cânticos religiosos, fazer meditação ou exercícios de ioga podem ser agentes precipitadores das *spiritual emergences*. Entre as modalidades descritas de *spiritual emergence*, estão as *shamanic initiatory crisis*, *psychic opening*, and *kundalini awakening* (7). Todas essas circunstâncias podem provocar uma profunda alteração no equilíbrio psicológico habitual de um indivíduo, forçando a exteriorização de conteúdos internos até então contidos nos recessos interiores da consciência.

Quando este processo ocorre de forma gradual e ordenada, a vivência não gera crise e quando acontece de forma muito rápida e desordenada, instala uma crise. É neste sentido que Grof e Grof diferenciam “*spiritual emergence*” e “*spiritual emergency*”. A primeira experiência se refere ao desdobramento espiritual de uma potencialidade espiritual sem perturbação das funções psicológicas e a segunda é a ocorrência não controlada de uma experiência espiritual junto a transtornos do funcionamento psicológico, social e ocupacional.

Grof e Grof (7) fizeram uma ampla e detalhada diferenciação entre as manifestações de uma *spiritual emergence* saudável e um transtorno mental. No primeiro caso, as experiências são suaves, sem sensações desagradáveis, graduais, preservam a diferenciação entre experiência interna e a realidade externa, geram uma atitude de expectativa positiva com a experiência, integram-se com a consciência diária e possibilitam uma lenta mudança de compreensão de si mesmo e do mundo. Já as experiências ligadas a um transtorno mental são intensas, geram sensações desagradáveis, são abruptas, trazem confusão quanto à diferenciação entre experiência interna e realidade externa, geram uma atitude de desconfiança e resistência à experiência, trazem perturbações na consciência diária, e provocam modificações abruptas na consciência de si e do mundo.

Grof e Grof propõem ainda critérios médicos e psiquiátricos para diferenciar as duas categorias de experiências. Organicamente, *spiritual emergence* acontece na ausência de doenças físicas e cerebrais, em uma pessoa sem história psiquiátrica, com processos psicológicos organizados, com habilidades de comunicação e atitude de cooperação e com bom ajustamento social. O transtorno mental, por outro lado, surge associado a doenças físicas e cerebrais em uma pessoa com histórico de problemas psiquiátricos, com processos psicológicos desorganizados, com atitudes de retraimento, suspeita e agressividade junto a um ajustamento social deficitário.

Os sintomas da *spiritual emergency* podem se assemelhar ao pródromo psicótico, que é o período de instalação da psicose. Os sintomas mais marcantes do pródromo, como as alucinações visuais e auditivas, atitudes paranóicas, pensamentos delirantes e impedimentos sociais e ocupacionais tornam este diagnóstico psiquiátrico possível diante de um indivíduo apresentando os sinais de uma *spiritual emergence* (8,9,10). Do mesmo modo que no luto a reação das pessoas pode se assemelhar a um quadro depressivo, mas não se constituir uma depressão maior, a *spiritual emergency* pode se assemelhar a uma psicose, mas não ser (7). Embora a emergência *spiritual emergence* possa começar como uma crise semelhante ao

pródromo psicótico, ela habitualmente evolui para um despertar espiritual no final do qual o indivíduo poderá alcançar uma maneira de ser mais madura, uma sensação de profunda ligação com as outras pessoas, com a natureza e com o cosmos e uma experiência de um Deus imanente e transcendente.

7 SINTOMAS PSICÓTICOS NA POPULAÇÃO NÃO CLÍNICA

Para elucidar as relações entre religião, espiritualidade e psicose, examinaremos em seguida a prevalência das vivências psicóticas na população geral, para compreendermos o quanto a mera vivência experiências habitualmente tidas como psicóticas por si só não pode caracterizar um indivíduo como esquizofrênico ou portador de um transtorno mental.

Embora a maioria dos estudos disponíveis de alucinações venham de pacientes portadores de esquizofrenia, há mais de um século pesquisas vêm demonstrando que as vivências alucinatórias ocorrem em muitas outras situações, sendo muito comuns mesmo na população geral. No final do século XIX, Sidgewick (11), vinculado à Society for Psychical Research, junto com seus colaboradores entrevistaram 7.717 homens e 7.599 mulheres saudáveis, constatando que 7,8% dos homens e 12% das mulheres relataram pelo menos um episódio de alucinação ao longo de suas vidas. West (12) conduzindo uma pesquisa similar com 1519 sujeitos 50 anos depois, confirmou a ocorrência de alucinações em 14% dos indivíduos investigados. Tien (13) constatou que 10% dos homens e 15% das mulheres em uma amostra de 18.572 indivíduos apresentaram alucinações em algum momento de suas vidas, sem apresentarem outros sintomas patológicos. Ohayon (14) investigou 13.057 indivíduos na Grã-Bretanha, Alemanha e da Itália por telefone, constando que 19,65% destes relataram ter tido alucinações menos de uma vez ao mês, 6,4%, as tinham uma vez ao mês, 2,7% uma vez por semana e 2,4% mais de uma vez na semana. Em resumo, com base em diversos levantamentos populacionais pode-se concluir que 10% a 25% de sujeitos da população geral já tiveram experiências de ouvir vozes ou terem visões sem qualquer base externa para isso (15).

Pessoas que alucinam podem desenvolver uma atitude natural em relação a suas experiências alucinatórias. Romme e Escher (16) verificaram que uma adaptação bem sucedida às vozes acontece em três etapas: as vozes aparecem inicialmente em um período de tumulto emocional, gerando ansiedade, depois os indivíduos tentam desenvolver estratégias para lidar com as vozes até que finalmente passam a considerá-las como parte de si mesmos. Miller, O'Connor, DiPasquale et al (17) descobriram que as alucinações também podem até mesmo gerar efeitos positivos naqueles que as tenham, como relaxamento, companhia, rendimento por afastamento e, nesse caso, tendem a continuar mesmo depois de um tratamento bem sucedido.

Van Os, Linscott, Myin-Germeys e colaboradores (18●) procederam a uma revisão sistemática e meta-análise de 17.363 artigos entre 1950 e 7 de agosto de 2007, buscando evidências para a existência de um continuum de sintomas psicóticos entre a pacientes com transtornos psicóticos e a população não clínica. Os 47 artigos selecionados permitiram concluir que experiências psicóticas subclínicas estavam presentes em 8% dos sujeitos, sintomas psicóticos sub-clínicos em 4%, e transtornos psicóticos em 3% dos sujeitos, ficando constatado que as

experiências psicóticas são bem mais frequentes que os transtornos psicóticos. Este estudo também comprovou que 75-90% das experiências psicóticas são transitórias, desaparecendo ao longo do tempo, não representando riscos significativos para a saúde mental dos indivíduos que as apresentavam.

Podemos acrescentar também que nem sempre a ocorrência frequente e intensa de experiências psicóticas se associa a transtornos mentais. Em uma investigação de 115 spiritist mediums (19,20) em atividade em centros espíritas aleatoriamente selecionados na cidade de São Paulo, Brasil, os médiuns relataram frequentes alucinações auditivas e visuais, bem como vivências de influência (como inserção de pensamentos e sentimentos). Embora apresentando múltiplas vivências psicóticas, os médiuns mostraram alto nível de escolaridade, baixo desemprego, bons escores de social adjustment e baixa pontuação de outros sintomas psiquiátricos. Este grupo apresentou menor prevalência de transtornos mentais que a população geral. Um dado relevante que merece ser melhor investigado é o fato de que uma maior frequência de vivências espirituais (que envolviam alucinações e vivências de influência) se correlacionou com melhor ajustamento social e menos sintomas psiquiátricos gerais.

Religião e psicose

A ligação entre religiosidade e psicose tem sido historicamente verificada. Nos primórdios do nascimento da psiquiatria, Phillipe Pinel afirmou que o fanatismo religioso poderia ser um fator causador de loucura, e os doentes acometidos por ela deveriam ser privados dos símbolos e práticas de sua religião e instruídos nos conhecimentos filosóficos e históricos. Emil Kraepelin registrou a presença muito freqüente de conteúdos místicos e religiosos nos seus pacientes psicóticos e Kurt Schneider percebeu nos depressivos, e principalmente nos esquizofrênicos, uma religiosidade aumentada (21). Sigmund Freud na psicanálise e G. Stanley Hall na Psicologia também acreditavam que a religião era um fator causador de neurose e que as modernas teorias psicológicas iriam substituir as antigas crenças religiosas (22).

Far e Howe (23) verificaram nos estados Unidos que um em cada sete pacientes psicóticos era muito preocupados com idéias e práticas religiosas. Erinosh (24) constatou que na Nigéria, uma grande maioria de um total de 208 pacientes esquizofrênicos buscou ajuda em curandeiros locais antes de buscarem a ajuda psiquiátrica. Na Índia, Verghese, John, Rajkumar e colaboradores (25) verificaram que a melhora de 323 pacientes, acompanhados durante dois anos, tinha como um de seus fatores o aumento de suas atividades religiosas. Dantas, Pavarin e Dalgalarondo (26) analisaram protocolos de 200 internações na unidade psiquiátrica da Universidade Estadual de Campinas, Brasil e constataram que sintomas religiosos, com grau de intensidade moderado a muito intenso estiveram presentes em 15,7% dos casos. Na Europa, Tateyama, Asai, Kamisada e colaboradores (27) verificaram a prevalência de 21,3% de delírios religiosos em pacientes alemães internados, mas apenas em 6,8% de pacientes japoneses internados, demonstrando assim que diferentes culturas produzem diferentes efeitos no tocante aos delírios religiosos. Nos Estados Unidos, Appelbaum, Robbins e Roth (28) verificaram que de um total de 1.136 pacientes psiquiátricos internados, 328 tinham delírios, e destes, 93 tinham delírios de conteúdo religioso.

Mais recentemente, Mohr e Huguelet (29) verificaram que a religião pode estar presente na vida dos pacientes psicóticos como parte do problema bem como da solução. Assim, enquanto alguns pacientes podem ser fortalecidos por suas crenças religiosas, e serem amparados pela comunidade a qual pertencem, outros podem se sentir sobrecarregados pelas atividades espirituais e se sentirem desmoralizados e rejeitados por elas. Mohr, Brandt, Borrás e colaboradores (30) desenvolveram entrevistas semi-estruturadas com 115 pacientes psicóticos na Suíça. Constataram que 85% dos pacientes referiam que a religião era algo importante em suas vidas, trazendo esperança para 71% dos entrevistados, mas desespero para 14%. Mohr, Rieben, Betrisey, e colaboradores (31), retomando o mesmo grupo de sujeitos em um acompanhamento de três anos, verificaram que a religiosidade ficou estável para 63% dos sujeitos, sendo que 20% relataram mudanças positivas e 17% relataram mudanças negativas. Os autores constataram que essas oscilações foram devidas a oscilações na auto-estima e qualidade de vida dos pacientes esquizofrênicos, refletindo os conflitos internos vividos por eles em suas vidas pessoais.

Concluimos com Wilson (32) que embora a religião não possa ser considerada um fator etiológico na esquizofrenia, ela influencia o conteúdo dos pensamentos do paciente, e por conseqüência, seu comportamento. Koenig (33), por sua vez, afirma que os delírios religiosos existem em um continuum, indo das crenças razoáveis de indivíduos saudáveis às crenças delirantes dos indivíduos psicóticos e que o envolvimento em novos movimentos religiosos pode tanto ser a causa como a conseqüência de sintomas psicóticos.

8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE AS EXPERIÊNCIAS ESPIRITUAIS E TRANSTORNOS PSICÓTICOS

As múltiplas inter-relações entre religiosidade, espiritualidade e psicose discutidas no presente artigo nos conduzem à questão de buscarmos critérios que nos permitam diferenciar entre experiências espirituais saudáveis e transtornos mentais psicóticos.

Vários pesquisadores já se manifestaram sobre o caráter patológico ou saudável das experiências espirituais. Jackson e Fulford (34●) afirmam que experiências espirituais e sintomas psicóticos não podem ser diferenciados apenas pela forma ou conteúdo dos sintomas, sendo também necessário avaliar o quanto os valores e as crenças presentes do indivíduo direcionam construtivamente ou destrutivamente suas ações. Koenig (33) afirma que o indivíduo religioso saudável tem insight sobre a natureza das suas experiências, pertence a um grupo que compartilha de suas crenças e experiências, não tem outros sintomas de transtornos mentais, é capaz de manter um trabalho produtivo, não se envolve com problemas legais, não causa dano a si mesmo e tem um resultado positivo ao longo do tempo. Lukoff (35) retoma o conceito de problemas espirituais com o novo termo experiências visionárias espirituais. Serão indicadores de uma experiência visionária espiritual um bom funcionamento anterior, um período de ocorrência da experiência de três meses ou menos, um fator estressante precipitador, uma atitude exploratória positiva em relação à experiência e a ausência de desorganização conceptual. Hufford (36) retoma o conceito de experiências visionárias espirituais, afirmando que estas experiências põem o indivíduo em contato direto com realidades espirituais, acrescentando que ter insight acompanhando uma alucinação é um

prognóstico positivo, pois mesmo que esteja ocorrendo um distúrbio de percepção, não estará havendo um distúrbio de julgamento.

Menezes e Moreira-Almeida (37●●) procederam a uma ampla revisão de critérios propostos na literatura para um diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais. A presença destes sinais seria indicadora de que as vivências espirituais poderiam ser consideradas não patológicas:

- Ausência de sofrimento psicológico: o indivíduo não se sente perturbado pela experiência que vivencia.
- Ausência de impedimentos sociais e ocupacionais: a experiência não traz comprometimento nos relacionamentos e atividades do indivíduo.
- A experiência é de duração curta e ocorre episodicamente: a experiência não tem um caráter invasivo na consciência e nas atividades diárias do indivíduo.
- Existe uma atitude crítica acerca da experiência: a capacidade de perceber o caráter inusitado da experiência está preservada.
- Compatibilidade da experiência com alguma tradição religiosa: a experiência do indivíduo pode ser compreendida dentro dos conceitos e práticas de alguma tradição religiosa estabelecida.
- Ausência de co-morbidades psiquiátricas: não há outros transtornos mentais presentes ou outros sintomas sugestivos de transtornos mentais além dos relacionados às vivências espirituais..
- Controle sobre a experiência: o indivíduo é capaz de dirigir a sua experiência no tempo e no local adequado para a sua ocorrência.
- A vida se torna mais significativa: o indivíduo alcança uma compreensão mais abrangente da sua própria vida.
- O indivíduo se preocupa em ajudar os outros: a consciência expandida desenvolve um profundo laço com os outros seres humanos.

Conclusão

Embora historicamente tenha se detectado relações entre psicose e religiosidade/espiritualidade, este tema permanece pouco explorado. As pesquisas atualmente disponíveis na área podem ser divididas em dois grandes grupos: religiosidade e seu impacto entre pacientes psicóticos, e a questão do diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos psicóticos. Estes aspectos têm merecido crescente atenção de clínicos e pesquisadores. Percebe-se que estas inter-relações são complexas, tornando impossível abordagens simplistas ou generalizadoras. Embora ainda haja muitas lacunas, o conhecimento existente colabora para o melhor entendimento da experiência humana e para a promoção de cuidados clínicos mais efetivos, humanitários e sensíveis na área da saúde mental.

Referências:

1. Koenig HG, McCullough M, Larson, DBB. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed.** New York: Oxford University Press, 2001.
 2. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. **Religiousness and mental health: a review.** Rev Bras Psiquiatr 28: 242-250.
 3. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders.** Washington APA; 1994.
 4. Van Oss J, Kapur S. **Schizophrenia.** Lancet 2009 374: 635-645.
 5. • Lukoff D, Lu F, Turner R. **Toward a more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychoespiritual problems.** J Nerv Ment Dis 1992, 180: 673-82.
- Neste texto os autores apresentam o conceito de problemas psicoreligiosos e psicoespirituais que depois foram incorporados no DSM IV como problemas religiosos e espirituais.
6. Lukoff D, Lu F, Turner R. **Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems.** The Psychiatric Clinics of North America 1995, 18: 467-485.
 7. Grof S, Grof C. **The stormy search for the self: a guide to personal growth through transformational crisis.** Los Angeles: Jeremy P Tarcher, 1989.
 8. Yung AR, Phillips LJ, McGorry, PD et al. **Prediction of psychosis: a step towards indicated prevention of schizophrenia.** B J Psychiatry 1998, 172 Suppl 33: 14-20.
 9. McGlashan TH, Addington, J, Cannon, T et al. **Recruitment and treatment practices for help-seeking "prodromal" patients.** Schiz Bull 2007, 33: 715-726.
 10. Cannon, TD, Cadenhead, MD, Cornblatt, B et al. **Prediction of psychosis in youth at clinical risk..** Arch Gen Psychiatry 2008, 65: 28-37.
 11. Sidegwick H. **Report on the census of hallucinations - Proceedings of the Society of Psychological Research** 1894, 10: 25-252.
 12. West DJ. **A mass observation questionnaire on hallucinations.** Journal of the Society of Psychological Research 1948, 34:187-196.
 13. Tien AY. **Distribution of hallucinations in the population.** Soc Psychiatric Epidemiol 1991, 26: 287-292.
 14. Ohayon MM. **Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population.** Psychiatric Res 97:153-164.
 15. Preti A, Bonventre, E, Ledda, V et al. **Hallucinatory experiences, delusional thought proneness, and psychological distress in a nonclinical population.** J Nerv Ment Dis 2007, 195: 484-491.
 16. Romme M., Escher A. **Hearing voices.** Schiz Bull 1989, 15: 209-216.
 17. Miller LJ, O'Connor, E, DiPasquale, T. **Patients attitudes toward hallucinations.** Am J Psychiatry 1993, 150: 584-588.

18. • Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I et al. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009, 39, 179-195.

Neste estudo os autores comprovam a hipótese da existência de um continuum de sintomas psicóticos presentes em pacientes com transtornos psicóticos e também na população não clínica.

19. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Greyson B. **Dissociative and psychotic experiences in brazilian spiritist mediums.** *Psychotherapy and Psychosomatics* 2007, 76: 57-58.

20. Moreira-Almeida, A. Lotufo Neto, F., Cardeña, E. **Comparison of Brazilian spiritist mediumship and dissociative identity disorder.** *J Nerv Ment Dis* 2008, 196:420-424.

21. Dalgarrondo, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental.** Porto Alegre, Artmed, 2008.

22. Koenig HG. [Religion, spirituality and psychiatry: a new era in mental health care](#), *Rev Psiqu Clin* 2007, 34 suppl: 1: 5-7.

23. Farr CB, Howe RL. **The influence of religious ideas on the etiology, symptomatology, and prognosis of the psychoses: with special reference to social factors.** *Am J Psychiatry* 1932, 11: 845-865.

24. Erinosh, OA. **Social background and pre-admission sources of care among youruba psychiatric patients.** *Soc Psychiatry* 1977, 12: 71-74.

25. Verghese A, John JK, Rajkumar S et al. **Factors associated with the course and outcome of schizophrenia in India.** *British Journal of Psychiatry* 1989, 154: 499-503.

26. Dantas, RC, Pavarin, LB, Dalgarrondo, P. **Symptoms of religious content on psychiatric patients.** *Rev. Bras. Psiqu* 1999 21: 158-164.

27. Tateyama J, Asai M., Kamisada M, et al. **Comparison of schizophrenic delusions between Japan and Germany.** *Psychopathology* 1993, 26:151-158.

28. Appelbaum PS, Robbins PC, Roth LH. **Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnosis.** *Am J Psychiatry* 1999, 156: 1938-1943.

29. Mohr S, Huguelet P, **The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care.** *Swiss Med Wkly* 2004, 134: 369-376.

30. Mohr S, Brandt PY, Borrás, L et al. **Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia.** *Am J Psychiatry* 2006, 163: 1952-1959.

31. Mohr S, Rieben I, Betrisey C et al. **Evolution of spirituality and religiousness in chronic schizophrenia or schizoaffective disorders: a 3-years follow-up study.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009,11: (in press).

32. Wilson, WP. **Religion and Psychoses.** In *Handbook of religion and mental health*, Ed Harold G. Koenig, San Diego: Academic Press, 1998.

33. Koenig, HG. **Religion, spirituality and psychotic disorders.** *Rev. Psiqu Clin* 2007, 34, suppl 1: 40-48.

34. • Jackson, M, Fulford, KWM. **Spiritual experience and psychopathology.** *Philosophy, Psychiatry and Psychology* 1977, 4: 41-65.

Os autores fazem um estudo bastante aprofundado sobre fatores diferenciadores entre a experiência espiritual e a experiência psicótica com fundo religioso.

35. Lukoff, D. **Visionary spiritual experiences**. Southern Medical Journal 2007, 100: 635-641.

36. Hufford, DJ. **Visionary spiritual experiences and cognitive aspects of spiritual transformation**. In JD Koss Chioino (ed) Special issue of the Global Spiral online Journal of the Metanexus Institute, 2008.

37. •• Menezes Junior A, Moreira-Almeida, A. **Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content**. Rev Psiquiatr 2009, 36: 75-82.

Os autores resumem diversos estudos que propuseram critérios pelos quais se poderia fazer um diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de fundo religiosos.