

Alexander Moreira de Almeida

***Fenomenologia das experiências
mediúnicas, perfil e psicopatologia de
médiuns espíritas***

Tese apresentada ao Departamento de Psiquiatria
da Faculdade de Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor em
Ciências

Área de Concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

São Paulo

2004

Agradecimentos

À vida. A concepção e execução desta tese só foram possíveis graças às inúmeras circunstâncias favoráveis que me têm ocorrido. Agradeço a ventura de usufruir uma vida pródiga de ensejos inspiradores e de reais amigos que me têm ajudado a despertar o que de melhor há em mim. Os ensinamentos, oportunidades e confiança com que tenho sido agraciado por tantas almas amigas permitem-me parafrasear Isaac Newton e afirmar que *“se pude ver mais longe, foi por estar apoiado em ombros de gigantes”*, entre eles:

Os meus pais, Hélio e Elizabeth, e irmãos, Anderson e Tatiana, aos quais devo minhas bases existenciais, muito afeto recebido e um estímulo constante ao meu aprimoramento ético e científico.

Os primos Gustavo Couto (médico), Eldo Couto e Márcio Couto (biólogos) que nas inúmeras e inesquecíveis férias no interior de Minas Gerais durante minha infância e adolescência pacientemente sanavam e estimulavam minhas intermináveis dúvidas sobre o funcionamento do mundo e dos seres vivos.

O amigo-irmão e arquiteto Klaus C. Alberto, um inestimável companheiro de jornada que realizou o trabalho de criação da capa desta tese.

Os mestres do Colégio Theorema, por terem me fomentado o prazer do estudo sistemático e inquiridor.

Os amigos Dimas Matos, Cosme Massi e Sílvio Chibeni que me despertaram o interesse pelo constante e rigoroso questionamento filosófico e científico.

Os mestres de minha graduação na Universidade Federal de Juiz de Fora, em especial aos Professores Júlio F. Chebli, Ângela M. Gollner, Ricardo R. Bastos, Josemar P. Guimarães, André Stroppa e Marcus G. Bastos que muito me ajudaram nos meus primeiros e vacilantes passos da formação acadêmica e iniciação científica.

A Prof^a Dr^a Alexandrina Meleiro, que me ensinou o ofício psiquiátrico e uma postura profissional ética e humana, pelas parcerias em realizações de congressos e artigos, bem como por ter me “adotado” desde os meus primeiros momentos em São Paulo.

O meu orientador, Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto, que, com sua humildade, ética e um espírito aberto realmente científico, tem oferecido oportunidades e orientado com grande rigor acadêmico pesquisas que buscam ampliar nossos horizontes. Muito obrigado pelo constante estímulo e irrestrita confiança que tem sempre depositado sobre mim, o que me deixa honrado e me enche de responsabilidade.

Os amigos pesquisadores do NEPER: Jorge Amaro, Frederico C. Leão, Manoel Simão, Júlio Peres, Vivian Albuquerque, Franklin Ribeiro, Sérgio Rigonatti e Rodolfo Puttini. Juntos, aceitamos o desafio de investigar com grande severidade científica as obscuras e controvertidas relações entre espiritualidade e saúde.

O Prof. Dr. Homero Vallada Filho, com sua grande produtividade e experiência acadêmica, aliadas a uma índole generosa e humilde, tem se tornado num verdadeiro mestre desde os detalhes até os grandes passos de minha carreira.

Apesar de ser impossível manifestar gratidão nominalmente a todos que colaboraram neste trabalho, também gostaria de agradecer,

Ao estatístico e amigo Prof. Dr. Alexandre Zanini por sua inestimável orientação na estatística e apoio no uso do SPSS, da confecção dos questionários...

À Alcione Wright e Flávio Elói pela paciente colaboração e esmero na elaboração do abstract.

À colega Camila Soares e à Prof^a Dr^a Laura Andrade pelo auxílio na análise do SCAN.

À Prof^a Dr^a Clarice Gorenstein pela sua sempre gentil colaboração na análise da adequação social e por fornecer a amostra para comparações de resultados.

À pesquisadora Zila Sanchez e à Profª Drª Margareth Ângelo pela ajuda na parte qualitativa desta pesquisa.

À Fapesp e ao meu assessor científico anônimo que têm apoiado e colaborado em meu aprimoramento deste o início deste projeto.

Aos professores da banca de qualificação, Drs. Paulo R. Menezes e Mário R. Louzã pelos comentários e sugestões para o aprimoramento desta pesquisa.

Um agradecimento especial à Aliança Espírita Evangélica na pessoa de seu diretor Eduardo Miyashiro e de todos os médiuns que voluntariamente participaram da pesquisa. A boa vontade e cordialidade com que fomos recebidos mostram ser possível o trabalho colaborativo entre entidades religiosas e científicas para o desenvolvimento do conhecimento e do bem estar humanos.

Finalmente, uma pálide expressão de minha imensa gratidão à minha amada Angélica que, pacientemente, compreendeu os muitos momentos felizes em comum furtados pela confecção desta tese. Seu apoio, amor, dedicação e companheirismo tornam, sem qualquer sombra de dúvida, a minha jornada muito mais amena e venturosa. Além de colaborar de modo indescritível para a concretização desta tese, você me concedeu a magnífica vivência da paternidade através do Caio, este ser que veio iluminar ainda mais nossa vida a partir deste ano. Por tudo isso, repito o que lhe disse há cinco anos: *“Querida, não me negues a tua mão para atravessarmos juntos o caminho da vida, porque, contigo, vencerei o próprio impossível!”*.

Sumário

LISTA DE SIGLAS

RESUMO

SUMMARY

1) INTRODUÇÃO.....	1
2) OBJETIVOS.....	13
3) REVISÃO DA LITERATURA.....	14
3.1) ESPIRITISMO, MEDIUNIDADE E A ALIANÇA ESPÍRITA EVANGÉLICA.....	14
3.1.1) <i>Espiritismo</i>	14
3.1.2) <i>Mediunidade Segundo o Espiritismo</i>	16
3.1.3) <i>Aliança Espírita Evangélica</i>	22
3.2) FENÔMENOS DISSOCIATIVOS	24
3.3) ALUCINAÇÃO EM POPULAÇÕES NÃO CLÍNICAS	31
3.4) O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE EXPERIÊNCIAS ESPIRITUAIS E PSICOPATOLOGIA.....	40
4) MÉTODOS.....	51
4.1) POPULAÇÃO	51
4.2) INSTRUMENTOS.....	52
4.2.1) <i>Questionário Sociodemográfico e de Atividade Mediúnica</i>	52
4.2.2) <i>Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire - SRQ</i>	52
4.2.3) <i>Escala de Adequação Social - EAS</i>	53
4.2.4) <i>Phenomenology of Consciousness Inventory - PCI</i>	54
4.2.5) <i>Dissociative Disorders Interview Schedule - DDIS</i>	54
4.2.6) <i>Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry - SCAN</i>	55
4.2.7) <i>Entrevista Estruturada Sobre a Mediunidade do Entrevistado</i>	58
4.3) PROCEDIMENTOS	58
4.4) ANÁLISE ESTATÍSTICA	63
5) RESULTADOS	65
5.1) PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	65
5.2) ATIVIDADE ESPÍRITA E MEDIÚNICA.....	66
5.3) EAS - ESCALA DE ADEQUAÇÃO SOCIAL.....	69
5.4) SRQ - SELF-REPORT PSYCHIATRIC SCREENING QUESTIONNAIRE.....	70
5.5) DDIS	71
5.6) SCAN	78
5.7) ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS MÉDIUNS SRQ POSITIVOS E NEGATIVOS	83
5.8) RESULTADOS DAS QUESTÕES COM RESPOSTAS ABERTAS.....	87
5.8.1) <i>Como surgiu a mediunidade em você?</i>	87
5.8.2) <i>Como descobriu que apresentava mediunidade?</i>	90
5.8.3) <i>Descreva suas principais vivências mediúnicas:</i>	91
5.8.4) <i>A questão da origem e veracidade das percepções mediúnicas</i>	97
6) DISCUSSÃO	100
6.1) PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	101
6.2) ATIVIDADE ESPÍRITA E MEDIÚNICA.....	105
6.3) ADEQUAÇÃO SOCIAL.....	109
6.4) PREVALÊNCIA DE SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS COMUNS.....	112
6.5) SINTOMAS SCHNEIDERIANOS DE PRIMEIRA ORDEM PARA ESQUIZOFRENIA (SPO)	115
6.6) ABUSO INFANTIL	119
6.7) CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS A TRANSTORNO DE IDENTIDADE DISSOCIATIVA (TID).....	121

6.8) DIAGNÓSTICO DE TID E OUTROS TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS.....	123
6.9) COMPARAÇÕES ENTRE MÉDIUNS SRQ + E SRQ –	124
6.10) RESULTADOS DO SCAN.....	125
6.11) O FENÔMENO MEDIÚNICO DESCRITO PELOS ENTREVISTADOS	130
6.12) CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
7) CONCLUSÕES.....	156
8) ANEXOS.....	157
8.1) CONSENTIMENTO INFORMADO.....	157
8.2) QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE ATIVIDADE MEDIÚNICA	158
8.3) SRQ.....	159
8.4) EAS	160
8.5) DDIS	165
9) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	176

Apêndices

- The History of Spiritist Madness in Brazil
- A Visão Espírita dos Transtornos Mentais
- Metodologia para a Investigação de Estados Alterados de Consciência
- A Mediunidade Vista por Alguns Pioneiros da Saúde Mental
- Pesquisas em Cura à Distância (carta ao editor)

Lista de Siglas

AEE	Aliança Espírita Evangélica
APA	American Psychiatric Association
CE	Centro Espírita
CES-D	Center for Epidemiological Studies – Depression Scale
CHS	Clinical History Schedule
CID	Classificação Internacional das Doenças
DDIS	Dissociative Disorders Interview Schedule
DES	Dissociative Experiences Scale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAS	Escala de Adequação Social
ECA	Epidemiologic Catchment Area study
EUA	Estados Unidos da América
FEB	Federação Espírita Brasileira
FEESP	Federação Espírita do Estado de São Paulo
IGC	Item Group Checklist
IPq	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
LIM	Laboratório de Investigação Médica
NCS	National Comorbidity Survey
NEPER	Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos do IPq
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i> (razão de chances)
PSE	Present State Examination
SCAN	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SCID-D	Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders
SCL-90	Symptom Checklist
SPO	Sintomas Schneiderianos de Primeira Ordem para Diagnóstico de Esquizofrenia
SPR	Society for Psychical Research
SRQ	Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire

SWBS	Escala de Bem-estar Espiritual
TID	Transtorno de Identidade Dissociativa (Transtorno de Personalidade Múltipla)
USE	União das Sociedades Espíritas do Estado de São Paulo

Almeida AM. *Fenomenologia das Experiências Mediúnicas, Perfil e Psicopatologia de Médiuns Espíritas* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004. 205p.

Objetivos: Definir o perfil sociodemográfico e a saúde mental em médiuns espíritas, bem como a fenomenologia e o histórico de suas experiências mediúnicas.

Métodos: 115 médiuns em atividade foram selecionados aleatoriamente de centros espíritas de São Paulo. Numa primeira etapa foram aplicados os questionários: sociodemográfico e de atividade mediúnica, SRQ (Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire) e EAS (Escala de Adequação Social). Todos os médiuns com provável psicopatologia pelo SRQ (n=12) e o mesmo número de controles foram entrevistados com base no DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule), SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) e através de uma entrevista qualitativa.

Resultados: 76,5% da amostra eram mulheres, idade média $48,1 \pm 10,7$ anos, 2,7% de desemprego e 46,5% de escolaridade superior. Eram espíritas, em média, há $16,2 \pm 12,7$ anos e possuíam uma média de 3,5 tipos de mediunidade (incorporação 72%; psicofonia 66%; vidência 63%; audição 32%; psicografia 23%). Cada modalidade mediúnica era exercitada entre 7 a 14 vezes por semana em média, não havendo diferença entre os sexos. 7,8% dos médiuns ficaram acima do ponto de corte para transtorno psiquiátrico menor pelo SRQ e a amostra alcançou uma pontuação de $1,85 \pm 0,33$ na EAS. Houve correlação significativa entre os escores de adequação social e de sintomas psiquiátricos pelo SRQ ($r = 0,38$ $p < 0,001$). Não houve correlação entre a intensidade de atividade mediúnica e os escores SRQ e adequação social. Os médiuns diferiam das características de portadores de transtornos de identidade dissociativa e possuíam uma alta média (4) de sintomas Schneiderianos de primeira ordem para esquizofrenia, mas estes não se relacionaram aos escores do SRQ ou do EAS. Foram identificados quatro grupos de relatos de surgimento da mediunidade: sintomas isolados na infância ou na vida adulta, quadros de oscilação do humor e durante o curso de médiuns. A psicofonia/incorporação possui como pródromos uma sensação de presença, sintomas físicos diversos e sentimentos e sensações não reconhecidos como próprios do indivíduo. Posteriormente, é sentida uma pressão na garganta e mecanicamente começa-se a verbalizar um discurso não planejado. A intuição foi caracterizada pelo surgimento de pensamentos ou imagens não reconhecidos como próprios. A audição e a vidência se caracterizaram pela percepção de imagens ou vozes no espaço psíquico interno ou objetivo externo. A psicofonia só ocorria no centro espírita, as demais modalidades mediúnicas ocorriam tanto dentro como fora dos centros espíritas.

Conclusões: Os médiuns estudados evidenciaram alto nível socioeducacional, baixa prevalência de transtornos psiquiátricos menores e razoável adequação social. A mediunidade provavelmente se constitui numa vivência diferente do transtorno de identidade dissociativa. A maioria teve o início de suas manifestações mediúnicas na infância, e estas, atualmente, se caracterizam por vivências de influência ou alucinatórias, que não necessariamente implicam num diagnóstico de esquizofrenia.

Descritores: espiritualismo, psicologia, religião e psicologia, transtornos dissociativos, etnologia, epidemiologia, transtornos psicóticos, classificação

Almeida AM. Phenomenology of Mediumistic Experiences, Profile and Psychopathology of Spiritist Mediums. [thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004. 205p.

Objectives: This study describes the social-demographic profile and psychopathology of Spiritist mediums, history and phenomenology of their mediumistic experiences.

Methods: One hundred fifteen actively practicing medium subjects (27 male and 88 female) were randomly selected from different Kardecist Spiritist Centers in the City of São Paulo, Brazil. In the early phase of the study, all participants completed social-demographic and mediumistic activity questionnaires, SRQ (Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire) and SAS (Social Adjustment Scale). All medium subjects ($n = 12$) identified by the SRQ with probable psychopathology, and a control group (12 healthy subjects) were submitted to interview using: the DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule), SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry), and a qualitative interview.

Results: Females were 76.5% of the sample, sample mean age was 48.1 ± 10.7 years; 2.7% of the subjects were currently unemployed; and 46% of the sample had a college degree. Participants indicated being Spiritist for an average of 16.2 ± 12.7 years, having a mean of 3.5 different types of mediumistic abilities (receiving/embodyment of a spiritual entity 72%; seeing 63%; hearing 32%; and automatic writing 23%). Each mediumistic modality was carried out an average of 7 to 14 times a week with no gender difference; 7.8% of the medium subjects exhibited a minor psychiatric disorder according to the SRQ, and the entire sample scored 1.85 ± 0.33 points in the SAS. There was a significant correlation between social adjustment scores and SRQ psychiatric symptoms ($r = 0.38$ $p < 0.001$). There was no significant correlation between the degree of mediumistic activity and either SRQ or SAS scores. Medium subjects differed from dissociative identity disorders subjects and displayed 4 Schneiderian first rank symptoms for schizophrenia that were unrelated to either the SRQ or SAS scores. Four distinct modes of emergence of mediumistic symptoms were recorded: isolated symptoms during childhood, isolated symptoms during adulthood, spontaneous mood fluctuations, and formal courses in mediumistic ability development. A full mediumistic trance process begins with: sensing another presence, experiencing a variety of physical symptoms and feelings, and experiencing vibratory frequencies which subjects attributed to an external source, or spiritual entity. Subsequently, subjects begin to feel pressure in the area of the throat and an unplanned speech is mechanically voiced. Intuition is characterized by the emergence of thoughts and/or images not recognized by the subjects as their own. Hearing and seeing are characterized as the awareness of images and voices within the internal psychic space or as an external object. Full mediumistic trance was recorded exclusively within the Spiritist Centers however all other mediumistic experiences were recorded both inside and outside these centers.

Conclusions: The medium subjects included in this analysis displayed evidences of having a high social-educational level, a low prevalence rate of minor psychiatric symptoms and a sound level of social adjustment. Mediumistic trance is very possibly an experience other than a Dissociative Identity Disorder. The majority of the subjects experienced the onset of mediumistic experiences during childhood, and the mediumistic process was characterized by experiences of replacement of the ego

mind, or visual and/or auditory hallucinations not necessarily related to a definite diagnosis of schizophrenia.

Keywords: spiritualism, psychology, religion and psychology, dissociative disorders, ethnology, epidemiology, psychotic disorders, classification

1) Introdução

As dimensões espirituais e religiosas da cultura estão entre os fatores mais importantes que estruturam a experiência humana, crenças, valores, comportamento e padrões de adoecimento (Lukoff, 1992; Sims, 1994; Amaro, 1996; Weaver, 1998; Cardeña, 2000). Apesar disso, a psiquiatria, em seus sistemas diagnósticos bem como em sua teoria, pesquisa e prática, tende a ignorar ou considerar patológicas as dimensões religiosas e espirituais da vida (Lukoff, 1992; King, 1998). As próprias relações históricas entre psiquiatria e religião são alvo de controvérsias. Vandermeersch (1991) destaca ser um mito construído pelos psiquiatras do século XIX a idéia de que a moderna psiquiatria surgiu a partir do combate ao obscurantismo religioso medieval que via as doenças mentais como decorrentes de possessões demoníacas e bruxarias.

Assim como a religiosidade é tradicionalmente vista de modo negativo pela psiquiatria, as experiências místicas e espirituais são tidas como evidências de psicopatologia (Mulhern, 1991; Lukoff, 1992). Freud considerou as experiências dos místicos como manifestação do “desamparo infantil” e “regressão ao narcisismo primário”. Outros autores as descrevem como psicose borderline (GAP, 1976), episódio psicótico (Horton, 1974), disfunção do lobo temporal (Munro, 1992, Persinger, 1992), quadros histéricos (Jung, 1994) ou como um perigo para o indivíduo e a comunidade (Greenberg et al., 1992). Esse enfoque se refletiu na postura da comunidade

psiquiátrica brasileira frente à disseminação de religiões que valorizam as experiências místicas. Pacheco e Silva, prefaciando um livro sobre o tema (César, 1939), afirmou que “... o misticismo e a loucura se acham por tal forma fundidos, que não se pode destacar um do outro”.

Esta visão negativa das experiências religiosas deu origem a atitudes discriminatórias e autoritárias por parte da comunidade psiquiátrica brasileira, principalmente com relação ao Espiritismo e religiões afro-brasileiras. Não apenas privando os indivíduos de experiências potencialmente benéficas, como ocasionando prisões, internações e tratamentos desnecessários (Ribeiro e Campos, 1931; Pacheco e Silva, 1950, 1950a; Almeida e Almeida, 2003, Moreira-Almeida et al., 2005). Em tese de doutoramento abordando o Espiritismo (Pimentel, 1919), aprovada com distinção pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o autor conclui que o médium espírita é um embusteiro ou “acaso, um allucinado, um doente: - deve ser recolhido a um hospital de alienados e submettido a tratamento médico de especialistas”. Na obra “Espiritismo e Loucura”, prefaciada por Juliano Moreira, seu autor declara que depois da sífilis e do álcool o Espiritismo era o maior fator de alienação mental, nega que fosse apenas uma patoplastia cultural de quadros já existentes e propõe o seu combate: “... a sua hygiene e prophylaxia estão, apenas, em se queimarem todos os livros espíritas e se fecharem todos os candomblés, altos, médios e baixos, que, ora, infestam o Rio, o Brazil e todo o mundo occidental” (Oliveira, 1931). No Brasil e em diversos países europeus houve um intenso embate entre espíritas e psiquiatras sobre o caráter patológico ou não da

mediunidade (Katzenelbogen, 1941; Moreira-Almeida et al., 2005). Ainda hoje no Brasil, existem grupos, habitualmente com motivações religiosas de combate ao Espiritismo e religiões afro-brasileiras, que enfatizam o caráter desencadeador de psicopatologia das vivências mediúnicas (Bruno, sd; Arfinengo e Loredó, 1997).

Nas últimas décadas, a psiquiatria cultural sofreu notáveis avanços e tem buscado se afirmar como uma ferramenta indispensável a uma psiquiatria moderna e sensível às particularidades dos diversos grupamentos humanos. Busca-se enfatizar atualmente questões mais práticas como a correção de diagnósticos equivocados a que estão sujeitos pacientes de substratos culturais diferentes dos de seus psiquiatras (Lewis-Fernandez & Kleinman, 1995; Kirmayer, 1998), prevenindo contra a “patologização” de numerosos comportamentos e respostas emocionais (Alarcón et al., 1999). Dentro dessa nova abertura, têm surgido mais pesquisas sobre espiritualidade e saúde mental. Fato relevante é que as visões indiscriminadamente negativas da religião e espiritualidade não se mantêm à luz dos recentes estudos, que, habitualmente, não encontram associação entre esses fatores e psicopatologia. Ao contrário, maiores taxas de envolvimento religioso têm sido associadas a menor prevalência de transtornos mentais. (Lotufo Neto, 1997; Koenig et al., 2001). Entretanto, ainda não é consenso que a religiosidade esteja associada a indicadores positivos de saúde (Sloan et al., 1999).

Alguns trabalhos têm relatado que pessoas que vivenciam experiências místicas pontuam menos em escalas de psicopatologia e mais

em medidas de bem-estar psicológico que controles (Lukoff et al.,1992). Levantamentos da última década têm mostrado que as ditas experiências extra-sensoriais dissociativas e alucinatórias são comuns na população geral (Ross et al.,1990a; Tien, 1991; Ross e Joshi, 1992; Levin, 1993) e freqüentemente não estão associadas a transtornos psiquiátricos em populações não clínicas (Caird, 1987; Heber et al.,1989; Cardeña, 2000). Negro Jr (1999), numa tese desenvolvida em nosso meio sobre experiências dissociativas associadas a práticas religiosas, no caso, espíritas, não encontrou níveis de psicopatologia aumentados nessa população, apontando para uma natureza não patológica do fenômeno.

A despeito dessas sinalizações que apontam para uma mudança de postura frente aos fenômenos religiosos e espirituais, revisões sistemáticas em quatro das mais importantes revistas de psiquiatria do mundo expuseram um quadro preocupante. Larson (1986) detectou que apenas 2,5% dos artigos destas revistas entre os anos 1978 e 1982 utilizaram alguma variável religiosa. Uma repetição da mesma pesquisa, abrangendo de 1991 a 1995, apontou uma queda para 1,2% (Weaver et al.,1998). E mesmo essa minoria de artigos que utilizou alguma variável religiosa, geralmente o fez através de um único item, ao invés dos métodos multidimensionais que são os mais indicados para pesquisas em religião (Larson,1986; Kendler et al., 1997; Lotufo Neto,1997; Weaver et al.,1998).

William James (1991) há quase um século ponderou que “para o psicólogo, as tendências religiosas do homem hão de ser, pelo menos, tão interessantes quanto quaisquer outros fatores pertencentes à sua

constituição mental”. Levantamentos realizados nos anos 90 nos EUA (Gallup e Newport, 1991) e no Canadá (Ross e Joshi, 1992) indicaram que mais da metade da população relatou experiências “extra-sensoriais”, levando Ross e Joshi (1992) a concluírem que “as experiências paranormais são tão comuns na população geral que nenhuma teoria da psicologia normal ou psicopatologia pode ser considerada completa se não levá-las em consideração”. A importância da investigação dessas vivências é ressaltada na dedicatória de Ribas (1963) em sua tese sobre as relações entre a demonologia e a psiquiatria:

“Aos visionários, possessos, místicos, alquimistas e outros desbravadores do sobrenatural que, na luta entre Deus e o Diabo, tanto desmascararam os aspectos mais profundos e verdadeiros da personalidade humana, em estupendo desafio que desvendou tantos caminhos à moderna Psiquiatria e, não obstante, tantas vezes esquecido”.

A criação da categoria de “Problemas Espirituais e Religiosos” no DSM-IV pela Associação Psiquiátrica Americana foi um importante avanço e sinalizador da necessidade de mais pesquisas na área (APA, 1994; Turner et al., 1995). Essa nova categoria foi incluída porque “continuar a negligenciar as questões espirituais e religiosas perpetuaria as falhas que a psiquiatria tem cometido nesse campo: falhas de diagnóstico e tratamento, pesquisa e teoria inadequadas e uma limitação no desenvolvimento pessoal dos próprios psiquiatras” (Lu et al., 1994). Pela primeira vez no DSM há o reconhecimento que problemas religiosos e espirituais podem ser o foco de uma consulta e tratamento psiquiátrico, e que muitos desses problemas não são atribuíveis a um transtorno mental (Lukoff et al., 1995). Entre os tipos de

problemas espirituais temos: experiências místicas, experiências de quase morte, emergência espiritual e meditação (Turner et al., 1995). Os benefícios almejados com a adoção dessa nova categoria são: aumentar a acurácia diagnóstica e reduzir a iatrogenia decorrente do diagnóstico equivocado dos problemas espirituais e religiosos, melhorar o tratamento ao estimular pesquisas clínicas e ao encorajar a inclusão das dimensões religiosas e espirituais da experiência humana no tratamento psiquiátrico (Lu et al., 1994). Uma outra importante mudança no DSM-IV foi o reconhecimento que a maioria das formas de dissociação vivenciadas pela humanidade são normais e que essas necessitam ser diferenciadas de formas transculturais de dissociação patológica (Lewis-Fernández, 1998). Como Gabbard et al. (1982) afirmaram:

“É incumbência dos psiquiatras estarem familiarizados com o amplo leque de experiências humanas, saudáveis ou patológicas. Precisamos respeitar e diferenciar as experiências incomuns, mas integradoras, das que são (...) desorganizadoras”.

O estudo dos fenômenos dissociativos e transtornos mentais relacionados à dissociação é um dos grandes desafios da psiquiatria. Durante o século 19 houve acentuado interesse em experiências dissociativas e “paranormais” na psiquiatria e psicologia (Almeida et al., 2004a). Na primeira metade do século 20, tais temas foram relegados a segundo plano, mas ultimamente vêm novamente despertando o interesse da comunidade psiquiátrica (van der Kolk e van der Hart, 1989; Ross e Joshi, 1992; Cardeña et al., 1994). Embora muito tenha sido escrito sobre aspectos transculturais das experiências dissociativas, dados clínicos

precisos e investigações estruturadas ainda são claramente insuficientes (Negro, 1999). Uma das áreas mais carentes é a que diz respeito às experiências dissociativas num contexto religioso, entre eles, principalmente, os transe mediúnicos (Mulhern, 1991).

Uma das definições possíveis de mediunidade é “a comunicação provinda de uma fonte que é considerada existir em um outro nível ou dimensão além da realidade física conhecida e que também não proviria da mente normal do médium” (Klimo, 1998). Tal definição nos parece adequada para a investigação científica, pois é neutra quanto às reais origens de tais vivências, apenas requerendo que aqueles que as vivenciem sintam que a origem é de alguma fonte externa. As vivências tidas como mediúnicas possuem uma enorme influência sobre aqueles que as vivenciam direta ou indiretamente e estão nas raízes greco-romanas, judaicas e cristãs da sociedade ocidental. A pitonisa do Oráculo de Delfos que era consultada por reis e filósofos (Heródoto, 1957), o filósofo Sócrates que desde a infância ouvia seu *daimon* dizendo-lhe quando devia abster-se de alguma ação (Platão, 1999) e os cultos a Dionísio são significativos exemplos da Antigüidade clássica (Bourguignon, 1976). Tais experiências também foram extremamente importantes no surgimento das principais religiões do oriente próximo e ocidente: Moisés e os profetas hebreus recebendo mensagens de Jeová ou dos anjos (Ex 19 e 20; Jz 13:3; II Rs 1:3; Jl 2:28; I Sam 28), a conversão de Paulo às portas de Damasco (At 9:1-7) e os dons do Espírito Santo dos primeiros cristãos (At 2:1-18; 19:6; I Cor 12:1-11 e 14),) os êxtases de São Francisco de Assis, São João da Cruz e Santa Tereza

D'Ávila (James, 1991), bem como Maomé recebendo os ditados do anjo Gabriel que compõem o Corão.

Num amplo estudo transcultural sobre os estados de possessão em 488 sociedades pelo mundo, a antropóloga Érika Bourguignon (1976) identificou estados de transe de possessão em 251 (52%) destas sociedades, 90% delas tinha alguma forma institucionalizada de estados alterados de consciência (Bourguignon, 1973). Ernesto Bozzano (1997) realizou um levantamento identificando a presença de variadas formas de fenômenos tidos como mediúnicos entre os diversos povos chamados “primitivos” ao redor do Globo.

Castillo (2003) aponta que as formas institucionalizadas de transe podem ter várias funções úteis: alívio temporário do estresse, conforto emocional, consolo na doença e luto, inserção social, contato com espíritos e atribuição de significado à vida. Nas últimas décadas, nos Estados Unidos da América, tem havido um aumento de interesse na mediunidade, sob o nome de *channeling* (Hughes, 1991; Brown 1997; Klimo, 1998). O tema torna-se ainda mais relevante no Brasil, onde possuímos diversas religiões que enfatizam os transe: espíritas, afro-brasileiros, evangélicos pentecostais e católicos carismáticos. Em nosso país, diversos livros psicografados com autoria atribuída a espíritos atingiram tiragens na casa dos milhões (Federação Espírita Brasileira, 1993). Deve-se ressaltar as implicações clínicas deste objeto de estudo, faz-se mister a realização de um adequado diagnóstico diferencial destas vivências consideradas mediúnicas, buscando distinguir quando se tratam de uma vivência religiosa não

patológica das situações em que são manifestações de psicopatologia dissociativa ou psicótica.

Apesar de tamanho impacto exercido sobre a humanidade, a mediunidade tem sido praticamente ignorada pelos pesquisadores da área de saúde mental. Entretanto, nem sempre foi assim. No surgimento da moderna psiquiatria e psicologia, na transição entre os séculos XIX e XX, diversos pioneiros, como Pierre Janet, William James, Frederic Myers, Jung, Cesare Lombroso e Charles Richet, estudaram detidamente a mediunidade (Richet, 1975; Lombroso, 1983; Almeida e Lotufo Neto, 2004a). Em 1882, vários pesquisadores da Universidade de Cambridge, interessados em investigar os então chamados “fenômenos psíquicos” (mediunidade, telepatia, etc) fundaram a SPR – *Society for Psychical Research* (Murphy e Ballou, 1960), que permanece ativa até hoje. Infelizmente, tais trabalhos permanecem largamente desconhecidos. Como afirmou Charles Tart (1972), o método científico será expandido para investigar os estados alterados de consciência, ou o imenso poder destes estados será deixado apenas nas mãos das várias seitas e cultos?

Além da importância clínica do diagnóstico diferencial entre fenômenos mediúnicos não patológicos e psicopatologia, há o valor para uma ampliação da compreensão do funcionamento do psiquismo. Karl Jaspers (1985) afirmou que o estudo dos fenômenos de transe e possessão seria de grande importância para o entendimento da constituição psíquica do ser humano. Pierre Janet, apesar de considerar o Espiritismo “uma das mais curiosas superstições de nossa época”, afirmou ser este o precursor da

psicologia experimental, assim como a astronomia e a química começaram através da astrologia e da alquimia. Janet defendia a importância de se estudar a mediunidade pois nos permite “observações psicológicas muito interessantes e refinadas que são longe de inúteis para os observadores de nossos dias” (Janet, 1889 p.357-8; 1914 p.394-5).

Numa pesquisa bibliográfica, por nós realizada, não foi detectado nenhum trabalho com amostra grande e instrumentos padronizados de avaliação que investigasse o perfil psicopatológico dos ditos médiuns, bem como as características que ajudem na diferenciação entre experiências mediúnicas não patológicas das que são manifestações de fenômenos psicopatológicos de ordem psicótica, dissociativa ou outros. Barret (1996) fez uma avaliação qualitativa da fenomenologia de nove médiuns norte-americanos. Negro Jr (1999), que iniciou os estudos sobre o tema em nosso meio, acentuou que seria “extremamente útil proceder um estudo prospectivo dos indivíduos participantes do centro espírita e/ou fazer um estudo visando especificamente indivíduos considerados médiuns ativos”.

Um outro aspecto relacionado, diz respeito à presença de fenômenos alucinatorios na população não clínica. Conforme será exposto na seção de Revisão de Literatura, existem diversos estudos apontando para a existência de uma substancial minoria da população que vivencia alucinações ao longo da vida (Sidgwick, 1894; Tien, 1991). Há grande carência de informações sobre alucinações na população não clínica, sendo muito importante saber como estes diferem dos portadores de transtornos mentais (Bentall, 2000).

O Brasil, devido à sua grande diversidade religiosa, se encontra numa posição privilegiada para fazer avançar o nosso conhecimento sobre o tema. Particularmente no campo dos problemas espirituais, duas das maiores correntes religiosas brasileiras (o Espiritismo e as Afro-Brasileiras) centram-se sobre experiências místicas e de emergência espiritual (González, 1995). Segundo o último Censo Demográfico (IBGE, 2000) o Espiritismo foi a quarta religião mais professada no Brasil, atrás apenas do Catolicismo, Igreja Evangélica Batista e Assembléia de Deus. Somados, os profidentes do Candomblé e Umbanda, representam o 12º maior grupo religioso do país.

O estudo desses tópicos em nosso meio pode colaborar muito na melhor compreensão dos fenômenos tão disseminados e enraizados em nossa cultura, que é o que se espera da pesquisa nacional (Ramadam, 1996). Considerados como experiências subjetivas, os fenômenos ditos paranormais podem ser estudados com confiabilidade do mesmo modo que ansiedade, depressão ou qualquer outro grupo de vivências. Para estudar cientificamente essas questões, não é necessário tomar qualquer decisão sobre sua realidade objetiva. Elas podem ser estudadas em suas correlações clínicas com qualquer outro conjunto de dados (Ross e Joshi, 1992; Hufford, 1992; King e Dein, 1998). Não nos é necessário tomar partido sobre qual a origem das experiências espirituais, pode nos interessar apenas como elas operam sobre o indivíduo, quais suas conseqüências para aquele que as vivencia (James, 1991).

Em 1999 foi fundado o NEPER - Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos - do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas

da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP) pelos psiquiatras Francisco Lotufo Neto, Jorge W. F. Amaro, Hyong Jin Cho e Alexander Moreira de Almeida (Almeida et al., 2000). Seu objetivo é a pesquisa das relações entre religiosidade-espiritualidade e a saúde mental segundo um enfoque científico multidisciplinar, não vinculado a nenhuma corrente filosófica ou religiosa. O grupo se reúne quinzenalmente no IPq e acredita na possibilidade de se investigar com rigor metodológico as experiências associadas à espiritualidade (Almeida e Lotufo Neto, 2003). Seus integrantes já produziram teses, artigos e apresentações em congressos científicos com pesquisas desenvolvidas pelo grupo. Entre as linhas de pesquisa em desenvolvimento: mediunidade (Almeida e Lotufo Neto, 2004a), curas espirituais (Almeida et al, 2000a; Almeida e Lotufo Neto, 2004; Leão, 2004), estudos históricos e antropológicos das relações entre psiquiatria e Espiritismo (Puttini, 2004; Almeida e Almeida, 2003; Moreira-Almeida et al., 2005), representações psíquicas da circuncisão (Boguchwal, 2002), psicologia transpessoal, terapias regressivas vivenciais (Peres et al, 2002; 2002a; Peres, 2003) e psicopatologia em grupos religiosos (Lotufo Neto, 1997).

Ainda no IPq, Negro (1999) desenvolveu uma tese com um estudo exploratório sobre experiências dissociativas em freqüentadores de um grupo espírita e concluiu com a recomendação para a realização de um estudo posterior que investigasse especificamente os “médiums ativos”. A presente investigação se insere no esforço do NEPER de explorar as vivências religiosas e busca dar continuidade ao trabalho de Negro (1999).

2) Objetivos

1. Definir o perfil sociodemográfico de médiuns de um importante agrupamento espírita de São Paulo.
2. Investigar a saúde mental em médiuns.
3. Caracterizar a fenomenologia das experiências mediúnicas nessa população através de instrumentos com validade e confiabilidade reconhecidos.
4. Determinar as características clínicas e sociodemográficas que ajudem a diferenciar as experiências dissociativas de caráter patológico das não patológicas.

3) Revisão da Literatura

3.1) Espiritismo, Mediunidade e a Aliança Espírita Evangélica

Nesta subseção, será feita uma breve descrição das principais características do Espiritismo, como a mediunidade é compreendida pelos espíritas e uma sumária descrição do que é a Aliança Espírita Evangélica, a organização onde foi realizada a pesquisa de campo.

O presente estudo não almeja investigar a veracidade ontológica das vivências mediúnicas, mas suas manifestações e implicações clínicas. Ao longo deste trabalho, nos referiremos às crenças espíritas dos médiuns sem julgar seu valor objetivo. No entanto, para evitar o uso excessivo e cansativo do futuro do pretérito e de expressões como “suposto” ou “hipotético”, o presente do indicativo foi utilizado na maior parte das vezes quando são descritas as teorias espíritas.

3.1.1) Espiritismo

Em meados do século XIX, houve uma onda de interesse por fenômenos mediúnicos que se espalhou pela Europa e América do Norte. Este movimento social é conhecido como “Espiritualismo Moderno” (Doyle, 1995; Brown, 1997). O Espiritismo, um ramo do Espiritualismo Moderno, teve origem na França quando um intelectual de nome Hippolyte-Léon

Denizard Rivail, sob o pseudônimo de Allan Kardec, se propôs a realizar uma investigação científica sobre as supostas manifestações dos espíritos. Após se convencer da veracidade dos fenômenos, buscou desenvolver um método para obter um conhecimento válido a partir das comunicações dos espíritos. Após comparar e analisar as respostas obtidas através de médiuns de diversos países, em 1857 organizou essas informações num corpo teórico único. Para dar nome à filosofia daí resultante, ele cunhou o termo “Espiritismo” ou “Doutrina Espírita” (Kardec, 1994), que foi definido como “uma ciência que trata da natureza, origem e destino dos Espíritos, bem como de suas relações com o mundo corporal” (Kardec, 1995). Para Kardec (1868), o Espiritismo seria essencialmente uma filosofia com bases científicas e implicações morais, não se constituindo numa religião segundo a concepção usual da palavra. É freqüente os espíritas se referirem ao “tríplice aspecto do Espiritismo”: ciência, filosofia e religião (Chibeni, 2003). Entre os princípios básicos espíritas pode-se destacar: existência de Deus, imortalidade da alma, reencarnação, evolução, mediunidade e aceitação da ética cristã, com ênfase na prática da caridade, que é entendida de modo bem mais abrangente que a simples esmola. O conceito de caridade para os espíritas é: “Benevolência para com todos, indulgência para as imperfeições dos outros, perdão das ofensas” (Kardec, 1994).

No final do século XIX, o Espiritismo chega ao Brasil, onde passou a ter uma presença marcante, sob uma feição essencialmente religiosa. Disseminou-se principalmente entre a classe média urbana, mas a influência de suas práticas e visões de mundo vai muito além do número declarado de

adeptos. Hoje, o Brasil, apesar de ser majoritariamente católico, é o país no mundo onde o Espiritismo alcançou sua maior dimensão (Aubrée e Laplantine, 1990; Machado, 1993; Damazio, 1994; Santos, 1997).

No cenário da saúde mental no Brasil, o Espiritismo constitui-se num importante mas pouco conhecido ator. Além de defenderem uma etiologia espiritual para diversos transtornos mentais (Almeida e Lotufo Neto, 2004b), construíram quase meia centena de hospitais psiquiátricos espíritas pelo país (Souza e Deitos, 1980). Num levantamento feito por Figueiredo e Ferraz (1998), a grande maioria dos 40 hospitais psiquiátricos filantrópicos existentes no estado de São Paulo eram espíritas. Junte-se a isso o fato de que as concepções e tratamentos espíritas abrangem uma grande parcela da nossa população, inclusive profissionais de saúde. Existem em funcionamento a ABRAPE (Associação Brasileira de Psicólogos Espíritas) e a AME (Associação Médico Espírita) que congrega médicos e psicólogos que estudam e praticam em suas atividades profissionais esses preceitos.

3.1.2) Mediunidade Segundo o Espiritismo

Todo o Espiritismo se baseia em informações fornecidas por médiuns e compiladas em livros. No entanto, atualmente, a grande maioria das reuniões mediúnicas espíritas que ocorrem no Brasil busca o auxílio a “espíritos sofredores”, encarnados ou desencarnados. Estas práticas são denominadas “reuniões de desobsessão¹”. Nestas sessões, busca-se o contato com espíritos desencarnados que estejam sofrendo ou causando

¹ Obsessão é definida como: “a ação persistente que um Espírito mau exerce sobre um indivíduo”(Kardec, 1992. Cap.XIV it.45)

sofrimento a alguém. Procura-se, através de um diálogo fraterno, orientar o espírito sofredor e, se for o caso, dissuadi-lo a interromper a perseguição a algum outro indivíduo.

Apesar de Kardec discorrer sobre a mediunidade em todas as suas obras, nos ateremos principalmente ao “Livro dos Médiuns”, por ser sua principal publicação sobre o tema e à revisão feita por Chibeni e Chibeni (1987). O termo “médium” é um neologismo criado por Kardec, que explicita o seu significado da seguinte forma:

“MÉDIUM. (do latim, medium, meio, intermediário). Pessoa que pode servir de intermediário entre os Espíritos e os homens” (Kardec, 1993)

Mediunidade, que foi definida como a “faculdade dos médiuns” (Kardec, 1993), comporta dois sentidos, um amplo e outro restrito:

“Todo aquele que sente, num grau qualquer, a influência dos Espíritos é, por esse fato, médium. Essa faculdade é inerente ao homem; não constitui, portanto, um privilégio exclusivo.(...) Pode, pois, dizer-se que todos são, mais ou menos, médiuns. Todavia, usualmente, assim só se qualificam aqueles em quem a faculdade mediúnica se mostra bem caracterizada e se traduz por efeitos patentes, de certa intensidade, o que então depende de uma organização mais ou menos sensitiva.”

Assim, segundo o Espiritismo, apesar de todas as pessoas serem médiuns (por receberem inspirações e influências sutis de espíritos), usualmente este termo é empregado apenas para aqueles que recebem influências mais patentes e ostensivas. É neste sentido restrito que utilizamos o termo médium no presente trabalho.

O trecho acima se refere a “uma organização mais ou menos sensitiva”. Importante destacar que, segundo Kardec (1993, itens 198 e 226), a mediunidade depende de uma predisposição orgânica, não dependendo da

crença ou postura moral do indivíduo. Por ter uma base biológica, se manifesta em cada um de acordo com sua propensão, caso esta exista. Por isso, é enfatizado que é infrutífero tentar desenvolver a mediunidade entre indivíduos que não possuem tal potencial. Ainda segundo Kardec (1993, itens 159-84), um espírito, querendo se comunicar, vai se utilizar do órgão que for mais “flexível” em um dado médium, daí existirem os diversos tipos de médiuns, dentre os mais importantes:

- Efeitos Físicos: produzem fenômenos materiais, como movimentos de corpos inertes ou ruídos
- Audientes: ouvem a voz dos Espíritos, podendo ser tanto uma voz interior ou exterior *“clara e distinta, qual a de uma pessoa viva”*
- Falantes (psicofônicos): *“neles, o Espírito atua sobre os órgãos da palavra”, o “médium geralmente se exprime sem ter consciência do que diz”*
- Videntes: *“são dotados da faculdade de ver os Espíritos”,* mas haveria um grande risco destas visões serem apenas fruto da imaginação dos médiuns
- Curadores: *“dom de curar pelo simples toque, pelo olhar, mesmo por um gesto, sem o concurso de qualquer medicação”*
- Escreventes (psicógrafos): são capazes de transmitir o pensamento de um espírito através da escrita. Seria a faculdade mais passível de se desenvolver pelo exercício
- Intuitivos: recebem o pensamento dos Espíritos e os transmitem.

Kardec afirma não haver modos de se diagnosticar a mediunidade por nenhum sinal específico. *“Só existe um meio de se lhe comprovar a existência. É experimentar”* (Kardec, 1993 item 200). No entanto, se a pessoa não tiver a faculdade mediúnica de modo latente, nada poderá produzi-la.

Por diversas vezes é enfatizada a necessidade de se distinguir percepções que seriam realmente mediúnicas (originadas de espíritos desencarnados) das que são denominadas anímicas (originadas da mente inconsciente do médium):

“Muitos imaginam ouvir o que apenas lhes está na imaginação.
(...)
Cumpra nem sempre acreditar na palavra dos que dizem ver os Espíritos” (Kardec, 1993 item 190)

A propósito, Kardec (1861) faz um detalhado estudo sobre as alterações da sensopercepção, propondo três tipos:

- Imaginação: seria o que atualmente denominamos ilusões, distorções de um percepto real, muitas vezes causadas por fadiga, pouca iluminação e sugestionabilidade
- Alucinação: percepção sensorial de origem interna, *“é a visão retrospectiva, pela alma, de uma imagem impressa no cérebro”* e que *“muitas vezes se produz no estado de doença”*.
- Aparições ou visões verdadeiras: seriam fruto de uma real percepção espiritual. Poderiam ocorrer de duas maneiras: *“ou é o Espírito que vem encontrar a pessoa que vê; ou é o Espírito desta que se transporta e vai encontrar a outra”*. O grande diferencial em relação às duas percepções

acima seria que as aparições trazem informações desconhecidas pelo indivíduo e que são confirmadas a posteriori.

São descritos exemplos das aparições verdadeiras, sendo freqüentes por ocasião da morte. Situações em que se tem uma visão de alguém previamente hígido dizer que morreu de um acidente, descrevendo detalhes do ocorrido que foram confirmados posteriormente. Na diferenciação, Kardec (1861) dá o benefício da dúvida para a alucinação: *"toda aparição que não dá qualquer sinal inteligente pode decididamente ser posta no rol das ilusões"*.

O fundador do Espiritismo afirma que muitas vezes são apresentadas teorias fantásticas como se tivessem uma origem mediúnica, mas que não passam de reflexo da mente do médium. Para evitar tais enganos, recomenda:

"Na dúvida, abstém-te, diz um dos vossos velhos provérbios. Não admitais, portanto, senão o que seja, aos vossos olhos, de manifesta evidência. Desde que uma opinião nova venha a ser expendida, por pouco que vos pareça duvidosa, fazei-a passar pelo crisol da razão e da lógica e rejeitai desassombradamente o que a razão e o bom senso reprovarem. Melhor é repelir dez verdades do que admitir uma única falsidade, uma só teoria errônea (Kardec, 1993 item 230).

Para os espíritas, a mediunidade deve ser utilizada apenas com fins nobres: minorar o sofrimento e auxiliar a evolução das pessoas. Por isso, jamais deve ser mercantilizada, não sendo admitida qualquer tipo de cobrança ou benefício material advindos da prática mediúnica. Este é um princípio muito considerado pelos espíritas no Brasil. Por outro lado, nos EUA, a mediunidade é muitas vezes uma profissão em que os médiuns cobram por consultas (Brown, 1997).

Os médiuns tendem a ser muito respeitados e, muitas vezes, idolatrados por parcela considerável dos espíritas. A mediunidade é, freqüentemente, fonte de prestígio e poder no meio espírita. Os próprios espíritas ponderam que a vaidade e orgulho constituem-se em alguns dos principais riscos decorrentes da prática mediúnica (Kardec, 1993 item 228; Armond, 2001). Apesar de não encontrar base na teoria espírita, corriqueiramente a mediunidade é vista como uma condição que deve ser almejada por todos os espíritas (Chibeni e Chibeni, 1987). Paralelamente, muitos espíritas vêem a mediunidade como algo associado a sofrimentos que levariam ao aprimoramento evolutivo do médium. Este ponto de vista é adotado por Edgard Armond, o fundador da Aliança Espírita Evangélica (AEE). Ele afirma que a maioria dos médiuns possui “mediunidade de prova”, que seria “uma dádiva de Deus, outorga feita a uns e outros em certas circunstâncias e ocasiões para que, no seu gozo e uso, tenham a oportunidade de resgatar dívidas, (...) despertando assim para um novo esforço redentor”. Segundo este autor, o médium seria usualmente um espírito com graves falhas em encarnações passadas e cuja mediunidade traria muitas perturbações e dificuldades. Entretanto, caso exerça dignamente sua tarefa mediúnica, “sobe um degrau na trajetória espiritual” (Armond, 2001, p. 42). No entanto, esta visão de que a mediunidade esteja associada a sofrimentos e desajustes físicos ou psíquicos não é compartilhada por boa parte dos espíritas (Chibeni e Chibeni, 1987).

3.1.3) Aliança Espírita Evangélica

O Espiritismo não possui uma hierarquia nem um poder central que determine a atuação dos centros espíritas no Brasil. A Federação Espírita Brasileira tem um caráter apenas de orientação aos centros espíritas (CE) que desejarem se filiar. No Brasil, os CE usualmente se agrupam em torno de alguma entidade federativa que procura coordenar e homogeneizar as atividades dos CE. No estado de São Paulo, existem algumas destas agremiações, como a Federação Espírita do Estado de São Paulo (FEESP), a União das Sociedades Espíritas do Estado de São Paulo (USE) e a Aliança Espírita Evangélica (AEE).

O presente trabalho foi realizado com médiuns em atividade em CE ligados à AEE. A AEE é uma congregação de 218 CE que foi fundada em São Paulo em 4 de dezembro de 1973. Na cidade de São Paulo, há 52 CE filiados à AEE, cuja proposta é “efetivar um ideal de vivência do Espiritismo Religioso através de programas de estudo, trabalho e fraternidade”. A AEE tem como características proeminentes uma severa preparação dos médiuns e uma intensa padronização das atividades desenvolvidas. Todos os médiuns em atividade em CE ligados à AEE completaram o “Curso de Médiuns” que não tem o propósito de “formar médiuns”, mas de estudar o tema, verificar se os alunos possuem algum tipo de mediunidade ostensiva e de “educar os médiuns para o desenvolvimento e uso da mediunidade voltada para os trabalhos evangélicos tendo como base os princípios da Doutrina Espírita”. Para participar do curso de médiuns, é necessário já ter feito a iniciação de estudo do Espiritismo nas “Escolas de Aprendizes do

Evangelho”, que é a espinha dorsal das atividades da AEE (Armond, 2000). Todos os alunos das “Escolas de Aprendizes do Evangelho” são convidados a realizarem o curso de médiuns, podendo aceitar ou não o convite.

Os médiuns praticam sua mediunidade usualmente em reuniões mediúnicas semanais no centro espírita, mas um médium pode participar de mais de uma reunião mediúnica semanal. Nestas reuniões, com aproximadamente 10 médiuns e um dirigente, são feitos os tratamentos espirituais. O “assistido”² entra na sala onde estão os médiuns ou apenas é lido seu nome. A partir de então, os médiuns se concentram para receberem as comunicações mediúnicas (por pensamentos, vozes, visões ou psicofonia). As comunicações psicofônicas habitualmente são de “espíritos sofredores”, que ainda seriam inferiores na escala evolutiva e prejudicariam o assistido através de obsessões. O dirigente da reunião conversa com este espírito buscando orienta-lo fraternalmente a desistir da perseguição e aceitar ajuda. Também podem se manifestar espíritos superiores, como os mentores espirituais do assistido ou da reunião.

² indivíduo que busca ajuda no centro espírita e está em tratamento espiritual

3.2) Fenômenos Dissociativos

O interesse por fenômenos dissociativos foi marcante entre meados do século XIX e início do século XX (Martínez-Taboas, 2001; Alvarado, 2002; Almeida e Lotufo Neto, 2004a). O termo dissociação foi cunhado por Pierre Janet na década de 1880 para designar as “desagregações psicológicas”. Tal fato seria a perda da unidade de funcionamento da personalidade humana, com o desprendimento de uma parcela autônoma que originaria diversos automatismo motores ou sensoriais fora de um controle consciente (Janet, 1889). A visão atual que predomina sobre dissociação é fortemente embasada neste trabalho pioneiro de Janet (Rieber, 2002).

No entanto, o estudo dos fenômenos dissociativos tem sido marcado por debates e controvérsias, a começar pelo próprio termo “dissociação”, que possui várias definições (Negro Jr, 1999). Mas, geralmente envolvem a idéia de que a mente é composta de um sistema com vários módulos em constante interação, originando a unidade da consciência. Em situações normais, há uma integração entre estes módulos, mas na dissociação estes sistemas cognitivos começam a perder sua conexão e podem começar a funcionar de modo autônomo. Um conceito bastante aceito de dissociação está expresso no DSM-IV: “uma ruptura nas funções habitualmente integradas da consciência, memória, identidade ou percepção do ambiente” (APA, 1994) e implica que dois ou mais processos mentais não estão integrados. Cardeña (1994) se propõe a analisar a dissociação sob três perspectivas diferentes, mas que podem se sobrepor:

- Dissociação como módulos mentais semi-independentes. Seria a coexistência de sistemas mentais separados que deveriam ser integrados na consciência, memória ou identidade do indivíduo. Incluiria, entre outros, os transtornos de identidade dissociativa (TID), estados de transe e *flashbacks* de memórias traumáticas.
- Dissociação como perda da conexão entre o indivíduo e o ambiente ou o “Eu”: autoscopia, desrealização e despersonalização.
- Dissociação como mecanismo de defesa inconsciente: amnésia dissociativa, *la belle indifférence* e fuga dissociativa.

Pode-se perceber que dissociação envolve, mas não necessariamente implica em um “estado alterado de consciência”. Steinberg (1995) destacou os cinco sintomas cardinais dos transtornos dissociativos:

- Amnésia
- Despersonalização: Sensação de separação entre o corpo e o “Eu”
- Desrealização: sensação de estranhamento ou de separação entre o “Eu” e o ambiente
- Confusão de Identidade: incerteza ou confusão sobre a própria identidade
- Alteração de Identidade: mudança para outra identidade, age como se fosse outra pessoa

Recentemente tem-se reconhecido que a maioria dos estados dissociativos não é patológica, podendo ter impactos positivos sobre o indivíduo. Tal visão foi incorporada pelo DSM apenas em 1994, em sua quarta revisão. Ross et al. (1990a) encontraram uma alta prevalência de sintomas dissociativos numa amostra de 1.055 habitantes de Winnipeg, no Canadá. Quase 13% dos respondentes alcançaram mais de 20 pontos no DES (*Dissociative Experiences Scale*), que é um escore indicativo de um número substancial de experiências dissociativas. Não houve diferenças na pontuação para sintomas dissociativos entre os sexos e os diversos estratos educacionais e econômicos. Lewis-Fernández (1998) propôs os seguintes critérios para a definição de uma vivência dissociativa como patológica:

- gera sofrimento ou incapacitação
- é geralmente, mas não sempre, involuntária
- é interpretada pelo grupo cultural do indivíduo como uma doença que necessita de tratamento

Tradicionalmente, tem se pensado haver um gradiente contínuo de fenômenos dissociativos ao longo da população. Tal hipótese é reforçada pelos achados de escores médios crescentes de dissociação ao longo de um amplo espectro que vai dos sujeitos normais ao transtorno de identidade dissociativa (TID), passando pelos transtornos ansiosos, de humor, alimentares, esquizofrenia, personalidade borderline, outros transtornos dissociativos e estresse pós-traumático. No entanto, Putnam et al. (1996), ao aplicarem a DES em 1566 indivíduos com variadas patologias psiquiátricas, neurológicas e normais, propuseram que a dissociação é um

fenômeno descontínuo, não havendo um *continuum* entre a dissociação não patológica e a patológica. Tal conclusão foi sugerida pelo fato de que as diferenças nas médias dos escores de dissociação ao longo dos grupos diagnósticos resultaram de uma parcela de sujeitos com altos escores em cada grupo e não por uma diferença uniforme nos escores de dissociação de todos os indivíduos de um dado grupo diagnóstico. Esta hipótese dimensional da dissociação é reforçada por estudos que evidenciam que certas vivências do DES (fator absorção/imaginativo) tendem a ocorrer em indivíduos normais enquanto outros (fatores amnésia e despersonalização) são referidos por portadores de dissociação patológica e raramente relatados por indivíduos normais ou com transtornos mentais não dissociativos (Martínez-Taboas, 2001). Estes dois achados (uma parcela de indivíduos com altos escores de dissociação eleva a média de um dado grupo e certos sintomas dissociativos sendo referidos principalmente por indivíduos com dissociação patológica) foram replicados por Negro Jr (1999) em seu estudo com freqüentadores de um centro espírita. Os indivíduos “grandes dissociadores” e que endossavam mais pontos da subescala DES-T (que contém os oito sintomas do DES mais associados com patologia) possuíam mais antecedentes psiquiátricos, menor idade, pior controle da vivência mediúnica, pior apoio social, maior número de incorporações e surgimento mais tardio da mediunidade. Por outro lado, não houve relação entre os escores do DES-T e tempo de treinamento mediúnico. Até o presente momento, não está concluída a polêmica sobre a validade destes modelos taxonômicos (dimensional x *continuum*).

Nas últimas duas décadas tem havido um renascimento no interesse pelo estudo da dissociação (Cardeña et al., 1994; Martínez-Taboas, 2001). Alguns autores alegam que sintomas dissociativos muitas vezes ocorrem em diversos transtornos mentais sem serem devidamente identificados pelos clínicos (Haugen e Castillo, 1999). Paralelamente, tem ocorrido aumento nos relatos de casos de transtornos dissociativos nos EUA nas últimas décadas. Tal crescimento é interpretado por alguns como resultado de um maior cuidado dos clínicos em investigar e fazer estes diagnósticos e, por outros, como indício de um excesso e falta de critérios adequados para tais diagnósticos (Friedl et al., 2000). Numa meta-análise de nove estudos sobre a prevalência de transtornos dissociativos em um total de mais de 1.300 pacientes psiquiátricos internados, Friedl et al. (2000) encontraram prevalências que variaram de 5 a 58,3%, apesar da intensidade dos sintomas dissociativos medidos pelo DES ser semelhante entre os diversos estudos. Esta prevalência foi maior em estudos realizados na América do Norte, cujo avaliador não era cego para o quadro do paciente avaliado e quando o DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule) foi utilizado. Ao contrário, as prevalências foram menores em estudos europeus, com avaliador cego e que utilizaram o SCID-D (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders). Estas variações também ocorriam, mas em menor intensidade, quando se avaliou apenas o diagnóstico de TID. Os autores concluíram com as hipóteses de que o DDIS seria menos específico que o SCID-D e que os pesquisadores europeus tenderiam a considerar os sintomas dissociativos como secundários a outros quadros de eixo I,

enquanto os norte-americanos os veriam como uma entidade nosológica comórbida. Por fim, ressaltaram a necessidade de uma comparação cega entre o DDIS e o SCID-D.

O estudo da dissociação tem estado historicamente ligado à chamada *psychical research* (pesquisa psíquica, ou de fatos considerados paranormais), principalmente ao estudo da mediunidade (Ellenberger, 1970; Almeida e Lotufo Neto, 2004a). Os médiuns se constituíram num dos principais objetos de estudo de Pierre Janet (1889) em seu clássico sobre dissociação: *L'Automatisme Psychologique*. A tese de doutoramento de Jung (1994) foi um estudo de caso de uma médium. A *Society for Psychical Research (SPR)* foi uma das principais instituições britânicas a fomentar e debater pesquisas sobre dissociação no final do século XIX (Alvarado, 2002). Havia uma grande celeuma se na dissociação emergiriam conteúdos originados apenas de fragmentos autônomos do psiquismo do próprio indivíduo, ou se também poderiam provir da mente de outros indivíduos (encarnados ou desencarnados, no caso, se existira a telepatia ou uma real comunicação mediúnica) (Almeida e Lotufo Neto, 2004a). Apesar das controvérsias, a *psychical research* contribuiu com muitos estudos de casos e conceitos para o desenvolvimento de idéias a respeito do inconsciente e dos processos dissociativos (Alvarado, 2002).

As relações entre dissociação e vivências consideradas paranormais constituem-se numa perene fonte de debates. Em 1909, Cesare Lombroso (1983), que investigou detidamente a mediunidade por quase 20 anos, concluiu que as predisposições históricas dos médiuns possibilitam a

ocorrência dos fenômenos mediúnicos. Porém esta associação não negaria a realidade da comunicação espiritual, mas a facilitaria (Zingrone, 1994). Esta visão é nomeada por Martínez-Taboas (2001) como “perspectiva dissociativa psi-facilitada”. Uma outra abordagem da relação dissociação-paranormalidade, chamada de “perspectiva dissociativa reducionista” defende que as ditas vivências paranormais seriam apenas fruto da dissociação, do funcionamento autônomo de certas partes do psiquismo do próprio indivíduo. Por fim, Martínez-Taboas (2001) defende uma terceira perspectiva, a “dissociativa agnóstica”, que é uma abordagem mais exploratória e sem implicações causais e explicativas como as anteriores. Defende que há uma correlação entre dissociação e paranormalidade, mas que ainda é cedo para definir as relações causa e efeito.

Por fim, um outro foco de divergências diz respeito às exatas relações entre os quadros de personalidade múltipla (TID) e as vivências mediúnicas e de possessão. O “Transtorno de Transe de Possessão” só foi incorporado pela Associação Americana de Psiquiatria no DSM-IV (Lewis-Fernández, 1998). Alguns autores vêm os transe mediúnicos e de possessão como apenas uma variação transcultural do TID (Varma et al., 1981; Castillo, 1994). Por outro lado, Richeport (1992), Gonzalez et al. (1994) e Cardeña et al. (1994) enxergam TID e transe mediúnicos como entidades distintas. Há uma premente necessidade de mais e melhores estudos sobre as semelhanças e diferenças entre estas intrigantes experiências.

3.3) Alucinação em Populações Não Clínicas

As visões contemporâneas sobre alucinação tiveram origem no século XVIII, quando esta era considerada uma doença em si mesma. No século XIX, o termo alucinação foi proposto por Esquirol para as percepções sem objeto externo e neste mesmo período tais vivências passaram a ser interpretadas como sintomas de diversos transtornos mentais (Berrios, 1996). Recentes teorias apontam que as alucinações podem ter origem num erro de identificação da fonte de nossas vivências psíquicas. Isto é, a alucinação teria origem numa errônea atribuição a uma fonte externa de um discurso, pensamento ou imagem interna, originados na própria mente do indivíduo (Bentall, 2000). No entanto, infelizmente, estes estudos foram realizados quase exclusivamente com portadores de esquizofrenia, continuamos ignorando quase completamente o mecanismo das alucinações em outras populações e, principalmente, na população geral.

Alguns autores propuseram para a alucinação um modelo de continuum entre a esquizofrenia e pessoas sãs. Johns e van Os (2001) questionam se a visão de que o fenótipo da psicose é algo qualitativamente diferente do que ocorre na população geral e ocorreria apenas em “casos” que necessitam de tratamento. Esta posição teórica de que a alucinação seria uma vivência qualitativamente diferente da usual pode ter sido influenciada pelo fato dos clínicos observarem apenas uma população altamente selecionada: indivíduos com sintomas psicóticos que procuraram atendimento médico. Os autores propõem que sintomas psicóticos como

delírios e alucinações não são inevitavelmente ligados à presença de um transtorno mental. O significado clínico e patológico destes sintomas e, deste modo, a realização de um diagnóstico psiquiátrico, vai depender do grau de intensidade e frequência do sintoma, bem como da coexistência de outros sintomas e de fatores culturais e pessoais como: comportamento e capacidade de enfrentamento (*"coping"*) do indivíduo, tolerância da sociedade e o surgimento de prejuízos funcionais. Assim, a prevalência de sintomas pode ser muito maior que a de transtornos clinicamente significativos.

Apesar das alterações da percepção serem muito estudadas em populações clínicas e formarem a base de muitos dos critérios diagnósticos, ainda se conhece muito pouco destas vivências sensoriais em populações não clínicas. Estudos epidemiológicos com um século de intervalo têm apontado para uma alta prevalência (10-30%) na população geral. A primeira tentativa de investigação sistemática sobre a ocorrência de alucinações em pessoas sem patologias mentais foi conduzida na Grã-Bretanha no final do século XIX. A SPR conduziu um amplo levantamento sobre a ocorrência de alucinações na população geral, foram excluídos indivíduos com óbvios sinais de doenças físicas ou mentais. Embora não seja uma amostra genuinamente aleatória, mais de 15.000 pessoas foram entrevistadas por aproximadamente 400 colaboradores que fizeram a seguinte pergunta: "Você já teve, quando completamente desperto, uma vívida impressão de ver ou ser tocado por um ser vivo ou objeto inanimado, ou de ouvir uma voz; cuja impressão não foi devida a qualquer causa física externa?". Mesmo

excluindo os estados confusionais e oníricos, houve 1684 respostas positivas, sendo mais comum em mulheres e adultos jovens. O tipo mais freqüente de alucinação foi a visual (Sidgwick, 1894). Tien (1991) analisando os dados do Epidemiologic Catchment Area study (ECA) encontrou dados semelhantes. Em uma amostra de 18.572 indivíduos, 10% dos homens e 15% das mulheres apresentaram alucinações ao longo da vida, excluindo os casos devidos a uso de substâncias ou a problemas clínicos. Não houve diferença na prevalência entre alucinações táteis, visuais e auditivas. Um outro achado importante foi que a proporção de alucinações que não causavam sofrimento ou incapacitação foi muito maior que as que causavam estes problemas. Em outro amplo estudo populacional realizado nos EUA, o National Comorbidity Survey, aproximadamente 28% dos indivíduos endossaram questões de rastreio para psicose. No entanto, apenas 0,7% tinham um transtorno psicótico (Kendler et al., 1996). Ohayon (2000) investigou 13.057 indivíduos maiores de 14 anos representativos da população do Reino Unido, Alemanha e Itália e encontrou uma prevalência de alucinações de 38,7%, sendo que 19,1% apresentavam estas vivências pelo menos uma vez ao mês. Neste estudo, 27% das pessoas já apresentaram alucinações durante estado de vigília (excluindo-se as hipnagógicas e hipnopômicas). Num estudo holandês chamado NEMESIS, uma amostra comunitária de 7.076 indivíduos apresentou uma prevalência de delírios e/ou alucinações de 17,5%, mas somente 2,1% da amostra preencheu um diagnóstico de psicose não afetiva pelo DSM-III-R (Bijl et al., 1998). Ou seja, sintomas psicóticos são muito mais freqüentes na população

geral que transtornos psicóticos. Esses e outros dados apontam para a existência de uma substancial minoria da população que vivencia alucinações ao longo da vida. Johns et al. (2004) e Johns e van Os (2001) defendem que alucinações são fenômenos dimensionais que existem ao longo de um *continuum* entre a normalidade e a patologia. Há grande carência de informações sobre alucinações na população não clínica, sendo muito importante saber como estes diferem dos portadores de transtornos mentais (Bentall, 2000) e o que faz com que estes algumas destas manifestações se transformem em casos clínicos e transforme o sujeito em paciente necessitando tratamento (Johns e van Os, 2001).

Algumas variáveis clínicas e sociodemográficas foram associadas à presença de sintomas psicóticos em estudos populacionais: não ser casado, baixo nível de instrução, pior qualidade de vida, menor idade, sintomas depressivos e embotamento afetivo (van Os et al., 2000), dependência de álcool ou maconha, ser vítima de violência, sintomas neuróticos e menor inteligência (Johns et al., 2004).

Vários estudos foram realizados sobre a presença de alucinações em estudantes universitários saudáveis. Posey e Losch (1983) investigaram 375 estudantes, sendo que 39% deles relataram já terem apresentado sonorização do pensamento. Numa outra amostra de 586 universitários, entre 30 e 40% já ouviram vozes, sendo que em quase metade destes a vivência ocorria pelo menos uma vez ao mês. Neste estudo, as alucinações verbais não se relacionaram com medidas de psicopatologia (Barret, 1992).

Mesmo sintomas Schneiderianos de Primeira ordem para Esquizofrenia foram encontrados (Bentall and Slade, 1985; Young, 1986).

Morrison et al. (2002) encontraram que crenças positivas sobre ouvir vozes se relacionaram com uma maior frequência de alucinações auditivas numa amostra não clínica de 132 indivíduos.

Muitas pessoas possuem alucinações crônicas e as vêem como algo positivo. Miller et al. (1993) relataram que 52% de uma amostra de 50 pacientes internados com alucinações identificavam alguns efeitos positivos nas alucinações. Ver aspectos positivos nestas vivências se relacionou com uma maior probabilidade de persistir com alucinações após a alta hospitalar. Estes índices de percepção de um lado positivo nas alucinações podem estar subestimados, pois esta foi uma amostra de pacientes internados, o que selecionou pacientes que tinham problemas graves com seus quadros psicóticos. Romme e Escher (1989) avaliaram 450 pessoas da comunidade que referiam ouvir vozes. Destes, 1/3 lidava bem com esta vivência. Estes tendiam a se ver como mais fortes que as vozes e ouviam mais vozes de caráter positivo. O processo de uma adaptação exitosa tinha três fases:

- 1) Inicial: vozes surgem abruptamente, usualmente em períodos de estresse, geram muito medo e tentativas de se livrar delas
- 2) Organização: por um período de semanas a anos os indivíduos experimentam diversos modos de lidar com as vozes (ignora-las, conversar com as vozes positivas, estabelecer um contrato mental com elas para limitar seu impacto...)

- 3) Estabilização: são capazes de ver as vozes como parte deles mesmos e podendo ter uma influência positiva

Como certas vivências psicóticas podem ocorrer num contexto não patológico, podendo ter implicações benignas, Jackson e Fulford (1997) propõem que se use, para tais experiências, o termo “fenômenos psicóticos” para melhor distinção em relação aos “sintomas psicóticos”.

De posse dos dados acima, faz-se mister investigar melhor este amplo contingente populacional com o intuito de compreender melhor as experiências alucinatórias e suas implicações. Bentall (2000) questiona se alucinações devem sempre ser consideradas como patológicas. Waddington (1992) explica que o filósofo Sócrates considerava a voz que ouvia uma fonte de inspiração e defende que este “sintoma” seria decorrente de um fenômeno dissociativo ocorrido durante introspecção intensa e prolongada. Bourguignon (1970) em sua pesquisa antropológica com 488 sociedades pelo mundo, descobriu que em 62% delas a alucinação tem um papel em rituais, sendo que habitualmente estas alucinações não eram desencadeadas por substâncias psicoativas e eram valorizadas positivamente. Hufford (1992) afirma haver um forte bloqueio social contra a divulgação de vivências alucinatórias pelas pessoas, já que todos sabem que “ouvir vozes” ou “ver coisas” são considerados óbvios sinais de instabilidade mental. Desta forma, haveria uma profecia que se auto realiza: difunde-se a crença de que apenas indivíduos “insanos” têm estas vivências alucinatórias; assim, somente os psicóticos que perderam a crítica do estado

mórbido relatam para os outros suas alucinações. Os indivíduos saudáveis que mantêm a crítica sobre a rejeição social desta vivência tenderiam a ocultar suas alucinações. Assim, tomaremos conhecimento das experiências alucinatórias por uma amostra enviesada em direção da patologia. O ambiente espírita fornece um contexto social em que estas experiências são aceitas e valorizadas, tornando mais fácil o ato de tornar públicas tais vivências.

Jackson e Fulford (1997) compararam indivíduos que apresentaram vivências psicóticas durante experiências espirituais (grupo não diagnosticado) com pacientes psicóticos que interpretavam suas experiências em termos espirituais (grupo diagnosticado). Não foi possível diferenciar fenomenologicamente estes dois grupos, apesar do grupo diagnosticado apresentar mais vivências negativas e envolventes.

Strauss (1969) propôs quatro critérios para definir as fronteiras entre vivências e transtornos psicóticos: grau de convicção sobre a realidade objetiva da experiência psicótica, ausência de estímulo cultural para a experiência, quantidade de tempo gasto preocupando-se com a vivência e implausibilidade da experiência. Outros critérios de provável utilidade no diagnóstico diferencial seriam a ocorrência de outros grupos de sintomas freqüentes na esquizofrenia, como déficits cognitivos, sintomas negativos e de desorganização (Johns e van Os, 2001).

Para um melhor entendimento das alterações perceptuais e uma comparação entre os achados de diversos estudos, faz-se mister uma maior precisão conceitual. Amaral e Fontenelle (1998) destacaram a existência de

uma “torre de babel terminológica” no que se refere às definições precisas das alterações da senso-percepção, já que há inúmeras inconsistências e divergências entre os diversos autores clássicos da psicopatologia. Um exemplo, são as pseudo-alucinações. Segundo Jaspers (1985), alucinações verdadeiras seriam apenas as percepções corpóreas e no espaço externo. Aquelas percebidas como originadas no espaço interno seriam denominadas pseudo-alucinações. Para evitar confusões com outras acepções do termo pseudo-alucinação, a equipe da Organização Mundial da Saúde que compôs o glossário do SCAN preferiu utilizar simplesmente os termos alucinações internas ou externas (WHO, 1992a). Após fazer uma ampla revisão da trajetória histórica do termo “pseudo-alucinação”, Berrios (1996) afirma que este é um conceito confuso, de pouca utilidade clínica e que deve ser abandonado.

Como as alterações perceptuais podem não ser necessariamente patológicas, Stevenson (1983) apresentou uma proposta de um novo termo para complementar a palavra “alucinação”, pois esta é derivada do latim *alucinatio* (i.e. engano), implica em falha perceptual e deveria ser reservada para os casos patológicos. Sugeriu o vocábulo “idiofania”, das palavras gregas *idios* (i.e. “privado, particular”) e *phainomai* (i.e. “aparição”), para designar todas as experiências sensoriais não compartilhadas. O conceito de idiofania englobaria um amplo leque de experiências sensoriais superficialmente similares, mas que se constituíam de tipos fundamentalmente diferentes. A palavra “alucinação” ficaria reservada para os casos de idiofania em portadores de transtornos mentais, o que manteria

o seu sentido etimológico original. Para os raros casos de experiências sensoriais não compartilhadas cujo conteúdo fossem informações autênticas obtidas por via paranormal em pessoas sem psicopatologia, propôs que fossem designados de “idiofania paranormal verídica”.

3.4) O Diagnóstico Diferencial entre Experiências Espirituais e Psicopatologia

Dada a frequência e ampla distribuição histórica e geográfica das vivências espirituais, torna-se essencial diferenciar entre uma vivência místico-religiosa que pode ter um potencial transformador positivo e os sintomas indicativos de um transtorno mental que pode trazer sofrimento e incapacitação, requerendo tratamento médico e psicológico.

Mas a dificuldade neste diagnóstico diferencial não se restringe aos profissionais de saúde mental. Como afirmam Stanislav Grof e Christina Grof (2001), se, atualmente, “um membro da comunidade religiosa tivesse uma intensa experiência espiritual semelhante à de muitas figuras importantes da história do Cristianismo, o sacerdote o mandaria consultar um psiquiatra”. Entre os espíritas também se reconhece que muitas vezes ocorrem equívocos na distinção entre o que seria uma vivência mediúnica e um transtorno mental (Almeida e Lotufo Neto 2004b; Teixeira, 1990).

Como estas vivências espirituais e religiosas são frequentes e a grande maioria dos profissionais de saúde não recebeu um treinamento adequado para lidar com elas, surge um grave problema ético: muitos psiquiatras e psicólogos estão atuando em questões para as quais não estão habilitados (Lu et al., 1994). Com o intuito de colaborar com a prática clínica e com o desenho de estudos que investiguem esta distinção, serão revisados os principais critérios propostos para uma adequada discriminação entre

psicopatologia, que está associada a sofrimento e incapacitação, e vivências espirituais, que podem ter efeitos benéficos.

A tabela 1 apresenta uma coletânea dos principais critérios propostos por diversos autores para o diagnóstico diferencial entre uma experiência religiosa e um transtorno mental com conteúdo religioso. Dos parâmetros usualmente propostos e aceitos, inclusive pelo DSM-IV (APA, 1994) e CID-10 (OMS, 1997), se destacam três:

- Aceitabilidade das vivências pelo subgrupo cultural do paciente e se ocorrem apenas em contexto religioso
- Ocorrência de sofrimento significativo ou incapacitação para o adequado desempenho social e ocupacional
- Capacidade de controle do indivíduo sobre as experiências

Infelizmente, estes critérios são baseados na experiência clínica de diversos autores ou na leitura de obras sobre a vida de místicos famosos. Não são fruto de estudos epidemiológicos com rigor metodológico. Se, por um lado, estas características são úteis em grande parte dos casos, elas nada têm de absoluto. Podem levar a conclusões enganosas e têm sido alvo de críticas. Jackson e Fulford (1997a) criticam alguns dos critérios expostos na tabela 1 pelo seu caráter tautológico na definição de psicopatologia: “é provável ser um transtorno mental, quando o quadro parece ser um transtorno mental”.

Tabela 1 - Critérios propostos para a distinção entre experiência espiritual e psicopatologia

Experiência Espiritual	Psicopatologia
Está de acordo com a tradição religiosa da pessoa (Sims, 1988; Cardeña et al., 1994), o indivíduo não descuida dos demais estudos e práticas de sua religião (Greenberg et al., 1992)	Fora do contexto cultural do indivíduo. Conteúdo bizarro, particularmente status divino e poderes especiais (Wilber, 1980; Greenberg e Witztum, 1991).
A pessoa compreende a incredulidade de outros (Sims, 1988). Crenças formadas com possibilidade de dúvida. Insight presente (Lenz, 1983)	Crenças incorrigíveis. Insight ausente (Lenz, 1983)
Indivíduo tem reservas em discutir suas experiências, especialmente com pessoas que ele acha que não compreenderão (Sims, 1988)	
Após seu término, a experiência é descrita com convicção e parece “autêntica” (Sims, 1988). Predominam temas religiosos e de auto-iluminação, bem como termos como “alma”, “sagrado” e “Deus” (Oxman et al., 1988).	O discurso enfatiza aspectos negativos e de auto-desvalorização, predominam termos como “esquizofrenia”, “doença”, “hospital” (Oxman et al., 1988).
O indivíduo habitualmente considera que sua experiência implica na necessidade de alguma mudança em seu comportamento (Sims, 1988). Efeitos benéficos, enriquecedores (James, 1991).	Sofrimento e deterioração no funcionamento diário (Greenberg e Witztum, 1991; Cardeña et al., 1994). O comportamento e objetivos de vida após a experiência são mais consistentes com a história natural de um transtorno mental que com uma experiência enriquecedora (Sims, 1988)
Predomínio de alucinações visuais e aceita ajuda e cooperação de outros (Arieti, 1976; Buckley, 1981; Grof e Grof, 1990)	Presença de sintomas clássicos de esquizofrenia. Predomínio de alucinações auditivas, persecutoriedade e desconfiança dos outros (Buckley, 1981; Grof e Grof, 1990)
Os aspectos formais da vivência são diferentes dos quadros psiquiátricos clássicos (Sims, 1988)	A fenomenologia da experiência religiosa se assemelha muito à de um transtorno mental e há outros sintomas de problemas psiquiátricos (Sims, 1988)
Percepções sensoriais são reconhecidas como subjetivas e percebe-se a natureza intrapsíquica do processo (Grof e Grof, 1990)	Percepções sensoriais “corpóreas”, vivenciadas como percepções objetivas externas. Incapacidade de ver o processo como intrapsíquico (Deikman, 1977; Grof e Grof, 1990)
Duração breve (Buckley, 1981; James, 1991)	Longa duração (Buckley, 1981; Watson, 1982)
Controle sobre as experiências (APA, 1994; OMS, 1997)	Vivências involuntárias (APA, 1994; OMS, 1997)
Seqüências coerentes de lembranças e do desenrolar do processo. Ocorrência de sincronicidades evidentes para outros (Grof e Grof, 1990)	Conteúdo do processo desorganizado, incoerência e sem direção de desenvolvimento (Grof e Grof, 1990)
Exames complementares não detectam alterações orgânicas que expliquem o quadro (Grof e Grof, 1990)	Evidências objetivas de transtorno mental orgânico (Grof e Grof, 1990)
Intelecto e memória mudam qualitativamente, mas sem desorientação, obnubilação da consciência ou graves dificuldades de comunicação (Grof e Grof, 1990)	Turvação da consciência, desorientação têmporo-espacial, alterações da memória e capacidade de comunicação (Grof e Grof, 1990)
Razoável ajustamento social e psíquico prévio, sem história psiquiátrica de gravidade (Grof e Grof, 1990)	Graves e persistentes desajustes sociais e psiquiátricos prévios (Grof e Grof, 1990)
Capacidade de relatar o que ocorre e cooperar, sem idéias auto ou heterodestrutivas (Buckley, 1981; Grof e Grof, 1990).	Retraimentos autistas, agressividade, descontrole dos impulsos e comportamento de risco ou preocupante (tentativas de suicídio, recusar-se a comer e beber por longos períodos, descuidar da higiene) (Grof e Grof, 1990)

Jackson e Fulford (1997) compararam indivíduos que apresentaram vivências psicóticas não patológicas durante experiências espirituais (grupo não diagnosticado) com pacientes psicóticos que interpretavam suas experiências em termos espirituais (grupo diagnosticado). Não foi possível diferenciar fenomenologicamente estes dois grupos, apesar do grupo diagnosticado apresentar mais vivências negativas, mais comumente ser totalmente envolvido pela psicose e ter efetivamente perdido o contato com a realidade consensual por longos períodos de tempo. Este estudo apresentou contra-exemplos para cada um dos critérios mais aceitos para separar psicopatologia de experiência espiritual (influência cultural, tipos de alucinações, duração e controle das vivências, crítica sobre o vivenciado e efeitos negativos). Os autores questionaram se seria possível fazer o diagnóstico diferencial num caso individual com base nos métodos diagnósticos psiquiátricos convencionais. Por fim, concluíram que

“se *qualquer* grupo de fenômenos tradicionalmente considerados como sintomas psicóticos pode ocorrer em contextos saudáveis e adaptativos (incluindo espirituais), (...) então ou retiramos o fenômeno em questão da nossa psicopatologia (já que não são indubitavelmente patológicos) ou reconhecemos que a patologia em si não pode ser definida apenas com base na forma e conteúdo de uma experiência particular”. (Jackson e Fulford, 1997)

A distinção torna-se mais fácil quando as vivências são efêmeras, ocorrem dentro de um grupo religioso e não ocasionam problemas a quem as vivencia. No entanto, esta não é a situação de surgimento de intensas experiências místico-religiosas em muitos indivíduos. As experiências de quase morte, apesar de estarem associadas a benéficas transformações

personais, muitas vezes conflitam com as crenças de quem as vivencia e podem vir acompanhadas de sintomas depressivos, dificuldades de contato social e desempenho profissional (Greyson, 1997). Há médiuns que tiveram o surgimento de suas experiências fora de um contexto cultural que as validasse e, por diversas vezes, estas foram fonte de medos, dúvidas e sofrimentos. Tais situações ocorreram com importantes médiuns brasileiros, entre eles Chico Xavier (Souto Maior, 2003) e Mirabelli (Palhano Jr, 1994). Este chegou a ser internado no Hospital do Juqueri, enquanto aquele, quase foi enviado para o “Hospício de Barbacena”. Tal desfecho apenas não se deu devido à intercessão do padre da cidade natal de Chico Xavier (Pedro Leopoldo-MG), que preferiu prescrever a participação em procissões e a repetição por mil vezes seguidas da Ave-Maria.

Estas e outras evidentes limitações dos parâmetros tradicionais de distinção entre transtornos mentais e vivências espirituais e religiosas propiciaram a criação de uma classe no DSM-IV, intitulada Problemas Espirituais e Religiosos.

Problemas Religiosos e Espirituais

A Associação Psiquiátrica Americana deu um passo importante na reversão da insensibilidade cultural da psiquiatria ao incluir no DSM-IV uma nova categoria diagnóstica: Problemas Espirituais e Religiosos (APA, 1994; Turner et al., 1995). São conceitos propostos por Lukoff, Lu e Turner (1992; 1995) e dizem respeito a queixas de indivíduos que se apresentam para uma avaliação clínica devido a problemas ligados a questões religiosas ou

espirituais, que causam sofrimento, mas que não são atribuíveis a transtornos mentais. Estes problemas poderiam, à primeira vista, se assemelhar muito com quadros de transtornos mentais conhecidos. Entretanto, necessitariam de uma abordagem diferenciada, pois seriam “crises de desenvolvimento” que poderiam resultar, a longo prazo, em melhora do bem estar e do desempenho do indivíduo. Do mesmo modo que, durante um período de luto, um indivíduo pode apresentar muitos sintomas de uma depressão, mas o diagnóstico e a conduta são diferentes. “A resposta do clínico à experiência religiosa/espiritual pode determinar se a experiência será integrada e usada como um fator estimulador do crescimento pessoal, ou se será reprimida como um evento bizarro que pode ser um sinal de instabilidade mental” (Lukoff et al., 1995).

A definição de problemas religiosos ou espirituais pelo DSM-IV inclui o “questionamento de outros valores espirituais que podem não necessariamente se relacionar a uma igreja ou instituição religiosa organizada”. Entre os problemas religiosos, foram listados: perda ou questionamento da fé, conversão para uma nova religião, intensificação da adesão a crenças e práticas religiosas, participação em seitas e novos movimentos religiosos. Estas situações usualmente transcorrem sem problemas psicológicos significantes, mas há casos em que se pode buscar auxílio de profissionais de saúde mental para lidar com dificuldades que surgem (Lukoff et al., 1995).

Os problemas espirituais mais comuns envolvem dificuldades relacionadas a: experiência mística, experiência de quase morte,

emergência espiritual, meditação e doença terminal (Lukoff et al., 1995). Estas experiências espirituais freqüentemente trazem vivências de difícil compreensão por quem as experimenta, bem como por seus familiares e amigos. Pode haver dificuldades em conciliar uma nova visão da vida que emerge após estes eventos com o antigo estilo de vida, podendo influenciar no lazer, vida social, familiar e profissional (Greyson, 1997).

De particular interesse para a presente revisão é a chamada “Emergência Espiritual”, conceito criado por Grof e Grof (2001) e definido como:

“estágios críticos e experimentalmente difíceis de uma transformação psicológica profunda. 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 e Grof, 1990).

Estes episódios normalmente giram em torno de assuntos espirituais.

O termo “emergência” tem o duplo sentido: urgência (*emergency*) e/ou algo que emerge, que surge (*emergence*). Vivências místicas poderiam surgir gradualmente e sem causar ou causando mínimos problemas (*emergence*) ou de modo súbito e descontrolado causando dificuldades no funcionamento psicológico, social e/ou ocupacional (*emergency*). A emergência espiritual pode englobar as vivências de “despertar kundalini” (um complexo processo de transformação fisio-psicoespiritual descrito na tradição iogue), crises de iniciação xamânica (um rito de passagem para aprendizes de xamã, que normalmente envolve uma crise com sintomas físicos e psíquicos) e de “abertura psíquica” (súbito aparecimento de experiências mediúnicas e paranormais).

Abordagem Terapêutica

A importância da adequada detecção e conduta frente a casos de emergência espiritual é que eles poderiam resultar, a longo prazo, em melhor funcionamento e bem estar do indivíduo (Lukoff, 1988; Lukoff et al., 1995; Grof e Grof, 2001). É vital uma abordagem equilibrada, que evite os extremos de, por um lado, “patologizar” os estados místicos ou, por outro lado, de “espiritualizar” os estados psicóticos e glorificar a patologia (Grof e Grof, 2001).

Muitos casos de problemas espirituais e religiosos, parecem ser melhor conduzidos por líderes religiosos ou espirituais como pastores, padres, pais de santo ou mestres das tradições orientais. O compartilhar com pessoas que apresentaram as mesmas vivências pode ser útil (Grof e Grof, 2001). Por outro lado, o profissional de saúde pode se irritar com as dúvidas do paciente quanto à possível origem espiritual de um evidente transtorno mental, principalmente se o líder religioso recomenda o abandono do tratamento médico. Nestes casos, a primeira tarefa do psiquiatra é o controle de suas reações contra-transferenciais e evitar atitudes agressivas, de desqualificação da crença do paciente, bem como duelos verbais. Em tais situações, habitualmente, o paciente é trazido por alguém do seu meio cultural que percebeu a necessidade de uma avaliação médica. Esta pessoa deve ser vista como um grande aliado no convencimento e trabalho de motivação do paciente para o tratamento. Deve-se procurar esclarecer o acompanhante sobre as questões relativas ao diagnóstico e tratamento (Greenberg e Witztum, 1991). Em situações de resistência dos pacientes

e/ou seus líderes religiosos aos tratamentos propostos, os autores do presente trabalho têm uma exitosa experiência de uma abordagem conjunta com os líderes religiosos. É-lhes enfatizado o caráter benéfico, de apoio e conforto, que a religião pode oferecer e, concomitantemente, a necessidade de uma terapêutica médica e/ou psicológica. Explicita-se que não se deseja afastar o paciente de sua religião, nem que se desqualifica a sua fé. Deve ser realçada a necessidade de um trabalho cooperativo e complementar, abordando o “corpo e o espírito”. Uma abordagem semelhante também é recomendada por Tsemberis e Stefancic (2000).

O papel do profissional de saúde habitualmente pode se resumir ao apoio e reassseguramento do caráter não patológico da experiência (caso seja este o caso), permitir que o paciente verbalize suas dificuldades e fornecer informações objetivas sobre a frequência, características e implicações habituais deste tipo de problema religioso e espiritual. Um apoio psicoterapêutico que o ajude a conciliar suas vivências com as necessidades do dia a dia pode vir a ser necessário. Por fim, caso haja algum transtorno psiquiátrico sobreposto, este deve ser tratado adequadamente (Greyson, 1997; Grof e Grof, 2001). Também podem ser úteis as diretrizes fornecidas pela Associação Psiquiátrica Americana (1990) para amenizar conflitos entre a psiquiatria e religiosidade: buscar conhecer, respeitar e empatizar com as crenças dos pacientes, não forçar crenças ou práticas religiosas ou anti-religiosas, evitar fornecer interpretações psicodinâmicas que desrespeitem ou desqualifiquem as crenças dos pacientes. Naturalmente, não é necessário que o profissional compartilhe da mesma crença do paciente,

mas que busque compreender os pacientes e sejam levadas a sério suas questões espirituais (Sims, 1994). No entanto, conforme já enfatizado, tais diretrizes de diagnóstico e tratamento são baseadas apenas na experiência clínica de diversos profissionais. Apesar de muito útil, a experiência clínica padece de sérias limitações na produção de conhecimentos cientificamente confiáveis (Guyatt et al., 1986; Sackett et al., 1985).

Um dos objetivos da criação da classe de Problemas Espirituais e Religiosos foi chamar a atenção para a existência de quadros de cunho espiritual e com potencial benéfico que se assemelham a transtornos mentais e estimular a pesquisa para uma melhor descrição destes fenômenos, seu diagnóstico diferencial e conduta.

Urge o desenvolvimento de pesquisas com métodos adequados que auxiliem o clínico em seu ofício. Algumas diretrizes metodológicas para este tipo de pesquisa foram recentemente revisadas e envolvem: evitar uma abordagem preconceituosa e a “patologização” do diferente, a necessidade de uma teoria e de uma revisão exhaustiva da literatura existente, utilizar diversos critérios de normalidade e patologia, investigar populações clínicas e não clínicas, desenvolvimento de instrumentos adequados para avaliação, cuidados na escolha dos termos e no estabelecimento de nexos causais, distinguir entre a experiência vivenciada e suas interpretações, considerar o papel da cultura, avaliar confiabilidade e validade dos relatos, por fim, o desafio gerado pela necessidade de criatividade e diversidade na escolha dos métodos (Almeida e Lotufo Neto, 2003).

Em resumo, recentes pesquisas têm evidenciado que vivências consideradas espirituais e religiosas têm sido muito freqüentes ao longo das eras e civilizações, e que muitas vezes podem estar associadas a bem estar e saúde física e mental. No entanto, grande parte destas evidências permanece amplamente desconhecida e há enorme carência de estudos confiáveis que ajudem o clínico no diagnóstico diferencial entre experiências religiosas/espirituais e psicopatologia com conteúdo místico e na definição da melhor terapêutica a ser empregada. Os tradicionais critérios de demarcação: aceitabilidade cultural, capacidade de controle e ocorrência de sofrimento ou incapacitação podem ser úteis num grande número de situações, mas não aplicáveis integralmente em muitas outras. A classe Problemas Espirituais e Religiosos, encampada pelo DSM-IV, pode fornecer um instrumental valioso para uma melhor abordagem clínica e investigação destas desafiadoras vivências.

4) Métodos

4.1) População

Foram investigados médiuns que participavam de reuniões mediúnicas em CE de São Paulo filiados à AEE. Todos os médiuns completaram o “Curso de Médiuns”. Esta associação espírita foi selecionada por apresentar um rigoroso treinamento dos médiuns e uma grande padronização das atividades mediúnicas, o que permite uma maior homogeneização da amostra estudada.

Foi utilizado o conceito restrito de médiuns e foram pesquisados apenas médiuns que referissem apresentar pelo menos um dos seguintes tipos de mediunidade, por considerarmos-as mais freqüentes e menos sujeitas a dubiedades: audiência, psicofonia, vidência e psicografia (Kardec, 1993).

Cento e quinze médiuns foram avaliados em nove CE selecionados aleatoriamente.

Para comparação dos resultados da Escala de Adequação Social (EAS), utilizou-se uma amostra de 34 voluntários sem qualquer transtorno mental atual ou pregresso pelo *Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire* (SRQ) e SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*), assim como sem história familiar de transtorno mental pelo Questionário de História Familiar (Weissman et al., 2000). Apenas 26,4% dos voluntários que se inscreveram para a pesquisa e 50% dos que passaram pelo filtro do SRQ conseguiram preencher os critérios de “normalidade” acima. A amostra foi

composta por dez homens e 24 mulheres, com idade média de 32,6 anos. Três tinham nível superior de educação, 26 ensino médio e cinco o ensino fundamental completo. Esta amostra foi obtida pela Prof^a Dr^a Clarice Gorenstein, pesquisadora do LIM-23 do IPq-HC-FMUSP para uma investigação sobre o efeito de antidepressivos em voluntários normais.

4.2) Instrumentos

4.2.1) Questionário Sociodemográfico e de Atividade Mediúnica

Elaborado para esta pesquisa e investigava sexo, idade, estado civil, escolaridade, status ocupacional, anos de Espiritismo, freqüência a curso de médiuns e reuniões de desenvolvimento mediúnico, tipos de mediunidade que possui e freqüência de atividade mediúnica no mês.

4.2.2) Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire - SRQ

Este instrumento auto-aplicável foi planejado para triar transtornos mentais em serviços de atendimento primário, sendo constituído por 24 itens. Foi desenvolvido a partir de instrumentos desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde para estudo da morbidade psiquiátrica em atenção primária de países em desenvolvimento (Harding et al., 1980). Os primeiros 20 itens são para detectar transtornos não psicóticos, e os restantes, para transtornos psicóticos. Uma versão reduzida, de 20 itens (que exclui transtornos psicóticos), foi validada no Brasil (Mari e Williams, 1986), tendo sido observada uma sensibilidade de 83% e especificidade de

80%. É considerado adequado para ser usado em pesquisas de campo realizadas em dois estágios. Um ponto de corte de cinco para homens e sete para mulheres foi recomendado. Os indivíduos com pontuação acima desse limiar têm alta possibilidade de apresentarem morbidade psiquiátrica

4.2.3) Escala de Adequação Social - EAS

O conceito de ajuste social baseia-se na integração de múltiplos fatores que interferem no comportamento do indivíduo perante o ambiente social. A morbidade psiquiátrica freqüentemente tem como consequência o prejuízo na qualidade de vida e funcionamento social do indivíduo.

A *Social Adjustment Scale – Self Report* (SAS – SR) foi desenvolvida por Weissman e Bothwell (1976) e é considerada a escala de ajuste social mais cuidadosamente desenvolvida e que mostra os maiores índices de confiabilidade e validade (McDowell e Newell, 1996). É extensamente usada e citada na literatura científica, sendo útil para avaliar o ajustamento social numa ampla variedade de populações, tanto clínica como não clínica (Weissman, 2000).

A EAS foi traduzida da original SAS-SR e validada para o português por Gorenstein et al. (1999). A EAS permite uma avaliação do ajuste social em sete áreas: trabalho fora de casa, trabalho em casa, estudos, vida social e lazer, relação com família, com cônjuge, com filhos, vida doméstica e situação financeira. A escala se mostrou sensível para diferenciar grupos de indivíduos tais como portadores de depressão, esquizofrenia, dependência

ao álcool e sem transtornos mentais. Também foi capaz de detectar alterações antes e após o tratamento da depressão (Gorenstein et al., 1999).

4.2.4) Phenomenology of Consciousness Inventory - PCI

É um questionário auto-aplicável que mapeia a experiência subjetiva. Apresenta 53 itens, incluindo os seguintes: afeto positivo (alegria, excitação sexual, amor), afeto negativo (raiva, tristeza, medo), experiência alterada (imagem corporal, senso de tempo, percepção, significado), atenção (direção, concentração), auto-consciência, estado alterado de consciência, diálogo interno, controle volicional e memória (Pekala, 1991). É provavelmente o mais flexível e bem documentado instrumento para avaliar os diferentes estados de consciência (Pekala e Cardeña, 2000).

Não há ainda a validação da PCI para a população de língua portuguesa. O instrumento foi traduzido para a atual pesquisa.

4.2.5) Dissociative Disorders Interview Schedule - DDIS

O DDIS é uma entrevista altamente estruturada de 131 itens desenhada como um instrumento para diagnóstico clínico dos transtornos dissociativos e para o rastreio de dissociação patológica. Faz o diagnóstico pelo DSM-IV de todos os transtornos dissociativos, transtorno de somatização, transtorno depressivo maior e do transtorno de personalidade *borderline*. Ele também questiona em detalhe sobre abuso infantil físico e sexual, 11 sintomas de primeira ordem de Schneider para esquizofrenia, 16 experiências paranormais/extrasensoriais, sonambulismo, amigos

imaginários na infância, e 16 características secundárias do transtorno de identidade dissociativa (DDIS; Ross et al., 1989b; Putnam et al., 2000). O DDIS é dividido em 16 seções, sendo que cada seção deve ser pontuada independentemente. Já foram publicadas as pontuações médias alcançadas nas diversas seções por indivíduos da população geral (Ross e Joshi, 1992) e portadores de transtorno dissociativo de identidade, esquizofrenia, transtorno de pânico e transtornos alimentares (Ross et al., 1989a, 1990b).

Esse questionário foi escolhido pois, além dos diagnósticos supracitados, ele aborda muitos itens relevantes para os transtornos dissociativos. Ao investigar a presença de transtornos dissociativos e de personalidade *borderline* fornece uma complementação ao SCAN que não abarca tais diagnósticos. O DDIS tem se mostrado um promissor instrumento para o estudo da dissociação (Ross et al., 1989a).

Apesar da DDIS ser uma escala que vem sendo muito utilizada na literatura especializada, ela ainda não foi validada para população de língua portuguesa. Foi obtida autorização dos autores para tradução e uso da escala no presente estudo.

4.2.6) Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry - SCAN

O SCAN é fruto de um trabalho colaborativo internacional promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ao longo de mais de 3 décadas e tem o objetivo de avaliar, medir e classificar a psicopatologia e comportamentos associados com uma ampla gama de transtornos mentais em adultos. O

SCAN é um conjunto de instrumentos que foram elaborados para proporcionar uma avaliação dimensional de sintomas e síndromes, não estando restrito a nenhum sistema de diagnóstico e classificação específico. Contudo, pode ser utilizado para fazer diagnósticos psiquiátricos pelo CID, DSM e outros sistemas. O SCAN foi desenvolvido para ser uma “caixa de ferramentas” na qual o pesquisador pode selecionar os módulos de sintomas apropriados a serem utilizados e períodos de tempo a serem analisados (ex.: atual ou vida toda). O SCAN tem uma abordagem conservadora na avaliação de sintomas, pois foi considerado que resultados falso negativos são preferíveis a falso positivos (WHO, 1992, 2000).

Esta entrevista é composta de três partes: a décima edição do Present State Examination (PSE-10), o Item Group Checklist (IGC) e o Clinical History Schedule (CHS). A espinha dorsal do SCAN é o Present State Examination (PSE), que foi primeiro desenvolvido na década de 1960 e foi submetido a nove revisões posteriores (Wing, 1974). O PSE-10 é dividido em duas partes:

- Parte I: consiste de 14 seções que avaliam dados sociodemográficos, história clínica, saúde física, sinais e sintomas de transtornos somatoformes, dissociativos, ansiosos, de humor, alimentares, por uso de álcool e outras substâncias, bem como um rastreio para sintomas da parte II.
- Parte II: são 11 seções cobrindo sinais e sintomas de transtornos cognitivos e psicóticos, *insight* e manifestações de prejuízo funcional.

O objetivo do PSE é identificar quais sinais e sintomas de uma abrangente lista de psicopatologia esteve presente durante o período avaliado e com qual grau de gravidade.

O IGC é uma lista de 59 sinais e sintomas avaliados segundo informações de prontuários ou de outros informantes que não o indivíduo em análise. Geralmente é utilizado apenas quando o indivíduo não consegue informar adequadamente sobre os períodos anteriores ou quando não é possível entrevistá-lo diretamente.

O CHS investiga histórico escolar, nível intelectual, transtorno de personalidade, prejuízos sociais e aspectos do curso clínico.

O programa computacional CATEGO processa os dados do SCAN e produz vários tipos de saídas: perfil de sintomas, índice de definição diagnóstica (oito níveis de confiança na significância clínica dos sintomas, um índice de cinco ou mais torna muito provável que o diagnóstico fornecido tenha importância clínica) e diagnósticos pelo CID-10 e DSM-III-R.

O SCAN foi desenvolvido para ser aplicado apenas por clínicos com um adequado conhecimento de psicopatologia e que tenham realizado um curso para uso do SCAN em um dos centros de treinamento reconhecidos pela OMS (WHO, 1992).

Como nosso objetivo é, além de levantar a prevalência de transtornos mentais, avaliar a fenomenologia das experiências mediúnicas, julgamos o SCAN a entrevista mais apropriada. Esse instrumento foi selecionado por se constituir basicamente numa sistematização do exame psíquico e não

apenas uma lista de critérios diagnósticos. Com os dados obtidos, é possível realizar diagnósticos pelo CID-10 e do DSM-IV.

Outros fatores que favoreceram a escolha do SCAN foram o fato de ter sido desenvolvido pela OMS e de já termos realizado curso de treinamento e avaliação no Sistema PSE/SCAN/CATEGO.

4.2.7) Entrevista Estruturada Sobre a Mediunidade do Entrevistado

Foram realizadas três perguntas de respostas abertas sobre as vivências mediúnicas dos indivíduos. A ênfase foi no contexto e fenomenologia das vivências.

- Como surgiu a sua mediunidade?
- Como descobriu que era médium?
- Quais tipos de mediunidade você apresenta? Descreva suas vivências mediúnicas.

4.3) Procedimentos

Este é um estudo observacional transversal. Todas as etapas da execução da pesquisa foram realizadas exclusivamente pelo investigador.

Seleção de Indivíduos e Primeira Etapa

Para a obtenção do acesso aos médiuns, a direção da AEE foi contatada, tendo aceitado prontamente colaborar. Em 01 de dezembro de 2001, o pesquisador compareceu na “Reunião Geral da Aliança”, um evento anual

que reúne representantes de todos os CE filiados. Na ocasião, estavam representados 154 CE. O pesquisador fez uma breve explicação dos objetivos do estudo e distribuiu uma ficha de cadastro para os CE da Grande São Paulo interessados em colaborar. De um universo de 88 CE filiados à AEE na Grande São Paulo, 31 CE se cadastraram, sendo 15 da cidade de São Paulo e 16 do Grande ABC.

Devido ao expressivo número de adesões e devido à maior facilidade geográfica, foram selecionados apenas os CE da capital. Cada CE inscrito recebeu um número e, por sorteio através de uma tabela de números aleatórios, foram sendo selecionados para a realização da pesquisa de campo. Tal procedimento foi realizado até a obtenção do número desejado de médiuns. Neste processo, foram selecionados 10 CE:

Tabela 2 – Centros espíritas (CE) do universo amostral e os selecionados

Região da Cidade	CE existentes	CE selecionados
Zona Oeste	11	5
Zona Sul	9	2
Centro	11	2
Zona Leste	8	1
Zona Norte	10	0

Dos CE selecionados, um da zona sul não colaborou adequadamente, não tendo sido possível a obtenção dos dados. Desta forma, nossa amostra final foi composta de nove CE.

Os diretores dos departamentos mediúnicos dos CE sorteados foram contatados e informaram os dias das reuniões mediúnicas. Tentou-se comparecer a todas as reuniões, quando isto não era possível, foi dada preferência às que possuíam maior número de médiuns em atividade. Cada reunião tinha, em média, de 6 a 10 médiuns. Todos os médiuns das reuniões em que o pesquisador compareceu foram convidados a participar do estudo. Os indivíduos assinaram o termo de consentimento informado para participarem do estudo após receberem uma explicação verbal dos termos deste consentimento. Usualmente, o questionário sociodemográfico e de atividade mediúnica, o Self-Report Psychiatry Screening Questionnaire (SRQ) e a Escala de Adequação Social (EAS) foram preenchidas antes do início da reunião e o Inventário Fenomenológico da Consciência (PCI) foi completado ao final da reunião mediúnica. No estudo realizado com o primeiro CE sorteado, percebeu-se que o PCI era de difícil compreensão pelos indivíduos, inviabilizando seu uso. Desta forma, o PCI foi excluído das avaliações posteriores.

Cento e quinze médiuns (76% mulheres) responderam aos questionários da primeira etapa da pesquisa (sociodemográfico, SRQ e EAS).

Segunda Etapa

Do conjunto de indivíduos que participaram da 1ª etapa, foram selecionados médiuns para serem entrevistados pelo pesquisador utilizando-se de:

- Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS)
- Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)
- Entrevista estruturada de resposta aberta

A entrevista foi realizada preferencialmente na residência dos participantes. Inicialmente, planejou-se selecionar para a segunda etapa apenas os indivíduos considerados “SRQ positivos”, ou seja, acima do ponto de corte do SRQ para provável psicopatologia (5 para homem e 7 para mulheres) e um grupo controle composto pelo mesmo número de indivíduos, mas abaixo destes escores (os “SRQ negativos”). Entretanto, a proporção de indivíduos com provável psicopatologia ficou abaixo do esperado ($n=9$). Desta forma, optou-se por rebaixar o limiar de seleção para a segunda etapa do projeto e foram incluídos também entre os SRQ positivos aqueles que estavam no ponto de corte. Tal procedimento resultou em dois grupos de doze médiuns. Todos os questionários aplicados e entrevistas realizadas foram executados apenas pelo pesquisador.

Na segunda etapa, foram entrevistados 24 médiuns (5 homens [20.8%] e 19 mulheres [79.2%]) com o DDIS e o SCAN. Todos os indivíduos SRQ positivos ($n=12$) foram entrevistados, não houve perda neste subgrupo. Vinte indivíduos responderam às questões semi-abertas sobre mediunidade.

Um dos objetivos da segunda etapa foi comparar as características de médiuns com provável psicopatologia (SRQ positivos) com médiuns provavelmente sem psicopatologia (SRQ negativos).

Do SCAN, somente o PSE foi utilizado. A parte II foi utilizada apenas nos itens 16 (Transtornos da percepção não alucinatorios), 17 (alucinações) e 18

(Transtorno de pensamento subjetivamente descrito e vivência de substituição de vontade). Foram abrangidos dois períodos: o Estado Atual e Toda Vida Anterior. A entrevista SCAN foi registrada no formulário de papel e foi digitado no programa CATEGO. Além do registro dos sintomas atuais e pregressos, também foram anotadas as descrições fenomenológicas das vivências mediúnicas que ocorriam durante as reuniões mediúnicas nos CE. Para tal, registrou-se à parte as vivências das seções 16, 17 e 18 do SCAN que ocorriam apenas no CE. Tal procedimento permitiu uma minuciosa e estruturada descrição fenomenológica das vivências numa reunião mediúnica.

A entrevista estruturada de respostas abertas foi incluída para obter algumas informações detalhadas dos médiuns em estudo, utilizando-se de metodologia qualitativa. A metodologia qualitativa foi incluída para permitir investigar em profundidade questões relativas aos contextos de surgimento dos primeiros sinais de mediunidade e do diagnóstico de que possuíam mediunidade (Creswell, 1998). Além dos contextos, foi enfatizado ao médium que este deveria buscar descrever o que efetivamente sentia durante as suas vivências mediúnicas (no início, quando do diagnóstico e atualmente). Para as vivências mediúnicas atuais, pediu-se que listasse as modalidades mediúnicas que possuía e fizesse uma descrição fenomenológica de cada uma delas.

As respostas foram anotadas pelo pesquisador durante as entrevistas. Ao término de cada resposta, o examinador lia a descrição fornecida e pedia a confirmação ou correção destas informações por parte do médium.

Para a análise dos dados qualitativos, inicialmente procedeu-se a uma *“leitura exploratória”* de todas as respostas para tomar contato com o material obtido e iniciar a formulação das primeiras hipóteses. Em seguida, procedeu-se à *“preparação do material”* buscando identificar palavras-chave e idéias centrais nos relatos sobre as descrições das características do contexto ou da vivência em questão. Tal etapa possibilitou a categorização das informações de modo a identificar os diversos padrões de resposta dos médiuns. Posteriormente, procedeu-se ao *“tratamento dos resultados”*, submetendo os dados brutos a operações simples como frequências absolutas e relativas, destacando as informações obtidas. A partir daí, foram feitas inferências, interpretações e hipóteses em relação ao tema investigado, conforme sugerido por Bryman e Burgess (1992), Minayo (1993) e Patton (1990). Relatos dos entrevistados são transcritos no item Resultados e são destacados em itálico, permitindo uma ilustração dos achados. As transcrições são acompanhadas de um código identificador composto pela inicial do primeiro nome do médium, seu sexo e idade. Assim, Cláudia de 45 anos, seria CF45.

4.4) Análise Estatística

Os dados foram digitados e analisados no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 10.0 for Windows. Primeiro procedeu-se a uma análise descritiva. Quando pertinente, as médias foram apresentadas no formato: média $\pm$ desvio padrão (DP). Posteriormente, os seguintes testes estatísticos foram empregados: Teste t para amostras independentes (para

comparar médias), Qui-Quadrado para variáveis categóricas e o teste de significância de Pearson para coeficientes de correlação. Um resultado de teste foi considerado estatisticamente significativo quando $p < 0,05$. Foi realizado tratamento para pontos extremos utilizando o diagrama de Tuckey, ou Box-Plot.

O banco de dados com os resultados da EAS nos médiuns foi comparado com os 34 sujeitos sem psicopatologia já descritos. As variâncias dos grupos foram comparadas através do teste de igualdade de variâncias de Levene. As médias dos escores das variáveis da EAS foram comparadas através do teste t para amostras independentes quando não se rejeitou a hipótese de igualdade de variâncias entre grupos através do teste de Levene para uma dada variável da EAS. Quando essa hipótese foi violada, uma aproximação do teste t (teste t de Welsch) foi utilizada.

5) Resultados

5.1) Perfil Sociodemográfico

A idade média dos 115 médiuns investigados foi de $48,1 \pm 10,71$ (variação: 24-73 anos). Nas tabelas abaixo podem ser vistas as distribuições por sexo, idade, escolaridade, estado civil e ocupacional da amostra total:

Tabela 3 – Distribuição por sexo e idade

Sexo (%)	Idade ($\pm$ DP)
Feminino (76,5)	48,2 (10,19)
Masculino (23,5)	47,9 (12,45)
n=115	

Tabela 4 – Distribuição por escolaridade

Escolaridade	%
< 4 anos	2,7
Primeiro grau incompleto	14
Secundário incompleto	8,8
Secundário	28,1
Superior	35,1
Superior com Pós-graduação	11,4
n=114	

Tabela 5 – Distribuição por estado civil

Estado Civil	%
Casado	48,7
Solteiro	20,9
Separado/Divorciado	16,5
Viúvo	10,4
Vive com parceiro	3,5
n=115	

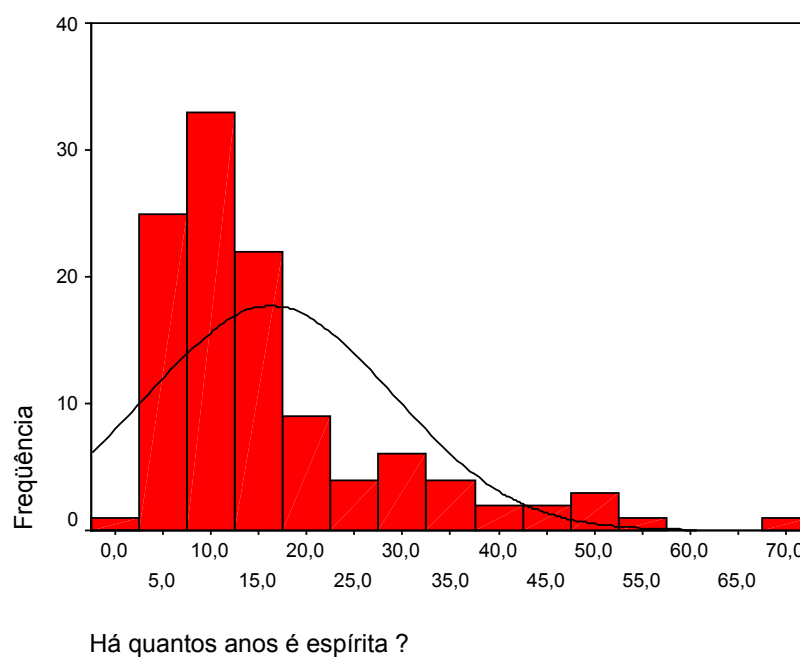
Tabela 6 – Distribuição por *status* ocupacional

Ocupação	%
Empregado	64,6
Aposentado	15,1
Do lar	12,4
Trabalho temporário	5,3
Desempregado	2,7
n=113	

5.2) Atividade Espírita e Mediúnica

Os participantes do estudo eram espíritas em média há $16,2 \pm 12,7$ anos (2-72 anos), sendo 12 anos a mediana. A distribuição amostral pode ser visualizada no gráfico 1. Todos realizaram o curso de médiuns com duração mínima de dois anos.

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por anos de Espiritismo (n=113)



A prevalência dos tipos de mediunidade e a frequência de atividade mediúnica para cada modalidade (quantas vezes por mês tem a manifestação de cada tipo mediúnico) estão na tabela 7:

Tabela 7 - Prevalência dos tipos de mediunidade e frequência de atividade mediúnica no último mês

Tipo de mediunidade	N	% médiuns	Frequência/Mês $\pm$ DP
Incorporação	82	71,7	7,3 $\pm$ 7,2
Psicofonia	75	65,5	6,9 $\pm$ 6,5
Visão	72	62,8	8,3 $\pm$ 7,4
Audição	37	31,9	13 $\pm$ 14,6
Psicografia	26	23,0	3 $\pm$ 1,9
Cura	24	20,4	...
Efeitos Físicos	4	2,7	1,6 $\pm$ 1,5
Pintura	2	1,8	0

n= 114

NOTA: A média de atividade da mediunidade de cura não foi calculada, pois as frequências eram muito discrepantes e não confiáveis.

Os médiuns referiram ter uma média de $3,46 \pm 1,7$ tipos de mediunidade, sendo três a moda e variação entre um e oito tipos de mediunidade. Houve problemas com os dados da frequência de atividade mediúnica de cura, desta forma, não foi possível obter uma estimativa confiável.

Homens e mulheres não apresentaram diferenças estatisticamente significativas quanto à quantidade de tipos de mediunidade nem quanto à frequência de atividade mediúnica.

5.3) EAS - Escala de Adequação Social

O escore médio da amostra foi de $1,85 \pm 0,33$. Foram testadas as correlações entre as frequências das diversas atividades mediúnicas e os escores de adequação social. A única estatisticamente significativa, foi uma correlação negativa entre incorporação e a pontuação na EAS (Pearson Correlation $-0,283$ $p= 0,026$).

Na amostra de 34 voluntários sem história familiar ou pessoal de transtorno mental, a média global da EAS foi $1,54 \pm 0,2$. Esta média foi estatisticamente diferente ($p < 0,0001$) da obtida entre os médiuns. Para a comparação entre as diversas subescalas, ver a tabela 8:

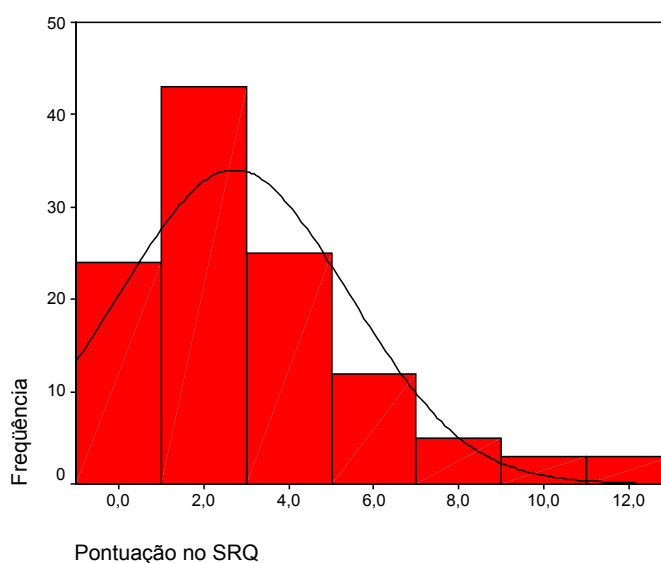
Tabela 8 – Resultados da EAS para a amostra de médiuns e de indivíduos sem transtornos mentais atuais ou pregressos

Subescala EAS	Grupo	N	Média $\pm$ DP	p
Trabalho	Médium	111	$1,41 \pm 0,37$	<0,0001
	Normal	31	$1,14 \pm 0,18$	
Lazer	Médium	114	$2,11 \pm 0,6$	0,001
	Normal	34	$1,83 \pm 0,35$	
Família	Médium	111	$1,67 \pm 0,4$	<0,0001
	Normal	34	$1,34 \pm 0,23$	
Marital	Médium	70	$2,29 \pm 1,27$	0,024
	Normal	20	$1,64 \pm 0,45$	
Filhos	Médium	71	$1,70 \pm 0,56$	0,002
	Normal	24	$1,41 \pm 0,31$	
Vida Familiar	Médium	70	$1,94 \pm 0,6$	<0,0001
	Normal	22	$1,42 \pm 0,41$	
Situação Financeira	Médium	110	$2,08 \pm 1,29$	0,328
	Normal	34	$2,32 \pm 1,21$	
Total	Médium	114	$1,85 \pm 0,33$	<0,0001
	Normal	34	$1,54 \pm 0,2$	

5.4) SRQ - Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire

Nove indivíduos (7,8%) apresentaram escore acima do ponto de corte para provável psicopatologia pelo SRQ (5 para homem e 7 para mulheres). Seis mulheres (6,8%) e três homens (11,1%) ficaram acima do ponto de corte. Com o ponto de corte rebaixado (4/5 homens e 6/7 mulheres), há um total de 10,4% de médiuns SRQ+ (quatro homens=14,8% e oito mulheres=9%). A amostra apresentou um escore médio de $2,7 \pm 2,69$ (variação: 0-12), não havendo correlação estatística com o número de mediunidades relatada ou com a frequência de atividade mediúnica.

Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo a pontuação no SRQ (n=115)



Por fim, testou-se a associação entre escores da SRQ e da EAS. As duas escalas se associaram de modo estatisticamente significativo (Pearson 0,38 com $p < 0,001$).

5.5) DDIS

Os resultados do DDIS se referem aos 24 médiuns que foram selecionados para a segunda etapa da pesquisa.

Contato com os Serviços de Saúde

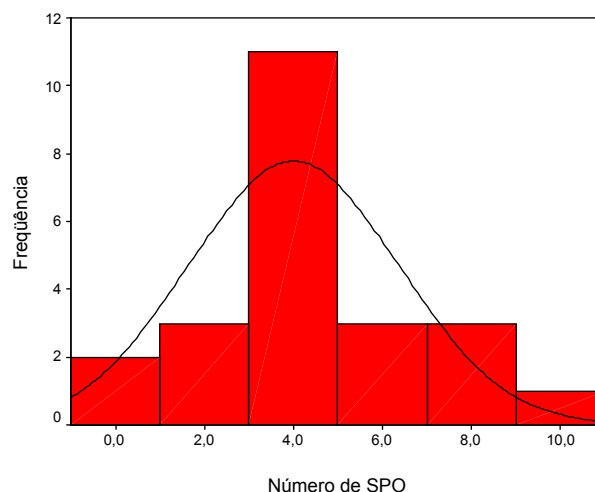
Doze em 22 médiuns (54,5%) referiram já ter realizado um tratamento para algum problema emocional ou mental. Destes médiuns, 13 (59,1%) já receberam uma medicação psiquiátrica: antidepressivos, ansiolíticos ou hipnóticos. Uma terapia psicológica que durou mais de cinco sessões foi utilizada por 38,1% de nossa amostra (8 em 21).

Sintomas Schneiderianos de Primeira Ordem para Esquizofrenia (SPO)

Foi possível avaliar a presença de SPO em 23 médiuns que foram entrevistados com o DDIS na segunda etapa da pesquisa.

Os médiuns apresentaram uma média de $4 \pm 2,35$ SPO, sendo a distribuição na amostra evidenciada no gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo o número de SPO (n=23)



A tabela 9 mostra a frequência de cada um dos SPO nos 23 médiuns que responderam às questões:

Tabela 9 – Distribuição dos Sintomas de Primeira Ordem (SPO)	
SPO	N° médiuns (%)
Inserção de pensamentos	20 (87%)
Inserção de sentimentos	18 (78,3%)
Influência externa afetando o corpo	18 (78,3%)
Ações controladas por força externa	16 (69,6%)
Vozes dialogando	6 (26,1%)
Vozes comentando ações	6 (26,1%)
Pensamentos que parecem ser de outra pessoa	5 (21,7%)
Ouvir pensamentos como se em voz alta	3 (13,0%)
Outras pessoas capazes de ouvir os pensamentos	1 (4,3%)
Pensamentos removidos da mente	0

Não houve correlação estatística entre o número de SPO e escores de adequação social (EAS) ($p=0,38$) ou de sintomas psiquiátricos (SRQ) ($p=0,45$).

Abuso Infantil

Em nossa amostra, abuso físico foi relatado por 2 dos 24 médiuns (8,3%) e sexual em 5 dos 23 médiuns (21,7%) que responderam a questão. Não houve correlação entre SPO e abuso físico ($r=0,12$ $p=0,58$) ou sexual ($r=0,04$ $p=0,84$).

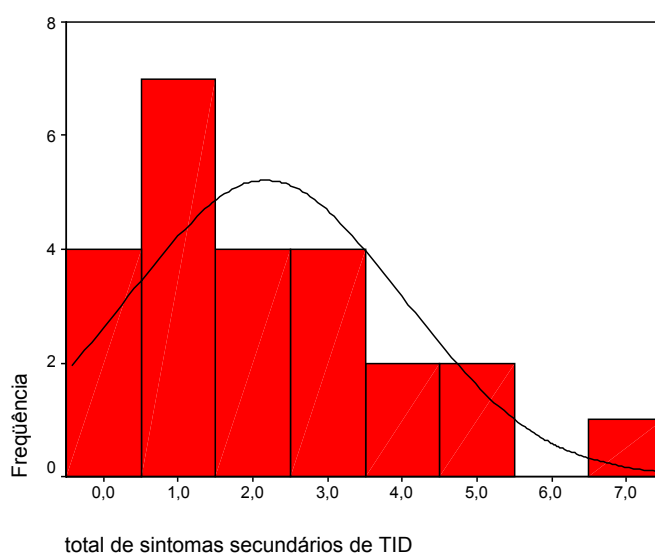
Outras Experiências Associadas a Fenômenos Dissociativos

O relato de andar durante o sono foi obtido de 5 dos 24 médiuns (20,8%), enquanto que seis de 24 médiuns (25%) referiram ter tido amigos imaginários na infância.

Características Associadas a Transtorno de Identidade Dissociativa

O total de indivíduos que responderam estas questões em nossa pesquisa foi 24, apresentando uma média de $2,2 \pm 1,8$ sintomas secundários de TID.

Gráfico 4 – Distribuição segundo o número de sintomas secundários de TID (n=24)



Houve 5 características de TID que não ocorreram e outras que ocorreram em diferentes frequências. Para fins de diagnóstico, os seguintes sintomas foram considerados ausentes:

- Você já notou que coisas estão desaparecendo de seus pertences pessoais ou onde você vive?

Nunca: 18 Ocasionalmente: 6

- Você já notou que existem coisas onde você vive e você não sabe de onde elas vieram ou como você as conseguiu? Ex.: roupas, jóias, livros, móveis

Nunca: 23 Ocasionalmente: 1

- Pessoas se aproximam e falam com você como se elas o conhecessem, mas você não as conhece ou somente as reconhece vagamente?

Nunca: 10 Ocasionalmente: 14

- Você já teve episódios de "branco" ou "apagamentos" de certos períodos de tempo que você não consegue lembrar, excluindo às vezes em que você estava usando álcool ou drogas?

Nunca: 19 Ocasionalmente: 3 Duvidoso: 2

- Você já se encontrou, bem desperto, em um lugar estranho, sem saber como chegou lá e não estando certo do que ocorreu neste curto período, excluindo as vezes em que você estava usando álcool ou drogas?

Nunca: 22 Ocasionalmente: 1 Duvidoso: 1

Características que estavam presentes numa pequena proporção (<25%) em nossa amostra:

- As pessoas já te contaram sobre coisas que você fez ou disse mas que você não se lembra, excluindo as vezes em que você estava usando álcool ou drogas?

Nunca:16 Ocasionalmente:5 Razoavelmente freqüente:2 Duvidoso:1

- Você já teve memórias retornando tudo de uma vez, como uma enxurrada ou um "flashback"?

Nunca:18 Ocasionalmente: 4 Razoavelmente freqüente:1
Freqüente:1

- Você já teve longos períodos em que você se sentia irreal, como se estivesse em um sonho, ou se não estivesse realmente lá, excluindo as vezes em que você estava usando álcool ou drogas?

Nunca:15 Ocasionalmente:4 Razoavelmente freqüente:2
Freqüente: 3

- Você já se referiu a si próprio como nós ou nosso?

Sim:5 Não:17 Duvidoso:1

- Você já sentiu que há uma outra pessoa ou pessoas dentro de você?

Sim:4 Não:19 Duvidoso: 1

- o Mas esta "outra pessoa" não tem nome e só em 1 entrevistado esta "outra pessoa" dentro de você já apareceu e tomou o controle do corpo do entrevistado.

Sintomas presentes em mais de 25% da amostra:

- Há grandes períodos da sua infância após os 5 anos que você não consegue se lembrar?

Sim:7 Não:16 Duvidoso: 1

- Você já notou que sua caligrafia muda drasticamente ou que há recados ou outros escritos que você não reconhece?

Nunca:16 Ocasionalmente:1 Razoavelmente freqüente:4

Freqüente:3

- Você ouve vozes, algumas vezes, falando com você ou conversando dentro da sua cabeça?

Sim:13 Não:11

- o As vozes parecem vir de dentro de você? (N=13)

Sim:6 Não:6 Duvidoso: 1

Diagnóstico de TID e outros Transtornos Dissociativos

Dos 24 médiuns entrevistados, nenhum preencheu os critérios para o diagnóstico de TID ou de fuga dissociativa. Dois possuíam os critérios para amnésia dissociativa e um para transtorno de despersonalização.

Experiências Paranormais

A tabela 10 mostra a distribuição do relato por parte dos médiuns de já terem vivenciado algumas das seguintes experiências consideradas paranormais.

Tabela 10 – Prevalência de experiências consideradas paranormais (n=23)

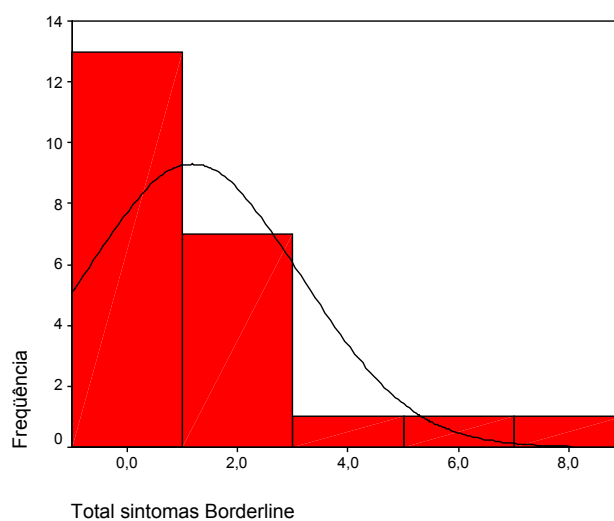
Experiência Paranormal	Prevalência (%)
Déjà vu	18 (78,2%)
Ver futuro em sonhos	15 (65,2%)
Telepatia	13 (56,5%)
Ver futuro acordado	11 (47,8%)
Contato com poltergeist	4 (17,4%)
Mover objetos com a mente	1 (4,3%)

Déjà vu foi definido no DDIS como “o sentimento que o que está acontecendo já aconteceu antes” e *poltergeist* como “ruídos ou objetos movendo ao seu redor”. Também foi questionado se o médium sente que sabe algo sobre suas vidas passadas. Dos 23 que responderam, 15 responderam positivamente, 7 que não, e uma resposta foi de dúvida.

Transtorno de Personalidade *Borderline*

Dos 9 sintomas de personalidade *borderline* que compõem o critério diagnóstico do DSM-IV, são necessários pelo menos 5 para se firmar o diagnóstico. Nos 23 médiuns que responderam o quesito em nosso trabalho, houve uma média de $1,2 \pm 2$ sintomas *borderline*, sendo que dois (8,6%) preencheram o diagnóstico (um com 6 e outro com 7 sintomas). Ambos eram SRQ positivos, referiram abuso sexual na infância e um deles relatou abuso físico. A distribuição do número de sintomas de personalidade *borderline* pode ser vista no gráfico 5.

Gráfico 5 – Distribuição de sintomas de personalidade borderline (n=23)



5.6) SCAN

As tabelas 11 e 12 mostram os diagnósticos e o perfil sintomatológico dos médiuns, respectivamente, SRQ- e SRQ+ entrevistados com base no SCAN. Devido à necessidade de serem analisados à parte, os diagnósticos de transtornos dissociativos e psicóticos foram listados numa coluna específica.

Tabela 11- Diagnósticos psiquiátricos e perfil sintomatológico dos médiuns SRQ-

Médium	PSE	LB	Duvidoso	Neurot	Depr	Psicót	Func +	Escore total	ID	AA	AV	ns Psicot	forma pens	Delírio controle
4			F20.3			18	2	20	8	9	3	4		1
20			F20.3	7	2	8	3	20	8			1	4	
22			F20.3	1	1	14	3	19	8	1	4	1	2	4
27				15	11	5	10	41	3	1	3	1		
47	F41. 1 F 06.3			29	7	2	6	45	5			1		
49				3		2	5	10	2			1		
63						4	1	5	2	2	2			
74		F48.1	F20.3			7	2	9	8				4	2
76			F48.1 F20, F29	29	5	39	5	78	8	5	8	8	4	2
82		F32		7		4	2	13	2	3				
83							2	2	1					

Legenda:

PSE: Diagnósticos atuais

LB: Diagnósticos prévios (vida toda antes)

Neurot: Sintomas neuróticos

Ns Psicot.: Sintomas Psicóticos não específicos

F 06.3: Transtorno afetivo orgânico

F 29 Transtorno psicótico não especificado

Depr: Sintomas depressivos

Psicót: Sintomas psicóticos

Func.+ : Funcionamento positivo

Forma Pens.: alterações formais de pensamento

F48.1: Sínd. de despersonalização/ desrealização

F32 Episódio depressivo leve

ID: Índice de Definição

AA: Alucinações auditivas

AV: Alucinações visuais

F41.1: Transtorno de ansiedade generalizada

F20 Esquizofrenia paranóide

Tabela 12- Diagnósticos psiquiátricos e perfil sintomatológico dos médiuns SRQ+

Médium	PSE	LB	Duvidoso	Neurot	Depr	Psicót	Func +	Escore total	ID	AA	AV	ns Psicot	forma pens	Delírio controle
8	F40.01	F41.01		34		1	6	44	5		1			
29	F34.1 F52	F34.1	F20.3	23	2	9	4	38	8	2			3	4
31		-	F 20.3	5	1	21	6	34	8	1	5		3	4
32		-	F 20.3, F48.1	10	2	6	3	21	8	1				4
34	F50.2	-	F20.3, F44.3, F44.6 , F48.1, F29	42	10	30	5	108	8	1	5	6	7	3
62		-		7	2	5	3	17	2		1	2	1	
64		F20.3	F20.3	32	5	20	2	59	8	1		3	3	9
73	40.2	F10.21, F30.1, F41.1		18		5	3	27	5	1				2
77	F30, F10.02		F20.0	14	2	24	4	53	8	3	5	3	1	2
84		-		6	5	4	5	20	3	1				1
86		-			3		7	10	2					
115			F20.3	15	1	7	5	28	8	1	3	1		1

Legenda:

PSE: Diagnósticos atuais

LB: Diagnósticos prévios (vida toda antes)

Neurot: Sintomas neuróticos

Ns Psicot.: Sintomas Psicóticos não específicos

F40.01 Agorafobia com transtorno de.pânico

F 29 Transtorno psicótico não especificado

F52 Disfunção sexual

F40.2 Fobia específica

F30 Hipomania

Depr: Sintomas depressivos

Psicót: Sintomas psicóticos

Func.+ : Funcionamento positivo

Forma Pens.: Alterações formais de pensamento

F48.1: Sínd. de despersonalização/ desrealização

F32 Episódio depressivo leve

F50.2 Bulimia nervosa

F44.6 Anestesia dissociativa

ID: Índice de Definição

AA: Alucinações auditivas

AV: Alucinações visuais

F41.01 Transtorno do pânico, grave

F20 Esquizofrenia paranóide

F34.1 Distímia

F44.3 Transtorno de transe e possessão

F10.02 Intoxicação aguda por álcool

Tabela 13 – Médias no SRQ e EAS entre os médiuns com e sem diagnóstico de esquizofrenia pelo CID-10

Grupos	N	Média SRQ	Média EAS
Com diagnóstico	12	6,33 ± 3,58	1,93 ± 0,32
Sem diagnóstico	11	5,36 ± 3,47	1,95 ± 0,3
Valor de p		0,52	0,88

Nas tabelas 14 e 15 pode-se ver os sintomas psicóticos vivenciados pelos médiuns durante as reuniões mediúnicas nos centros espíritas.

Tabela 15 – Sintomas Psicóticos dos médiuns SRQ+ durante reuniões mediúnicas no CE

Médium	Psicót	Escore total	Percep alt.	AA	AV	ns Psicot	Forma pens	Del controle
8	17	17		4			6	5
29	16	18	1				6	9
31	32	32	4	8		4	3	11
32	15	21	3				5	7
34	28	28		5	4	6	3	7
62	15	15		4	3	2		4
64	24	25			5	3	6	8
73	30	30	4		3	4	3	13
77	59	61	9	7	11	6	6	15
84	10	10	1	2			3	4
86	0	0						
115	40	42	7	10	6	1	3	10

Legenda:

Psicót: Sintomas psicóticos Percep. Alt.: Percepção AA: Alucinações auditivas
 AV: Alucinações visuais Ns Psicot.: Sintomas Forma Pens.: Alterações
 Del. Controle: Delírio de Psicóticos não específicos formais de pensamento

5.7) Análise Comparativa entre os médiuns SRQ positivos e negativos

As médias dos escores do SRQ e do EAS foram diferentes estatisticamente entre os grupos SRQ+ e SRQ-, em ambos, $p < 0,01$ (ver tabela 16).

Tabela 16 - Médias no SRQ e EAS entre os grupos SRQ+ e SRQ-

Grupos	N	Média SRQ	Média EAS
SRQ +	12	8,58 ± 2,02	2,09 ± 0,28
SRQ -	12	3,17± 2,02	1,77 ± 0,22

Conforme se pode ver na tabela 17, os dois grupos não diferem quanto à idade, escolaridade, estado civil, anos de Espiritismo, número de mediunidades, de SPO, de sintomas secundários de TID e de sintomas de personalidade borderline. Por outro lado, as freqüências mensais de experiências de audiência e de incorporação foram, em média, maiores no grupo SRQ negativo, embora não tenha atingido significância estatística.

Tabela 17 – Resultados comparativos entre os médiuns SRQ+ e SRQ-

Característica	Grupo	N	Média ± DP	p
Idade	SRQ +	12	47,8 ± 13,1	,801
	SRQ -	12	49,1 ± 10,8	
Há quantos anos é espírita* ¹	SRQ +	12	16,4 ± 9,2	,414
	SRQ -	10	13,3 ± 8	
Número de mediunidades*	SRQ +	11	3,5 ± 1,6	,489
	SRQ -	11	3,1 ± 1,4	
Frequência: Psicofonia	SRQ +	7	9,6 ± 6,3	,630
	SRQ -	6	8 ± 4,9	
Frequência: Psicografia	SRQ +	2	3 ± 4,2	-
	SRQ -	0	,	
Frequência: Vidência*	SRQ +	8	6 ± 6,3	,963
	SRQ -	6	6,2 ± 6,8	
Frequência: Audiência	SRQ +	4	8 ± 5,9	,100
	SRQ -	3	20 ± 10	
Frequência: Incorporação*	SRQ +	8	5,2 ± 4,4	,238
	SRQ -	7	9,4 ± 8,3	
Frequência: Cura	SRQ +	2	3 ± 4,2	,879
	SRQ -	1	4	
Frequência: Desdobramento	SRQ +	2	6,5 ± 3,5	,633
	SRQ -	2	5 ± 1,4	
Número de spo	SRQ +	11	4,5 ± 1,7	,460
	SRQ -	11	3,8 ± 2,7	
Sintomas Secundários de TID	SRQ +	12	2,2 ± 1,5	1,00
	SRQ -	12	2,2 ± 2,2	
Sintomas Borderline* ²	SRQ +	10	0,5 ± 0,7	,508
	SRQ -	11	0,8 ± 1,3	

* Realizado tratamento para pontos extremos utilizando o diagrama de Tuckey, ou Box-Plot.

¹ Os dois pontos extremos (72 e 50 anos) eram SRQ negativos.

² Os dois pontos extremos, preenchiam os critérios diagnósticos de transtorno de personalidade borderline e eram SRQ positivos.

A tabela 18 possui o intuito de comparar o perfil de vivências psicóticas dentro e fora do CE entre os médiuns SRQ- e SRQ+.

Tabela 18 – Vivências Psicóticas entre os médiuns SRQ+ (n=12) e SRQ- (n=11)

Vivência	Grupo	Média ± DP	p
FORA DO CE			
Alucinação auditiva	SRQ +	1,7 ± 2,2	,772
	SRQ -	1,9 ± 2,8	
Alucinação visual	SRQ +	1,2 ± 1,9	,384
	SRQ -	1,8 ± 2,6	
Sintoma psicótico não específico	SRQ +	1,5 ± 2,1	,941
	SRQ -	1,5 ± 2,4	
Alteração formal de pensamento	SRQ +	2,5 ± 2,6	,583
	SRQ -	1,3 ± 1,8	
Delírio de Controle	SRQ +	2 ± 2,2	,196
	SRQ -	0,8 ± 1,3	
DENTRO DO CE			
Alucinação auditiva	SRQ +	3,3± 3,6	,739
	SRQ -	3 ± 4	
Alucinação visual	SRQ +	2,7 ± 3,4	,800
	SRQ -	2,2 ± 3,3	
Sintoma psicótico não específico	SRQ +	2,2 ± 2,4	,556
	SRQ -	2,4 ± 2,1	
Alteração formal de pensamento	SRQ +	3,7 ± 2,2	,597
	SRQ -	3,4 ± 2,1	
Delírio de Controle	SRQ +	7,7 ± 2,2	,165
	SRQ -	7,4 ± 4,2	

5.8) Resultados das Questões com Respostas Abertas

5.8.1) Como surgiu a mediunidade em você?

De um modo geral, os médiuns relataram que as primeiras manifestações mediúnicas surgiram na infância ou adolescência, mas não interpretavam, à época, tais vivências como mediúnicas. Foi possível classificar os indivíduos em quatro categorias de acordo com o histórico de surgimento da mediunidade:

- Vivências mediúnicas desde infância ou início da adolescência que só posteriormente se intensificaram e foram interpretadas como mediúnicas
- Início de experiências mediúnicas isoladas durante a vida adulta
- Quadros de oscilação depressiva do humor, ansiedade e sintomas somáticos
- Durante o Curso de Médiuns

O grupo mais freqüente (12 de 20 médiuns) foi o de surgimento de vivências que eram referidas desde a infância ou adolescência, dentre as mais freqüentes, temos:

- Ver vultos, ouvir ruídos ou ser chamado pelo nome

“Eu tinha uns seis anos e, durante o evangelho no lar³, comecei a ver pessoas de bata branca com as mãos sobre as nossas cabeças” (CF27)

³ Os espíritas têm o hábito de reunirem a família semanalmente para o estudo do livro “O Evangelho Segundo o Espiritismo” (Kardec, 1996). A este encontro, chamam de “Evangelho no lar”, que é muito valorizado e considerado um momento de ligação com os mentores espirituais.

“Desde os nove anos eu via vultos, ouvia barulhos de pedras, de crianças chorando e de coisas quebrando. Eu tinha medo, achava que era assombração”(CF63)

- Sensações de presença

“Eu tinha o pressentimento de que tinha alguém” (CF71)

- Sonhos ou pensamentos premonitórios

“Vinha um pensamento que aquele carro ia bater e aí ele batia” (F46)

- Vivências telepáticas

“Desde criança eu adivinhava as coisas que os outros estavam pensando” (CM33)

Também foram descritas visões de pessoas falecidas, algumas vezes duradouras e com grande nitidez.

“Aos oito anos eu comecei a ver e conversar com um homem (...) depois, num retrato, descobri que era meu avô que já tinha morrido. (...) sempre ouvi coisas(...)” (MF43)

Três médiuns referiram que suas mediunidades surgiram através de um quadro de oscilações depressivas de humor, crises de pânico, impulsos suicidas ou para ingerir alcoólicos que pareciam vir de fora do indivíduo. De um modo geral, houve o relato de remissão ou alívio destes sintomas com o início do trabalho contínuo como médium.

“Eu ficava muito triste, tinha vontade de beber e de me matar (...) não parecia que era eu que queria, que era alguém que queria me prejudicar” (SF51)

Três médiuns tiveram suas primeiras vivências mediúnicas durante os exercícios práticos do curso de médiuns. Estas pessoas começaram o curso sem julgar possuir mediunidade, apenas com um caráter informativo.

Por fim, dois médiuns referiram que suas experiências mediúnicas começaram apenas na vida adulta. Usualmente, a partir de alguns episódios

marcantes. Ocorrências de “experiência fora do corpo”, visões de pessoas ou da “aura” dos outros indivíduos, percepção das “vibrações” dos ambientes ou pessoas.

“Eu tinha 18 anos e fui tirar um cochilo após o almoço no consultório em que trabalhava. Me senti saindo do corpo, tive muito medo, achei que fosse morrer.” (JF46)

“Eu pensava em alguém e pouco depois tinha alguma notícia dela.” (MF56)

A maioria dos médiuns era oriunda de famílias católicas, três deles eram fiéis fervorosos e participantes. Tal situação propiciou, algumas vezes, um ambiente pouco acolhedor para as vivências mediúnicas relatadas por nossos entrevistados, freqüentemente quando ainda eram crianças. Ou se desconsideravam tais experiências ou eram avaliadas como sinal de influência diabólica ou de instabilidade psíquica. Alguns eram levados para serem benzidos a fim de se afastar a influência negativa. Freqüentemente, ocultavam tais fenômenos temendo as reações do meio.

“No início, minha família não acreditou, mas como o que eu falava que ia acontecer, acontecia, aí, eles passaram a acreditar.” (F46)

“Minha família dizia que minhas visões eram coisa do demônio e me levavam para benzer. (...) Eu ficava confusa, sem entender (...) achava que era meio doida (...) ficava magoada e pensava: por que não sou normal como os outros?” (MF48)

Três tiveram origem em famílias espíritas, um com progenitores umbandistas e outro médium tinha um pai “esotérico”. Estas famílias habitualmente interpretavam tais fenômenos como mediúnicos e os encaravam com naturalidade.

5.8.2) Como descobriu que apresentava mediunidade?

Agrupamos os modos pelos quais os médiuns descobriram serem possuidores de mediunidade:

- Familiares, geralmente espíritas ou umbandistas, disseram ser mediunidade o que a pessoa experienciava (6 de 20 médiuns).
- Seis médiuns procuraram centros espíritas ou de umbanda em busca de entendimento e/ou alívio de vivências (visões, intuições, etc.) ou sintomas (alterações de humor, ansiedade, queixas físicas) e foi feito o “diagnóstico” de mediunidade.
- Quatro médiuns, ao entrarem em contato com o Espiritismo por razões diversas (geralmente questionamentos existenciais), identificam que o que vivenciavam há muitos anos eram sinais de mediunidade.

“Aos 18 anos fui convidada a um centro espírita por uma amiga (...) lá descobri que o que ocorria comigo era mediunidade” (MF35)

- Os sintomas surgiram no CE, usualmente durante o curso de médiuns, e lá mesmo foi feito o diagnóstico da mediunidade em três dos 20 médiuns.

A busca de entendimento das vivências ou alívio de sintomas se deu de diversas formas. Uma médium realizou uma peregrinação por diversas religiões: de origem católica, freqüentou a umbanda, se batizou na Igreja Quadrangular e, finalmente, chegou ao Espiritismo. Dois médiuns, ao irem pela primeira vez a uma sessão de umbanda, apresentaram um quadro de transe de possessão durante a sessão a que assistiam. Um outro entrevistado disse ter sido encaminhado ao centro espírita por seu

cardiologista após ter passado, sem sucesso, por diversos médicos para se tratar dos diversos sintomas que apresentava. Por fim, vale citar o indivíduo que, a partir dos 21 anos, via pessoas e ouvia vozes quando ingeria aproximadamente 5 latas de cerveja. Após dois anos com este quadro, procurou um centro espírita.

No curso de médiuns, habitualmente, há uma intensificação das manifestações mediúnicas pré-existentes e o surgimento de outras, mas elas se tornam mais controladas.

5.8.3) Descreva suas principais vivências mediúnicas:

Será feita uma descrição basicamente fenomenológica dos diversos tipos de mediunidade.

a) Incorporação e Psicofonia

Apesar de, muitas vezes, serem tidos como dois termos distintos (psicofonia: comunicação do espírito pela voz do médium; incorporação: manifestação por todo o corpo), em nossa amostra eles se sobrepuseram e os próprios médiuns tinham dificuldades de diferenciá-los. Por isso, foi resolvido realizar a análise em conjunto. Ao todo, 18 dos 20 médiuns entrevistados referiram possuir psicofonia ou incorporação.

Na descrição que os médiuns fizeram de suas vivências psicofônicas, pôde-se perceber que estas, usualmente, ocorriam em duas etapas: sensações prodrômicas e comunicação psicofônica propriamente dita. Os

pródromos relatados foram bastante variados, mas foi possível definir os seguintes grupos, não mutuamente exclusivos:

- 1) Sete indivíduos referiram uma “sensação de presença”, como se alguém estivesse se aproximando

“tenho a sensação de algo encostando atrás (...) é como se colocassem a mão em meu ombro, chego a olhar para o lado para ver se não é o dirigente do trabalho que colocou a mão em meu ombro” (DM33)

“tenho a sensação de alguém se aproximando (...) como se recebesse um abraço” (MF35)

- 2) Podem, ou não, surgir sintomas físicos diversos: “ondas de calor e frio” (2)*, “arrepios” (2) e “formigamentos” (3) pelo corpo, aumento da tensão muscular, “tremor interno”, “palpitação” (6), “aperto no peito”(2), “pressão na cabeça”, “peso no corpo” alheamento do ambiente (2), sensação de afastamento do corpo (1)

“Parece que fico um pouco anterior ao corpo, como se boiando, um pouco fora e um pouco em contato com o corpo” (DM33)

“(...) é um alheamento (...) como se afastasse do ambiente, sem mais ninguém por perto, (...) como se tivesse uma névoa no ambiente” (SF29)

- 3) Dez médiuns relataram a vivência de sentimentos e sensações que não são percebidas como próprias do médium, mas oriundas do espírito que se aproxima: “eu sinto o que o espírito está sentindo”. Pode ser raiva, tristeza, “vontade de chorar”, angústia, alegria, “vontade de bater e xingar as pessoas”, bem como frio, “sufocação”, “sangue escorrendo”, “escuridão”, etc. Há uma descrição enfática de que estas parecem ser alheias, não originadas do próprio médium.

* Estão entre parênteses as frequências absolutas de cada uma das vivências

- Início e desenrolar da Comunicação: pode se dar de diversas formas:

1) Sensação de pressão na laringe (5), *“pigarro na garganta”* ou *“inchaço no pescoço”* e subitamente começa a falar de modo involuntário, “mecanicamente”. Em cinco médiuns, o conteúdo do discurso se tornava consciente “frações de segundo” antes de ser pronunciado, mas para nove deles, o conteúdo era percebido apenas após ser verbalizado e escutado. O discurso era produzido sem qualquer elaboração consciente prévia.

“como se tivesse uma bola na garganta para sair, explodir” (DM33)

“Dá uma pressão na garganta e uma vontade de falar” (AF29)

“Às vezes eu tenho intuição do que será falado, às vezes só descubro após falar” (F46)

2) O surgimento de pensamentos e idéias não reconhecidos como próprios foi descrito por quatro médiuns que procuravam verbalizar conscientemente tais conteúdos. Esta modalidade está na transição com mediunidade de intuição descrita no item a seguir.

“Do nada, surge uma idéia que eu transmito com as minhas palavras”

(JF46)

3) Um indivíduo referiu ouvir uma voz e repetir o que ouvia em voz alta

Durante esta atividade mediúnica, a consciência geralmente está obnubilada (*“como logo após o despertar”, “em semi-transe”*) para 11 médiuns, mas para outros cinco entrevistados, ela está totalmente clara. Em

quatro relatos, o médium se percebia como um observador do que ocorria com seu corpo durante a psicofonia/incorporação.

Dois indivíduos referiram dificuldade atual de controle da manifestação, enquanto outros dois, apenas quando ainda eram médiuns principiantes. No momento da entrevista, a grande maioria referiu ter controle da manifestação. Este controle implica em evitar que sejam cometidos atos impróprios (palavras de baixo calão, agressividade...) e evitar as manifestações em momentos inadequados. Por isso, os médiuns referiam ter incorporações apenas nos centros espíritos.

Há grande variação sobre o grau de recordação que o médium tem do que ocorreu durante a psicofonia/incorporação, desde total a uma vaga lembrança.

b) Intuição/Inspiração

Esta modalidade foi descrita por 8 dos vinte médiuns entrevistados. O que a caracteriza é a percepção de que surgem, na mente, pensamentos, imagens e idéias não reconhecidas como próprias (não *self*), como se oriundos de uma fonte externa. Um médium explicou: *“vem um pensamento como se alguém tivesse falando no meu cérebro”* (SF51). Podem ser frases soltas ou mensagens completas. Às vezes envolvem premonições que podem se confirmar posteriormente ou a percepção de que os filhos estão com algum problema, o que também seria confirmado posteriormente.

Um entrevistado (BF56) disse que quando se questiona sobre algo, algumas vezes surge um pensamento que parece vir de fora e com a

solução pronta. Outro, referiu ouvir uma voz interior com dicas sobre o que deve ou não fazer: *“não faça isso pois não vai dar certo”*. (OF56)

Podem ocorrer tanto no centro espírita como fora dele.

c) Vidência

As visões foram relatadas por dez médiuns, podiam ser percebidas nos espaços:

- Psíquico Interno (6): surgiam *“imagens dentro da cabeça”* como em uma *“tela dentro da mente”*, *“como se passasse um filme”*. Podiam ver cenas das situações descritas na sessão mediúnica, bem como pessoas e objetos.
- Objetivo externo (4): podiam-se ver *“vultos, objetos, vegetais ou pessoas”* em meio ao ambiente externo. Poderiam ser de nitidez e duração variáveis, usualmente fugazes. Em alguns casos, eram capazes de identificar bem as roupas, sexo e idade aproximada da aparição, em outras, não. Um dos médiuns (DM33) referiu que era capaz de ver as aparições no ambiente exterior com melhor nitidez quando fechava os olhos.

“Algumas vezes por mês eu vejo três senhoras em minha casa” (CF71)

“Eu vejo os espíritos se aproximando do médium” (MF43)

Ocorriam tanto no centro espírita ou em outros locais, como a residência ou cemitério.

d) Audiência

Oito entrevistados afirmaram possuir esta faculdade mediúnica. Todos estes 8 médiuns referiram escutar vozes que pareciam ocorrer no espaço psíquico interno (*“dentro da cabeça”*), mas que teriam uma fonte externa. Quatro deles, relataram também ouvir vozes ou ruídos (*“pancadas, burburinho de conversas”*) que viriam do ambiente exterior.

Habitualmente são frases curtas com instruções, orientações ou repreensões, mas podem ser mensagens completas ou poesias.

“Surge uma voz dentro da cabeça com sugestões para fazer alguma coisa”
(MF56)

A médium BF56 deu um exemplo do que ouve do mentor espiritual: *“Diga para a assistida que ela deve vigiar seus pensamentos”* e do que ouve do espírito obsessor: *“Essa pessoa quer se fazer de boazinha”*.

Ocorriam tanto no centro espírita como fora dele.

e) Psicografia

Apesar de não ser muito praticada ou estimulada pela Aliança Espírita, quatro médiuns relataram experiências com a psicografia. Estas ocorriam com consciência clara. Na amostra estudada, as etapas foram:

- 1) Desejo de escrever aparentemente imotivado, *“surge do nada vontade de escrever”* (DM77)
- 2) Pode ou não sentir *“um adormecimento da mão, uma sensação que a palma da mão fica maior”* (DM77)

- 3) Surgem, na mente, idéias ou palavras que devem ser escritas: *“as frases vêm prontas”*
- 4) O médium passa para o papel estes conteúdos, podendo haver mudança na caligrafia

f) Desdobramento

Quatro médiuns relataram que, enquanto o corpo estava em um local (habitualmente o CE), se viam *“em um outro lugar”*, geralmente amparando alguém precisando de ajuda. Um dos médiuns (DM33) referiu que, quando em desdobramento, se sente num outro local, percebendo *“o cheiro, calor e todas as características”* deste outro ambiente. Não tendo nenhuma percepção do local onde seu corpo se encontra, daí, percebe apenas *“a voz do diretor da reunião conduzindo os trabalhos”*.

5.8.4) A questão da origem e veracidade das percepções mediúnicas

Foi freqüente entre os médiuns o relato de que em muitas ocasiões tinham dúvidas sobre a origem das vivências que apresentavam, se eram espíritos ou criações de suas próprias mentes. Dentre os critérios por eles relatados como úteis na definição por uma origem fora de suas mentes estariam:

- O pensamento parece vir de fora, não é reconhecido como originado em sua própria mente

- Foge das “*preocupações habituais*” que povoam a mente do médium
- A idéia já surge pronta, sem elaboração prévia. Surge “*do nada*”, sem estar pensando no tema
“Já traz a solução pronta de um problema (...) vem como uma idéia”
 (BF56)
- Vários médiuns simultaneamente têm a mesma percepção
- Traz informações que o médium não teria como obter por si mesmo
“Eu me pergunto se conseguiria por mim mesma saber da informação que recebo. Se vejo que não conseguiria, posso falar, pois sei que não é meu, mas do espírito”. (MF43)

Diversos médiuns relataram experiências marcantes que os convenceram da veracidade de suas percepções mediúnicas, dentre elas:

- Numa festa familiar a médium começou a falar, com uma voz diferente, que havia levado um tiro, que não conseguiria ver seus filhos. Trinta minutos depois foi informada que um primo-irmão havia sido assassinado (MF48).
- Um sonho com um cavalo chamado “Valente” causou forte impressão, deixando a médium intrigada. “*Fiquei muito impressionada com o sonho e a palavra valente*”. Poucos dias após, um amigo chamado “Valentim” faleceu de acidente de trânsito (MF48).
- A médium MF43 referiu que, desde os oito anos, via e conversava com uma pessoa que ela desconhecia. Posteriormente, ao ver

uma foto de um avô que havia falecido antes dela nascer, reconheceu ser ele a pessoa com quem se comunicava.

- Em desdobramento, viu um “*blazer vermelho*” na sala de roupas que iriam para o bazar do centro espírita. Ao ir até à sala verificar, encontrou a peça de vestuário igual à percebida previamente (MF56).
- É freqüente o relato, em desdobramento, de detalhes das residências dos indivíduos em tratamento espiritual no centro espírita. Por exemplo, uma médium referiu ter visto “*um cortador de papel*” muito peculiar na casa de um dos “assistidos” e confirmado posteriormente a existência deste objeto (MF56).

6) Discussão

Este é, pelo nosso conhecimento, o primeiro estudo a avaliar de modo sistemático e com escalas padronizadas uma grande quantidade de médiuns. Deve-se também destacar que todas as avaliações realizadas nesta pesquisa foram empreendidas pelo mesmo pesquisador.

Pelo seu caráter exploratório, muitos dados foram levantados tendo em vista dar um panorama tão abrangente quanto possível dos médiuns e de suas vivências mediúnicas. O fato de ser um estudo pioneiro trouxe outros dois desafios: desenvolvimento de uma metodologia apropriada e carência de investigações que servissem para comparação dos resultados. Este último item nos levou à utilização de estudos com populações que compartilhassem algumas características, embora não necessariamente médiuns. Também nos estimulou a lançar mão da própria literatura espírita sobre mediunidade. Apesar de não ter sido escrita baseada em estritos critérios científicos, é uma valiosa fonte de informações obtidas em primeira mão por aqueles que vivenciam ou estudam a mediunidade há muito tempo. Seguindo William James (1991), já havíamos enfatizado (Almeida e Lotufo Neto, 2003) o valor das descrições de vivências religiosas produzidas pelos próprios indivíduos ou comunidades que as vivenciam. Naturalmente, este uso deve se dar de maneira crítica, com entendimento das limitações destes textos.

Importante destacar que o grupo de médiuns selecionado para a segunda etapa da pesquisa possui uma maior proporção de indivíduos com sintomas psiquiátricos em níveis significativos clinicamente. Isto deve ao fato de que metade dos 24 médiuns que participaram da segunda etapa foram selecionados justamente por estarem acima do ponto de corte para provável psicopatologia pelo SRQ. Portanto, a amostra selecionada para a segunda fase não representa o universo amostral, pois tem uma maior proporção de indivíduos com sintomas psiquiátricos.

6.1) Perfil Sociodemográfico

A amostra foi composta por indivíduos adultos de meia idade (média de 48,1, $\pm$ 10,7), sendo 75% mulheres, não tendo sido possível determinar se esta predominância feminina se deve a uma maior tendência dissociativa em mulheres e/ou pelo fato das mulheres tenderem a ser mais religiosas (Levin e Chatters, 1998, Koenig et al., 2001; Miller e Stark, 2002). Apesar de habitualmente se identificar maiores níveis de dissociação em mulheres, Ross et al. (1990a), numa amostra comunitária canadense de 1.055 indivíduos, não encontrou diferença nos escores da DES entre homens e mulheres, bem como não houve relação entre dissociação e variáveis socioeconômicas. Tais dados levantam a questão da possível existência de características diversas entre a dissociação em amostras clínicas e comunitárias. Por outro lado, Johns et al. (2004) encontraram uma associação entre sexo feminino e o relato de alucinações em uma amostra comunitária britânica.

Desde o surgimento do Espiritismo e do Espiritualismo Moderno no século XIX, mulheres médiuns têm se destacado (Zingrone, 1994; Doyle, 1995). Braude (1989) defende a tese de que a mediunidade em mulheres auxiliou as mulheres norte-americanas no final do século XIX na conquista de seus direitos civis, dando voz a estes atores sociais que tinham pouco espaço na sociedade. Bourguignon (1968) enfatizou o padrão de primazia feminina nos fenômenos de transe de possessão ao longo da África.

Os médiuns estudados apresentaram um elevado nível educacional (46% de instrução universitária) e um baixo nível de desemprego (2,7%) quando comparados com a população da cidade de São Paulo: 10% de desemprego e 9,6% de escolaridade superior (IBGE, 2000). Tais achados estão de acordo com os dados do Censo Brasileiro de 2000 (IBGE, 2000), segundo o qual o Espiritismo é a única religião em que o nível educacional é diretamente proporcional à proporção de adeptos. Ou seja, na medida em que se incrementa o nível educacional dos estratos populacionais, aumenta-se a proporção de espíritas. Tais dados são refletidos nos bons níveis de adequação social encontrados em nosso estudo com a EAS.

Nossos achados questionam, pelo menos em alguns casos, a hipótese de que a vivência mediúnica seria uma forma de compensação e de busca de reforço social por populações menos favorecidas socialmente (Kiev, 1961; Ward, 1984; Cardeña et al., 1994). Haaken (1994), uma psicóloga feminista, afirma que “a dissociação não é apenas uma defesa contra traumas, mas pode também ser uma defesa contra um mundo que nega possibilidades suficientes de prazer e integração”. Hughes (1991) e

Negro Jr (1999), ao identificarem em suas amostras de médiuns um perfil socioeconômico semelhante ao do presente estudo, também não encontraram evidências de que o comportamento mediúnico seja uma defesa contra um sofrimento psíquico ou exclusão social.

Estas características sociodemográficas também foram encontradas por Negro Jr (1999, Negro Jr et al., 2002) numa amostra de 110 freqüentadores de cursos de um importante centro espírita de São Paulo (diferente do que foi estudado na presente tese). Embora estes indivíduos não necessariamente tivessem atividade mediúnica regular (60% trabalhavam voluntariamente como médiuns), apresentaram um perfil muito similar aos médiuns que investigamos: idade média de $49,4 \pm 14$ anos, 76,8% de mulheres e 37,2% com curso superior completo. Estas similitudes sugerem que nossa amostra pode ser representativa não só dos médiuns de CE ligados à AEE, mas de outros CE de São Paulo. Altos níveis de renda e instrução também ocorrem entre os norte-americanos envolvidos com um contemporâneo interesse na mediunidade, denominada *channeling*. Este movimento social não está organizado em nenhuma religião específica, mas são médiuns que trabalham individualmente realizando “consultas”, publicando livros e ministrando seminários. (Hasting, 1991; Hughes, 1991; Brown, 1997; Klimo, 1998). Um predomínio feminino e de um elevado nível educacional também foi encontrado por Heber et al. (1989) em “terapeutas alternativos” canadenses, que possuíam altos escores de dissociação no DES.

Este perfil sociodemográfico difere da grande maioria dos estudos realizados com transe e possessões publicados na literatura, que normalmente enfocam indivíduos de classes excluídas socialmente, com baixos níveis de renda e escolaridade (Bourguignon, 1968; Castillo, 1994; Rose, 1997; Ng, 2000). A peculiaridade de nossa amostra permite a investigação destes fenômenos dissociativos numa população pouco investigada, mas freqüente no Brasil e mesmo nos EUA. O fato das pesquisas acadêmicas praticamente ignorarem as vivências consideradas mediúnicas que ocorrem em regiões industrializadas e em grupos de médio-alto nível socioeconômico é um aspecto que merece atenção. Brown (1997) destaca que a comunidade científica muitas vezes possui uma atitude de desqualificação e de rejeição sobre este tema, atitude oposta à de respeito que é concedida às crenças religiosas de “povos primitivos” como os iorubas ou aborígenes australianos. Kirmayer (1998) aponta que muitos dos exemplos mais bem estudados em psiquiatria cultural não são relevantes para a prática da maioria dos clínicos, constituindo-se muitas vezes de uma coletânea de casos exóticos.

Um fator que colabora para que seja possível reverter esta carência de estudos é a grande receptividade que os médiuns mostraram ao convite em participarem da pesquisa. Apesar da primeira associação de CE procurada para a pesquisa ter se negado a colaborar, a AEE, bem como seus médiuns, foi muito receptiva. Além de preencherem os questionários nos CE, os médiuns recebiam hospitaleiramente o pesquisador em seus lares para uma entrevista que chegava a durar até 4 horas. Muitos deles diziam que era

importante a pesquisa científica, para que se propicie uma junção entre a religião e a ciência. Esta postura provavelmente tem relação com a visão espírita de conciliação e complementação entre ciência e religião, da existência de uma dimensão científica no Espiritismo (Chibeni, 1988; Kardec, 1992). O fato de, no Brasil, os médiuns serem fáceis de localizar e de aceitarem participar voluntariamente de pesquisas é um grande facilitador que temos. Nos EUA, os médiuns usualmente fazem da atividade mediúnica uma profissão da qual obtêm sua renda (Brown, 1997). Barret (1996) teve que limitar a duração e a quantidade de entrevistas com médiuns em sua tese, pois eles cobravam por hora de conversação.

6.2) Atividade Espírita e Mediúnica

Os médiuns eram espíritas há $16 \pm 12,7$ anos em média. Por estes dados é possível inferir que a maior parte da amostra é espírita há vários anos, não sendo, portanto, composta de principiantes. Isto tem importantes implicações na análise e generalização dos dados obtidos. Indivíduos principiantes em vivências espirituais e estados alterados de consciência podem ter dificuldades de adaptação (dúvidas, medos e desconhecimento) que não estão presentes em praticantes veteranos (Tart, 2000, p.179-80). A amostra de Negro Jr (1999, Negro Jr et al., 2002) era composta de indivíduos espíritas há uma média de $21,8 \pm 15$ anos e houve uma associação positiva entre anos de Espiritismo e felicidade medida em uma escala visual-analógica.

Entretanto, de um modo geral, os médiuns não eram oriundos de famílias espíritas, não receberam uma educação com princípios espíritas, mas tornaram-se espíritas durante a vida adulta. Ou seja, usualmente, as vivências tidas como mediúnicas começaram em indivíduos que não eram espíritas. Provavelmente, não faziam parte de seu repertório de crenças. Os critérios mais aceitos para se considerar patológico um fenômeno dissociativo são a ausência de sanção do ambiente cultural do indivíduo, bem como ser causador de sofrimento (Cardeña et al., 1994; González et al., 1994). Estes quesitos foram satisfeitos em diversos médiuns no início de sua mediunidade, mas que posteriormente se adaptaram bem às vivências dissociativas. Os achados do presente estudo reforçam o questionamento à aplicabilidade universal destes critérios e qual seria o melhor modo de lidar com pelo menos alguns portadores de transtornos dissociativos.

A maioria dos médiuns estudados apresenta mais de um tipo de mediunidade, sendo 3 a moda e 3,4 a média. Pode-se perceber que as modalidades mediúnicas tendem a coexistir em um mesmo médium. Os tipos mediúnicos mais prevalentes envolvem o transe (incorporação), alucinações visuais (visão) e o sentimento de que o discurso produzido tem um controle externo (psicofonia). As alucinações auditivas (audição) e a sensação de que a escrita produzida não tem uma origem interna (psicografia) são referidas por, respectivamente, 1/3 e 1/4 da amostra. Na amostra de Negro Jr et al. (2002), a frequência relativa dos diversos tipos de mediunidade foi: telepatia/intuição(58,7%), psicofonia/incorporação (49,5%),

psicografia (43,1%), cura (35,7%), vidência (28,4%), audiência (22,9%), desdobramento (17,4%), efeito físico (10%) e pintura (1,8%).

Percebeu-se que os termos psicofonia e incorporação eram tidos, pelos médiuns estudados, como intercambiáveis. Desta forma, optamos por analisá-los em conjunto. Psicofonia/Incorporação e Vidência estavam presentes na maioria absoluta dos médiuns (por volta de 60 a 70%) e ocorriam numa média de 7 a 8 vezes por mês, o que significa 1 a 2 ocorrências por sessão mediúnica semanal. Apesar de menos prevalente (31,9%), a audiência ocorria com maior frequência entre os portadores desta habilidade (13 vezes/mês). Pintura mediúnica e efeitos físicos foram relatados por volta de 2% da amostra, sendo rara sua ocorrência. Negro Jr (1999) encontrou a seguinte ordem de prevalência de tipos de mediunidade e suas respectivas frequências em um mês: telepatia/intuição (15,65), psicofonia/incorporação (4,99), psicografia (0,80), cura (0,66), vidência (1,81), audiência (2,16), desdobramento (0,18), efeitos físicos (0,006) e pintura mediúnica (0,11).

A psicografia foi muito valorizada por Kardec (1993), sendo considerada por ele *“de todos os modos de comunicação, o mais simples, mais cômodo e, sobretudo, mais completo. Para ele devem tender todos os esforços(...)”*. Pela psicografia, surgiram os milhões de livros publicados pelo médium Chico Xavier e demais médiuns. Entretanto, a psicografia não é enfatizada nos treinamentos da AEE em detrimento de outras habilidades mediúnicas consideradas mais úteis nos trabalhos por eles desenvolvidos.

Desta forma, deve-se ter cautela na generalização da cifra de 23% de médiuns psicógrafos, podendo estar subestimada.

Em nossa amostra, o número de tipos de mediunidade e a frequência de atividade mediúnica não se relacionou com escores de sintomas mentais medidos pelo SRQ e de adequação social medidos pela EAS. Tal ausência de correlação é uma evidência contrária à associação entre vivência mediúnica e psicopatologia.

Negro Jr et al. (2002) avaliaram as relações entre intensidade de atividade mediúnica e características de personalidade pelo questionário tridimensional de personalidade de Cloninger. Maior atividade mediúnica foi associada com menores escores de “esquiva do mal” (*harm-avoidance*) e não, conforme se esperava, com maiores escores de “dependência de recompensa” (*reward-recompense*). Estes dados são evidências contrárias a um comportamento mediúnico determinado pelas expectativas do meio social. Altos escores de “evitação do mal” na escala Cloninger estão habitualmente associados a transtornos de eixo I do DSM, principalmente os ansiosos. Os autores do estudo especularam que, como baixos escores de evitação ao mal estão habitualmente associados a maior auto-confiança e menor ansiedade antecipatória, estas características tenham facilitado o aprofundamento dos médiuns nas vivências mediúnicas, que envolvem o contato com a dúvida e o imprevisto.

6.3) Adequação social

O escore médio da EAS foi de $1,85 \pm 0,33$, o que evidenciou uma adequação social um pouco pior que a amostra de indivíduos residentes em São Paulo sem história familiar e pessoal de transtorno mental utilizada para comparação ($1,54 \pm 0,2$). Deve-se destacar que esta amostra utilizada para comparação trata-se de uma população altamente selecionada com o intuito de excluir qualquer possibilidade de um transtorno mental. Dos voluntários, 73,6% foram excluídos por não preencherem os rígidos critérios de seleção. Desta forma, esta média de 1,54 refere-se a uma amostra “anormalmente normal”. Os autores não localizaram dados nacionais sobre média do EAS para uma amostra comunitária. Nos EUA, Weissman et al. (1978) encontraram um escore de $1,59 \pm 0,33$.

Ainda em São Paulo, Gorenstein (2002) encontrou um escore médio de $2,55 \pm 0,56$ para pacientes deprimidos e $2 \pm 0,59$ para pacientes deprimidos após oito semanas de tratamento. O que demonstrou que os escores da EAS são capazes de diferenciar pacientes com depressão ativa dos que foram tratados.

Portadores de esquizofrenia apresentam menores níveis de funcionamento social em quase todas as áreas quando comparados com pacientes com outros transtornos mentais (Schuldborg et al., 1999). Numa pesquisa realizada em São Paulo por Menezes e Mann (1993) com 124 pacientes admitidos a uma internação hospitalar com diagnóstico de esquizofrenia, metade apresentou um ajuste social muito precário no mês

anterior à admissão, notadamente no que tange à participação em atividades domésticas, trabalho e isolamento social.

Evidências têm sido acumuladas de que estes déficits sociais se mantêm mesmo quando fora de um quadro sintomático agudo. Habitualmente, há marcante redução (ou ausência) da capacidade laborativa, grande dificuldade de manter uma vida social independente e integrada, bem como dependência de recursos da família ou do Estado. Estes prejuízos no ajustamento social estão mais relacionados aos sintomas negativos que aos positivos (Schuldborg et al., 1999). Um estudo norueguês (Melle et al., 2000) investigou a reinserção social de portadores de esquizofrenia em um país com um desenvolvido sistema de bem estar social e baixo desemprego. Oitenta e um pacientes portadores de esquizofrenia ou transtorno esquizofreniforme que passaram por uma breve internação psiquiátrica foram reavaliados após sete anos. Os pacientes, apesar de possuírem várias características associadas com um bom prognóstico, apresentaram importantes déficits de inserção social que foram piorando ao longo do tempo de seguimento, sendo a maior deterioração em relação ao trabalho remunerado (94% desempregados).

Apesar dos graves prejuízos sociais, paradoxalmente, os portadores de esquizofrenia podem não ter uma pontuação muito ruim na EAS. Foi o que ocorreu num estudo com 47 pacientes com esquizofrenia, que tiveram um escore médio de $1,96 \pm 0,62$, melhor que portadores de depressão ($2,53 \pm 0,46$) e de dependentes do álcool ($2,23 \pm 0,61$) (Weissman et al., 1978). Tal resultado inesperado se deveu ao fato que muitos portadores de

esquizofrenia simplesmente não tinham trabalho, não eram casados, não tinham filhos e, assim, estes itens não foram avaliados. Uma limitação da EAS é que ela não confere nenhum peso às áreas do ajustamento social em que o indivíduo não atue. Assim, um indivíduo que trabalha com alguma dificuldade e tem problemas no convívio com amigos e família pode ter escores piores que um paciente que simplesmente é incapaz de trabalhar e de manter vínculos familiares. Desta forma, os resultados da EAS devem ser analisados com cuidado em pacientes que não exerçam diversos dos papéis sociais avaliados na escala (Weissman et al., 1978). Este não foi um problema na amostra do presente estudo, pois houve um elevado nível de emprego, instrução e pessoas que constituíram família.

Os níveis razoáveis de adequação social da presente amostra convergem com os achados de alto nível de escolaridade e baixos índices de desemprego já relatados. O trabalho de Negro Jr (1999) também encontrou altos níveis de satisfação social e pessoal nas escalas visual-analógica em freqüentadores de cursos em CE.

Não houve correlação entre intensidade de experiências mediúnicas e inadequação social. O que novamente questiona, pelo menos nesta população, a hipótese do transe mediúnico ser uma defesa utilizada por indivíduos excluídos socialmente. Um achado inesperado foi a relação inversa entre escore na EAS e freqüência mensal de incorporação. Convém ressaltar que quanto mais próximo de (1) um o escore da EAS, maior a adequação social, portanto uma maior freqüência de incorporação foi associada a uma melhor adequação social. Entretanto, este é um achado

que precisa ser replicado, pois pode ser um erro tipo I, devido à realização de múltiplos testes.

6.4) Prevalência de Sintomas Psiquiátricos Comuns

A escala SRQ avalia basicamente sintomas de depressão, ansiedade e somatização, sendo muito útil no rastreio de transtornos psiquiátricos menores. A amostra de médiuns estudada evidenciou uma baixa prevalência de sintomas psiquiátricos comuns, o que gerou a necessidade de diminuir o ponto de corte no SRQ a fim selecionar um maior número de indivíduos para participarem da segunda etapa do estudo. Apenas 7,8% da amostra apresentou escores acima do ponto de corte (5/6 para homens e 7/8 para mulheres) para provável psicopatologia. Com um rebaixamento do ponto de corte (4/5 e 6/7), esta prevalência de SRQ+ subiu para 10,4% (14,8% dos homens e 9% das mulheres). Estes dados apontam para uma baixa prevalência de transtornos mentais comuns na população estudada. Andrade et al (1999) encontraram, numa região de São Paulo, uma prevalência, no último mês, de 15,2% de transtornos mentais, exceto dependência do tabaco. Lima et al. (1996) encontraram uma prevalência de 22,7% de indivíduos SRQ+ numa amostra comunitária em Pelotas (RS). Nesse estudo, houve uma relação inversa entre a pontuação no SRQ e os níveis de escolaridade e renda. Lotufo Neto (1997), investigando uma amostra de 207 ministros religiosos protestantes, identificou 25,1% como acima do ponto de corte no SRQ. Numa amostra de 464 universitários de Pelotas (RS), considerando-se SRQ+ quem tivesse mais que sete pontos,

18,5% dos respondentes (23,4% das mulheres e 13,1% dos homens) foram considerados SRQ+. Entretanto, entre os indivíduos com altos níveis de bem estar espiritual pela escala de bem-estar espiritual (SWBS), a taxa de indivíduos SRQ+ caiu para 10,6% (Volcan et al., 2003). No entanto, há críticas de que as escalas de bem estar espiritual como a SWBS sejam contaminadas e meçam indiretamente a saúde mental e bem estar (Koenig et al., 2001). Numa amostra comunitária de 621 indivíduos residentes em Olinda (PE) e utilizando um ponto de corte 5/6, 35% dos indivíduos eram SRQ+, sendo que era de 23% entre os sujeitos com ≥ 11 anos de instrução e 49,7% entre os com ≤ 4 anos de educação formal (Ludermir e Lewis, 2001; Ludermir e Melo Filho, 2002)).

Os resultados deste estudo com médiuns da AEE devem ser interpretados com cautela quanto a inferências para os médiuns como um todo. Deve-se ressaltar que a amostra selecionada buscou ser representativa dos médiuns em atividade na AEE. Entretanto, isto não significa que reflita o universo de médiuns existentes no Brasil e no mundo. A população deste estudo tem um viés em direção a médiuns que consigam se organizar de tal forma a freqüentarem de modo regular e constante longos cursos e reuniões mediúnicas semanais. Os médiuns que não conseguem se adequar a este rígido esquema provavelmente não compõem os quadros da AEE. Outros fatores que podem explicar a baixa incidência de transtornos psiquiátricos menores podem ser a alta taxa de escolaridade e boa condição socioeconômica, que foram associadas a menores escores no SRQ+. Um alto nível de envolvimento religioso tem sido associado a menor

incidência de transtornos mentais (Koenig et al., 1998; Koenig et al., 2001; Pargament et al., 2004; Dalgarrondo et al., 2004), considerando-se que todos os médiuns freqüentam o CE pelo menos uma vez por semana, este pode ser um outro fator que explique estes achados. Por fim, pode-se fazer a hipótese de que as experiências dissociativas dos tranSES mediúnicos possam ter funções de alívio de problemas emocionais e atribuição de significado à existência (Castillo, 2003), o que poderia se associar a uma menor prevalência de transtornos mentais

Estes achados de boa adequação social e baixa prevalência de sintomas psiquiátricos divergem de uma longa tradição de se associar as práticas mediúnicas com psicopatologia. Esta percepção foi prevalente por quase um século entre psiquiatras brasileiros e estrangeiros (Almeida e Almeida, 2003, Moreira-Almeida et al., 2005).

Assim como com a adequação social, os escores do SRQ não se relacionaram com o número de tipos de mediunidade ou a freqüência de atividade mediúnica. Tais achados vão ao encontro de autores que enfatizam que as vivências dissociativas muitas vezes podem não estar associadas com psicopatologia (Putnam, 1996; Negro Jr, 1999; Myers, 2001). Também não corroboram a visão de que as vivências mediúnicas sejam sintomas mais leves em um *continuum* com transtornos dissociativos ou psicóticos. Se este fosse o caso, esperar-se-ia uma associação diretamente proporcional entre a intensidade das vivências mediúnicas e sintomas psiquiátricos ou desajuste social.

A convergência de resultados entre o SRQ e a EAS trazem informações importantes, pois acessam psicopatologia por dois modos diferentes. Berenbaum et al. (2000) enfatizam a necessidade de, quando se investiga a associação entre experiências anômalas e transtornos mentais, utilizar-se de diversificados modos de se acessar psicopatologia. Certas vivências que seriam consideradas sintomas na população geral, podem não se associar a sofrimento ou incapacitação em uma dada população. Em nossa amostra, houve uma validade convergente entre sintomas psiquiátricos pelo SRQ e qualidade da interação social pela EAS. Weissman et al. (1978) também encontraram correlação estatisticamente significativa entre os escores da EAS e uma escala auto-aplicável de rastreio com 90 itens que avaliam o *status* psicopatológico ao longo de nove grupos de sintomas (somatização, sintomas obsessivo-compulsivos, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, fobia-ansiedade, ideação paranóide e psicoticismo), a *Symptom Checklist (SCL-90)*. Também encontraram correlação entre a EAS e sintomas depressivos medidos pela *Hamilton Depression Rating Scale* e pela *Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale (CES-D)*.

6.5) Sintomas Schneiderianos de Primeira Ordem para Esquizofrenia (SPO)

Chama atenção a alta prevalência de SPO entre os médiuns, que tinham 4 SPO em média. O que é menos que a média de pacientes com TID (6) (Ross et al., 1990b, 1992), acima de pacientes com transtorno do pânico

(<1) e em linha com pacientes esquizofrênicos (4,4) (Ross et al., 1989a; Yargıç et al., 1998). Ferracuti et al. (1996) investigaram dez pessoas que apresentavam transe de possessão demoníaca e foram exorcizados pelo exorcista oficial da Diocese de Roma. Estes indivíduos apresentaram uma média de cinco SPO, sendo que todos referiram ouvir vozes. Numa amostra comunitária de 502 canadenses onde se aplicou o DDIS e o DES (Ross e Joshi, 1992a), 79,1% dos indivíduos não relataram nenhum SPO e 4,5% relataram quatro ou mais SPO. Este grupo com quatro ou mais SPO era significativamente mais jovem (média $37,3 \pm 16,2$ anos vs. $47 \pm 16,5$) que o grupo sem SPO, mas não diferiam quando à distribuição por sexo ou *status* ocupacional. O grupo com quatro ou mais SPO também superou de modo estatisticamente significativo os indivíduos sem SPO na pontuação no DES (16,1 vs 9,7), sintomas de personalidade borderline (2 vs 0,4), sintomas associados a TID (1,8 vs 0,5), abuso infantil (45,7 vs 8,1) e histórico de depressão (62,9% vs 15,9%). Apesar das limitações de comparação por ser uma amostra pequena e composta por metade de indivíduos SRQ+, os resultados da presente tese se assemelharam aos indivíduos sem SPO do estudo acima quanto à idade média ($48,1 \pm 10,75$) e ficaram mais próximos ao grupo com quatro ou mais SPO quanto aos sintomas associados ao TID ($2,2 \pm 1,8$). Por outro lado, apresentou resultados intermediários quanto a abuso na infância (21,7%) e sintomas de personalidade borderline ($1,2 \pm 2$).

Numa amostra de terapeutas alternativos canadenses, houve uma média de 2,4 SPO, notadamente os que envolvem controle por uma força externa. Tais vivências eram interpretadas como influências de “espíritos

guia” ou de outras forças sobrenaturais. Estes terapeutas, que acreditavam poder ajudar seus pacientes usando habilidades sobrenaturais, não evidenciaram nível elevado de psicopatologia (Heber, 1989).

Outro dado relevante foi a ausência de relação entre o número de SPO e escores da EAS e do SRQ, indicando uma ausência de relação entre os SPO e outros indicadores de psicopatologia em nossa amostra. Este achado diverge do encontrado por Johns et al. (2004) numa investigação de sintomas psicóticos na população geral da Grã Bretanha. Neste estudo, sintomas neuróticos (ansiosos e depressivos) foram um dos fatores mais associados à presença de sintomas psicóticos. Em um outro estudo epidemiológico, realizado na Holanda, sintomas psicóticos se associaram a sintomas depressivos (van Os et al., 2000).

Dentre os SPO, os fenômenos de controle e influência externa estavam presentes na maioria absoluta dos médiuns avaliados. Em seguida, mas presentes em apenas 1/3 dos médiuns, as vozes que dialogam ou comentam ações. Fenômenos de sonorização ou remoção do pensamento foram muito raros ou ausentes. Talvez estes sintomas mais raros possam ser úteis no diagnóstico diferencial entre estas vivências religiosas não patológicas e quadros realmente psicóticos. Entretanto, pesquisando uma amostra comunitária, Ross e Joshi (1992a) encontraram prevalências diferentes entre os indivíduos que referiram ao menos um SPO: ações produzidas por algo externo (7,4%), sentimentos produzidos por algo externo e remoção de pensamento (6,4%), pensamentos que são de outras pessoas

(6%), irradiação do pensamento (5,8%), sonorização do pensamento (4,6%), vozes comentando ações (3,2%) ou dialogando (2,8%).

Os SPO foram propostos na década de 1940 pelo psiquiatra alemão Kurt Schneider como definidores de um diagnóstico de esquizofrenia, na ausência de uma psicose orgânica. Seriam sintomas suficientes, mas não necessários para o diagnóstico de esquizofrenia (Schneider, 1980). Os SPO têm tido uma enorme importância na psiquiatria e se tornaram o padrão ouro para o diagnóstico de esquizofrenia (Elkis, 1990), sendo muito valorizados pelo DSM-IV e CID-10 (APA, 1994; OMS, 1997). No entanto, os nossos achados sobre SPO questionam a sua especificidade para esquizofrenia e evidenciam que eles podem não estar associados a outros sintomas psiquiátricos ou a disfunção social. Em um editorial no *British Journal of Psychiatry*, Crichton (1996) questionou o rigor científico de Kurt Schneider na definição dos SPO como fundamentais para o diagnóstico de esquizofrenia. Afirmou que os SPO foram baseados apenas na impressão clínica e no prestígio do seu autor, que não teria apresentado nenhuma evidência científica convincente para suas afirmações. Por fim, afirma que há tantos problemas metodológicos no trabalho de Schneider (1980) que, atualmente, não seria nem mesmo considerado para publicação numa revista científica com um corpo de pareceristas. Vários estudos têm apontado uma alta prevalência de SPO em portadores de TID (Ross et al., 1989a; 1990b; Ross e Joshi, 1992a; Yargıç et al., 1998) e de transtorno bipolar (Gonzalez-Pinto et al., 2003). Mellor (1982) também realçou a inespecificidade dos SPO, bem como a definição vaga e imprecisa que Schneider deu a estes sintomas.

Devido a estes achados e aos relatos de pacientes com TID freqüentemente terem recebido um equivocado diagnóstico prévio de esquizofrenia, Ross e Joshi (1992a) questionaram a possibilidade de uma diferenciação qualitativa confiável dos SPO entre quadros dissociativos e psicóticos.

Outros pontos em questão são os tradicionais critérios para que uma experiência dissociativa ou psicótica seja tida como religiosa e não necessariamente uma patologia: conformidade com o grupo cultural ao qual a pessoa pertence e sua ocorrência apenas no contexto de um ritual religioso. Muitos destes sintomas em nossa amostra surgiram antes destes sujeitos se tornarem espíritas, portanto fora de um contexto cultural que aceitasse estas experiências. Tal fato gerou conflitos e dificuldades para diversos destes médiuns. Em segundo lugar, apesar de menos freqüentes, tais experiências também ocorrem no dia a dia destes indivíduos, fora das sessões espíritas.

6.6) Abuso Infantil

Há um acúmulo de teorias e evidências empíricas que colocam a história de abuso na infância como um importante mecanismo desencadeante de fenômenos dissociativos. Os abusos físico e sexual na infância têm sido associados de modo muito intenso a transtornos dissociativos, principalmente ao TID (Loewenstein, 1991; Martínez-Taboas, 2001). Diversos levantamentos têm encontrado relatos de abuso físico ou sexual na infância entre 60 a 90% dos pacientes com TID (Putnam et al., 1986; Schultz et al., 1989; Ross et al., 1990b; Ross e Joshi, 1992; Modestin

et al., 1996). Sintomas psicóticos também têm sido relacionados a abuso infantil. Janssen et al. (2004) detectou, em um amplo estudo populacional na Holanda, que o relato de histórias de abusos na infância estava relacionado a um risco maior (OR 11,5) de desenvolvimento de sintomas psicóticos positivos. Num estudo italiano, dez indivíduos que apresentavam possessão demoníaca negaram abuso sexual na infância e quatro referiram abuso físico. Entretanto, em um deles, durante o transe, a personalidade comunicante afirmou que “aquele corpo de carne” que ele utilizava foi abusado sexualmente na infância (Ferracuti et al., 1996).

O médium Chico Xavier, dos 5 aos 7 anos, foi vítima de graves abusos físicos perpetrados por sua madrasta (Souto Maior, 2003). Do mesmo modo, a mundialmente famosa e investigada médium Eusápia Paladino, que viveu na Itália há um século, também foi vítima de sérios abusos físicos na infância (Lombroso, 1983). Tais fatos e os relatos de associação entre abuso infantil e dissociação nos levaram a investigar a sua ocorrência entre médiuns. No entanto, nossos achados colocaram nossa amostra dentro dos níveis encontrados de abuso infantil em amostras obtidas na comunidade. Estudos realizados nos EUA apontam para uma prevalência de relatos de abuso na infância de 5 a 40% em populações não clínicas e de 20 a 50% dos adultos em serviços de atenção primária (Springer et al., 2003). Taxas semelhantes de relatos de abuso sexual foram encontradas em outros 20 países (Finkelhor, 1994). Devendo-se enfatizar que metade da presente amostra de indivíduos entrevistados com o DDIS (que inclui as questões sobre abuso infantil) foi composta de indivíduos

selecionados por apresentarem maiores escores de sintomatologia psiquiátrica. Portanto, houve um viés de seleção para médiuns com psicopatologia. Mesmo assim, foram encontradas taxas de abuso condizentes com a população geral (8,3% abuso físico e 21,7% abuso sexual). Na amostra de Negro Jr et al. (2002) em torno de 90% dos espíritos investigados negaram uma história de abuso infantil.

Na amostra comunitária de 502 indivíduos de Ross e Joshi (1992a), os SPO se correlacionaram fortemente com abuso físico ($r = 0,32$) e sexual ($r = 0,24$) a um $p < 0,00001$. Diferentemente, na presente amostra, não houve correlação.

6.7) Características Associadas a Transtorno de Identidade Dissociativa (TID)

Os médiuns estudados diferiram de modo marcante dos portadores de TID em praticamente todas as características secundárias associadas a este transtorno. Dos médiuns, 13 (59,1%) já receberam uma medicação psiquiátrica, antidepressivos, ansiolíticos ou hipnóticos. Numa amostra de portadores de TID, 94% receberam alguma medicação, sendo antipsicóticos em 55,9% dos casos. Uma terapia psicológica que durou mais de cinco sessões foi utilizada por 38,1% de nossa amostra (8 em 21), o que é bem menos que os 94% da amostra de TID (Ross et al., 1990b).

O relato de andar durante o sono foi obtido de 5 dos 24 médiuns (20,8%), enquanto que em uma amostra de pacientes com TID a taxa foi de 56% (Ross et al., 1990b).

Seis de 24 médiuns (25%) referiram ter tido amigos imaginários na infância, o que em pacientes com TID foi de 48% (Ross et al., 1990b).

A presença das características secundárias de TID são capazes de separar este transtorno mental de esquizofrenia, transtorno de pânico e transtornos alimentares. Em uma amostra de 166 portadores de TID a média de características positivas foi 10,2 (Ross et al., 1992), enquanto que em nossa amostra a média foi 2,17. Entre os dez sujeitos exorcizados devido a possessão demoníaca, a média foi de 9,3 sintomas (Ferracuti et al., 1996).

Dentro dos sintomas associados ao TID, apenas 3 ocorreram em mais de $\frac{1}{4}$ da amostra: não lembrança de grandes períodos da infância, mudanças na caligrafia e ouvir vozes. Importante ressaltar que estes dois últimos sintomas se constituem no que os espíritas consideram mediunidade psicográfica e audiente. Como a AEE não enfatiza a psicografia, é possível que a presença de alterações caligráficas seja ainda maior em outros grupos de médiuns espíritas.

Enquanto na presente amostra houve uma média de 1,2 sintomas de personalidade borderline por médium, em 166 pacientes com TID, a média foi de 5,1 sintomas borderline (Ross et al., 1992) e em dez indivíduos com possessão demoníaca foi de 2,8 (Ferracuti et al., 1996).

6.8) Diagnóstico de TID e outros Transtornos Dissociativos

Segundo os critérios do DSM-IV (APA, 1994), o diagnóstico de TID exige o sentimento da existência de duas ou mais identidades ou personalidades distintas, sendo que ao menos duas destas identidades assumem de modo recorrente o controle do comportamento do paciente. Também se faz necessária a incapacidade para se lembrar de informações pessoais importantes, que são extensas demais para serem explicadas por esquecimento habitual. Apenas um dos 24 médiuns entrevistados com o DDIS refere ter a sensação de possuir mais de uma personalidade e, neste caso, esta outra personalidade não assumia de modo recorrente o controle de seu comportamento. Apenas dois indivíduos referiram a presença de amnésia lacunar. Achado interessante foi a ausência de diagnósticos de TID entre os médiuns. Uma característica que parece diferenciá-los bem é o fato dos médiuns perceberem a personalidade manifestante como externa e não como integrante de seu próprio psiquismo. No entanto, esta característica não está necessariamente presente em médiuns norte-americanos, que podem referir o seu “Eu superior” como a fonte das manifestações (Barret, 1996; Klimo, 1998).

Nossos dados parecem apontar para uma definição do TID e da mediunidade como entidades distintas, apesar de compartilharem a vivência da manifestação de uma outra personalidade. Nossos achados questionam a hipótese de alguns autores de que a mediunidade ou transes de possessão seriam apenas uma outra forma de manifestação cultural do TID (Varma, 1981; Castillo, 1994). Lewis-Fernández (1998) enfatiza a

necessidade de se elucidar melhor as relações entre TID e transtorno por transe de possessão. Pelo fato de, no presente estudo, divergirem em praticamente todas as características clínicas e epidemiológicas associadas ao TID, é mais provável que se tratem de entidades distintas. Richeport (1992) enfatiza que, apesar de compartilharem algumas características, o TID e a mediunidade não são fenômenos idênticos. Do mesmo modo, Cardeña et al. (1994) afirmam que, apesar de haver uma forte tendência a ver a possessão como apenas um caso de TID com uma “roupagem cultural” diferente, há vários fatores (histórico de abuso infantil, controle sobre as alterações de consciência, características secundárias etc.) que divergem entre estas duas vivências. O teste de Rorschach em dez vítimas de possessão demoníaca evidenciou um estilo extrovertido de enfrentamento (“*coping*”) (Ferracuti, 1996), enquanto que no TID encontrou-se um estilo introvertido (Armstrong e Loewenstein, 1990).

6.9) Comparações Entre Médiuns SRQ + e SRQ –

O objetivo desta comparação foi buscar identificar características clínicas e epidemiológicas que permitissem separar médiuns que apresentassem sinais de desajuste psíquico dos médiuns sem alterações psiquiátricas. A separação entre grupos SRQ+ (provável psicopatologia) e SRQ- (provável ausência de psicopatologia) se refletiu em níveis estatisticamente diferentes de adequação social, o que confirma que provavelmente foram formados dois grupos diferentes quanto à saúde mental. No entanto, nenhuma variável se mostrou estatisticamente diferente

entre os dois grupos. As únicas diferenças encontradas foram, de alguma forma, inesperadas: maior atividade de audiência e incorporação entre os médiuns SRQ-. Tais diferenças não alcançaram significado estatístico, mas podem ter sido geradas por um erro tipo II devido ao pequeno tamanho da amostra. Com os presentes dados, não é possível dizer que estas diferenças realmente existam na população investigada, mas deve-se buscar investigar esta correlação em amostras maiores.

6.10) Resultados do SCAN

Conforme esperado, o grupo SRQ- apresentou uma baixa prevalência de transtornos mentais no momento da entrevista e o grupo SRQ+ uma alta taxa. Os transtornos mentais presentes eram predominantemente ansiosos e de humor, que se constituem nos mais comuns na população geral (Andrade et al., 1999). Tais achados indicam que o SRQ, na amostra em análise, foi provavelmente um instrumento sensível na detecção de transtornos mentais mas com uma especificidade moderada. Estes resultados se assemelham aos encontrados por Lotufo Neto (1997) entre ministros religiosos protestantes, sensibilidade de 1,0 e especificidade de 0,645. Estes dados de alta sensibilidade e moderada especificidade reforçam o achado de uma baixa prevalência de transtornos mentais entre os médiuns estudados, que deve ser menor que os 10,4% de indivíduos SRQ+ identificados.

Merece destaque a alta prevalência de vivências psicóticas fora das sessões mediúnicas, o que resultou em um diagnóstico de esquizofrenia pelo CATEGO em metade dos médiuns entrevistados com o SCAN. A

questão crucial aqui se trata de definir se estes médiuns são realmente esquizofrênicos ou se estes diagnósticos são artefatos produzidos pelo instrumento ou pelos critérios diagnósticos empregados. A adequação do PSE para a distinção entre experiência espiritual e psicopatologia foi questionada numa pesquisa realizada na Universidade de Oxford por Jackson e Fulford (1997). Em comentário à referida investigação, o psicopatologista inglês Andrew Sims (1997) afirma que o PSE não é capaz de fazer tal distinção e que isto não seria nada surpreendente posto que ele não teria sido confeccionado para tal fim. Diz que a utilização de instrumentos com propósitos diferentes daqueles para os quais foram desenhados pode trazer resultados inesperados. Seria como tentar lavar meias numa lava-louças e se surpreender que esta máquina não é boa para lavar meias. Por fim, alega que os instrumentos padronizados de avaliação psicopatológica são apenas um pálido reflexo, uma excessiva simplificação da complexa tarefa de uma entrevista psiquiátrica realizada por um psicopatologista habilidoso e bem treinado. Em resposta aos comentários de Sims, os autores (Jackson e Fulford, 1997a) concordam que experiências espirituais e psicopatologia não podem ser distinguidas com base no PSE, já que o PSE tornou patológicas vivências que são espirituais. No entanto, os autores ponderam que o problema não reside no instrumento apenas, mas nos critérios utilizados neste diagnóstico diferencial, que sintomas tradicionalmente considerados como patognomônicos de esquizofrenia precisam ser reavaliados. Enfatizam que apenas a análise dos sintomas é insuficiente para fazer a distinção entre experiência espiritual e

psicopatologia. Defendem que esta distinção deve envolver uma avaliação bem mais complexa que englobe também a avaliação do significado pessoal da experiência psicótica, os valores e as crenças dos envolvidos, bem como os valores que norteiam os sistemas diagnósticos em psiquiatria. Robert Spitzer (2001), que teve um papel central no desenvolvimento do DSM-III e DSM III-R, reconhece que o desenvolvimento de qualquer sistema classificatório dos transtornos mentais é guiado por diversos valores e pressupostos. Do mesmo modo, Sadler et al. (2001) enfatizam que a explicitação e debate sobre os valores envolvidos nas classificações psiquiátricas contribuirão muito para o aprimoramento e diminuição de equívocos no processo nosológico. Trnka (2003) pondera que pode não haver um único conjunto de características suficientes para distinguir o saudável do patológico, mas que esta discriminação talvez resida em critérios baseados numa complexa relação entre valores e evidências científicas objetivas.

Em nosso país, Sonenreich e Bassit (1979) apontaram as limitações do critério nosográfico de doença mental, ou seja, o ato de considerar um indivíduo como doente mental apenas por possuir vivências que possam ser enquadradas em uma das entidades nosográficas incluídas nos códigos de doenças mentais. Os autores alertam que, para grande parte dos clínicos e pesquisadores, “se uma pessoa apresenta sintomas que se enquadram em uma das doenças do código, logicamente concluímos que ela tem uma doença. Mas a firmeza do critério é duvidosa”. As classificações dos transtornos mentais são muito variáveis, e a história dos conceitos, critérios

e classificações da esquizofrenia é um excelente exemplo. Assim, exclamam os autores em questão:

“Nessas condições, é difícil ter muito respeito para com alguns dos quadros nosográficos usados em psiquiatria. Nem podemos definir a doença mental, apenas em função da correspondência entre os dados clínicos e um dos capítulos do atual código de doenças mentais.(...) Certos quadros são defeituosamente concebidos. Não existem sintomas patognomônicos, e usar a soma dos sintomas é um procedimento falho.”

Já em 1835, Esquirol criticava os clínicos que agiam “como se as divisões estabelecidas pelos nosógrafos fossem outra coisa além de um meio de classificar os fatos e facilitá-los ao estudo, mas sem jamais pretender impor à natureza limites que ela não possa transpor” (apud Sonenreich e Bassit, 1979).

Dessa forma, o diagnóstico baseado apenas no preenchimento de alguns critérios diagnósticos objetivos tem uma série de limitações, principalmente quando se trata de uma população não clínica (Regier et al., 1998). Estas precauções são especialmente válidas numa área tão delicada quanto a distinção entre experiência espiritual e psicopatologia (Jackson e Fulford, 1997). Segundo van Praag (1992) o uso acrítico dos critérios diagnósticos objetivos do CID e DSM traz o risco de uma simplificação artificial das experiências humanas, classificando síndromes diferentes, mas que compartilham características semelhantes, numa mesma categoria geral. Assim, o autor clama por esforços constantes para expandir e refinar os conceitos diagnósticos, bem como os instrumentos psicométricos correspondentes. Esforços têm sido feitos no intuito de se adaptar as classificações internacionais como a CID 10 à diversidade cultural e

especificidades locais da América Latina em busca de uma prática clínica efetiva e ética (Berganza et al., 2001; 2002) .

Além destes problemas expostos, a ausência de diferença estatisticamente significativa nos escores de adequação social e no SRQ entre os médiuns que receberam e os que não receberam o diagnóstico de esquizofrenia tornam improvável o diagnóstico de esquizofrenia. Esta questão será discutida com mais detalhes na seção 6.12 Considerações Finais.

As vivências psicóticas apresentadas pelos médiuns em seu dia a dia (fora dos CE) se caracterizaram basicamente de alucinações visuais e auditivas, alterações formais de pensamento e delírios de controle.

O uso do SCAN ainda permitiu mapear as vivências psicóticas dos médiuns durante as reuniões mediúnicas nos CE em que atuam. Pôde-se perceber que há uma acentuação de vivências que habitualmente ocorrem fora do CE, mas em menor intensidade. Corroborando os achados de alta frequência de SPO identificados com o uso do DDIS, houve uma predominância de alterações formais de pensamento e vivências de substituição da vontade e do controle de pensamentos, ações e afetos. Tais achados mais uma vez questionam a especificidade destas vivências para o diagnóstico de esquizofrenia, ou mesmo a sua imediata associação a um transtorno mental. Mais detalhes das vivências mediúnicas descritas pelos médiuns serão discutidos na seção seguinte.

6.11) O Fenômeno Mediúnico Descrito Pelos Entrevistados

A análise dos resultados da etapa qualitativa da presente pesquisa trouxe diversos dados relevantes que enriquecem o entendimento da história de vida e da vivência mediúnica do ponto de vista dos próprios médiuns. No entanto, o modo de registro das entrevistas (anotações em papel durante a sua realização) não é tão consagrado quanto a gravação e posterior transcrição do material colhido. Esta é uma área ainda com significativas controvérsias entre os autores. Turato (2003), apesar de recomendar o uso de gravadores, supõe que “o conteúdo das entrevistas não gravadas eletronicamente possa ter uma validade maior à medida que o aparelho é um elemento não habitual às interlocuções comuns”. Taylor e Bogdan (1998) diz ser uma ingenuidade assumir que o fato de gravar uma entrevista não irá alterar o que algumas pessoas podem ou não dizer. Os entrevistados podem se sentir constrangidos e evitar falar sobre certos assuntos mais delicados por saberem que o que estão dizendo está sendo gravado. Afirma que vários pesquisadores habitualmente realizam entrevistas sem gravadores. Rubin e Rubin (1995) referem que, além de poder inibir o entrevistado, o uso de gravadores exige uma série de cuidados (verificar posição e funcionamento dos microfones, regular volume, verificar e trocar fitas e baterias etc) que podem perturbar o fluxo da entrevista. Esta dupla de autores recomenda que se tomem notas durante a entrevista, mesmo se esta estiver sendo gravada. O ato de anotar força o entrevistador a prestar mais atenção aos pontos centrais da entrevista, bem como permitiria verificar quais temas já foram e quais faltam ser abordados. Por outro lado, Bernard (1988) recomenda que a

gravação nunca seja substituída pela anotação durante a entrevista. De modo semelhante, Alexiades (1996) diz que o uso de gravadores é mais rápido e mais acurado que tomar notas e permite que a conversação flua melhor durante a entrevista. Mesmo assim, orienta que o uso de gravadores não é sempre indicado e que muitas pessoas não gostam de terem suas entrevistas gravadas, podem sentir-se ameaçadas e relutantes em abordar certos temas. Cientes destas controvérsias metodológicas, pode ser útil a realização de pesquisas futuras com a gravação das entrevistas para verificar se trazem dados novos ou conflitantes aos aqui encontrados.

Além da não utilização de gravadores, um outro aspecto que pode ter colaborado para uma maior espontaneidade dos entrevistados foi o fato de as entrevistas terem sido realizadas habitualmente na residência dos médiuns. Tal fato permite uma maior privacidade e silêncio, deixando o entrevistado mais confortável (Rubin e Rubin, 1995).

a) Surgimento da Mediunidade

Um aspecto relevante que deve ser destacado, diz respeito ao contexto de surgimento das primeiras vivências consideradas mediúnicas. Inicialmente, vale enfatizar que a maioria dos médiuns relatou que a mediunidade teria surgido espontaneamente e antes da vida adulta. Sete dos nove médiuns pesquisados por Barret (1996) informaram que sua mediunidade começou de modo espontâneo e imprevisto. No entanto, para oito deles, este início se deu já na vida adulta.

A maioria dos médiuns da presente pesquisa não cresceu num ambiente familiar do qual a mediunidade fizesse parte. Estas vivências eram muitas vezes desconsideradas ou entendidas como um sinal de instabilidade mental e/ou de influência diabólica. Ou seja, estas experiências habitualmente surgiram fora de um contexto cultural que as validasse e, por diversas vezes, foram fonte de medos, dúvidas e sofrimentos. Conforme já descrito, situações semelhantes ocorreram com importantes médiuns como Chico Xavier (Souto Maior, 2003) e Mirabelli (Palhano Jr, 1994). No entanto, pode-se contra-argumentar que as histórias de transes e vivências mediúnicas são tão prevalentes na história e na vida das diversas civilizações que não haveria uma população na qual se poderia considerar as vivências mediúnicas ou paranormais incompatíveis com o contexto cultural local (Hufford, 1992). No Brasil, devido à influência espírita, indígena e afro-brasileira esta ponderação teria ainda mais força. No entanto, devido à forte resistência encontrada por alguns médiuns, podemos afirmar que, em muitos casos, estas vivências eram, pelo menos, não toleradas pelo meio cultural.

b) A descoberta da Mediunidade

O “diagnóstico” de mediunidade, basicamente, foi feito de duas formas: casualmente ou por uma busca ativa de resolução de problemas. No primeiro caso, o indivíduo refere ter entrado em contato com o Espiritismo por outras razões. Nestes casos, o relato mais freqüente informa que procuravam no Espiritismo respostas ou o entendimento de questões existenciais ou para problemas pessoais e familiares que enfrentavam.

Dizem que suas religiões originais não lhes forneciam respostas satisfatórias para as questões que se colocavam (sentido da vida, o porquê do sofrimento etc.). Ao tomarem contato com a doutrina espírita, passaram a interpretar suas vivências, que muitas vezes os acompanhavam desde a infância, como indícios de mediunidade. Ao realizarem os cursos de médiuns, a faculdade mediúnica tipicamente desabrochou de modo mais completo, mas de um modo mais controlado. Tais relatos nos sugerem o papel do treinamento e da influência do grupo na ampliação das manifestações mediúnicas incipientes bem como no seu controle (Negro Jr, 1999; Kardec, 1993).

Na outra via de descoberta da mediunidade, a busca de solução para vivências aflitivas, temos uma área de grande interesse para o diagnóstico diferencial psiquiátrico. Trata-se da necessidade de separar uma emergência espiritual angustiante de um real transtorno mental. Um dos principais motivos para se criar a categoria dos Problemas Espirituais e Religiosos no DSM-IV foi justamente estimular a investigação desta questão. Os próprios espíritas reconhecem muitas vezes ser difícil esta distinção, sendo considerado mediunidade o que seria apenas um transtorno mental (Teixeira, 1990). O quanto indicar o treinamento e desenvolvimento mediúnico para pessoas nesta zona cinzenta é uma área controversa dentro do meio espírita (Almeida e Lotufo Neto, 2004b). Allan Kardec ponderou que se deveria afastar das práticas mediúnicas as pessoas *“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, item 221-2). Essa recomendação de Kardec difere da prática que se disseminou posteriormente em grande parte dos centros espíritas brasileiros: a recomendação de “desenvolver a mediunidade” para o alívio de diversos transtornos físicos e mentais, pois estes seriam sintomas de uma mediunidade latente. Os dez indivíduos submetidos a exorcismo em Roma procuraram este auxílio da Igreja usualmente após terem obtido resultados frustrantes nos tratamentos psiquiátricos a que foram submetidos. Sete deles também havia pertencido a seitas satânicas. Quase todos afirmaram que o exorcismo aliviou alguns de seus sintomas e ajudou a “manter o demônio sob controle” (Ferracuti, 1996).

Hughes (1991) aponta três motivações principais para que alguém deseje se tornar um médium de *channeling* nos EUA atualmente:

- a busca de um sentido existencial, que não pode ser alcançado plenamente apenas pela existência material
- esta busca de “completude” pode ser alcançada sem negar certos valores apreciados e disseminados na sociedade, no caso específico: autonomia, responsabilidade pelo próprio destino e auto-confiança
- sensações prazerosas vivenciadas durante e após a comunicação mediúnica

Uma das abordagens terapêuticas para o TID, proposta por Milton Erickson, é o estímulo da colaboração e comunicação entre a personalidade principal e seus múltiplos. Richeport (1992) destaca que esta abordagem seria similar a um trabalho mediúnico.

Novos estudos devem dar continuidade ao atual, investigando médiuns de outros grupamentos espíritas, bem como de outras religiões. Seria de extremo valor um estudo prospectivo que acompanhasse longitudinalmente pessoas recém diagnosticadas como médiuns para se avaliar a evolução de tais casos. Poder-se-ia determinar a proporção e quais características permitiriam prever quem seguiria a carreira de médium, quem procuraria outras formas de ajuda e qual parte destes indivíduos evolui para um quadro francamente patológico.

Por fim, vale destacar os indivíduos que tiveram o início de suas manifestações mediúnicas durante o curso de médiuns. Tal fenômeno pode ser interpretado como a indução de vivências dissociativas por influência de um grupo. No entanto, Negro Jr (1999) testou esta hipótese e não houve associação entre os anos de treinamento mediúnico e a intensidade de atividade mediúnica, mas apenas com o grau de controle sobre as manifestações mediúnicas. Kardec (1993) defendeu a idéia de que não há sinais ou sintomas pelos quais se pode inferir o “diagnóstico” de mediunidade. Só haveria um modo de se verificar se alguém possui a capacidade mediúnica: experimentando. Os treinamentos mediúnicos e os exercícios buscando exteriorizar a mediunidade só surtiriam efeito naqueles que tivessem latente a faculdade mediúnica. “Se não existirem rudimentos da faculdade, nada poderá produzi-los” (Kardec, 1993, item 208). Assim como no movimento de *channeling* nos EUA, o treinamento para o desenvolvimento da mediunidade não envolveu o uso de substâncias

psicoativas, isolamento social, restrições dietéticas austeras ou abstinência sexual (Hughes, 1991).

c) Descrição das Vivências Mediúnicas

As manifestações mediúnicas da amostra estudada não envolvem movimentos corporais violentos, danças ou músicas ritmadas. Tais características são freqüentes em rituais tribais e afro-brasileiros (Bourguignon, 1976), mas desestimulados no Espiritismo e não observados entre os médiuns de *channeling* nos EUA (Hughes, 1991).

Ficou patente, pela descrição dos médiuns, um amplo leque de vivências consideradas mediúnicas, desde vivências claramente alucinatórias até formas muito mais sutis. No que tange à psicofonia/incorporação, houve claramente um padrão de pródromos: sensação de presença, sensações físicas diversas e, posteriormente, a vivência de sentimentos e sensações consideradas como provenientes do espírito comunicante. Um amplo e semelhante leque de sensações físicas foi descrito por todos os nove médiuns avaliados por Barret (1996). Alguns médiuns podem descrever que certas entidades comunicantes geram sensações físicas particulares, seriam “sensações assinatura”, que podem permitir a identificação da personalidade comunicante pelo médium (Hughes, 1991).

As sensações físicas de taquicardia, ondas de calor e frio e tensão muscular são compatíveis com o estudo de Kawai et al. (2001) que encontrou um aumento dos níveis séricos de noradrenalina, dopamina e β -

endorfina durante transe de possessão em 15 participantes de um ritual religioso em Bali. Este aumento foi significativamente maior que em indivíduos controle que repetiram os mesmos movimentos, mas que não estavam em transe. O mesmo grupo de pesquisadores (Oohashi et al., 2002) desenvolveu um aparelho portátil de eletroencefalografia multicanal baseado em um sistema de telemetria para o registro da atividade elétrica cerebral durante estes rituais de possessão, onde habitualmente o indivíduo se movimenta vigorosamente. O registro de um sujeito que entrou em transe de possessão durante o ritual mostrou um aumento das bandas alfa 1, alfa 2 e teta durante o transe. Estes achados não foram encontrados em um indivíduo controle que repetiu os mesmos movimentos sem ter entrado em transe. O padrão obtido em estado de repouso e durante o estado de possessão diferiu dos traçados epiléticos por não apresentar descargas paroxísticas e dos usualmente encontrados em portadores de esquizofrenia (aumento de ondas lentas e diminuição do ritmo alfa). Ainda sobre as alterações na fisiologia durante os transe mediúnicos, Hughes e Melville (1990) realizou exames eletroencefalográficos de dez médiuns antes, durante e após o transe. Durante o transe, foi encontrado um padrão de aumento estatisticamente significativo de atividade alfa, beta e teta. Este padrão diferiu do habitualmente encontrado em estados meditativos, hipnóticos e epiléticos. Estes achados eletroencefalográficos questionam as teorias que associam as vivências mediúnicas a fenômenos epiléticos, notadamente do lobo temporal (Munro e Persinger, 1992; Persinger, 1992).

Sobre os três modos descritos pelos quais se processa a psicofonia/incorporação, apenas o primeiro (fala de modo mecânico e involuntário) poderia efetivamente receber este nome. Segundo a própria definição de Kardec (1993, item 166), psicofonia seria quando “o Espírito atua sobre os órgãos da palavra”. Esta é uma vivência de influência muito marcante, as palavras são pronunciadas sem esforço ou planejamento consciente do médium. Este tipo de ocorrência praticamente só se dá nas reuniões mediúnicas dos CE.

Os médiuns que ouvem vozes e repetem seu conteúdo em voz alta seriam, segundo Kardec, médiuns audientes e não de psicofonia como eles se referiram neste estudo. Estas vozes, fenomenologicamente, podem ser percebidas como tendo origem no espaço objetivo externo ou no espaço psíquico interno. Estas vivências podem ser mais sutis e serem interpretadas não mais como uma voz, mas como um pensamento inserido na mente do médium. Este pensamento não seria reconhecido como próprio, parecendo ter uma origem externa. A outra alteração perceptiva freqüente foram as visões, que, também, poderiam ser percebidas no espaço interno e/ou externo. Os nove médiuns entrevistados por Barret (1996) referiram que, usualmente, recebiam as comunicações mediúnicas através de uma visão e audição “interiores”. No entanto, a separação entre uma percepção interna ou externa tem se mostrado de utilidade clínica duvidosa (Berrios, 1996).

Os presentes achados sobre vivências alucinatórias nesta população reforçam o questionamento sobre a teoria de que alucinações seriam fenômenos com claras implicações patológicas. Os médiuns estudados

evidenciam a possibilidade de freqüentes alterações perceptuais não estarem associadas a psicopatologia, disfunção social ou sofrimento.

As diversas vivências de passividade como inserção de pensamento e delírios de controle (do afeto e da motricidade) constituem-se em SPO e são muito freqüentes nesta população de médiuns.

Exceto a psicofonia, grande parte das outras vivências mediúnicas foram freqüentes também fora do CE. Dessa forma, experiências de inserção de pensamento, alucinações auditivas e visuais ocorriam com razoável freqüência no dia a dia dos médiuns. Tal fato coloca em questão o critério de que estas vivências não seriam patológicas apenas se ocorrerem em um contexto de ritual religioso.

A maioria dos médiuns referiu uma boa capacidade de controle sobre as vivências mediúnicas, achado coincidente com a tese de Barret (1996) e de Negro Jr (1999). Nesta última, 63% dos indivíduos referiram ter sempre controle completo do fenômeno mediúnico, 31,1% ter freqüentemente o controle e apenas 5,5% não ter o controle nunca ou só raramente. Hughes (1991) avaliou 18 médiuns nos EUA e estes usavam o termo “*blending*” para descrever sua experiência mediúnica, pois implicaria na vivência de compartilhamento, parceria e fusão com a entidade comunicante. Este aspecto de um trabalho positivo e amoroso de parceria também foi destacado por Barret (1996). Hughes (1991) ressalta que estes conceitos contrastam com o termo “possessão” que denota dominação, subjugação. Os espíritas freqüentemente descrevem a vivência mediúnica como “incorporação”, “dar passividade” ou “permitir que o Espírito se manifeste”.

Habitualmente reservam o termo possessão para um tipo mais grave de obsessão, onde há uma vigorosa e maléfica influência de um espírito inferior sobre um indivíduo, que não necessariamente seria um médium (Kardec, 1992).

d) A questão da origem e veracidade das percepções mediúnicas

Os médiuns freqüentemente relatavam dúvidas sobre a real origem de suas vivências. Para alguns deles, o receio de estar expressando algo que refletiria apenas seus próprios pensamentos era algo incômodo e angustiante. De acordo com a teoria espírita, toda comunicação mediúnica sofre algum tipo de interferência do médium, o que se buscava seria minimizar esta intervenção (Kardec, 1993 item 223). Os médiuns relataram diversos modos pelos quais conseguiam diferenciar seus pensamentos do que seria uma influência de um outro espírito. Um dos grandes critérios era a sensação de não pertencimento (não *self*) dos pensamentos, sentimentos e sensações experimentados. Além desta impressão, tais vivências divergiam dos pensamentos e sentimentos habituais do médium, bem como os pensamentos e discursos surgiam sem elaboração ou consciência prévia.

Um tipo de confirmação que foi muito considerada pelos médiuns e por Kardec na definição da fonte da percepção considerada mediúnica é a ocorrência de evidências da veracidade das informações obtidas mediunicamente. Os médiuns relataram episódios de clarividência, sonhos premonitórios e comunicação de um indivíduo no momento de sua morte, que teriam sido comprovados posteriormente. Ian Stevenson (1983) propôs

chamar de “idiofania paranormal verídica”, ao invés de alucinação, as experiências sensoriais não compartilhadas cujo conteúdo são informações verídicas obtidas por via paranormal em pessoas sem psicopatologia.

O tema da realidade objetiva das percepções mediúnicas é uma área muito controversa, mas que tem sido investigada por diversos pesquisadores. Entre as evidências de uma real comunicação mediúnica descritas na literatura estão:

- Médiuns fornecendo informações precisas sobre pessoas já falecidas ou seus parentes (Stevenson, 1977; Bozzano, 1998; Myers, 2001; Schwartz et al., 2003)
- Pessoas tendo a visão de algum ente querido no momento de sua morte, mesmo quando esta é acidental e inesperada (Almeder, 1992; Stevenson, 1995)
- Xenoglossia: médium se comunicando em um idioma que desconhece (Stevenson, 1974; Bozzano, 1980; Almeder, 1992)
- Médium psicografando com caligrafia compatível com a do suposto espírito quando encarnado (Perandréa, 1991)

Naturalmente, estas evidências não são aceitas por grande parte dos pesquisadores. Alguns as desqualificam completamente como oriundas de falhas metodológicas (Hyman, 2003) enquanto outros aceitam a existência destas evidências, mas as explicam como provenientes de faculdades telepáticas e extra-sensoriais dos próprios indivíduos (Braude, 1992).

6.12) Considerações Finais

Uma questão que importa refletir é sobre o que seriam estas vivências mediúnicas. Como elas poderiam ser enquadradas, se este for o caso, dentro da atual nosologia psiquiátrica. O surgimento de vivências dissociativas e alucinatórias, muitas vezes fora de um contexto cultural que as aceite e causando sofrimento e perplexidade nos que as vivenciam, levantam diversas questões sobre os critérios mormente utilizados para o diagnóstico diferencial entre vivências espirituais e psicopatologia. A seguir, são discutidos alguns pontos de vista sob os quais as vivências mediúnicas pesquisadas neste estudo poderiam ser analisadas.

- Transtornos psicóticos diversos, desde esquizofrenia a transtorno psicótico breve

Uma das hipóteses para as vivências mediúnicas seriam a de um transtorno psicótico breve. Há poucos estudos sobre psicoses agudas com remissão e suas relações com a esquizofrenia. Susser e Wanderling (1994) compararam a epidemiologia da esquizofrenia com a de surtos psicóticos agudos com remissão completa em diversos países (Índia, Irlanda, Havaí, Rússia, Dinamarca, Japão e Inglaterra). Diferentemente da esquizofrenia, tais surtos foram mais freqüentes em mulheres (2 mulheres: 1 homem) e muito mais comuns na Índia (o único país subdesenvolvido do estudo). Os autores concluíram que tais achados sugeriam que a esquizofrenia e a psicose aguda com remissão seriam entidades nosológicas distintas. Singh et al. (2004) investigaram a evolução de pacientes com transtornos

psicóticos agudos e transitórios após três anos de seguimento. Concluíram que os critérios do CID 10 para transtornos psicóticos agudos e transitórios formam um grupo heterogêneo e de diagnóstico instável. Um outro achado foi que o prognóstico após três anos esteve mais relacionado ao sexo e ao funcionamento pré-mórbido dos pacientes que ao início agudo e remissão rápida dos sintomas psicóticos.

No entanto, a hipótese de um transtorno psicótico breve torna-se improvável no presente estudo, pois os médiuns em questão têm apresentado suas vivências perceptuais e de influência por vários anos.

Castillo (2003) fez um recente trabalho onde analisa as relações entre psicose funcional, transe e cultura. Este autor defende a tese de que o estresse ambiental tem a possibilidade de gerar quadros dissociativos que podem ser considerados psicóticos. Estas seriam as psicoses reativas breves, que são descritas com maior frequência na Escandinávia e em países menos industrializados. Tais quadros muitas vezes são considerados pelas culturas locais como decorrentes de bruxaria ou influências espirituais. Os tratamentos tradicionais propostos pelos curandeiros para tais quadros envolvem repouso, acolhimento empático, apoio social e práticas populares de cura. Castillo julga que tal abordagem terapêutica provê um ambiente propício para a remissão do quadro ao aliviar o estresse psicológico e por fornecer uma estrutura interpretativa a estas vivências. Por outro lado, afirma que a tendência do modelo médico que predomina no ocidente industrializado em considerar como de origem biogenética a quase totalidade das vivências psicóticas pode contribuir para um pior prognóstico.

Haveria um círculo vicioso nas sociedades industrializadas em que o estresse geraria sintomas psicótico-dissociativos, o paciente se consideraria portador de um transtorno psicótico orgânico incurável e o maior nível de individualismo e exigência de desempenho social gerariam altos níveis de emoção expressa, rejeição e ostracismo, que agravariam e perpetuariam o quadro do paciente. Este é o modelo proposto por Castillo para o melhor prognóstico que os quadros psicóticos apresentam nos países mais pobres (Sartorius et al., 1986; Susser e Wanderling, 1994). Por fim, o pesquisador avalia que, se transe dissociativos desencadeados por estresse estão na base de algumas psicoses funcionais, o tratamento deve dar uma maior ênfase no repouso, aconselhamento, aumento do apoio social, aceitação social, alívio das fontes de estresse, ensino de habilidades de enfrentamento, foco nas crenças religiosas e culturais, bem como o uso das práticas populares de cura onde for culturalmente apropriado. Este modelo parece se aplicar bastante bem aos médiuns que inicialmente procuraram o CE para alívio de sintomas físicos e psíquicos diversos. Esta percepção foi expressa por alguns psiquiatras brasileiros há meio século. No México, durante o II Congresso Latino-Americano de Psiquiatria, os psiquiatras da Universidade de São Paulo, Clóvis Martins e Fernando de Oliveira Bastos, realçaram o caráter benéfico das práticas religiosas mediúnicas no Brasil. Afirmaram que tais procedimentos seriam uma forma de psicoterapia não científica que poderia ser muito útil para a imensa massa de desfavorecidos socialmente no Brasil, que não tinham acesso à psicoterapia científica. Apesar de considerá-las “religiões primitivas” alimentadas “pelo estado de

ignorância e credence”, as religiões mediúnicas permitiriam a reintegração da personalidade “em níveis regressivos, aceitáveis para o grupo social aonde se insere”, pois permitiriam fenômenos catárticos e a ressignificação positiva dos sofrimentos e sintomas dos pacientes (Martins e Bastos, 1963). O professor José Leme Lopes (1979), em conferência na XI Reunião Brasileira de Antropologia, defendeu uma postura mais tolerante por parte dos psiquiatras com pacientes que buscam tratamento espiritual em centros espíritas e terreiros de umbanda. Afirmou que estas experiências religiosas poderiam até ser benéficas na evolução de quadros neuróticos e psicóticos. Assim conclui sua preleção:

“Com isso não chego a advogar que a psiquiatria se faça ogã, mas que compreenda e tolere que seus pacientes busquem uma psicoterapia religiosa, que pode suprir em suas vidas aquilo que foi esvaziado pelo maquinismo e frieza do cotidiano. Fármacos não impedem o uso de passes” (Lopes, 1979).

Redko (2003) acompanhou 21 adultos jovens de baixa renda que apresentaram seu primeiro surto psicótico e foram atendidos em um pronto-socorro de um hospital universitário em São Paulo. Foi um trabalho etnográfico que seguiu o dia-a-dia dos pacientes e familiares por pelo menos seis meses. Das 21 famílias investigadas, apenas uma não recorreu a um auxílio religioso. Todos os demais buscaram, além do tratamento médico, apoio em religiões, principalmente evangélicas pentecostais e Umbanda. Os familiares almejavam primordialmente alguma forma de cura espiritual, enquanto os pacientes, modos de comunicar, elaborar e lidar com a experiência psicótica. A estrutura explicativa das religiões daria significado,

explicações e alguma estrutura aos pacientes vivenciando a angústia e medo decorrentes da desorganização psicótica.

O curso favorável que as experiências mediúnicas apresentaram e o bom ajuste social dos médiuns poderiam refletir um transtorno psicótico crônico mas de bom prognóstico e que encontrou um contexto social acolhedor. Apresentariam apenas algumas manifestações (notadamente as alucinações e vivências de influência), mas sem a gravidade e o cortejo de outros sintomas que comporiam os quadros esquizofrênicos clássicos. Seriam parte de uma das extremidades do *continuum* de vivências psicóticas proposto por Johns e Van Os (2001) e discutido na revisão da literatura nesta tese.

O fato desta pesquisa ter como população médiuns já treinados e que se mantêm disciplinadamente no estudo e trabalho mediúnico por anos pode ter feito com que selecionássemos apenas os indivíduos que tivessem melhor prognóstico de seu transtorno psicótico. Por outro lado, há diversos achados que apontam para diferenças entre a população de médiuns investigada e pacientes com transtornos psicóticos. O perfil sociodemográfico da presente amostra difere do padrão dos casos incidentes de esquizofrenia: jovens, solteiros, desempregados e com baixo nível educacional (Johns e van Os, 2001). Além das limitações sociais desencadeadas pela esquizofrenia, têm sido acumuladas evidências de que estados de exclusão e privação social (desemprego, migração, pobreza, isolamento social) estão associados etiológicamente ao surgimento de casos de esquizofrenia (Harland et al., 2004). Os altos níveis de escolaridade e de

emprego, bem como a boa adequação social medida pela EAS não correspondem aos fatores de risco sócio-ambientais para esquizofrenia.

A esquizofrenia está entre os mais graves e incapacitantes transtornos mentais, sendo uma doença devastadora. Habitualmente impossibilitando o adequado desempenho profissional e estudantil (Schultz e Andreasen, 1999; Turner, 2004). Tal incapacitação contrasta com o alto nível de emprego e escolaridade da presente amostra. Há poucos estudos de qualidade sobre portadores de esquizofrenia que alcançaram uma completa recuperação funcional e sintomática. Robinson et al. (2004) publicaram recentemente um estudo prospectivo de 118 pacientes com primeiro episódio de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo. Apesar de receberem um modelar tratamento multidisciplinar psicossocial e medicamentoso, após cinco anos, apenas 13,7% dos indivíduos atingiram os critérios de recuperação completa (remissão dos sintomas positivos e negativos e um adequado funcionamento social e vocacional, definido como realizar as atividades diárias sem supervisão, participar de interações sociais e cumprir os papéis esperados para a idade) por dois ou mais anos. Uma menor duração da psicose antes da entrada no estudo se associou a maiores taxas de recuperação completa. Em tese, devido a um viés de seleção da amostra, os médiuns investigados poderiam ser um grupo de portadores de esquizofrenia que alcançaram uma completa remissão. No entanto, os médiuns estudados diferem dos pacientes do estudo supracitado em diversos aspectos. Principalmente por terem altos níveis de funcionamento social e profissional a despeito de apresentarem

cronicamente uma alta frequência de vivências psicóticas e por não terem sido submetidos a um nenhum tratamento para psicose. Assim, dois aspectos merecem ser realçados nos pacientes que alcançaram recuperação completa no estudo acima. Primeiramente, houve uma alta aderência ao tratamento antipsicótico, havendo habitualmente um recrudescimento do quadro quando o tratamento era interrompido. Um outro ponto diz respeito a uma associação entre uma menor duração da psicose e uma melhor recuperação. Tem sido cada vez mais reconhecido que um tratamento precoce com antipsicóticos, além de sua manutenção por vários anos, é uma peça fundamental num melhor prognóstico (Turner, 2004). Mesmo num estudo multicêntrico que avaliou o prognóstico a longo prazo em pacientes psicóticos e encontrou uma alta taxa de pacientes com boa evolução, o período com sintomas psicóticos ativos no início do quadro foi o maior fator preditor de escores de incapacitação a longo prazo (Harrison et al, 2001). Numa investigação prospectiva realizada em São Paulo com 103 pacientes internados por psicoses não afetivas, após dois anos de seguimento, aproximadamente um terço apresentava um bom ajuste social global. Os melhores fatores preditores de dificuldades de inserção social foram uma maior duração dos sintomas, baixo nível educacional e pior ajuste social no início do estudo (Menezes et al., 1997).

A ausência, na presente amostra, de correlação entre os SPO e os escores do SRQ, EAS e abuso na infância torna improvável a hipótese de um gradiente de gravidade de um espectro psicótico no qual os médiuns seriam os casos mais brandos. Se houvesse este espectro de gravidade

psicopatológica nas vivências mediúnicas, seria esperado que fosse encontrada uma relação diretamente proporcional entre sintomas psicóticos e outros marcadores de psicopatologia (adequação social, abuso na infância escore no SRQ), como tem sido encontrada em outros estudos de sintomas psicóticos na população geral (Johns et al., 2004; van Os et al., 2000).

Um estudo prospectivo dos indivíduos que chegam ao CE e recebem o “diagnóstico” de médiuns poderia nos ajudar a testar esta hipótese. De qualquer forma, seria difícil classificar como portadores de um transtorno mental indivíduos que estão satisfeitos com sua mediunidade, não apresentam uma taxa elevada de outros problemas psiquiátricos e possuem boa adequação social. Tal debate nos leva para o interessante debate entre o que é saudável e o que é patológico em psiquiatria (Canguilhem, 1978; Jackson e Fulford, 1997; Almeida Filho et al., 1999). Sonenreich e Bassit (1979) destacaram que, infelizmente, a maioria dos tratados de psicologia ou psiquiatria não contém um capítulo sobre o que seria a doença mental, como se a questão fosse à priori resolvida. Trnka (2003), analisando o trabalho do médico e filósofo francês George Canguilhem, apontou para a ingenuidade epistemológica dos leigos e de grande parte do meio acadêmico de considerar os conceitos de saúde e doença como fatos óbvios e científicos. Que uma posição baseada no conhecimento e na experiência dos médicos seria definitiva, não necessitando de maiores embasamentos ou reflexões. Robert Spitzer (1998), um dos principais articuladores dos modernos critérios diagnósticos pelos DSMs da Associação Psiquiátrica Americana, reconhece que não há uma rígida fronteira entre transtorno mental e saúde

psicológica. Também afirma que, mesmo a realização de um diagnóstico pelos critérios padronizados não implica necessariamente na necessidade de se instituir um tratamento. Regier et al. (1998), ao comparar as discrepâncias entre os resultados de prevalência de transtornos mentais entre dois dos maiores estudos epidemiológicos em psiquiatria nos EUA (ECA – Epidemiologic Catchment Area e NCS – National Comorbidity Survey), pondera sobre as limitações da validade de diagnósticos baseados em instrumentos padronizados aplicados na população geral e não apenas nos indivíduos que buscam tratamento. Há dúvidas sobre a utilização em amostras comunitárias dos mesmos critérios diagnósticos utilizados em ambientes clínicos. Há o risco de uma superestimação da prevalência de transtornos mentais na população não clínica. Algumas síndromes na comunidade podem representar apenas uma transitória resposta homeostática a estímulos internos e externos e não um verdadeiro transtorno psicopatológico. O organismo humano possui um limitado repertório de padrões de resposta aos diversos estressores físicos, biológicos e sociais. Mudanças transitórias na pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura corporal, ansiedade ou humor não são sempre indicativos de patologia, mas podem ser respostas adaptativas apropriadas. O humor depressivo pode ser algo normal no luto e patológico na depressão melancólica. Por fim, Regier et al. (1998) propõem critérios adicionais para a definição de uma psicopatologia necessitando tratamento em amostras comunitárias: a existência de comorbidades e critérios adicionais de gravidade, incapacitação e duração dos sintomas. Em comentário ao artigo

anterior, Frances (1998) ressalta a dificuldade que é avaliar a significância clínica de um dado sintoma em amostras comunitárias. Por isto, o autor ressalta que o diagnóstico nestas situações, além da simples avaliação de sintomas, deveria se basear no grau de incapacitação gerado. Este foi um dos principais motivos que nos levaram a utilizar medidas do grau de adequação social dos médiuns investigados e não se basear apenas na aferição de sintomas.

Todas estas limitações e desafios a serem vencidos apontam para a necessidade de cautela na interpretação de estudos epidemiológicos cujos diagnósticos são baseados apenas em listas de sintomas. Sem dúvida, este problema se torna ainda mais agudo quando da investigação de transtornos mentais em indivíduos com marcantes vivências espirituais como os médiuns do presente estudo ou as pessoas descritas por Jackson e Fulford (1997). Os mesmos cuidados devem ser empregados nas investigações de vivências psicóticas na população geral. Por exemplo, Ohayon (2000) em uma investigação sobre alucinações na população geral, encontrou uma grande associação entre alucinações visuais e auditivas e a presença de transtornos psicóticos (respectivamente, OR 6,6 e 5,1). Se o diagnóstico de transtornos psicóticos for baseado apenas na presença de sintomas considerados psicóticos, há um grande risco de um enredamento tautológico, já que esta associação permanecerá sempre verdadeira, uma vez que o atributo é uma repetição do sujeito.

Buckley (1981) destacou a similitude entre várias características das experiências místicas e da esquizofrenia. O autor também pondera que

existem possibilidades limitadas do sistema nervoso central responder aos diversos estímulos sofridos. Desta forma, especula que certas vias neurais em comum possam ser ativadas tanto durante alguns episódios psicóticos quanto durante os estados místicos e de possessão, mesmo sendo os precipitantes extremamente diversos.

Atualmente, tem-se enfatizado menos os sintomas positivos (delírios e alucinações) e cada vez mais os negativos e de desorganização, bem como os déficits cognitivos para o diagnóstico de esquizofrenia, pois reconhece-se a inespecificidade dos primeiros. Nos quadros de esquizofrenia, habitualmente temos uma associação, em variadas proporções, de todos estes sintomas (ou quase) (Andreasen 1999; Schultz e Andreasen, 1999). Estes déficits, que seriam mais sugestivos de esquizofrenia, são ausentes na população de médiuns estudada.

Por todos os fatores acima descritos deve-se ter muito cuidado em considerar como sinais de patologia a presença de sintomas como alterações da percepção e vivências de influência em populações não clínicas como a de médiuns do presente estudo. A ausência de tais cuidados já redundou em atitudes autoritárias, preconceituosas e repressivas por parte de boa parte da comunidade psiquiátrica contra as religiões mediúnicas (Moreira-Almeida et al., 2005).

- Transtornos Dissociativos

No início do quadro, alguns indivíduos apresentaram episódios de possessão, o que está incluído pela CID 10 entre os transtornos

dissociativos (OMS, 1997). No entanto, a maioria dos médiuns não preenchia os critérios de um transtorno dissociativo, mas apresentava sintomas dissociativos. Nos casos em que estes sintomas dissociativos causavam sofrimento, poder-se-ia dizer que sofriam de um “transtorno dissociativo não especificado”. Nas demais situações, seriam meramente sintomas dissociativos não patológicos, já que manifestações dissociativas são freqüentes na população geral (Rosset al., 1990a). As experiências dissociativas têm sido reconhecidas como algo comum e não patológico em amostras comunitárias (González et al., 1994; Lewis-Fernández, 1998).

Negro et al. (2002) advertem contra o equívoco que é reduzir a riqueza de qualquer prática religiosa aos seus aspectos dissociativos, que o fenômeno mediúnico é uma parte integral de uma epistemologia religiosa, imersa em conexões sociais e significados existenciais.

Mesmo o simples ato de classificar as vivências mediúnicas como dissociativas não traz muitas informações adicionais. O exato mecanismo da dissociação e o que ela representa são pontos ainda obscuros. Principalmente suas relações com os fenômenos considerados mediúnicos ou paranormais (Martínez-Taboas, 2001). Apesar de pouco estudados ultimamente, houve uma grande contenda, ainda não devidamente resolvida, entre diversos pioneiros da psiquiatria e psicologia sobre o exato mecanismo e origens dos conteúdos dissociados (Almeida e Lotufo Neto, 2004a). Por exemplo, Sigmund Freud (1927) e Pierre Janet (1889) atribuíam toda origem ao próprio psiquismo do indivíduo, enquanto William James (1909) e Frederick Myers (1903) viam as fontes como internas e externas ao

indivíduo. Os modelos das “desagregações psicológicas” de Janet (1889) e do “*self* subliminal” de Myers (1903) são dois paradigmas muito abrangentes que merecem ser melhor compreendidos, estudados e testados.

- Problema Espiritual

É possível que nossa amostra possa conter médiuns que teriam ilustrado cada uma das hipóteses acima. Entretanto, a ausência de comorbidade psiquiátrica significativa, de sofrimento atual ou de desajuste social nos leva a considerar a hipótese da emergência espiritual como a mais plausível para explicar a maioria dos casos.

Importante ressaltar que alguns médiuns apresentavam vivências que consideravam intrigantes, mas que não eram causa de problemas. Mais tarde, ao entrarem em contato com o Espiritismo, ressignificaram estas vivências como manifestações mediúnicas. Estes casos poderiam ser interpretados como “*spiritual emergence*”, enquanto que aqueles que tiveram o início destas vivências associadas a queixas físicas e psíquicas, como apresentando uma “*spiritual emergency*” ou, efetivamente, um transtorno psicótico ou dissociativo.

A existência de vivências que habitualmente são consideradas psicóticas ou dissociativas em indivíduos que evidenciaram uma baixa prevalência de psicopatologia e boa adequação social estão em acordo com a proposta feita pelo DSM-IV de Problemas Espirituais e Religiosos, especificamente a emergência espiritual. Ou seja, surgiram vivências que poderiam se assemelhar com psicopatologia, mas que se conduzidas

adequadamente, redundam em benefício e saúde para o indivíduo (Lukoff et al., 1992; Grof e Grof, 2001).

Indubitavelmente, estamos apenas descortinando os primeiros aspectos de um amplo horizonte de estudos para uma melhor compreensão do amplo espectro de vivências humanas e uma prática clínica mais efetiva e útil aos que buscam nosso auxílio. O avanço no entendimento das emergências espirituais, das vivências dissociativas e alucinatórias em populações não clínicas, bem como o diagnóstico diferencial destes com os variados transtornos mentais constitui-se uma necessidade e um vasto campo para novos estudos.

7) Conclusões

- 1.) As mulheres representaram 75% da amostra pesquisada. Os médiuns apresentaram uma idade média de $48,1 \pm 10,7$ anos, um elevado nível educacional (46% de instrução universitária) e um baixo nível de desemprego. Os médiuns tendem a ter vários tipos de mediunidade coexistindo.
- 2.) Os médiuns apresentaram baixa frequência de sintomas psiquiátricos e escores de adequação social pouco piores que uma população sem psicopatologia.
- 3.) Sintomas Schneiderianos de primeira ordem para esquizofrenia foram muito frequentes, principalmente as vivências de controle externo. No entanto, estas vivências não se associaram a outros indicadores de psicopatologia como desajuste social ou sintomas psiquiátricos pelo SRQ.
- 4.) As experiências dissociativas dos médiuns foram associadas a bom controle de sua ocorrência e ausência de outros sinais de psicopatologia.
- 5.) Os médiuns diferiram dos portadores de TID em quase todas as características associadas a este transtorno, o que sugere que sejam entidades distintas.
- 6.) O surgimento das vivências mediúnicas num ambiente social onde estas não são bem aceitas e a ocorrência apenas num contexto religioso não se mostraram bons critérios de separação entre o sadio e o patológico.

8) Anexos

8.1) Consentimento Informado

Esta entrevista faz parte de um esforço realizado no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para conhecer melhor a mediunidade.

O objetivo desta pesquisa é fazer com que os profissionais de saúde entendam melhor a mediunidade, um tema pouco conhecido pelos profissionais de saúde.

A sua participação envolverá preencher um questionário, o que deve demorar aproximadamente 30 minutos. Talvez você possa ser sorteado para uma outra entrevista mais detalhada (de mais ou menos 1 hora), mas que você pode se recusar a realizar. Solicitamos sua colaboração após a leitura e compreensão do termo de consentimento abaixo:

Consentimento Informado

Eu concordo em ser entrevistado(a) como parte desta pesquisa sobre mediunidade.

Eu compreendo que meu nome não aparecerá nos resultados da pesquisa e não haverá possibilidade de quebra desse sigilo.

Eu compreendo que os resultados desta pesquisa serão publicados sem a identificação das pessoas pesquisadas e que poderei ter acesso a esses resultados.

Eu compreendo que a participação nesta pesquisa não envolve nenhum risco para minha saúde.

Eu compreendo que o entrevistador e os outros pesquisadores não poderão oferecer-me tratamento.

Eu concordo em responder à entrevista do melhor modo possível, mas eu sou livre para não responder qualquer pergunta que não deseje responder.

Eu também compreendo que se eu me recusar a participar, não haverá qualquer consequência negativa para mim.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

8.2) Questionário Sociodemográfico e de Atividade Mediúnica

Nome: _____ Data: ____/____/____

Endereço: _____ Bairro: _____

Telefone: _____ Celular: _____ Sexo: [] Masc. [] Fem.

Estado Civil:

[] Solteiro [] Viúvo [] Casado [] Separado/divorciado [] Vive com companheiro

Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Você está:

[] Empregado [] Desempregado [] "Encostado" [] Aposentado por invalidez

[] Trabalhos temporários ("bicos") [] Aposentado por idade ou tempo de serviço

[] Do lar

Ocupação: _____

Qual é sua escolaridade?

[] nenhuma [] Primário incompleto [] Primário completo (1ª a 4ª séries)

[] Ginásial incompleto [] Ginásial completo (5ª a 8ª séries) [] 2º grau completo

[] Superior incompleto [] Superior completo [] Superior completo com pós-graduação

Há quantos anos você é espírita? _____ Não sou espírita: []
(qual religião? _____)

Você já freqüentou:

[] Curso de estudo da mediunidade [] Reunião de desenvolvimento mediúnico

Se freqüentou algum acima, foi antes ou após surgir em você a mediunidade?

Curso: [] antes [] depois Reunião: [] antes [] depois

Quais são os seus tipos de mediunidade?

[] Psicofonia (falante)

[] Desdobramento

[] Psicografia (escrevente)

[] Vidência

[] Audiência

[] Incorporação

[] Efeitos físicos

[] Cura

[] Pintura mediúnica

[] Outras (quais? _____)

Qual foi a freqüência de suas experiências mediúnicas durante os últimos 30 dias? (ex.: quantas vezes você incorporou ou psicografou nos últimos 30 dias?)

[] Psicofonia (falante)

[] Efeitos físicos

[] Psicografia (escrevente)

[] Cura

[] Vidência

[] Pintura mediúnica

[] Audiência

[] Desdobramento

[] Incorporação

[] Outras (quais?)

8.3) SRQ

Nome: _____ Sexo: _____

Poderia responder às seguintes perguntas sobre sua saúde:

Tem dores de cabeça freqüentes?.....Sim [] Não []

Tem falta de apetite?.....Sim [] Não []

Dorme mal?Sim [] Não []

Assusta-se com facilidade?Sim [] Não []

Tem tremores na mão?.....Sim [] Não []

Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?.....Sim [] Não []

Tem má digestão?.....Sim [] Não []

Tem dificuldade de pensar com clareza?.....Sim [] Não []

Tem se sentido triste ultimamente?.....Sim [] Não []

Tem chorado mais do que costume?.....Sim [] Não []

Encontra dificuldade para realizar com satisfação?.....Sim [] Não []

suas atividades diárias?.....Sim [] Não []

Tem dificuldade para tomar decisões?.....Sim [] Não []

Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é
penoso, lhe causa sofrimento)?.....Sim [] Não []

É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?.....Sim [] Não []

Tem perdido o interesse pelas coisas?.....Sim [] Não []

Você se sente uma pessoa inútil, sem valor?.....Sim [] Não []

Tem tido a idéia de acabar com a vida?.....Sim [] Não []

Sente-se cansado(a) o tempo todo?.....Sim [] Não []

Tem sensações desagradáveis no estômago?.....Sim [] Não []

Você se cansa com facilidade?.....Sim [] Não []

Por favor verifique se respondeu a todas as questões

8.4) EAS

8.5) DDIS

Dados Demográficos para os Transtornos Dissociativos

Idade: [] []

Masculino=1 Feminino=2 []

Solteiro = 1 Casado (incluindo concubinato) = 2 Separado/divorciado= 3 Viúvo = 4 []

Número de filhos: (senão tiver filho, marque 0) []

Ocupação: Empregado = 1 Desempregado = 2 “Encostado”=3 Aposentado por invalidez=4
Trabalhos temporários (“bicos”)=5 Aposentado por idade ou tempo de serviço=6 []

Já esteve preso no passado?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Diagnósticos físicos atuais: []
[]
[]

Diagnósticos atuais e passados precisam se basear em diagnóstico escrito por um médico ou disponível no prontuário do paciente (dê o código do DSM-IV se possível, se não, escreva o diagnóstico DSM-IV à direita dos colchetes).

Diagnósticos psiquiátricos atuais: []
[]
[]

Diagnósticos psiquiátricos em remissão: []
[]

Plano de Entrevista para Transtornos Dissociativos - Versão DSM-IV

As questões no Plano de Entrevista para Transtornos Dissociativos precisam ser respondidas na ordem em que são apresentadas. Todos os itens da entrevista, inclusive todos os itens dos critérios DSM-IV para transtornos dissociativos, transtorno de somatização e personalidade *borderline* precisam ser interrogados. As perguntas devem ser feitas utilizando-se exatamente as mesmas palavras do questionário para que se possa padronizar as informações obtidas em de diferentes entrevistas. O entrevistador não deve ler alto os cabeçalhos das seções. O entrevistador deve iniciar a entrevista agradecendo o indivíduo por sua participação e então dizer:

“A maioria das perguntas que eu irei te fazer podem ser respondidas com Sim, Não ou Não Tenho Certeza. Poucas questões terão respostas diferentes e eu te explicarei quando elas ocorrerem.”

1. Queixas Corporais

1. Você tem dores de cabeça? Sim = 1 Não = 2 Não tenho certeza = 3 []

Se a pessoa respondeu não à questão 1, então vá à questão 3:

2. Algum médico já te disse que você tem enxaqueca?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

O entrevistador deve ler o seguinte trecho para o entrevistado:

“Vou te fazer agora perguntas sobre vários tipos de sintomas físicos. Para considerar um sintoma como presente e responder sim às questões, o seguinte deve ocorrer:

- Nenhum problema médico ou doença foi identificada como responsável pelo sintoma.
- se há uma doença física, os problemas causados pelo sintoma em termos de prejuízos ocupacionais e sociais são maiores que os esperados.
- o sintoma não é causado por drogas ou medicações

O entrevistador deve agora fazer a seguinte pergunta: **“Alguma vez você teve os seguintes sintomas físicos para os quais os médicos não conseguiram encontrar uma causa física?”**

O entrevistador deve apresentar novamente os critérios a-c para o entrevistado assim que ocorrer a primeira resposta positiva para garantir que o indivíduo entendeu corretamente.

3. Dor abdominal, na barriga (outra que não menstrual)

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

4. Enjôo ou Náusea (que não ocorra só em viagens)

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

5. Vômitos (que não ocorram só em viagens)

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

6. Empachamento (barriga inchada com gases)

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

7. Diarréia

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

8. Intolerância (passar mal) a diferentes tipos de alimentos

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

9. Dor nas costas

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

10. Dor nas juntas

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

11. Dor nas extremidades (mãos e pés)

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

12. Dor nos genitais fora das relações sexuais

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

13. Dor ao urinar

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

14. Outra dor (que não seja dor de cabeça)

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

15. Fôlego curto ou falta de ar sem estar fazendo esforços

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

16. Palpitações (uma sensação que seu coração está batendo muito forte)

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

17. Dor no peito

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

18. Tontura

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

19. Dificuldade em engolir

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

20. Perda da voz

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

21. Surdez

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

22. Visão dupla

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

23. Visão embaçada

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

24. Cegueira, Perda da visão

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

25. Desmaio ou perda dos sentidos

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

26. Amnésia

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

27. Convulsões

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

28. Dificuldade para andar

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

29. Paralisia ou fraqueza muscular

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

30. Retenção urinária ou dificuldade para urinar

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

31. Períodos longos de perda do desejo sexual

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

32. Dor durante relações sexuais

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Nota: Se a pessoa for masculina, faça a pergunta 33 e então pule para a questão 38. Se for mulher, vá à questão 34.

33. Impotência sexual

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

34. Ciclos menstruais irregulares

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

35. Cólicas menstruais, Dores durante a menstruação

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

36. Fluxo menstrual excessivo

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

37. Vômitos por toda a gravidez

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

38. Você já teve muitos sintomas físicos por vários anos, que começaram antes dos 30 anos e que te fizeram buscar tratamento ou causaram prejuízos sociais ou ocupacionais?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

39. Esses sintomas físicos que você descreveu foram deliberadamente produzidos por você?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

II. Abuso de Substâncias

40. Já teve problemas com bebida?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

41. Já usou drogas freqüentemente?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

42. Já injetou drogas na veia?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

43. Alguma vez já fez tratamento para problemas com álcool ou drogas?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

III. História Psiquiátrica

44. Alguma vez já fez tratamento para um problema emocional ou mental?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

45. Você sabe quais diagnósticos psiquiátricos, caso tenha tido algum, você já recebeu no passado?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

46. Alguma vez já recebeu o diagnóstico de:

a) depressão []

b) mania, PMD []

c) esquizofrenia []

d) transtorno de ansiedade []

e) outro problema psiquiátrico (especifique) []

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Se o entrevistado não refere um diagnóstico para o item 46 (e), vá para a questão 48.

47. Se o entrevistado relatou um diagnóstico para o item 46 (e), ele se referiu a um dos seguintes:

a) amnésia dissociativa []

- b) fuga dissociativa []
 - c) transtorno de identidade dissociativa []
 - d) transtorno de despersonalização []
 - e) transtorno dissociativo não especificado
- Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

48. Alguma vez já foi prescrita uma medicação psiquiátrica ?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

49. Alguma vez já foi prescrita alguma das seguintes medicações?

- a) antipsicóticos, neurolépticos []
- b) antidepressivos
- c) lítio
- d) medicação para ansiedade, calmante ou para dormir
- e) outra (especifique)_____ []

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

50. Você já recebeu ECT, também chamado de eletrochoque?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

51. Você já fez terapia para problemas emocionais, familiares ou psicológicos por mais de 5 sessões seguidas em um tratamento?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

52. Quantos terapeutas você já procurou para problemas emocionais ou doenças mentais na sua vida?

Duvidoso=89 []

Se a pessoa respondeu Não nas questões 51 e 52, vá para a questão 54.

53. Você já fez tratamentos para um problema emocional ou doença mental que foram ineficazes?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

IV. Episódio Depressivo Maior

O objetivo desta seção é determinar se a pessoa já teve ou atualmente tem um episódio depressivo maior.

54. Você já teve um período de humor deprimido durando ao menos duas semanas em que você se sentiu deprimido, melancólico, desesperançado, diminuído ou para baixo, na fossa?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Se a pessoa respondeu Não à questão 54, vá para a questão 62.

Se a pessoa respondeu Sim ou Incerto. O entrevistador deveria perguntar: “Durante esse período você teve os seguintes sintomas aproximadamente todo dia por ao menos duas semanas?

55. Apetite ruim ou uma perda de peso importante (sem estar de dieta) ou apetite aumentado ou ganho de peso importante.”

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

56. Dormindo muito pouco ou em excesso.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

57. Sentir-se fisicamente ou mentalmente lentificado, ou agitado ao ponto de outras pessoas notarem.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

58. Perda do interesse ou prazer nas atividades diárias, ou diminuição do desejo sexual.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

59. Perda de energia ou fadiga quase todos os dias.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

60. Sentimentos de menosvalia, auto-reprovação, ou culpa excessiva ou inadequada quase todos os dias.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

61. Dificuldade de concentração ou dificuldade de tomar decisões.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

62. Pensamentos recorrentes de morte, de suicídio, desejos de estar morto(a), ou tentativa de suicídio.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Se você já tentou o suicídio, você:

a) tomou remédios em excesso []

b) cortou os pulsos ou outras regiões do corpo []

c) queimou-se com cigarros ou provocou outros ferimentos em si mesmo []

d) usou uma arma de fogo, faca ou outras armas []

e) tentou enforcamento []

f) usou um outro método []

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

63. Se você teve um episódio de depressão como descrito acima, ele está: []

atualmente ativo, primeira ocorrência=1

atualmente em remissão=2

atualmente ativo, recorrência=3

Incerto=4

devido a uma causa orgânica específica=5

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 []

j) 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 []

VI. Transes, Sonambulismo, Companheiros da Infância

67. Você já andou durante o sono?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Se a pessoa respondeu não na questão 67, vá para a questão 69.

68. Se você já andou durante o sono, quantas vezes aproximadamente?

1-10=1 ; 11-50=2 ; >50= 4 ; Duvidoso=3 []

69. Você já teve episódios como um transe onde você ficou com o olhar perdido no espaço, perdeu a consciência do que estava ocorrendo à sua volta e perdeu a noção do tempo?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Se a pessoa respondeu Não à questão 69, vá para a questão 71.

70. Se você já teve essa experiência, quantas vezes aproximadamente?

1-10=1 ; 11-50=2 ; >50=3 ; Duvidoso=4 []

71. Você teve amigos imaginários na infância?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Se a pessoa respondeu Não à questão 71, vá para a questão 73.

72. Se você teve amigos imaginários, quantos anos você tinha quando eles desapareceram.

Duvidoso=0 []

Se a pessoa ainda tem amigos imaginários, marque a idade atual da pessoa.

VIII. Abuso Infantil

73. Você foi abusado(a) fisicamente durante a infância ou adolescência?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Se a pessoa respondeu não à questão 73, vá para a questão 78.

74. O abuso físico foi independente de episódios de abuso sexual?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

75. Se você foi fisicamente abusado, foi por:

a) pai []

b) mãe []

c) padrasto []

d) madrasta []

e) irmão []

f) irmã []

g) parente masculino []

h) parente feminino []

i) outro homem []

j) outra mulher []

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

76. Se você foi abusado(a) fisicamente, qual a sua idade quando isso começou? []

Duvidoso=89. **Se menor que 1 ano, marque 0.**

77. Se você foi fisicamente abusado(a), qual a sua idade quando isso parou? []

Duvidoso=89. Se menor que 1 ano, marque 0. Se ainda estiver ocorrendo, marque a idade atual do entrevistado.

78. Você foi abusado(a) sexualmente quando criança ou adolescente? Abuso sexual inclui estupro ou qualquer tipo de toque ou carícia sexual não desejada a que você pode ter sido submetido(a).

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Se a pessoa respondeu Não à questão 78, vá para a questão 85. Se respondeu Sim ou Duvidoso, à questão 78, o entrevistador deve dizer o seguinte antes de fazer outras perguntas sobre abuso sexual:

“As questões seguintes abordam exemplos detalhados de tipos de abuso sexual que você pode ou não ter vivenciado. Devido à natureza explícita destas questões, você tem a opção de não responder alguma ou todas elas. O motivo destas perguntas é tentar avaliar a gravidade do abuso que você sofreu. Você pode responder Sim, Não, Duvidoso ou não dar uma resposta para cada uma das questões abaixo.

79. Se você foi abusado(a) sexualmente, foi pelo(a):

a) pai []

- b) mãe []
- c) padrasto []
- d) madrasta []
- e) irmão []
- f) irmã []
- g) parente masculino []
- h) parente feminino []
- i) outro homem []
- j) outra mulher []

Sim=1 Não=2 Duvidoso=3 não respondeu=4

Se o entrevistado é mulher, vá para a questão 80. Se for homem, para a 81.

80. Se você é homem e foi abusado sexualmente, o abuso envolveu:

- a) manipulação dos genitais []
- b) outros tipos de carícias []
- c) penetração com uma mulher []
- d) penetração anal com um homem – você ativo []
- e) Você realizando sexo oral em um homem []
- f) você realizando sexo oral em uma mulher []
- g) sexo oral feito em você por um homem []
- h) sexo oral feito em você por uma mulher []
- i) penetração anal – você passivo []
- j) sexo forçado com animais []
- k) fotos pornográficas []
- l.) outros (especifique) _____ []

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 Não respondeu=4

81. Se você é mulher e foi sexualmente abusada, o abuso envolveu:

- a) manipulação dos genitais []
- b) outros tipos de carícias []
- c) penetração com um homem []
- d) penetração simulada com uma mulher []
- e) Você realizando sexo oral em um homem []
- f) você realizando sexo oral em uma mulher []
- g) sexo oral feito em você por um homem []
- h) sexo oral feito em você por uma mulher []
- i) penetração anal com um homem []
- j) sexo forçado com animais []
- k) fotografias pornográficas []
- l.) outros (especifique) _____ []

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 Não respondeu=4

82) Se você foi sexualmente abusado(a), qual a sua idade quando isso começou?

Duvidoso = 89. **Se menor que 1 ano, marque 0.** []

83. Se você foi fisicamente abusado(a), qual a sua idade quando isso parou?

Duvidoso=89. Se menor que 1 ano, marque 0. Se ainda estiver ocorrendo, marque a idade atual do entrevistado. []

84. Quantos episódios separados de abuso sexual você foi submetido(a) até a idade dos 18 anos?

1-5=1 ; 6-10=2 ; 11-50=3 ; >50=4 ; Duvidoso=5 ; []

85. Quantos episódios separados de abuso sexual você foi submetido(a) após a idade dos 18 anos?

0=1 ; 1-5=2 ; 6-10=3 ; 11-50=4 ; >50=5 ; Duvidoso=6 []

VIII. Características Associadas a Transtorno de Identidade Dissociativa

Nas questões 86-95 (exceto a questão 93), se a pessoa respondeu Sim, peça-a para especificar se é ocasionalmente, razoavelmente freqüente ou freqüentemente.

86. Você já notou que coisas estão desaparecendo de seus pertences pessoais ou onde você vive?
Nunca=1; Ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3; Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []
87. Você já notou que existem coisas onde você vive e você não sabe de onde elas vieram ou como você as conseguiu? Ex.: roupas, jóias, livros, móveis.
Nunca=1; Ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3; Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []
88. Você já notou que sua caligrafia muda drasticamente ou que há recados ou outros escritos que você não reconhece?
Nunca=1; Ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3; Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []
89. Pessoas se aproximam e falam com você como se elas o conhecessem, mas você não as conhece ou somente as reconhece vagamente?
Nunca=1; Ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3; Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []
90. As pessoas já te contaram sobre coisas que você fez ou disse mas que você não se lembra, excluindo as vezes em que você estava usando álcool ou drogas?
Nunca=1; Ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3; Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []
91. Você já teve episódios de “branco” ou “apagamentos” de certos períodos de tempo que você não consegue lembrar, excluindo as vezes em que você estava usando álcool ou drogas?
Nunca=1; Ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3; Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []
92. Você já se encontrou, bem desperto, em um lugar estranho, sem saber como chegou lá e não estando certo do que ocorreu neste curto período, excluindo as vezes em que você estava usando álcool ou drogas?
Nunca=1; Ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3; Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []
93. Há grandes períodos da sua infância após os 5 anos que você não consegue se lembrar?
Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []
94. Você já teve memórias retornando tudo de uma vez, como uma enxurrada ou um “flashback”?
Nunca=1; Ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3; Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []
95. Você já teve longos períodos em que você se sentia irreal, como se estivesse em um sonho, ou se não estivesse realmente lá, excluindo as vezes em que você estava usando álcool ou drogas?
Nunca=1; Ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3; Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []
96. Você ouve vozes, algumas vezes, falando com você ou conversando dentro da sua cabeça?
Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Se a pessoa respondeu Não à questão 96, vá para a questão 98.

97. Se você ouve vozes, elas parecem vir de dentro de você?
Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []
98. Você já se referiu a si próprio como nós ou nosso ?
Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []
99. Você já sentiu que há uma outra pessoa ou pessoas dentro de você?
Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Se a pessoa respondeu Não à questão 99, vá para a questão 102.

100. Há uma outra pessoa ou pessoa dentro de você que tem um nome?
Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []
101. Se há uma outra pessoa dentro de você, ele ou ela já apareceu e tomou o controle do seu corpo?
Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

IX. Sobrenatural/ Possessão/ Experiências de Percepção Extra-sensorial/ Cultos

102. Você já teve qualquer tipo de experiência (tida como) sobrenatural?
Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []
103. Você já teve qualquer experiência de percepção extra-sensorial como:
- a) telepatia mental []
 - b) ver o futuro acordado []
 - c) mover objetos com sua mente []
 - d) ver o futuro em sonhos []
 - e) deja vu (o sentimento que o que está acontecendo já aconteceu antes) []
 - f) outros (especifique) _____ []
- Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

104. Você já se sentiu possuído por um(a):

- a) demônio []
 - b) pessoa morta []
 - c) pessoa viva []
 - d) alguma outra força ou poder []
- Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

105. Você já teve contato com:

- a) fantasmas []
 - b) poltergeists (causam ruídos ou objetos movendo ao seu redor) []
 - c) espíritos de qualquer tipo []
- Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

106. Você já sentiu que você sabe algo sobre suas vidas ou encarnações passadas?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

107. Você já esteve envolvido em atividades de seitas (cultos) ?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

X. Transtorno de Personalidade Borderline

O entrevistador deve dizer: “Para as nove questões seguintes, por favor, responda Sim somente se você tem essa característica na maior parte do tempo pela maior parte da sua vida.”

Você teve:

108. Comportamento impulsivo ou imprevisível em ao menos duas áreas que podem causar-lhe problemas, ex.: gastos, sexo, uso de drogas, dirigir de modo imprudente, comer compulsivo.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

109. Um padrão de relacionamentos pessoais intensos e instáveis caracterizados pelas suas alternâncias entre sentimentos positivos e negativos extremos.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

101. Raiva intensa ou ausência de controle sobre a raiva, ex.: acessos frequentes de fúria, raiva constante, brigas corporais repetidas.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

111. Identidade, auto-imagem ou senso de si mesmo instáveis

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

112. Flutuações frequentes de humor: perceptíveis desvios do humor normal para depressão, irritabilidade ou ansiedade, geralmente durando apenas poucas horas e raramente mais que uns poucos dias.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

113. Esforços intensos para evitar um abandono real ou imaginado.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

114. Comportamento suicida recorrente, ex.: tentativas de suicídio, auto-mutilação ou ameaças de suicídio

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

115. Sentimentos crônicos de vazio.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

116. Sintomas dissociativos intensos ou paranóia ligada ao estresse transitórios.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Se a pessoa respondeu Não ou Duvidoso à questão 116, vá para a 118.

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 []

O entrevistador deveria fazer uma breve conclusão dizendo que não há mais questões e agradecendo ao sujeito por sua participação.

9) Referências Bibliográficas

- Alarcón, R. D; Westermeyer, J.; Foulks, E. F.; Ruiz, P. – Clinical Relevance of Contemporary Cultural Psychiatry – *J Nerv Ment Dis* 187: 465-71, 1999.
- Alexiades, M. N. – *Selected Guidelines for Ethnobotanical Research: a Field Manual* - Bronx, NY. The NY Botanical Garden, 1996.
- Almeder, R. – *Death & Personal Survival: the evidence for life after death* - Boston Way. Littlefield Adams Quality Paperbacks, 1992.
- Almeida, A. M.; Almeida, A. A. S - Construindo uma Nação: Propostas dos Psiquiatras Para o Aprimoramento da Sociedade. In: Rigonatti, S. P. - *Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica* - São Paulo. Vetor Editora, 2003. p.25-47.
- Almeida, A. M.; Cho, H. J.; Amaro, J. W. F.; Lotufo Neto, F. - Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos - *Revista de Psiquiatria Clínica* 27: 113-5, 2000.
- Almeida, A. M.; Almeida, T. M.; Gollner, A. M. – Cirurgia Espiritual: uma Investigação - *Revista da Associação Médica Brasileira* 43: 194-200, 2000a.
- Almeida, A. M.; Lotufo Neto, F. – Metodologia para o Estudo de Estados Alterados de Consciência - *Revista de Psiquiatria Clínica* 30: 21-8, 2003.
- Almeida, A. M.; Lotufo Neto, F. – *Einstein* 2: 162-3, 2004.

- Almeida, A. M.; Lotufo Neto, F. - A Mediunidade vista por Alguns Pioneiros da Área da Saúde Mental - *Revista de Psiquiatria Clínica* 31: 132-41, 2004a.
- Almeida, A. M.; Lotufo Neto, F. - The Spiritist View of Mental Disorders - *Transcultural Psychiatry*, 2004b (submetido para publicação)
- Almeida Filho, N.; Coelho, M. T. A.; Peres, M. F. T. – O Conceito de Saúde Mental – *Revista USP* 43: 100-125, 1999.
- Alvarado, C. S. – Dissociation in Britain During the Late Nineteenth Century: the Society for Psychical Research, 1882-1900 - *Journal of Trauma and Dissociation* 3: 9-33, 2002.
- Amaral, M.; Fontenelle, L. – As Senso-Percepções, as Representações e seus Transtornos: um estudo crítico – *J Bras Psiq* 47: 641-6, 1998.
- Amaro, J. W. F. – *Psicoterapia e Religião* - São Paulo. Lemos Editorial, 1996.
- American Psychiatric Association - Guidelines Regarding Possible Conflict Between Psychiatrists' Religious Commitments and Psychiatric Practice - *Am J Psychiatry* 147: 542, 1990.
- American Psychiatric Association – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - 4th ed. Washington DC. American Psychiatric Press, 1994.
- Andrade, L. H. S. G.; Lólio, C. A.; Gentil, V.; Laurenti, R. – Epidemiologia dos Transtornos Mentais em uma área de Captação da Cidade de São Paulo, Brasil – *Revista de Psiquiatria Clínica* 26: 257-61, 1999.
- Andreasen, N. C. – A Unitary Model of Schizophrenia – *Arch Gen Psychiatry* 56: 781-87, 1999.

- Arfinengo, V. E.; Loredó, S. – Psicologia da Mentalidade Mágica e Doenças Psíquicas – *Temas* 53: 54-60, 1997.
- Arieti, S. – Creativity: *The Magic Synthesis* - New York. Basic Books, 1976
(apud, Jackson & Fulford, 1997a).
- Armond, E. – *Desenvolvimento Mediúnico* – São Paulo. Editora Aliança, 2000.
- Armond, E. – *Mediunidade* – São Paulo, Editora Aliança, 2001.
- Armstrong, J. G.; Loewenstein, R. J. – Characteristics of Patients with Multiple Personality and Dissociative Disorders on psychological Testing – *J Nerv Ment Dis* 178: 448-54, 1990.
- Aubrée, M. & Laplantine, F. – *La Table, Le Livre et les Esprits*. Éditions Jean-Claude Lattes, 1990.
- Barret, K. W. – *A Phenomenological Study of Channeling: the Experience of Transmitting Information from a Source Perceived as Paranormal* [Ph.D. Thesis] – Palo Alto, CA: Institute of Transpersonal Psychology; 1996.
- Barret, T. R; E, J. B. - Verbal Hallucinations in Normals, I: People who hear voices - *Applied Cognitive Psychology* 6: 379–87, 1992.
- Bentall, R. P. – Hallucinatory Experiences – In: Cardeña, E.; Lyinn, S. J.; Krippner, S. – *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence* - Washington DC. American Psychological Association, 2000.
- Bentall, R.P.; Slade, P.D. - Reality Testing and Auditory Hallucinations: a signal detection analysis - *British Journal of Clinical Psychology* 24:159–69, 1985.

- Berenbaum, H.; Kerns, J.; Raghavan, C. – Anomalous Experiences, Peculiarity And Psychopathology. In: Cardeña, E.; Lyinn, S. J.; Krippner, S. - *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence* - Washington DC. American Psychological Association, 2000.
- Berganza, C. E.; Mezzich, J. E.; Jorge, M. R. - Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis (GLDP) – *Psychopathology* 35: 185-90, 2002.
- Berganza, C. E.; Mezzich, J. E.; Otero-Ojeda, A. A.; Jorge, M. R.; Villasenor-Bayardo, S. J.; Rojas-Malpica, C. - The Latin American guide for psychiatric diagnosis. A cultural overview - *Psychiatr Clin North Am* 24:433-46, 2001.
- Bernard, H. R. – *Research Methods in Cultural Anthropology* - New York. Sage Publications, 1988.
- Berrios, G. E – *The History of Mental Symptoms* – Cambridge. Cambridge University Press, 1996.
- Bijl, R.V., van Zessen, G., Ravelli, A., de Rijk, C.; Langendoen, Y. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design - *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33: 581–86, 1998.
- Boguchwal, B - *Representações psíquicas da circuncisão judaica. Análise de depoimentos de pais de crianças circuncidadas* [dissertação]. São Paulo. Departamento de Línguas Orientais da Faculdade de Filosofia Ciências Humanas e Letras, Universidade de São Paulo; 2002.

- Bourguignon, E. - A Framework for the Comparative Study of Altered States of Consciousness - In: Bourguignon E, editor. - *Religion, Altered states of Consciousness, and Social Change* - Columbus, OH. Ohio State University Press, 1973. p.3–38.
- Bourguignon, E. – Hallucinations and Trance: An Anthropologist's perspective. In: Keup, W. – *Origins and Mechanisms of Hallucinations* - New York. Plenum, 1970. (apud Bentall, 2000)
- Bourguignon, E. – *Possession* – Illinois. Waveland Press, 1976.
- Bourguignon, E. – World Distribution and Patterns of Possession States. In: Prince, R, editor. - *Trance and Possession States* - Columbus, OH. R M Bucke Memorial Society, 1968. p.3–34.
- Bozzano, E. – *Cinco Excepcionais Casos de Identificação de Espíritos* – Niterói. Publicações Lachatre Editora, 1998.
- Bozzano, E. – *Povos Primitivos e Manifestações Supranormais* - São Paulo. Editora Jornalística FE, 1997.
- Bozzano, E. – *Xenoglossia* - Rio de Janeiro. Federação Espírita Brasileira, 1980.
- Braude, A - *Radical Spirits* – Boston. Beacon Press, 1989.
- Braude, S. – Survival or Super-Psi – *Journal of Scientific Exploration* 6: 127-44, 1992.
- Brown, M. F. – *The Channeling Zone: American Spirituality in an Anxious Age* – Cambridge. Harvard University Press, 1997.
- Bruno, R. S. – *Parapsicologia, Espiritismo e Psicopatologia* - São Paulo. Casa Editora Presbiteriana, s.d.

- Bryman, A.; Burgess, R. G. - *Analyzing Qualitative Data*. –London. Routledge; 1992.
- Buckley, P. – Mystical Experience and Schizophrenia - *Schizophrenia Bulletin* 7:516-21, 1981.
- Caird, D. – Religiosity and Personality: are mystics introverted, neurotic, or psychotic? – *British Journal of Social Psychology* 26: 345-346, 1987.
- Canguilhem, G. – *O Normal e o Patológico* - Rio de Janeiro. Forense Universitária, 1978.
- Cardeña, E. – The Domain of Dissociation. In: Lynn, S. J.; Rhue, J. W. – *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives* – New York. Guilford Press, 1994.
- Cardeña, E.; Lewis-Fernández, R.; Bear, D.; Pakianathan, I; Spiegel, D. – Dissociative Disorders. In: American Psychiatric Association - *DSM-IV Sourcebook* - Washington DC. American Psychiatric Press, 1994.
- Cardeña, E.; Lynn, S. J.; Krippner, S. – *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence* - Washington DC. American Psychological Association, 2000.
- Castillo, R. J. – Spirit Possession in South Asia, Dissociation or Hysteria? Part 2: case histories – *Culture, Medicine and Psychiatry* 18:141-62, 1994.
- Castillo, R. J. – Trance, Functional Psychosis, and Culture – *Psychiatry* 66: 9-21, 2003.
- César, O. – *Misticismo e Loucura* - São Paulo. Oficinas Gráficas do Juqueri, 1929.

- Chibeni, S. S. - "A excelência metodológica do Espiritismo" - *Reformador*, novembro de 1988, p. 328-33, e dezembro de 1988, p. 373-78. Disponível em www.geocities.com/chibeni
- Chibeni, S. S. - O Espiritismo em seu tríplice aspecto: científico, filosófico e religioso – *XII Congresso Estadual de Espiritismo (USE)*. Campinas, 17 a 20/4/2003. Disponível em www.geocities.com/chibeni
- Chibeni, S. S.; Chibeni, C. S. – Estudo Sobre a Mediunidade - *Reformador* agosto 1987, p. 240-3 e 253-5. Disponível em www.geocities.com/chibeni
- Creswell, J. W. - *Qualitative Inquiry and Research Design: choosing among five traditions* - Sage Publications, 1998.
- Crichton, P. – First-Rank Symptoms or Rank-and-File Symptoms? – *Br J Psychiatry* 169: 537-40, 1996.
- Dalgalarrrondo, P.; Soldera, M. A.; Corrêa Filho, H. R.; Silva, C. A. M. – Religião e Uso de Drogas por Adolescentes – *Rev Bras Psiquiatr* 26: 82-90, 2004.
- Damazio, S. F. - *Da Elite ao Povo: Advento e Expansão do Espiritismo no Rio de Janeiro* - Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 1994.
- Deikman, A. J. – Comments on the Gap Report on Mysticism – *J Nerv Ment Dis* 165: 213-7, 1977.
- Doyle, A. C. – *História do Espiritismo* – São Paulo. Editora Pensamento, 1995.
- Elkis, H. – Os Conceitos de Esquizofrenia e Seus Efeitos Sobre os Critérios Diagnósticos Modernos – *J Bras Psiq* 39: 221-7, 1990.

- Ellenberger, H. F. – *The Discovery of the Unconscious: the history and evolution of dynamic psychiatry* - New York. Basic Books, 1970.
- Federação Espírita Brasileira – *O Livro Espírita na FEB* - Rio de Janeiro. FEB, 1993.
- Ferracuti, S.; Sacco, R.; Lazzari, R. – Dissociative Trance Disorder: Clinical and Rorschach Findings in Ten Persons Reporting Demon Possession and Treated by Exorcism – *Journal of Personality Assessment* 66: 525-39, 1996.
- Figueiredo, G. R.; Ferraz, M. P. T. – Hospício, Caridade e Psiquiatria - *Revista ABP-APAL* 20:1-8, 1998.
- Finkelhor, D. - The International Epidemiology of Child Sexual Abuse - *Child Abuse Negl* 18: 409-17, 1994.
- Frances, A. – Problems in Defining Clinical Significance in Epidemiological Studies - *Arch Gen Psychiatry* 55: 119, 1998.
- Freud, S. – O Futuro de uma Ilusão, 1927. In: *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [edição eletrônica em CD-ROM]. Rio de Janeiro, Imago Editora.
- Freud, S. – Mal estar na Civilização. In: *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. [CD-ROM]. Rio de Janeiro, Imago Editora.
- Friedl, M. C.; Draijer, N.; Jonge, P. – Prevalence of Dissociative Disorders in Psychiatric In-Patients: the impact of study characteristics – *Acta Psychiatr Scand* 102: 423-8, 2000.

- Gabbard, G. O.; Twemlow, S. W.; Jones, F. C. – Differential Diagnosis of Altered Mind/Body Perception – *Psychiatry* 45:361-9, 1982.
- Gallup, G. H.; Newport, F. – Belief in Paranormal Phenomena Among Adult Americans – *Skeptical Inquirer* 15:137-46, 1991.
- González, C, A.; Griffith, E. E. H.; Ruiz, P. – Cross-Cultural Issues in Psychiatric Treatment. In: Gabbard, G.O. (editor) - *Treatment of Psychiatric Disorders* - 2nd ed., Washington DC. American Psychiatric Press, 1995. p. 55-74.
- Gonzalez, C. A.; Lewis-Fernandez, R.; Griffith, E. E. H. et al. – Impact of Culture on Dissociation: Enhancing the Cultural Suitability of DSM-IV - In: American Psychiatric Association - *DSM-IV Sourcebook* - Washington DC. American Psychiatric Press, 1994. p.943-9.
- Gonzalez-Pinto, A; van Os J; Perez de Heredia, J. L. et al. - Age-dependence of Schneiderian psychotic symptoms in bipolar patients - *Schizophr Res* 61: 157-62, 2003.
- Gorenstein, C.; Andrade, L. Moreno, R. et al – Escala de Auto-Avaliação de Adequação Social – Validação da versão em Língua Portuguesa – *Revista de Psiquiatria Clinica* 26, 1999.
- Gorenstein, C.; Moreno, R. A.; Bernik, M.; Carvalho, S. C.; Nicastri, S.; Cordas, T.; Camargo, A. P. P.; Artes, R.; Andrade, L. - Validation of the Portuguese Version of the Social Adjustment Scale on Brazilian Samples – *Journal of Affective Disorders* 69: 167-75, 2002.
- Greenberg, D.; Witztum, E. – Problems in the Treatment of Religious Patients – *American Journal of Psychotherapy* 45: 554-65, 1991.

- Greenberg, D.; Witztum, E.; Buchbinder, J. T. – Mysticism and Psychosis: The Fate of Ben Zoma – *Br J Med Psychology* 65: 223-35, 1992.
- Greyson, B. – The Near-Death Experience as a Focus of Clinical Attention - *J Nerv Ment Dis* 185: 327-34, 1997.
- Grof, S.; Grof, C. – *A Tempestuosa Busca do Ser* - São Paulo. Cultrix, 1990.
- Grof, S.; Grof, C. – *Emergência Espiritual: crise e transformação espiritual* - São Paulo. Cultrix, 2001.
- Group for the Advancement of Psychiatry – *Mysticism: Spiritual Quest or Mental Disorder?* - New York. Group for the Advancement of Psychiatry, 1976.
- Guyatt, G.; Sackett, D. et al. – Determining Optimal Therapy: Randomized trials in individual patients - *N Engl J Med* 314: 889-92, 1986.
- Haaken, J. – Sexual Abuse, Recovered Memory and Therapeutic Practice: a feminist-psychoanalytic perspective – *Social Text* 40 (fall):115-45, 1994.
- Harding, T. W.; Arango, M. V.; Baltazar, J.; Clement, C. E.; Ibrahim, H. H. A.; Ignacio, L. L.; Murthy, R. S.; Wig, N. N. – Mental Disorders in Primary Health Care: a Study of their Frequency and diagnosis in four developing countries – *Psychological Medicine* 10: 231-41, 1980.
- Harland, R.; Morgan, C.; Hutchinson, G. - Phenomenology, Science and the Anthropology of the Self: a new model for the aetiology of psychosis – *Br J Psychiatry* 185: 361-2, 2004.
- Harrison, G.; Hopper, K.; Craig, T; Laska, E.; Siegel, C.; Wanderling, J. et al. – Recovery From Psychotic Illness: a 15- and 25-year international follow-up study – *Br J Psychiatry* 178: 506-17, 2001.

- Hasting, A. – *With the Tongues of Men and Angels – A Study of Channeling* – Fort Worth. Holt, Rinehart and Winston Inc., 1991.
- Haugen, M. C.; Castillo, R. J. – Unrecognized Dissociation in Psychotic Outpatients and Implications of Ethnicity – *J Nerv Ment Dis* 187: 751-4, 1999.
- Heber, A. S.; Fleisher, W. P.; Ross, C. A.; Stanwick, R. S. – Dissociation in Alternative Healers and Traditional Therapists: A Comparative Study – *Am J Psychotherapy* 43:562-74, 1989.
- Herótodo – *Histórias* - Rio de Janeiro. W. M. Jackson Inc., 1957.
- Horton, P. C. – The Mystical Experience: Substance of an Illusion – *Am Psychoanal Assoc J* 22: 364-80, 1974.
- Hufford, D.J. – Commentary – Paranormal Experiences in the General Population - *J Nerv Ment Dis* 180: 362-68, 1992.
- Hughes, D. J. – Blending with an Other: An Analysis of Trance Channeling in the United States – *Ethos* 19: 161-84, 1991.
- Hughes, D. J.; Melville, N. – Changes in Brainwave Activity During Trance Channeling: a Pilot Study – *Journal of Transpersonal Psychology* 22: 175-89, 1990.
- Hyman, R. – How Not to Test Mediums – *Skeptical Inquirer* 27(1) Jan-Feb 2003. Disponível em: <http://www.csicop.org/si/2003-01/medium.html>
- IBGE – *Censo Demográfico 2000*. Brasil.
- Jackson, M.; Fulford, K. W. M. – Spiritual Experience and Psychopathology – *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 4: 41-65, 1997.

- Jackson, M.; Fulford, K. W. M. – Response to the Commentaries – *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 4: 87-90, 1997a.
- James. W. – The Final Impressions of a Psychical Researcher – The American Magazine, October 1909. In: Murphy, G. & Ballou, R. O. – *William James on Psychical Research* – New York. Viking Press, 1960. p.309-25.
- James, W. – *As Variedades da Experiência Religiosa. Um Estudo Sobre a Natureza Humana* – São Paulo. Editora Cultrix, 1991 (1902).
- Janet, P. - *L'Automatisme Psychologique: Essai de Psychologie Expérimentale sur les forme inférieures de l'activité humaine* – Paris. Félix Alcan, 1889.
- Janet, P. – Um Cas de Possession et L'Exorcisme Moderne. In : Janet, P. – *Névroses et Idées Fixes*. Paris. Félix Alcan, 1914.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., Graaf, R.; Os, J. - Childhood Abuse as a Risk Factor for Psychotic Experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109: 38-45, 2004.
- Jaspers, K. – *Psicopatologia Geral* - São Paulo. Atheneu, 1985.
- Johns, L.C.; Van Os, J. - The Continuity of Psychotic Experiences in the General Population – *Clinical Psychology Review* 21: 1125-41, 2001.
- Johns, L. C.; Cannno, M.; Singleton, N.; Murray, R. M.; Farrell, M.; Brugha, T.; Bebbington, P.; Jenkins, R.; Meltzer, H. – Prevalence and Correlates of Self-Reported Psychotic Symptoms in the British Population –*Br J Psychiatry* 185: 298-305, 2004.

- Jung, C. G. – Sobre a Psicologia e Patologia dos Fenômenos Chamados Ocultos. In: Jung, C. G. -*Estudos Psiquiátricos* – Petrópolis. Vozes, 1994. p.15-96.
- Kardec, A. – Ensaio sobre a Teoria da Alucinação. *Revista Espírita* 4(7): 208-15, 1861.
- Kardec, A. – O Espiritismo é uma Religião? – *Revista Espírita* 9 (12): 351-60, 1868.
- Kardec, A. – *A Gênese, os Milagres e as Predições Segundo o Espiritismo* - Rio de Janeiro. FEB, 1992 (1868).
- Kardec, A. – *O Evangelho Segundo o Espiritismo* - Rio de Janeiro. FEB, 1996 (1864).
- Kardec, A. – *O Livro dos Espíritos* - Rio de Janeiro. FEB, 1994 (1857).
- Kardec, A. – *O Livro dos Médiuns* - Rio de Janeiro: FEB, 1993 (1861).
- Kardec, A. – *O Que é o Espiritismo?* Rio de Janeiro. FEB, 1995 (1859).
- Katzenelbogen, S. – Spiritism and Schizophrenic Reactions – *The Journal of Abnormal Psychology* 36: 259-70, 1941.
- Kawai, N.; Honda, M.; Nakamura, S. et al. – Catecholamines and Opioid Peptides Increase in Plasma in Humans During Possession Trances – *NeuroReport* 12: 3419-23, 2001.
- Kendler, K. S.; Gardner, C. O.; Prescott, C. A. – Religion, Psychopathology and Substance Use and Abuse: a multimeasure, genetic-epidemiologic study – *Am J Psychiatry* 154: 322-9, 1997.
- Kendler, K. S., Gallagher, T. J., Abelson, J. M. and Kessler, R. C. - Lifetime Prevalence, Demographic Risk Factors, and Diagnostic Validity of

- Nonaffective Psychosis as Assessed in a US Community Sample. The National Comorbidity Survey - *Arch Gen Psychiatry* 53: 1022–31, 1996.
- Kiev, A. – Spirit Possession in Haiti – *Am J Psychiatry* 118: 133-8, 1961.
- King, M. B.; Dein, S. – The Spiritual Variable in Psychiatric Research – *Psychological Medicine* 28: 1259-62, 1998.
- Kirmayer, L. J. – The Fate of Culture in DSM-IV – *Transcultural Psychiatry* 35: 339-42, 1998.
- Klimo, J. – *Channeling: investigations on receiving information from paranormal sources* – Berkeley. North Atlantic Books, 1998.
- Koenig, H. G.; George, L. K.; Peterson, B. L. - Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients - *Am J Psychiatry* 155: 536–42, 1998.
- Koenig, H. G.; McCullough, M. E.; Larson, D. B. – *Handbook of Religion and Health* – New York. Oxford University Press, 2001.
- Larson, D. B.; Pattison, E. M.; Blazer, D. G. et al – Systematic Analysis of Research Variables in Four Major Psychiatric Journals – *Am J Psychiatry* 143: 329-34, 1986.
- Leão, F. C. - *Uso de Práticas Espirituais em Instituição para Portadores de Deficiência Mental* [Dissertação] - São Paulo. Deptº Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2004.
- Lenz, H. – Belief and Delusion: Their Common Origin but Different Course of Development – *Zygon* 18:117-37, 1983 (apud Jackson & Fulford, 1997a).
- Levin, J. S.; Chatters, L. M. – Religion, Health, and Psychological Well-being in Older Adults. *Journal of Aging and Health* 10: 504-31, 1998.

- Levin, J.S. – Age Differences in Mystical Experience - *Gerontologist* 33: 507-13, 1993.
- Lewis-Fernández, R – A Cultural Critique of the DSM-IV Dissociative Disorders Section – *Transcultural Psychiatry* 35: 387-400, 1998.
- Lewis-Fernández, R.; Kleinman, A. – Cultural Psychiatry: theoretical, clinical and research issues – *Psych Clin N Am* 18: 433-48, 1995.
- Lima, M.S.; Beria, J. U.; Tomasi, E.; Conceição, A. T.; Mari, J. J. - Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study - *Int J Psychiatry Med* 26: 211-22, 1996.
- Loewenstein, R. J. – Multiple Personality Disorder: Preface – *Psychiatric Clinics of North America* 14: 11-12, 1991.
- Lombroso, C. – *Hipnotismo e Mediunidade* – Rio de Janeiro. FEB, 1983 (1909).
- Lopes, J. L. – Psiquiatria e Antropologia – *Neurobiologia, Recife* 42: 3-12, 1979.
- Lotufo Neto, F. – *Psiquiatria e Religião: a Prevalência de Transtornos Mentais entre Ministros Religiosos* [tese livre-docência] - São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo, 1997.
- Lu, F. G.; Lukoff, D.; Turner, R. – Religious or Spiritual Problems. In: APA - *DSM-IV Sourcebook* - Washington DC. American Psychiatric Press, 1994.

- Ludermir, A. B.; Lewis, G. – Links Between Social Class and Common Mental Disorders in Northeast Brazil – *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36: 101-7, 2001.
- Ludermir, A. B.; Melo Filho, D. A. - Condições de Vida e Estrutura Ocupacional Associadas a Transtornos Mentais Comuns - *Rev Saúde Pública* 36: 213-21, 2002.
- Lukoff, D. – Transpersonal Perspectives on Manic Psychosis: creative, visionary, and mystical states – *Journal of Transpersonal Psychology* 20: 111-38, 1988.
- Lukoff, D.; Lu, F. G.; Turner, R. – Cultural Considerations in the Assessment and Treatment of Religious Problems – *Psych Clin N Am* 18:467-85, 1995.
- Lukoff, D.; Lu, F.; Tuner, R. – Toward a More Culturally Sensitive DSM-IV: Psychoreligious and Psychospiritual Problems – *J Nerv Ment Dis* 180: 673-682, 1992.
- Machado, U. - *Os Intelectuais e o Espiritismo. De Castro Alves a Machado de Assis*. Rio de Janeiro. Antares, 1993.
- Mari, J. J.; Williams, P. – A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the City of São Paulo – *Br J Psychiatry* 118:23-6, 1986.
- Martínez-Taboas, A. – Dissociative Experiences and Disorders: a review – *International Journal of Parapsychology* 12: 131-62, 2001.
- Martins, C.; Bastos, F. O. – Estado Atual de Psicoterapia no Brasil – *Boletim da Clínica Psiquiátrica* 2 (2): 49-53, 1963.

- Mcdowell, I.; Newell, C. – *Measuring Health: a guide to rating scales and questionnaires*. 2nd ed. New York. Oxford University Press, 1996.
- Melle, I.; Friis, S.; Hauff, E.; Vaglum, P. - Social Functioning of Patients With Schizophrenia in High-Income Welfare Societies - *Psychiatric Services* 51:223–8, 2000.
- Mellor, C. S. - The Present Status of First-Rank Symptoms - *Br J Psychiatry* 140: 423-4, 1982.
- Menezes, P. R.; Mann, A. H. - The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil - *Rev Saude Publica* 27: 340-9, 1993.
- Menezes, P. R.; Rodrigues, L. C.; Mann, A. H. - Predictors of clinical and social outcomes after hospitalization in schizophrenia - *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 247: 137-45, 1997.
- Miller, A. S.; Stark, R. – Gender and Religiousness: can socialization explanations be saved? *American Journal of Sociology* 107: 1399-423, 2002.
- Miller, L. J.; O'Connor, E.; DiPaquale, T. – Patients' Attitudes Toward Hallucinations – *Am J Psychiatry* 150: 584-8, 1993.
- Minayo, M. C. S. - *O Desafio do Conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec-Abrasco; 1993.
- Modestin, J.; Ebner, G.; Junghan, M.; Erni, T. – Dissociative Experiences and Dissociative Disorders in Acute Psychiatric Inpatients – *Comprehensive Psychiatry* 37: 335-61, 1996.

- Moreira-Almeida, A.; Almeida, A. A. S.; Lotufo Neto, F. - "History of Spiritist Madness in Brazil" - *History of Psychiatry* 16: 2005. (aprovado para publicação)
- Morrison, A. P.; Wells, A.; Nothard, S. - Cognitive and emotional predictors of predisposition to hallucinations in non-patients – *British Journal of Clinical Psychology* 41: 259-70, 2002.
- Mulhern, S. – Embodied Alternative Identities: bearing witness to a world that may have been - *Psych Clin N Am* 14:769-86, 1991.
- Munro, C.; Persinger, M. A. - Relative Right Temporal-lobe Theta Activity Correlates with Vingiano's Hemispheric Quotient and the "Sensed-Presence"- *Perceptual and Motor Skills* 75:899-903, 1992.
- Murphy, G.; Ballou, R. O. – *William James on Psychical Research* – New York. Viking Press, 1960.
- Myers, F. W. H. - *Human Personality and Its Survival of Bodily Death* - Charlottesville. Hampton Roads Publishing Company Inc; 2001(1903).
- Negro Jr, P. J. – *A Natureza da Dissociação: um Estudo sobre Experiências Dissociativas Associadas a Práticas Religiosas* [tese] – São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1999.
- Negro Jr, P. J.; Palladino-Negro, P.; Louzã, M. R. – Do Religious Mediumship Dissociative Experiences Conform to the Sociocognitive Theory of Dissociation? – *Journal of Trauma & Dissociation* 3: 51-73, 2002.

- Ng, B. – Phenomenology of Trance States Seen at a Psychiatric Hospital in Singapore: a cross-cultural perspective – *Transcultural Psychiatry* 37: 560-79, 2000.
- Ohayon, M. M - Prevalence of Hallucinations and their Pathological Associations in the General Population – *Psychiatry Research* 97:153-64, 2000.
- Oliveira, X. – *Espiritismo e Loucura* - Rio de Janeiro. A. Coelho Franco Filho, 1931.
- Oohashi, T.; Kawai, N; Honda, M; Nakamura, S; Morimoto, M.; Nishina, E.; Maekawa, T. - Electroencephalographic Measurement of Possession Trance in the Field - *Clinical Neurophysiology* 113: 435–45, 2002.
- Organização Mundial de Saúde – *Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10* - Porto Alegre. Artes Médicas, 1997.
- Oxman, T. E.; Rosenberg, S. D.; Schnurr, P. P.; Tucker, G. J.; Gala, G. – The Language of Altered States – *J Nerv Ment Dis* 176: 401-8, 1988.
- Pacheco e Silva, A. C. - A Higiene Mental e o Espiritismo. In: *Palavras de Psiquiatria*. São Paulo: s/ed., 1950.
- Pacheco e Silva, A. C. - O Espiritismo e as Doenças Mentais no Brasil - Separata dos *Anais Portugueses de Psiquiatria* 2:1-6, 1950a.
- Palhano Jr, L. – *Mirabelli* - Rio de Janeiro. CELD, 1994.
- Pargament, K. I.; Koenig, H. G.; Tarakeshwar, N.; Hahn, J. - Religious Coping Methods as Predictors of Psychological, Physical and Spiritual Outcomes among Medically Ill Elderly Patients: A Two-year Longitudinal Study - *Journal of Health Psychology* 9: 713–30, 2004.

- Patton, M. Q. - *Qualitative Evaluation and Research Methods* – London. Sage Publications; 1990.
- Pekala, R. J. – *The Phenomenology of Consciousness Inventory (PCI)* - West Chester, PA. Mid Atlantic Educational Institute, 1991.
- Pekala, R. J.; Cardeña, E – Methodological Issues in the Study of Altered States of Consciousness and Anomalous Experiences. In: Cardeña, E.; Lynn, S. J. Krippner, S. (editors) – *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence* - Washington DC. American Psychological Association, 2000.
- Perandrea, C. A. – *A Psicografia à Luz da Grafoscopia* - São Paulo. Editora Fé, 1991.
- Peres, J. F. P. - "Neurophysiologic basis of Memory Regression Therapy". In: *Proceedings of the I World Congress of Regression Therapy*; 2003 Jun 19-22; Rocjange, The Netherlands .
- Peres, J. F. P.; Newberg, A. B.; Cavini-Ferreira, R .C.; Nasello, A. G. - "Cerebral blood flow changes during retrieval of traumatic memories before and after psychotherapy: a SPECT study". In: *Proceedings of the European Association of Nuclear Medicine Annual Congress*; 2002 Aug 5-9; Napoli, Italy.
- Peres, J. F. P.; Newberg, A. B.; Cavini-Ferreira, R. C.; Nasello, A. G. - "Estados ampliados de consciência e imagens mentais como recursos para o tratamento de paciente com transtorno de disfunção sexual". Apresentado no *XX Congresso Brasileiro de Psiquiatria*; 2002a 16-9 Out; Florianópolis.

- Persinger, M. A. – Right Hemisphericity, Low Self-esteem, and Unusual Experiences: a Response to Vingiano – *Perceptual and Motor Skills* 75: 568-70, 1992.
- Pimentel, O. S. – *Em Torno do Espiritismo* [tese] – Rio de Janeiro. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1919.
- Platão – Apologia de Sócrates – In: *Os Pensadores: Sócrates*. São Paulo. Editora Nova Cultural, 1999.
- Posey, T. B.; Losch, M. E. - Auditory Hallucinations of Hearing Voices in 375 Normal Subjects - *Imagination, Cognition and Personality* 3: 99–113, 1983.
- Putnam, F. W.; Carlson, E. B.; Ross, C. A. et al. – Patterns of Dissociation in Clinical and Nonclinical Samples - *J Nerv Ment Dis* 184:673-9, 1996.
- Putnam, F. W.; Guroff, J. J.; Silberman, E. K. et al. – The Clinical Phenomenology of Multiple Personality Disorder: review of 100 recent cases - *J Clin Psychiatry* 47: 285-93, 1986.
- Putnam, F. W.; Noll, J.; Steinberg, M. - Dissociative Disorders Measures. In: APA - *Handbook of Psychiatric Measures* [CD-ROM] - Washington. American Psychiatric Association, 2000.
- Puttini, R. F. - *Medicina e Religião num Espaço Hospitalar Espírita* [tese] – Campinas. Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), 2004.
- Ramadam, Z. B. A. – Pós-graduação: um Investimento Estratégico – *Revista de Psiquiatria Clínica* 23/24: 46-50, 1996/7.

- Redko, C. – Religious Construction of a First Episode of Psychosis in Urban Brazil – *Transcultural Psychiatry* 40: 507-3, 2003.
- Regier, D. A.; Kaelber, C. T.; Rae, D. S.; Farmer, M. E.; Knauper, B.; Kessler, R. C.; Norquist, G. S. – Limitations of Diagnostic Criteria and Assessment Instruments for Mental Disorders - *Arch Gen Psychiatry* 55: 109-15, 1998.
- Ribas, J. C. – *As Fronteiras da Demonologia e da Psiquiatria* - São Paulo. Gráfica e Editora Edigraf, 1963.
- Ribeiro, L. e Campos, M. – *O Espiritismo no Brasil: contribuição ao seu estudo clínico e medico-legal* - São Paulo. Companhia Editora Nacional, 1931.
- Richeport, M. M. – The Interface Between Multiple Personality, Spirit Mediumship and Hypnosis - *Am J Clinical Hypnosis* 34: 168-77, 1992.
- Richet, C. – *Thirty Years of Psychical Research* – New York. Arno Press, 1975 (1923).
- Rieber, R. W. – The Duality of the Brain and the Multiplicity of Minds: can you have it both ways? – *History of Psychiatry* 13:3-17, 2002.
- Robinson, D. G.; Woerner, M. G.; McMeniman, M.; Mendelowitz, A.; Bilder, R. M. - Symptomatic and Functional Recovery From a First Episode of Schizophrenia or Schizoaffective Disorder – *Am J Psychiatry* 161: 473-9, 2004.
- Romme, M.; Escher, A. – Hearing Voices – *Schizophrenia Bulletin* 15: 209-16, 1989.

- Rose, R. – Psychiatry and the Popular Conception of Possession Among the Bangladeshis in London – *International Journal of Social Psychiatry* 43: 1-15, 1997.
- Ross, C. A.; Joshi, S. – Paranormal Experiences in the General Population. *J Nerv Ment Dis* 180:357-61, 1992.
- Ross, C. A.; Joshi, S. – Schneiderian Symptoms and Childhood Trauma in the General Population. *Comprehensive Psychiatry* 33:269-73, 1992a.
- Ross, C. A.; Heber, S.; Norton, G.R. et al – The Dissociative Disorders Interview Schedule: A Structured Interview - *Dissociation* 2:169-89, 1989b.
- Ross, C. A.; Heber, S.; Norton, R.; Anderson, G. – Differences between Multiple Personality Disorder and Other Diagnostic Groups on Structured Interview - *J Nerv Ment Dis* 177: 487-91, 1989a.
- Ross, C. A.; Joshi, S. & Currie, R – Dissociative Experiences in the General Population - *Am J Psychiatry* 147: 1547-52, 1990a.
- Ross, C. A.; Miller, S D.; Reagor, P.; Bjornson, L.; Fraser, G A.; Anderson, G. – Structured Interview Data of Multiple Personality Disorder from Four Centers - *Am J Psychiatry* 147: 596-601, 1990b.
- Ross, C. et. al. - Differentiating Multiple Personality Disorder and Dissociative Disorder Not Otherwise Specified - *Dissociation* 5: 87-90, 1992.
- Rubin, H. J.; Rubin, I. S. – *Qualitative Interviewing: the art of hearing data*. Sage Publications, 1995.
- Sackett, D.; Haynes, R.B.; Tugwell, P. – *Clinical Epidemiology: a Basic Science for Clinical Medicine* – Boston. Little Brown, 1985.

- Sadler, J. Z.; Hulgus, J. F.; Agich, G. J. – Hindsight, Foresight, and Having It Both Ways: a rejoinder to R. L. Spitzer – *J Nerv Ment Dis* 189:493-7, 2001.
- Santos, J. L. - *Espiritismo. Uma religião brasileira* - São Paulo. Moderna, 1997.
- Sartorius, N.; Jablensky, A.; Korten, A. et al. – Early Manifestation and First-Contact Incidence of Schizophrenia in Different Cultures - *Psychological Medicine* 16: 909-28, 1986.
- Schneider, K. – *Klinische Psychopathologie*, 12th ed – Stuttgart. Georg Thieme Verlag, 1980.
- Schuldberg, D.; Quinlan, D. M.; Glazer, W. – Positive and Negative Symptoms and Adjustment in Severely Mentally Ill Outpatients – *Psychiatry Research* 85: 177-88, 1999.
- Schultz, R.; Braun, B. G.; Kluft, R. P. – Multiple Personality Disorder: Phenomenology of Selected Variables in Comparison to major Depression - *Dissociation* 2: 45-51, 1989.
- Schultz, S. K.; Andreasen, N. C. – Schizophrenia – *Lancet* 353: 1425-30, 1999.
- Scwartz, G. E.; Geoffrion, S.; Jain, S.; Lewis, S.; Russek, L. G. – Evidence of Anomalous Information Retrieval Between Two Mediums: replication in a double-blind design – *Journal of the Society for Psychical Research* 67: 115-30, 2003.
- Sidgwick, H. – Report on the Census of Hallucinations – Proceedings of the Society for Psychical Research 10:25-252, 1894. (Apud Berios, 1996)

- Sims, A. – “Psyche” – Spirit as well Mind ? – *Br J Psychiatry* 165:441-6, 1994.
- Sims, A. – Commentary on “Spiritual Experience and Psychopathology” – *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 4: 79-81, 1997.
- Sims, A. - *Symptoms in the Mind* – London. Ballière Tindall, 1988.
- Singh, S. P.; Burns, T.; Amim, S.; Jones, P. B.; Harrison, G. - Acute and Transient Psychotic Disorders: Precursors, Epidemiology, Course and Outcome – *Br J Psychiatry* 185: 452-9, 2004.
- Sloan, R. P.; Bagiella, E.; Powell, T. – Religion, Spirituality and Medicine – *Lancet* 353: 664-7, 1999.
- Sonenreich, C.; Bassit, W. – *O Conceito de Psicopatologia* – São Paulo. Manole, 1979.
- Souto Maior, M. – *As Vidas de Chico Xavier* - 2ª ed. São Paulo. Editora Planeta, 2003.
- Souza, D. S.; Deitos, T. F. H. – Terapia Espírita em Hospitais Psiquiátricos (Brasil) - *Rev Assoc Bras Psiq* (São Paulo) 2: 190-4, 1980.
- Spitzer, R. L. – Diagnosis and Need for Treatment Are Not the Same – *Arch Gen Psychiatry* 55: 120, 1998.
- Spitzer, R. L. – Values and assumptions in the Development of DSM-II and DSM-III-R: an insider’s perspective and a belated response to Sadler, Hulgus, and Agich’s “On Values in Recent American Psychiatric Classification” – *J Nerv Ment Dis* 189: 351-9, 2001.

- Springer, K. W.; Sheridan, J.; Kuo, D. & Carnes, M. - The Long-term Health Outcomes of Childhood Abuse. *Journal of General Internal Medicine* 18: 864-70, 2003.
- Steinberg, M. – *Handbook for the Assessment of Dissociation* - Washington DC. American Psychiatric Press, 1995.
- Stevenson, I. – Do We Need a New Word to Supplement “Hallucination”? – *Am J Psychiatry* 140:1609-11, 1983.
- Stevenson, I. – Research into the Evidence of Man’s Survival After Death – *J Nerv Ment Dis* 165:152-70, 1977.
- Stevenson, I. – Six Modern Apparitional Experiences – *Journal of Scientific Exploration* 9: 351-66, 1995.
- Stevenson, I. – *Xenoglossy: a review and report of a case* - Charlottesville. The University Press of Virginia, 1974.
- Strauss, J.S. - Hallucinations and Delusions as Points on Continua Function. Rating scale evidence - *Arch Gen Psychiatry* 21: 581-6, 1969.
- Susser, E.; Wanderling, J. – Epidemiology of Nonaffective Acute Remitting Psychosis vs Schizophrenia: Sex and Sociocultural Setting – *Arch Gen Psychiatry* 51:294-301, 1994.
- Tart, C. T. – States of Consciousness and State-Specific Sciences – *Science* 176: 1203-10, 1972.
- Tart, C. T. – *States of Consciousness* – Lincoln. Authors Guild Backprint.com Edition, 2000 (1983).
- Taylor, S. J.; Bogdan, R. – *Introduction to Qualitative Research Methods* - John Wiley & Sons Inc, 1998

- Teixeira, J. R. – *Diretrizes de Segurança* - Rio de Janeiro, Editora Fráter, 1990.
- Tien, A. Y. – Distribution of Hallucinations in the Population – *Social Psychiatry Epidemiology* 26:287-92, 1991. (Apud Bentall, 2000)
- Trnka, P. – The Subjectivity and values in Medicine: the case of Canguilhem – *Journal of Medicine and Philosophy* 28: 427-46, 2003.
- Tsemberis, S.; Stefancic, A. – The Role of an Espiritista in the Treatment of a Homeless, Mentally Ill Hispanic Man – *Psychiatric Services* 51: 1572-4, 2000.
- Turato, E. R. – *Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa* – Petrópolis. Vozes, 2003.
- Turner, R. P.; Lukoff, D.; Barnhouse, R. T.; Lu, F. G. – Religious or Spiritual Problem – *J Nerv Ment Dis* 183: 435-44, 1995.
- Turner, T. H. - Long Term Outcome of Treating Schizophrenia: Antipsychotics probably help - but we badly need more long term studies – *BMJ* 329: 1058-9, 2004.
- van der Kolk, B. A.; van der Hart, O. – Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma – *Am J Psychiatry* 146: 1530-40, 1989.
- van Os, J.; Hanseen, M.; Bijl, R. V.; Ravelli, A. - Strauss (1969) Revisited: a psychosis continuum in the general population? – *Schizophrenia Research* 45: 11-20, 2000.
- van Praag, H. M. – Reconquest of the Subjective: against the waning of psychiatric diagnosing – *Br J Psychiatry* 160: 266-71, 1992.

- Vandermeersch, P. – The Victory of Psychiatry over Demonology: the origin of the nineteenth-century myth – *History of Psychiatry* 2: 351-63, 1991.
- Varma, V. K.; Bouri, M.; Wig, N. N. – Multiple Personality in India: Comparison with Hysterical Possession State - *Am J Psychotherapy* 35: 113-20, 1981.
- Volcan, S. M. A.; Sousa, P. L. R.; Mari, J. R.; Horta, B. L. - Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal - *Rev Saúde Pública* 37:440-5, 2003
- Waddington, D. – “Socrates’ Symptom” – *Br J Psychiatry* 161: 424-5, 1992.
- Ward, C. – Thaipusam in Malaysia: a Psycho-Anthropological Analysis of Ritual Trance, Ceremonial Possession and Self Mortification Practices – *Ethos* 12: 307-34, 1984.
- Watson, J. P. – Aspects of Personal Meaning in Schizophrenia. In: Shepered, E.; Watson, J. P. (eds) - *Personal Meanings* – London. John Wiley, 1982 (apud, Jackson & Fulford, 1997a).
- Weaver, A. J.; Samford, J. A.; Larson, D. B. et al – A Systematic Review of Research on Religion in Four Major Psychiatric Journals: 1991-1995 – *J Nerv Ment Dis* 186:187-9, 1998.
- Weissman, M. M. – Social Adjustment Scale (SAS). In: APA - *Handbook of Psychiatric Measures* [CD-ROM] – Washington. American Psychiatric Association, 2000.
- Weissman, M. M. et al. - Brief Screening For Family Psychiatric History: The Family History Screen - *Arch Gen Psychiatry* 57: 675-82, 2000.

- Weissman, M. M.; Bothwell, S. – Assessment of Social Adjustment by Patient Self-report. *Arch Gen Psychiatry* 33: 1111-5, 1976.
- Weissman, M. M.; Prusoff, B. A.; Thompson, W. D.; Harding, P. S.; Myers, J. K. – Social Adjustment by Self-Report in a Community Sample and in Psychiatric Outpatients – *J Nerv Ment Dis* 166: 317-26, 1978.
- WHO – *SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* – Geneva. World Health Organization, 1992.
- WHO – *Scan Glossary* – Geneva. World Health Organization, 1992a.
- WHO - Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). In: *APA - Handbook of Psychiatric Measures* [CD-ROM] – Washington. American Psychiatric Association, 2000.
- Wilber, K. – The Pre/Trans Fallacy – *Re-Vision* 2: 51-72, 1980 (apud, Jackson & Fulford, 1997a).
- Wing, J. K.; Cooper, J.E.; Sartorius, N. - *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms* – London. Cambridge University Press, 1974.
- Wing, J. K.; Babor, T., Brugha, T. et al – SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry – *Arch Gen Psychiatry* 47: 589-93, 1990.
- Yargıç, L. I.; Sar, V.; Tutkun, H.; Alyanak, B. – Comparison of Dissociative Identity Disorder with Other Diagnostic Groups Using a Structured Interview in Turkey - *Comprehensive Psychiatry* 39: 345-51, 1998.
- Young, H. F., Bentall, R. P., Slade, P. D.; Dewey, M. E. - Disposition Towards Hallucination, Gender and EPQ Scores: a brief report. *Personality and Individual Differences* 7: 247–9, 1986.

Zingrone, N. L. – Images of Woman as Medium: power, pathology and passivity in the Writings of Frederic Marvin and Cesare Lombroso – In: Coly, L.; White, R. A. (Eds.) - *Women and Parapsychology* - New York. Parapsychology Foundation Inc, 1994. p. 90-123.

Aprovado para publicação: **History of Psychiatry** v.16 n.1, 2005

History of “Spiritist Madness” in Brazil

Alexander Moreira-Almeida¹
Angélica A. Silva de Almeida²
Francisco Lotufo Neto¹

1 Department and Institute of Psychiatry – University of São Paulo

2 Department of History – University of Campinas (Unicamp)

Abstract

Spiritism is widely accepted in Brazil, influencing psychiatric practice specially through religious oriented hospitals. During the first half of the twentieth century it was considered an important cause of mental illness. “Spiritist Madness” opinions as written by the most preeminent psychiatrists of the time were reviewed. A critical evaluation of those opinions was done through an analysis of the epistemological factors that have contributed to the conflict between medicine and spiritism, objections dealing with the appropriateness of the methods used in the debates, and the faulty associations and causal relationships.

1. Introduction

Throughout the last century, the psychiatric community adopted different conducts face the so-called mediumistic experiences. Although such experiences are ancient and exist in every culture, well-controlled studies on the subject are scarce. Nowadays, psychiatry considers mediumship experiences culturally related, non-pathological in most cases, even contributing to psychological development and well-being (Grof, 1989; Lukoff, 1992; Cardeña, 2000). However, the standpoint assumed by the majority of international psychiatric society in the first half of the twentieth century quite differed. Mediumistic practices were taken as serious threats to the population’s mental health and should be contended, making use of arrests and hospitalizations.

The historical study of the “Spiritist Madness” in Brazil is a privileged opportunity to analyze the relation between psychiatry and mediumship. That is due to the fact that it fuses two essential elements to the endurance of the conflict: a flourishing psychiatric society under strong European influence, and dissemination of religions based on mediumistic practices (Spiritism and Afro-Brazilian religions, such as *Umbanda* and *Candomblé*).

This study presents the description and analysis of Brazilian psychiatry standpoint with regard to Spiritism in the first half of the twentieth century, time when debates on the subject were most intense.

2. Spiritism

In the second half of the nineteenth century a general interest for spirituality spread over the Western countries, especially for mediumistic phenomena. It became a heterogeneous social movement that shared the belief in the existence and survival of spirits after death, and in their communication with the living ones, known as “modern spiritualism” (Doyle, 1975; Braude, 1989; Trimble, 1995).

In 1855, in France, an intellectual called Hippolyte-Léon Denizard Rivail, pseudonymously called Allan Kardec, intended to perform a scientific investigation on supposed manifestation of spirits. Once convinced of the veraciousness of the phenomena, he aimed to develop a method to obtain valid knowledge from spirits communication. After comparing and analyzing the answers obtained through mediums from different countries, Kardec organized the information, in 1857, in one and only theory. The resulting philosophy he called “Spiritism,” or “Spiritist Doctrine” (Kardec, 1994), defined as “a science which deals with the nature, origin and destiny of Spirits, as well as their relationship with the corporeal world” (Kardec, 1995). Kardec regarded Spiritism as a science and philosophy with moral implications essentially, and not as a religion, as usually associated to.

Spiritism adopts a dualistic concept of the human being. It postulates that we are, essentially, immortal spirits that temporarily inhabit physical bodies for several necessary incarnations on account of moral and intellectual improvement. It also implies the possibility of beneficent or maleficent influence of the spirits over the incarnate human. In case of maleficent influence, it is called ‘obsession’ and could be the reason of mental unbalances, also in cases of “madness” (Kardec, 1995).

In the end of the nineteenth century, Spiritism was introduced in Brazil and became prominent from its religious aspect, basically. It outspread especially among the urban middle class, but its practice and world views reached far more than the statistically declared believers. Today, although the Brazilian population is mostly Catholic, Brazil is the country where Spiritism has reached its widest popularity in the world (Aubrée & Laplantine, 1990; Machado, 1993; Camazio, 1994; Santos, 1997).

3. Historical Context

In the first half of the twentieth century, important transformation and serious times challenged Brazil: slavery was abolished in 1888, and the Republic was declared in 1889, replacing monarchy. There was a significant flow of immigrants in the country, especially European people, to replace slave work force and to enhance “whitening” the population. A process of accelerated and uncontrolled urbanization intensified, causing serious social and sanitary problems (Fausto, 1999).

The prevailing ideology was Positivism of French origin, characterized by ideals of modernity, order, progress, and rationality. Brazilian psychiatric community initiated its structure, keeping close contact with French and German psychiatry. Principles of

eugenics and mental hygiene encouraged psychiatrists who intended to collaborate creating a prosperous, modern and healthy nation.

"We want physically and mentally strong people (...). We must eugenize the Brazilian, select Arian type who seek us, escape infiltration of new doses of Mongolic blood (...)"

"(...) Restrain perpetuation of deteriorating stirpes, avoid the procreation of individuals in poor health, whose offspring are presumably inferior, is undeniably a significant step towards solving social problems" (Pacheco e Silva, 1934).

Under the influence of Mental Hygiene, to the idea that all mental illness has organic matrix able of hereditary transmission, was added the possibility of social origin of madness, able to start up mental disturbances manifestation in collective scale. Alcoholism, extreme poverty, ignorance, started being regarded as possible triggers of madness. From then on, the desire and sense of duty to normalize the social arose. The "normal" person, the "healthy" individual became the primordial object of the physicians, as an attempt to inhibit madness.

"The practice of their (physicians') profession make them penetrate all levels of society, (...) and only they can observe, which gives them a position of extreme privilege in regard to unfolding social problems."

"That is the reason why physicians who study social factors and their relation to medicine and hygiene must be taken in consideration, because it is their duty to establish essential postulates to improve the conditions of physiological misery, and, why not say moral misery, in which less skilled levels of the country population live". (Pacheco e Silva, 1934).

"The physician holds the main role in employing such program, and he should count on every main organization help, on the reunion of professors, clergy, militaries and all those who hold deep roots in society". (Pacheco e Silva, 1934).

In 1923, psychiatrists founded the Brazilian League of Mental Hygiene. Two years later, they founded the Brazilian Archives of Mental Hygiene, an organization that would spread their ideas. Its goal was to widen and sprout the ideals of mental health (Liga, 1925; Costa, 1976).

4. Spiritism as Cause of Madness

4.1. Impact of Spiritist Practices

Since its very beginning, psychic practice was attacked as being the cause of psychopathology in the combat against Spiritism. In 1858, one year after the rise of Spiritism with the publication of "The Spirits' Book," stories of "alienated" people who lost reason during spiritualistic practice are found in Europe (Kardec, 1858). In 1859, Dr. Décambre, a member of the Academy of Medicine of Paris, published a critique of Spiritism, and by 1863 reports were circulating about cases of insanity caused by Spiritism (Hess, 1991).

Such viewpoints remained in Europe until the following century. Several case reports were written at the *Société de Psychiatrie de Paris* (Lévy-Valensi & Boudon, 1908; Janet, 1909; Dupoy, 1913; Lévy-Valensi & Genil-Perrin, 1913; Lévy-Valensi, Picard, Sonn, 1928; Leroy & Pottier, 1931) and at the *Société Médico-Psychologique de*

Paris (Ballet & Dheur, 1903; Schiff, 1926; Lévy-Valensi & Ey, 1931; Claude & Cantacuzene, 1936). Also articles (Lévy-Valensi, 1910; Wimmer, 1923), books (Vigouroux & Juquelier, 1905) and theses (Duhem, 1904) were written about the noxious action of Spiritism. Such ideas strongly influenced Brazilian psychiatrists, as shown in revisions made by Leonídio Ribeiro² in 1931, Henrique Roxo³ in 1936 and Pacheco e Silva⁴ in 1950, where several European authors and publications are pointed out.

Already in 1896 two important physicians, Franco da Rocha⁵ and Nina Rodrigues⁶, published important works on the issues related to spiritist practice in Brazil. Franco da Rocha (1896) in his yearly report of 1895 to the *Hospício de Alienados de São Paulo* declared that Spiritism was an increasing cause of madness.

In the twentieth century, conferences, publications and theses on the harmful nature of Spiritism boomed in the schools of medicine (Pimentel, 1919; Guimarães Filho, 1926; Marques, 1929; Cavalcanti, 1936). The discourse became progressively radical (Giumbelli, 1997).

Afrânio Peixoto⁷ (1931) explained that “from my observation I have concluded that spiritist groups are laboratories of collective hysteria” that could lead the believer to “crime and hospitalization”.

In 1909 there was a conference at the Medicine Society of Rio de Janeiro on the “Dangers of Spiritism”. There, a physician who declared himself “Roman Catholic” said that “hospitals of the insanes” were “always populated by victims of Spiritism”. However, after the discussion the group decided that there was no need to take measures against Spiritism (Correio, 1939).

The same Society retrieved the subject in 1927, calling it the “Spiritism Problem.” Leonídio Ribeiro (1931) was the main person of the movement, who made a speech on anti-Spiritism. He declared that 50% of the patients he assessed in the Police Legal Medicine Department were presumably mentally ill had the initial onset of symptoms “of madness when they were practicing Spiritism”. After the final discussion, they approved the suggestion of creating a committee that should analyze the subject and organize “laws that interdict such destructive practice.” An “Inquiry among Brazilian specialists” was made instead of pursuing scientific investigation of the facts. None of those “specialists” had done scientific research on the subject, they simply reiterated opinions. A questionnaire was sent to twelve authorities (eleven physicians and one engineer)⁸ in Rio de Janeiro and São Paulo, consisting of four interpellations:

1. Do you think the so-called spiritist phenomena comprise scientific basis?
2. Are you aware of facts or experiences that support Spiritism scientifically?
3. Does the practice of Spiritism cause impairment to the person's mental health?
4. Does the abusive practice of healing through Spiritism compromise public health?

The consensual answer to the inquiry was basically that Spiritism was harmful, especially triggering psychopathology to those with predisposition to it. Most likely that was the first survey on “Expert Consensus” in Brazil.

Xavier de Oliveira⁹ (1931) stated that in the time frame of 12 years, 9,4% out of a total of 18,281 patients hospitalized in the Psychiatric Clinic of the University of Rio

de Janeiro “suffered psychosis caused only and exclusively by Spiritism.” That should be the third main reason of “mental estrangement,” behind alcohol and syphilis only.

Besides being considered “manufacture of insane individuals”, Spiritism was also dangerous, because it induced crime and was a substantial source of charlatanry.

Spiritists, the practitioners of Spiritism, offered unpaid treatment, which was based on “*passes*” (laying-on of hands), prayers and disobsession¹⁰. Prescriptions of homeopathy¹¹ were also commonly distributed. Such practices were severely criticized by physicians, who considered them charlatanry and illegal practice of medicine (Pimentel, 1919; Ribeiro e Campos, 1931; Ribeiro, 1942, 1967). The population generally sought the so-called Spiritist treatment. Several physicians and shamans called themselves Spiritist in order to attract clients and often advertised miraculous treatment. Spiritist followers criticized those pseudo-Spiritist clinicians who misused the term Spiritism commercially (Ferreira, 1946).

Spiritist practices were also criticized for inducing suicide (Caldas, 1929), sexual abuse (Peixoto, 1909), homicide and family disunion (Ribeiro e Campos, 1931; Oliveira, 1931). Pacheco e Silva (1936) warned that: “Blood crimes occur astounding repeatedly in São Paulo. Looking for the reason to it, one notices that there are three main causes: alcoholism, Spiritism and low charlatanry.”

In scientific publications, expression of physicians against the predominant conception on “Spiritist Madness” are scarce. For this review only three dissonant articles were found (Pernambuco, 1927; Cesar, 1941 and 1942). Such position is more frequently identified in lay publications, especially in newspapers, as it will be described in section 5.3.

4.2. Clinical types: Spiritopathy, Mediumnopathy, Episodic Spiritist Delusion...

Despite the consensus on the pathogenic aspect of Spiritism, there were divergences on the clinical outcome. The great majority believed that it would trigger already known and scientifically described mental diseases, but these would present Spiritist nuance.

According to Xavier de Oliveira (1931), “spiritopathy is a delusional mental syndrome with Spiritist causes. It is frequently identified in individuals victimized by the nervous system, namely hysteroid, schizoid, or, before that, hystero-schizoid – who devote themselves to the study, the belief or the practice of Spiritism.” He denies episodes of true hallucination, but effects of suggestion only.

On the other hand, Roxo (1938) created a new diagnostic classification called “Episodic Spiritist Delusion.” He presented it in a conference in Paris in 1936 under the appreciation of George Dumas (1938a) and was described as an aspect of “typical states of degeneration,” characterized basically by auditive and synesthetic hallucinations with secondary delusions that appeared after participating in Spiritist seances. The typical sign was inversion of oculocardiac reflex, what should characterize “sympathicotonia.” The author vindicated the need of a new diagnostic classification after presenting an extensive and erudite literature review on differential diagnosis with schizophrenia, paraphrenia and manic-depressive psychosis. Supposedly it was a disease of common occurrence, reaching 5-10% of psychiatric hospitalization. He also emphasized that the individuals did not present mental

disease or disorder before attending Spiritist ceremonies. “Infrequently the person was ill before Spiritism.” Roxo even developed a “100% efficient treatment”: intravenous atropine valerianate 0,25mg/cm³. It should have sedative effect on hysteria and “stimulate constriction of brain blood vessels causing ischemia in temporo-esphenoidal and occipital lobes, resulting the disappearance of visual and auditory hallucinations” (Roxo, 1928).

In most cases, it was enough that the patient, usually those who presented some kind of psychosis, mentioned spirits, or expressed interest or participation in mediumistic religions, to be considered a kind of spiritist madness (Rocha, 1896; Guimarães Filho, 1926; Marques, 1929; Ribeiro e Campos, 1931).

4.3. *Ethiopathogeny of “Spiritist Madness”*

Despite controversy on the subject, hysteria was essentially involved in the explanation about the pathogenic mechanism of Spiritism, because through suggestion it caused split in psychogenic processes with mental automatism. Such split could become permanent, growing into hallucination and delusion. The majority of the victims of Spiritism were those who presented some kind of psychopathologic predisposition. However, many of those individuals could be kept on the edge of normality were they not repeatedly exposed to emotional distress (such as the Spiritist seance). In fact, the recurrent impact caused by attending several Spiritist sessions could induce anyone to madness.

Mediums were seen as ignorant, “individuals of neuropathic constitution and vulnerable, simple-minded mentally impaired (...) of hiperemotive, schizoid, hysterical or mythomaniac constitution (Pacheco e Silva, 1950).

Franco da Rocha (1896):

“As regards neuropaths, with predisposition, joined in a poorly lighted room, everybody in silence, intense emotional state, no wonder the consequences. The emotional state, the collective excitement, and surrounding modifications evoke, especially in women, hysterical outbreaks, and the abnormalities go even beyond – to complete loss of reason.”

“Between unfortunates who have been victims of Spiritism, I have noticed that the most common sort of perturbation is usually mania, in transitory outbursts. Some individuals show partial systematized delusion (typical of degenerated ones).”

Nina Rodrigues (1935) made an exhaustive research on types of Afro-Brazilian mediumistic trance. Entangling them in Spiritism, he considered them all (and following Pierre Janet) outcome of hysterical phenomena, allowed by the “extreme neuropathic or hysterical” and “profoundly superstitious” personality of the Negro.

“Sexual complex stimulates the quasi totality of mediums I have observed” (Oliveira, 1931).

Professor Henrique Roxo supported that Spiritism could bring any individual, with or without predisposition, who participated in its sessions to madness. He considered the “Episodic Spiritist Delusion” very current, responsible for 10% of psychiatric hospitalization (Roxo, 1938).

Pacheco e Silva (1950) maintained that “Spiritism acts preeminently from proneness, aggravating an already existing psychosis or stimulating latent mental disturbances to an individual of psychopathic constitution.” “There are also those cases that individuals of hiperemotive, schizoid, hysterical or mythomaniac constitution, who showed themselves compatible to the social environment despite some previous abnormal behavior, became completely disturbed after dedicating themselves to Spiritism. They needed immediate hospitalization, for sensorial irregularity would come out, followed by extremely perilous morbid behavior.”

4.4. Prophylaxis of “Spiritist Madness”

Campaign against Spiritism followed the investigation of the psychiatrists. The movement involved requirements of closing the Spiritist groups, distrusting Spiritist publications, campaign to “explain the dangers of Spiritism”, and claim to apply the penal code that condemned Spiritist practice:

“Art. 157. Practice of Spiritism, sorcery and derivative practices, the use of talismans and divination through cards reading, to evoke feelings of love or hatred, to assure healing of curable or incurable illnesses, in all, to fascinate and subjugate public credulity. (...)”

1st par. If, by influence or consequence of any of those means the patient becomes deprived or altered, temporary or permanently, of psychogenic faculties. (...)”¹²

Several distinguished psychiatrists discussed the subject and suggested hard measures. Xavier de Oliveira put forward: “The Mediums’ Book” by Allan Kardec is the cocaine of nervous enfeebled individuals (...) and with one aggravation: it is cheaper, reachable and for those reasons takes a lot more people to hospitalization than “devil’s powder”(...) The hygiene and prophylaxis rely exclusively on burning all Spiritist books and shutdown of *candomblés*, high, medium and low, that, for now, infest Rio de Janeiro, Brazil and the entire western part of the world” (Oliveira, 1931).

Leonídio Ribeiro and Murilo de Campos (1931) declared necessary forming an alliance with public authorities in order to inhibit those practices severely, that “have devastated humankind in a madness epidemic.” Afranio Peixoto warned, in the foreword of that book: “Public authorities cannot be insensible to a nervous downfall, to alienation of those whom they should protect or defend (...)”.

Henrique Belford Roxo (1938) stated that “as measure of mental prophylaxis sessions of non-scientific Spiritism must be prohibited (...)”.

In 1936, Spiritist centers in France were also forbid to function as prophylactic measure against spiritist delusions (Claude & Cantacuzene, 1936).

4.5. Spiritists’ Reaction

Spiritists themselves replied the criticism asking in a very precise way in most cases, the method psychiatrists used to get to such conclusions. Carlos Imbassahy (1949) in his book “Spiritism and Madness” was one of the Spiritists who presented fairly reasonable arguments. He questioned the psychiatrists’ lack of knowledge about Spiritism, the unscrupulous data collection, arbitrary conclusions and dogmatism:

"(...) what is most astonishing is to see those who have less knowledge about the subject discussing it. And they disclose their ideas as if they were dogmas (...). There is no process of verification.

(...) to call centers the dunghill they went, and Spiritism the practices they allege to know, is like calling diamonds and rocks the same.

They talk a lot about the assistants' sanity. (...) They escape the arguments, because that's about a professional case and thus, their word is sufficient evidence.

(...) some statistics, no one knows how they were collected, and they present them to us, showing victoriousness, a big array of mad people due to Spiritism.

Well, what happens is: almost every disturbed individual seeks Spiritism after having been to medical consultations and health institutions. (...) That is computed. There is someone who has "hallucinations" and sees spirits, even not knowing Spiritist doctrine (...) The doctor writes it down, (...) that's computed to Spiritism (...)

Without the studies, theory and practice of the Spiritist sessions, experts of psychiatry would never be able to indicate a probable disturbing cause of the environment and ways to extinguish it. (...) And if they can't tell, there is only one choice – to extinguish it all."

Inácio Ferreira (1946), a psychiatrist who ran a Spiritist psychiatric hospital, published a book that confronted the criticism from the psychiatric community. His premises followed the above mentioned direction and added that several physicians were against Spiritism because of personal reasons (religious or financial).

Even Allan Kardec, in his time, commented the subject several times:

"The primary cause of madness is organic brain predisposition and it makes the brain more or less susceptible to certain impressions. Madness predisposition, once existing will assume the main focus, (...) and it could be the preoccupation of Spirits, such as of God, angels, evil, fortune, power, a science (...)." (Kardec, 1994).

Kardec wrote a comment on a research conducted by a physician from Lyon, France, where six cases of madness due to Spiritist practice were described:

"It goes against the most basic principles of reasoning to take general conclusion of the matter from a few isolated cases which can be disclosed by other cases. (...) You say you have followed six cases. (...) But what can it prove? Had you followed two or three times more than that, still nothing could be proven, as long as the total amount of mad people does not reach an average. Let's take an average of 1,000, which is a round number. (...) Had the average grown to 1,200 since the beginning of propagation of Spiritist ideas, for instance, and the difference were the cases of Spiritist madness precisely. That would be another situation. However, as long as one cannot prove that the average of disturbed people has increased due to Spiritism influence, the description of a few isolated cases proves nothing besides intention to disbelieve Spiritist ideas and disturb the general opinion Police" (Kardec, 1863).

5. *Epistemological factors that may have contributed to the conflict between Medicine and Spiritism*

5.1 *Cultural Insensibility*

Those discussions came to Brazil and culminated in the first half of the twentieth century. Psychiatry was arduously becoming a science. Following the Positivist stream of the time, its principles supported impartiality of scientific task. Assertions of psychiatry supposedly came from careful and impartial analysis of facts that should clearly elicit the evil consequences of Spiritism. Authors emphasized that any sort of prejudice did not drive them. They only and solely based their argumentation on scientifically proven cases (Ribeiro e Campos, 1931). However, not infrequently did psychiatrists present statements from psychiatric authorities, or statistics on the frequency of Spiritist madness as “proofs” of their concepts. Those statistics rarely included precise definition of what “Spiritist madness” was, and the methods employed to collect data. Usually, the statistics presented statements like the following: “according to the irrefutable testimony of so many personalities of science, both national and foreign, indicating the dangers of Spiritism, face numerous cases registered daily, (...) it is fair to adopt measures of mental hygiene that hinder those practices (...)” (Pacheco e Silva, 1950).

Psychiatrists had difficulties to accept that there is no atheoretical conclusion, and “all observation implies interpretation based upon theoretical knowledge.” They could not recognize the influence of their own beliefs and personal desires in their investigation. Popper (1995) advised: “In searching for the truth, it may be our best plan to start by criticizing our most cherished beliefs”. Two elements must have played a role in the psychiatrists’ viewpoint. First, the intellectual group of Brazil attempted to create a “modern nation” of Eurocentric basis. So, it was necessary to fight all creed and barbarous, primitive practices (Bosh, 1931; Pacheco e Silva, 1960). The beginning and broad expansion of Spiritist practice were seen as an important menace to this country-to-be. The second factor was the religious principle of psychiatrists. They were mostly Catholic or materialist and for either one, Spiritism was an enemy that should be overcome.

Some psychiatrists postulated that Catholicism worked preventively over suicide and madness, in opposition to other religions. According to Xavier de Oliveira, at church “where one believes in everything and with no hesitation” there was no margin for “questioning and interpretation that, in other religion and particularly in Spiritism, lead to doubt, fixed idea, obsession, anguish and madness” (Oliveira, 1931).

When Carlos Seidl, sanitarian, answered the “Inquiry among Brazilian specialists,” he stated that Spiritist practice should be condemned “because my Catholic principle does not admit it” (Ribeiro e Campos, 1931).

In a conference about suicide, Mirandolino Caldas (1929), general secretary of the Brazilian League of Mental Hygiene, explained the destructive influence of Spiritism “while Jewish and Catholicism, on the contrary, act first and foremost neutralizing self-destructive tendencies.”

Roxo (1938) affirmed that Spiritism was for uneducated people who in suffering “seek Spiritist ceremony instead of going to a doctor or a preacher.”

Still in 1957 Prof. Pacheco e Silva supported the Church's combat against the proliferation of Spiritist groups in Brazil.

5.2 *Manifest Truth, Authoritarianism and Paradigm Adherence*

Thomas Kuhn (1970) emphasized that once a hegemonic paradigm having been reached, scientists fasten to it and become considerably resistant, sometimes indefinitely, to accepting changes. That is a fundamental aspect to the improvement of a paradigm, but it sometimes unfolds severe resistance to scientific revolution.

Karl Popper, philosopher, demonstrated major concern in the combat against authoritarianism, which often bonds to the doctrine that truth is manifest. The theory originated in Ancient Greece, but Descartes and Francis Bacon developed the modern concept of it: that impersonal and cautious analysis of a fact naturally leads to the truth. Mistakes derive from prejudice, from incapability to analyze, or from social strain to keep one in state of ignorance. That perspective would finally lead to authoritarianism and intolerance, because if manifest truth does not prevail, that means it was maliciously suppressed. He stated: "This false epistemology, however, has also led to disastrous consequences. The theory that that truth is manifest – that it is there for everyone to see, if only he wants to see it – this theory is the basis of almost every kind of fanaticism. For only the most depraved wickedness can refuse to see the manifest truth, only those who have reason to fear truth conspire to suppress it" (Popper, 1995). On what concerns authoritarianism, it emerges from a permanent need of authority, almost daily, to determine what should manifest truth be at that moment. That is necessary because generally speaking, truth is not manifest.

To us, that seemed to be the case in the timeframe we studied.

In the psychiatrists' statements, two explanations to Spiritists' non-perception of how mistaken Spiritism was, are evident: financial interests, or mental and intellectual deficiency. In his doctoral dissertation with honorable mention at the School of Medicine of Rio de Janeiro, Pimentel (1919) wrote about Spiritism and concluded that Spiritist medium is a bluffer or "a negligent, a deviant, an ill person who must be taken to a hospital of insane and start medical treatment with specialists." Leonídio Ribeiro (1967) used to say that Spiritist centers were "pretty well-organized commercial businesses under rigorous administration, what enables good profit."

Professor Franco da Rocha, director of Juquery Hospital, stated: "The majority of Spiritist believers, if not everyone of them, who follow phenomena as sectarians of that religion, don't even think of finding a scientific explanation to the facts (...)." In another text, he added: "The degenerated ones are always those who allow themselves to proceed enthusiastically into those practices; their tendency to what is wonderful, and inability to perform examination and reflection that characterize them (...)." And he concluded: "This new religion is regretfully imprudent and completely pointless, contributing to nothing else but increasing the number of mad people."

5.3 *Inductivism and "Verificationism"*

Although psychiatrists did not specify the "method" they used that led them to the conclusion that Spiritist practice is the "antechamber to madness," it was most probably inductivism. Many patients declared they heard voices of spirits and an increasing number of patients revealed having attended Spiritist sessions before. The

psychiatrists found it “evident” that they faced a cause and effect relation: mediumistic practice was a growing cause of madness.

Álvaro Guimarães Filho expressed himself in his doctoral dissertation (1926), estimating the impact of Spiritism on hospitalized patients of Juquery Hospital:

“S.V., uneducated, attended Spiritist sessions regularly and went to Juquery (...)

A.F., uneducated, no pathological family history, but used to drink. His family credits his madness to simple-mindedness and to having attended Spiritist sessions. Diagnosis: alcoholic psychosis (...)

Another four patients had their life histories told by their families who reported Spiritism as an important factor in the disease manifestation (...)

The above mentioned cases evince that Spiritism **obviously** operate as predisposing factor to mental diseases (...)” (boldface made by this writer).

The number of “supporting” examples increased once the theory, which was already defended by European alienists, was built. As Popper (1995) stated: “Examples of confirmatory evidences could be seen everywhere. The world was replete with *verifications* of the theory. (...) The nonbelievers were undisguisedly those who did not want to see it: they refused it so that they did not conflict with their own interests (...). Most typical seemed to be the continuous stream of confirmation, of observation that verified the theories under consideration, a continuously emphasized issue. (...) Analysts assured that their theories were constantly validated by clinical observation. (...) It is easy to come across confirmation or verification to almost every theory – as long as one seeks it.”

Psychiatrists often emphasized the vast number of insane people Spiritism generated. Xavier de Oliveira (1931) reported: “we conducted a study of statistics for a time frame of 12 years, from 1917 to 1928, in the Observation Pavilion. We registered 18,281 insane people admitted, from which 1,723 were induced to psychopathy exclusively by the practice of Spiritism (...).”

In Guimarães Filho’s dissertation (1926) we also found: “this is the Spiritism that must be stopped, so that mankind is sheltered from its evil effects. The number of people persuaded by those ideas is unimaginable (...)”.

Popper (1995) stated that our tendency to seek regularities in nature instigated dogmatic thinking or dogmatic behavior. We have difficulty in accepting observations that contradict our expectations, which are considered “background noise”. We are loyal to our expectations even when they are inadequate and we should accept having been defeated. Likewise, Kuhn (1970) said that a paradigm defined a lot of what we “saw” in the world. He questioned: “will it be possible to accept as accidental the fact that astronomers only began seeing changes in the sky – which was previously immutable – during the half century that followed the presentation of Copernicus’ new paradigm?”

That happening might be seen at the difficulty in searching for other explanations, and disregard of other psychiatrists’ disagreeing opinions. It is interesting noticing a

complete absence of references from authors with adverse viewpoints in publications and papers on the mischievousness of Spiritist practice to sanity. Debates between physicians from both sides were only available in lay publications. Most explanations found in contemporary literature that explain the wrongly taken conclusions about Spiritist madness were described at that time, but ignored.

Osório César was an interesting case. Physician of the Juquary Hospital, he published the book "Mysticism and Madness" in 1939, where mediums were described as neuropath and hysteric. Authors who supported "Spiritist madness" referred to that book quite commonly, but they did not mention his subsequent works (César, 1941 and 1942) at all. In those works, Cesar declared that the majority of mediums did not present any kind of mental pathology and that in his previous work he had made a "serious mistake (...) due to hasty psychological analysis of the patients and of phenomena." He continued: "Psychiatrists are mistrustful people and they have the bad habit of frequently classifying ideas, facts that conflict with common sense of the time with a hint of madness."

Odilon Galloti (1935), professor of psychiatry in Rio de Janeiro, said: "In my opinion, Spiritism is scarcely ever a straight cause of psychopathy (...). In general, it works as a pathoplastic factor, it conditions the shape of mental disorders. (...) In 10 years of my practice, I had 6,400 patients and in only one case could I make a diagnosis of Spiritist relatedness delusion. I confess I don't know whether the evolution of the case confirmed my hypothesis or not."

Aníbal da Silveira (1944), psychiatrist at the Juquary Hospital, in an interview said: "With regard to Spiritism, in no way it can be considered cause of mental diseases. (...) It's time to be reasonable and make such scientific prejudice vanish. (...) Of course mediumism (...) consists of release of mental automatism. (...) Pathologic mental automatism represents the main source of hallucinations or delusions, which characterize most mental diseases. However, the difference between the automatism classifications parallels deep sleep and coma, or muscular flexibility of a contortionist and the one resulted from central nervous system injury.

Pinto de Carvalho (1939), psychiatrist at the School of Medicine of Bahia, stated: "I am being openly untruthful if I say that I have seen many mental victims of Spiritism." He also assured that he had never seen a case of "Episodic Spiritist Delusion", as Professor Henrique Roxo called. In addition, he criticized lack of criteria when collecting data for statistics on Spiritist madness.

At last, Hélio Gomes (1946), University Professor at University of Brazil, declared: "The fact that a person presents mental disturbances after having attended one or more Spiritist sessions does not prove that this is the cause of alienation. It is possible that the person already was ill, but in the prodromic or initial phase of the mental disease."

6. *Objections to the Methodology of History of "Spiritist Madness"*

Objections dealing with the appropriateness of the methods used in debates on the relations between Spiritism and psychopathology follow:

6.1 Precise definition of “Spiritist Madness”

No study or research is valid if there is not a precise definition of what madness caused by Spiritism is. While many psychiatrists saw myriad of examples, other psychiatrists said they had never seen one in decades of clinical practice. Frequently it was enough that a family member said that the patient had attended Spiritist centers, or that he was interested in Spiritism, or that the family said that his disease was due to Spiritism, and it was already considered the cause of that mental disease (Rocha, 1896; Guimarães Filho, 1926; Marques, 1929; Ribeiro e Campos, 1931).

It is already known that the patients' cultural context influence hallucinations and delusions contents. Thus, the content of psychotic symptoms could simply be related to the fact that Spiritism was popular at that time in history, in the same way that many patients today have their symptoms related to the internet, or cloning, and so on.

6.2 Precise definition of Spiritism

The word Spiritism was created by Allan Kardec (1857) to specify a doctrine he conceived in the middle of the nineteenth century, distinguishing it from other spiritualist beliefs. However, authors of the time used the term Spiritism to refer to an array of religious expressions: *candomblé*, voodoo, clairvoyant, popular shamans, Christian Racionalism, etc., besides Spiritism itself.

At times, psychiatrists made distinction between “high” and “low” Spiritism, but there was not a precise definition to either one. “High Spiritism,” frequently kept from criticism and even acclaimed, generally applies to Charles Richet's metapsychics, and to the studies of William Crooks, Cesare Lombroso, Oliver Lodge and Alfred Russel Wallace (Rocha, 1896; Pacheco e Silva, 1950).

One of the “centers” psychiatrists most commonly mentioned was the *Redentor* Center in Rio de Janeiro, although it precisely declared that there, Kardec's principles were not accepted: “(...) that messy, unfortunate and perverse thing, under such name has been practiced until now in every corner of the world, called Kardecist Spiritism (...)” The center was presumed to be the greater practitioner of spiritist activity because during some time its members declared themselves supporters of “Rational and Scientific (Christian) Spiritism.” The group was mentioned in most examples because it was fairly influential and moreover, it fitted the issue in question. It considered that all cases of madness derived from “Spiritual obsession” and offered quite violent “treatment,” that consisted of restraining the “obsessed individuals” and not infrequently, “punishing them severely” (Centro Redemptor, 1927).

In 1885, a situation occurred in Taubaté where agitations were evolved from a group that practiced strange religious rituals, different from any practice of Spiritism. Nevertheless, the participants said they were in communication with spirits and the incident was notoriously known in the country as a “epidemic insanity induced by Spiritism” (Rocha, 1896).

Despite Spiritists reiterated attempts to distinguish all those practices, misinterpretation of concepts persisted. Accepting a group that shared such heterogeneous religious expression hindered systematic investigation of the consequences of any of those practices.

6.3 *Precise definition of activities to be investigated*

Even if what Spiritism meant was defined precisely, parsing the activities that should be analyzed was elementary. For instance, Spiritist practice could comprise attending lectures, reading books, receiving passes, prayers, being a medium, attending mediumistic gatherings, voluntary work, and so on. As a result, in case a practice disturbed sanity, it could be identified and reconsidered.

6.4 *Prevalence Comparison of Spiritist and other religious practices among “mad people” and the population*

The reality that the number of Spiritist “mad people” was increasing could be related to the simple fact that the number of Spiritists was also increasing (and that was happening at the time). If the prevalence of Spiritists among the “mad people” were similar to the prevalence of Spiritists in the population, relation between Spiritism and madness could not be established.

6.5 *Risk of Spreading Clinical Observation to Non-clinical Population*

Psychiatrists in their clinical practice have contact with individuals somehow mentally maladjusted, especially in the beginning of the twentieth century, when the focus of attention of psychiatry were severe cases of hysteria and psychosis. If a psychiatrist's patients are his sole contact with Spiritists, his sample of that religious group is biased. It would be meaningful to consider the social-demographic and psychiatric profile of Spiritists in the social group and compare with the remaining group. Although Spiritism was a religion of the middle class basically, psychiatrists affirmed that it spread among the “uneducated and unfavorable” class.

6.6 *Distinguish association and causal relationship*

Even if all steps were followed, finding greater prevalence of Spiritists among “psychopaths” would not necessarily mean causal relationship. In cross-sectional survey, it is very difficult to establish time relationships to association (Hennekens & Buring, 1987). In other words, did the person “become mad” after converting into Spiritism, or did he seek “treatment” in Spiritist centers because he felt somehow disturbed? The hypothesis must be approached from three aspects: (1) there was great lack of psychiatric services available to the population; (2) even today patients frequently look for “alternative” treatment, and (3) many Spiritist centers assured they could help in treatments for mental diseases.

Nonetheless, when first results of a study meet one's interests and prejudices, deeper analysis and other hypotheses are often dismissed, so that results of superficial analysis of reality are declared substantial (Chalmers, 1994).

7. Solving the Conflict

Until the first half of the twentieth century, the prevailing position in psychiatry was to withstand Spiritist and mediumistic practice in general. Historic outcome of the solution of the conflict is a still open question that this group of studies has under investigation. Lopes (1979) ascribed that change of position to psychiatrists broadening their anthropological knowledge. A more evident change in the approach to that question is detected after Roger Bastide's works in Brazil, in the 1950's and 60's. For years the French ethnologist studied Afro-Brazilian cults (that were based on mediumistic experiences). He evinced biases and ethnocentrism that influenced studies concluded until then on the subject. He concluded that, although mental pathology explains some cases, "possession trance is sociological before pathological" (Bastide, 1978). Henceforth, psychiatry theory and practice started developing cultural sensibility, probably due to the development of transcultural psychiatry and ethnopsychiatry (Martins, 1969; Ribeiro, 1982; Fernández-Lewis & Kleinman, 1995). The new stream allowed a more careful approach to the issue, less preventive and more respectful towards cultural and human manifestation that differ from hegemony.

8. Conclusion

Emphasis on the analysis of epistemological factors in the study of "Spiritist madness" in Brazil does not mean that they are the sole nor main factors. That is one perspective from which the problem can be approached.

This study warns the importance of criticism face to organized knowledge and to standardized practice – even if they seem "evident" and defended by important "authorities."

One must realize that the complexity of the real world frequently challenges and overruns current attempts of scientific explanation coming from controlled environment. The recognition of limitations to scientific knowledge is a necessary remedy to mystification and overenthusiasm. The unfounded idea that science goes far beyond its actual limits is still strong today. For that reason, social and political problems are built as they were scientific, and "solutions" are offered in a way that should fade social and political issues in question (Chalmers, 1994).

Finally, Popper (1995) emphasizes a humble intellectual posture, since from every solution to a problem, new unsolved problems arise. He said: "I believe that it would be worth trying to learn something about the world even if in trying to do so we should merely learn that we do not know much. This state of learned ignorance might be a help in many of our troubles. It might be well for all of us to remember that, while differing widely in the various little bits we know, in our infinite ignorance we are all equal."

End Notes

1. Information on Kardec's works and on the spiritist doctrine in the following homepages (in several languages): www.spiritist.org and www.geocities.com/Athens/Cyprus/1579/
2. Professor of Legal Medicine at the School of Medicine of Rio de Janeiro (the most important in Brazil at the time), honorary member of the Anthropological Society of

Paris and Legal Medicine of France. In 1933 he received the “Lombroso Award” from the Royal Academy of Medicine in Italy. Curiously, Cesare Lombroso was a mordant critic of Spiritualism, but in the end of his life investigated extensively with Eusápia Paladino, famous medium of the time, and ended up by accepting the spiritualist theory. Lombroso’s last published book summarizes his researches in the field: “*Ricerche su Fenomeni Ipinotici e Spiritici*,” translated to English as “*After Death – What?*” (Lombroso, 1983).

3. University Professor of Psychiatry at the School of Medicine of Rio de Janeiro, President of the Brazilian League of Mental Hygiene, associated member of the *Société Médico-Psychologique de Paris* and honorary president of the International Committee of Mental Hygiene.

4. University Professor of Psychiatry of the School of Medicine and Surgery of São Paulo, at present University of São Paulo (USP), today’s largest university in Brazil.

5. (1864-1933) Founder of the Juquery Hospital, a milestone in public health history of the state of São Paulo. Founder of the first psychoanalysis society in South America. In 1918, he became University Professor at today’s University of São Paulo.

6. (1862-1906) Ethnographer, criminologist, pathologist, sociologist, pioneer in African studies in Brazil. He played crucial role in the implementation of Legal Medicine in Brazil. Lombroso considered him “apostle of criminal anthropology in America”(Archivos, 1906).

7. Professor of Public Medicine at the University of Rio de Janeiro and Director of the Legal-Medical Service of Rio de Janeiro.

8. Four psychiatrists (Henrique Roxo, Franco da Rocha, Pacheco e Silva, Pedro Pernambuco Filho), two neurologists (A. Austregésilo e Faustino Esposel), one pathologist (Raul Leitão da Cunha), one lawyer (Tanner de Abreu), three sanitarians (Julio Porto Carrero, João Froes e Carlos Seidl) and one engineer (Everardo Backeuser).

9. Professor of the School of Medicine at the University of Rio de Janeiro and physician at the National Hospital of Psychopaths.

10. Process in which a disincarnate spirit causing harm and symptoms to someone would come forth and receive words of advice, according to Christian principles of conduct, to abandon its evil action on the patient.

11. Spiritism and homeopathy were closely connected in Brazil for a long period of time (Silveira, 1997).

12. Penal Code of 1890.

References

- Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins (1906). Nina Rodrigues, 2(4), 283-8.
- Aubrée, M. & Laplantine, F.(1990). *La Table, Le Livre et les Esprits*. (Éditions Jean-Claude Lattès).
- Ballet, G. & Dheur (1903). Sur un cas de Délire de Médiumnité – *Archives Générales de Médecine* 191, 1204.
- Bastide, R. (1978). *O Candomblé da Bahia*. (São Paulo, Companhia Editora Nacional).
- Bosh, R. (1931). Funcion Social De Las Facultades de Medicina Contra La Supersticion Y El Curandeirismo. *Actas da Segunda Conferência Latino-Americana de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal*. (São Paulo: Officinas Graphicas do Hospital de Juquery). Tomo Primeiro, 29-34.

- Braude, A (1989). *Radical Spirits*. (Boston, Beacon Press), 10-31.
- Caldas, M. (1929). As causas e a prophylaxia do suicidio – *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, Ano II (3), 158-9.
- Cardeña, E.; Lyinn, S. J. & Krippner, S. (2000). *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence*, (Washington DC, American Psychological Association).
- Carvalho, P. – A Tarde, Salvador, 9/6/39.
- Cavalcanti, P. (1934). *Estado Mental dos Médiuns*. Tese (doutoramento) Faculdade de Medicina. Recife.
- Centro Espírita Redemptor (1927). *Espiritismo Racional e Científico (Christão)*. 5ª edição. Rio de Janeiro.
- César, O. (1942). Experiências Metapsíquicas, com Provas Fotográficas, Sobre Algumas Curiosas Formações Teleplásticas – *Revista Paulista de Medicina* 20(3), 7-28.
- César, O. (1941). Fenomenologia Supranormal – *Revista Paulista de Medicina* 19(5), 49-73.
- César, O. (1929). *Misticismo e Loucura*. (São Paulo, Oficinas Gráficas do Juqueri).
- Chalmers, A. (1994). *A Fabricação da Ciência (Science and its Fabrication)*. (São Paulo, Editora Unesp).
- Claude & Cantacuzène, J. (1936). Note sur un Essai de Prophylaxie des Délíres Sipirites – *La Presse Medicale* 72, 5/9/1936, 1409.
- Correio da Manhã. Rio de Janeiro – 9-7-1939. Apud Ferreira (1946)
- Costa, J. F. (1976). História da Psiquiatria no Brasil. (Rio de Janeiro, Documentário).
- Cunha, M. C. P. (1988). *O Espelho do Mundo. Juquery, A História de um Asilo*. (São Paulo, Paz e Terra), 179.
- Damazio, S. F. (1994). *Da Elite ao Povo: Advento e Expansão do Espiritismo no Rio de Janeiro*. (Rio de Janeiro: Bertrand Brasil).
- Doyle, A. C. (1975, 1926). *History of Spiritualism*, Ayer Co Pub.
- Duhem, P. (1904). *La Folie Chez les Spirites* – These, Faculté de Médecine de Paris – Paris.
- Dupouy & La Savoureux (1913). Délire Théosophique te Spirite Chez une Cartomancienne – *La Presse Medicale* 52, 25/6/1913, 523.
- Fausto, B.A. (1999). *Concise History of Brazil (Cambridge Concise Histories)*. (Cambridge, Cambridge University Press).
- Ferreira, I. (1946). *Têm Razão?* (Uberaba, Gráfica Mundo Espírita).
- Galloti, O. (1935). *O Globo*, Rio de Janeiro, 23/10/1935.
- Giumbelli, E. A. (1997). Heresia, doença, crime ou religião: o Espiritismo no discurso de médicos e cientistas sociais. - *Revista de Antropologia* 40(2), 31-82.
- Gomes, H. (1946). Opinião de um Médico Materialista - *Centelha*, 10/1946.
- Grof, S. & Grof, C. (1989). *Spiritual Emergency: When Personal Transformation Becomes a Crisis*. (Los Angeles, J P Tarcher).
- Guimarães Filho, A. (1926). *Da hygiene mental e sua importância em nosso meio*. São Paulo. Tese (Doutorado em Medicina) – FMSP.
- Heber, A. S.; Fleisher, W. P.; Ross, C. A. & Stanwick, R. S. (1989). Dissociation in Alternative Healers and Traditional Therapists: A Comparative Study – *Am J Psychotherapy* 43, 562-574.
- Hennekens, C. H. & Buring, J. E. (1987). *Epidemiology in Medicine*. (Boston. Little, Brown and Company).

- Hess, D. (1991). *Spirits and Scientists: Ideology, Spiritism and Brazilian Culture* – (Pennsylvania. The Pennsylvania State University Press).
- Imbassahy, C. (1949). *Espiritismo e Loucura* – (São Paulo. Livraria Allan Kardec Editora).
- Janet, P. (1909). Délire Systématique à la Suite de Pratiques du Spiritisme – *L'Encéphale* 4(4), 363-8.
- Kardec, A. (1994, 1857). *O Livro dos Espíritos (The Spirit's Book)*. (Rio de Janeiro, FEB).
- Kardec, A. (1995, 1859)– *O que é o Espiritismo?* (Rio de Janeiro, FEB).
- Kardec, A. (1858). Variedades - *Revista Espírita - Jornal de Estudos Psicológicos* 1(5),125-6.
- Kardec, A. (1863). *Revista Espírita - Jornal de Estudos Psicológicos* 6(5), 50-7.
- Kuhn, T. S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. (Chicago: University of Chicago).
- Leroy, R. & Pottier, C. (1931). *Délire de persécution et de possession consécutif à des pratiques spirites* – *L'Encéphale* 26(2), 171.
- Lévy-Valensi, J. & Genil-Perrin, G. (1913). Délire Spirite – *L'Encéphale* 8(1), 89-90.
- Lévy-Valensi & Boudon (1908). Deux cas de Délire de Persécution à Forme Démonomaniaque Développés Chez des Débiles à la Suite de Pratiques Spirites – *L'Encéphale* 3(7), 115-9.
- Lévy-Valensi & Ey, H. (1931). Délire Spirite. Escriture Automatique – *L'Encéphale* 26(7), 561.
- Lévy-Valensi, J. (1910). Spiritisme et Folie – *L'Encéphale* 5(6), 696-716.
- Lévy-Valensy; Picard; Sonn (1928). Délire Spirite et Pithiatisme – *L'Encéphale* 23(10), 947-51.
- Liga Brasileira de Higiene Mental (1925). Estatutos - *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. 1(1), 223-34.
- Lombroso, C. (1983, 1909). *Hipnotismo e Mediunidade*. (Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira).
- Lopes, J. L. (1979). Psiquiatria e Antropologia - *Neurobiologia*, Recife 42(1), 3-12.
- Lukoff, D.; Lu, F. & Tuner, R. (1992). Toward a More Culturally Sensitive DSM-IV: Psychoreligious and Psychospiritual Problems – *J Nerv Ment Dis* 180, 673-682.
- Machado, U. (1993). *Os Intelectuais e o espiritismo. De Castro Alves a Machado de Assis*. (Rio de Janeiro, Antares).
- Marques, C. (1929). *Espiritismo e Idéias Delirantes*. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Medicina) – FMRJ.
- Martins, C. (1969). Psiquiatria Transcultural e países em desenvolvimento – *Rev. Bras. Psiquiat* 3(1), 31-62.
- Oliveira, X. (1931). *Espiritismo e Loucura*. (Rio de Janeiro: A. Coelho Franco Filho).
- Pacheco e Silva, A. C. (1934). *Direito à Saúde*. (Documentos de Atividade Parlamentar). (Brasil: s/ed).
- Pacheco e Silva, A. C. (1936). Problemas de Higiene Mental. São Paulo. Oficinas Gráficas do Juqueri, (p.139).
- Pacheco e Silva, A. C. (1950). *A Higiene Mental e o Espiritismo*. In: Palavras de Psiquiatria. São Paulo: s/ed.
- Pacheco e Silva, A. C. (1950). O Espiritismo e as Doenças Mentais no Brasil. *Anais Portugueses de Psiquiatria* 2(2), 1-6.
- Pacheco e Silva, A. C. (1957). Espiritismo, Causa de doenças mentais. *Diário da Noite*, São Paulo, 15/4/57, 5.

- Pacheco e Silva, A. C. (1960). A Higiene Mental nos Países Subdesenvolvidos – *Arquivos de Higiene e Saúde Pública* 25(84), 79-82.
- Peixoto, A. (1909). Violencia Carnal e Mediunidade – *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal* 5(1-2), 78-94.
- Peixoto, A. (1931). Prefácio. In: Ribeiro, L. & Campos, M. – *O Espiritismo no Brasil: contribuição ao seu estudo clínico e medico-legal*, (São Paulo, Companhia Editora Nacional).
- Pernambuco, P. (1927). Acta da 6ª sessão ordinária realizada a 20 de junho de 1927 – *Archivos Brasileiros de Neuriatría e Psychiatria* 9, 184-190.
- Pimentel, O. S. (1919). *Em Torno do Espiritismo* – Tese (doutoramento), Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro.
- Popper, K. R. (1995). *Conjectures and Refutations – The Growth os Scientific Knowledge*. (London, Routledge).
- Ribeiro, L. & Campos, M. (1931). *O Espiritismo no Brasil: contribuição ao seu estudo clínico e medico-legal* (São Paulo, Companhia Editora Nacional).
- Ribeiro, L. (1967). *De Médico a Criminalista*. (Rio de Janeiro: Livraria São José).
- Ribeiro, L. (1942). *Novo Código Penal e a Medicina Legal*. (Rio de Janeiro: Jacintho Editora).
- Ribeiro, R. (1982). *Antropologia da Religião e outros estudos*. (Recife, Editora Massangana).
- Rocha, F. (1896). *Hospicio de Alienados de São Paulo – Estatística*, (São Paulo, Typographia do Diario Oficial).
- Roxo, H. (1938). Delirio Espirita Episodico nas Classes Populares do Rio de Janeiro – *Archivos Brasileiros de Medicina* 28(2), 59-72.
- Roxo, H. (1928). Valerianato de atropina na cura do delirio episodico – *Archivos Brasileiros de Medicina* 18(7), 639-44.
- Santos, J. L. (1997). *Espiritismo. Uma religião brasileira*. (São Paulo, Moderna).
- Schiff, M. P. (1926). Automatisme Mental, Délire Spirite et Spiritisme. Présentation d'une malade et d'un spirite – *L'Encéphale* 21(8).
- Silveira, A. (1944). Álcool, Sífilis, Espiritismo - *Folha da Manhã* nº 6139, São Paulo 17/03/44, 9.
- Silveira, G.R. (1997). *Utopia e Cura: A Homeopatia no Brasil Imperial (1840-1854)*. Campinas. 104 p. Dissertação (Mestrado em História) – Unicamp.
- Trimble, S.M. (1995). Spiritualism and Channeling. In T. Miller (ed) *America's Alternative Religions*. (Albany: State of New York Press), 331-7.
- Vigouroux, A. & Juquelier, P. (1905). *Contagion Mentale*. (Paris, Octave Doin), 216-234.

Versão em Inglês submetida para publicação

Visão Espírita dos Transtornos Mentais¹

Alexander Moreira de Almeida
Francisco Lotufo Neto

Resumo

Como a visão espírita dos transtornos mentais tem exercido uma grande influência no Brasil, buscamos revisar os textos dos principais autores espíritas sobre o tema: Allan Kardec, Bezerra de Menezes, Inácio Ferreira e Joanna de Ângelis. O Espiritismo desenvolveu uma abrangente teoria sobre as relações mente-corpo e os transtornos mentais. Defende um dualismo interacionista, a sobrevivência após a morte e a possibilidade de intercâmbio entre encarnados e desencarnados. Sem negar as causas biológicas, sociais e psicológicas dos transtornos mentais, os espíritas acrescentam a etiologia espiritual. Esta poderia se dever à influência negativa de espíritos desencarnados (o que denominam obsessão) ou de vivências traumáticas de existências passadas. Para a terapêutica, além das intervenções médicas e psicológicas convencionais, são recomendadas as reuniões de desobsessão, passes, oração e a busca da vivência de uma conduta ética. Devido à importância alcançada por estes princípios no Brasil e à quase total ausência de estudos no meio acadêmico sobre o tema, diversas linhas de pesquisa são sugeridas pelos autores.

Palavras-chave: Espiritismo, mediunidade, transtornos mentais, etiologia, tratamento, espiritualismo, espírito

1) Introdução

O Espiritismo teve origem na França quando um intelectual de nome Hippolyte-Léon Denizard Rivail, sob o pseudônimo de Allan Kardec, se propôs a realizar uma investigação científica sobre as supostas manifestações dos espíritos. Após se convencer da veracidade dos fenômenos, buscou desenvolver um método para obter um conhecimento válido a partir das comunicações dos espíritos. Após comparar e analisar as respostas obtidas através de médiuns de diversos países, em 1857 organizou essas informações num corpo teórico único. Para dar nome à filosofia daí resultante, ele cunhou o termo “Espiritismo” ou “Doutrina Espírita” (Kardec, 1994), que foi definido como “uma ciência que trata da natureza, origem e destino dos Espíritos, bem como de suas relações com o mundo corporal” (Kardec, 1995). A reencarnação distingue o Espiritismo de seu correspondente anglo-saxão, o Espiritualismo, para o qual a reencarnação é um tema controverso (Hess, 1991). Para Kardec, o Espiritismo seria essencialmente uma ciência e uma filosofia com implicações morais, não se constituindo numa religião segundo a concepção usual da palavra². De acordo com Hess (1991), o Espiritismo implica numa reificação do mundo espiritual no sentido de que espíritos seriam cientificamente reais, o que teria duas conseqüências: dessacralizar o mundo espiritual ao torná-lo um objeto de investigação científica e representar uma visão alternativa ao pensamento científico ortodoxo. No entanto, os cientistas habitualmente consideram as teorias espíritas como “pseudocientíficas”.

¹ Trabalho apresentado no XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Goiânia, 15-18 out. 2003.

² Pode-se encontrar as obras de Kardec e informações sobre a doutrina espírita em diversos idiomas nas seguintes homepages: www.febrasil.org.br e www.geocities.com/Athens/Cyprus/1579/

Alguns pesquisadores argumentam que o Espiritismo foi um evento de grande importância como uma fonte de fenômenos inexplicados na história da psiquiatria e psicologia (Janet, 1889; Ellenberger, 1970). O Espiritismo teria proporcionado um novo fenômeno psicológico para estudo da medicina. Ellenberger e Janet também afirmaram haver evidências que as teorias dinâmicas do inconsciente do final do século XIX seriam, ao menos parcialmente, um resultado da tradução da doutrina da comunicação do espírito para a linguagem da medicina ortodoxa. Hess (1991) identifica sinais mais diretos dessa tradução no “self subliminal” de Myers e nas obras de Pierre Janet, William James e Jung. Koss Chioino (2003) recentemente traçou diversos paralelos entre as visões junguianas e espíritas sobre a estrutura e conteúdo da consciência humana.

No final do século XIX, o Espiritismo chega ao Brasil, onde passou a ter uma presença marcante, sob uma feição essencialmente religiosa. Se disseminou principalmente entre a classe média urbana, mas a influência de suas práticas e visões de mundo vai muito além do número declarado de adeptos. Hoje, o Brasil, apesar de ser majoritariamente católico, é o país no mundo onde o Espiritismo alcançou sua maior dimensão (Aubrée & Laplantine, 1990; Machado, 1993; Damazio, 1994; Santos, 1997).

Também em Porto Rico e na comunidade porto-riquenha dos EUA o Espiritismo possui um importante papel na sociedade (Harwood, 1977; Hohmann, 1990).

No cenário da saúde mental no Brasil, o Espiritismo constitui-se num importante mas pouco conhecido ator. Além de defenderem uma etiologia espiritual para diversos transtornos mentais, construíram quase meia centena de hospitais psiquiátricos espíritas pelo país entre o início da década de 1930 até o final da de 1970 (Souza & Deitos, 1980). Num levantamento feito por Figueiredo e Ferraz (1998), a maior parte dos hospitais psiquiátricos filantrópicos no estado de São Paulo eram espíritas. Junte-se a isso o fato de que as concepções e tratamentos espíritas abrangem uma grande parcela da nossa população, inclusive profissionais de saúde. Existem em funcionamento a ABRAPE (Associação Brasileira de Psicólogos Espíritas) e a AME (Associação Médico Espírita) que estudam e praticam em suas atividades profissionais esses preceitos. Tendo em vista a importância que a visão espírita dos transtornos mentais assumiu no Brasil, procurou-se realizar uma revisão dos principais autores espíritas que abordam o tema³.

2) Allan Kardec

Por diversas vezes, durante a formação da doutrina espírita, Allan Kardec se ocupou dos transtornos do comportamento, suicídio e alterações da sensopercepção. Durante 12 dos 15 anos que lidou com o Espiritismo, publicou a “Revista Espírita – Jornal de Estudos Psicológicos”. Tinha por objetivo levantar fatos e testar hipóteses sobre os fenômenos espirituais. Buscava constituir uma nova ciência e evitar “os exageros da credulidade e do cepticismo”. Utilizou o subtítulo “jornal de estudos psicológicos”, pois “estudar a natureza dos espíritos é estudar o homem”. (Kardec, 1858). A Revista Espírita se constitui numa valiosa fonte para quem deseja investigar o nascimento do Espiritismo e o desenvolver de suas hipóteses. Ela é rica em relatos de casos que ilustram a teoria, por isso será frequentemente citada nesta revisão⁴.

³ Importante enfatizar que se buscou apresentar as idéias de um modo descritivo, sem julgamento quanto à sua validade ontológica e terapêutica. Para evitar o uso excessivo e cansativo do futuro do pretérito e de expressões como “suposto”, “hipotético” quando são descritas as teorias espíritas, foi utilizado, na maior parte das vezes, o presente do indicativo, mas este uso não implica na aceitação destas hipóteses pelos autores do presente trabalho.

⁴ Neste artigo foi utilizada a tradução para o português realizada por Júlio Abreu Filho, mas a versão original em francês da *Revue Spirite* pode ser acessada na internet no endereço: www.perso.wanadoo.fr/charles.kempf/rs140.

2.1) Causas

Já na introdução de sua primeira obra, Allan Kardec (1994) discute as causas da loucura. Defende que a etiologia básica é orgânica, podendo ser desencadeada por preocupações excessivas. Afirmar que:

“Todas as grandes preocupações do espírito podem ocasionar a loucura: as ciências, as artes e até a religião lhe fornecem contingentes. A loucura provém de um certo estado patológico do cérebro, instrumento do pensamento; estando o instrumento desorganizado, o pensamento fica alterado.

A loucura é, pois, um efeito consecutivo, cuja causa primária é uma predisposição orgânica, que torna o cérebro mais ou menos acessível a certas impressões; e isto é tão real que encontrareis pessoas que pensam excessivamente e não ficam loucas, ao passo que outras enlouquecem sob o influxo da menor excitação.” (Kardec, 1995)

A própria mediunidade poderia ser um fator desencadeante em predispostos, pois seria um fator de sobreexcitação mental. Devido a isso, dever-se-ia afastar as pessoas “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, it.221-2). Essa recomendação de Kardec difere da prática que se disseminou posteriormente em grande parte dos centros espíritas brasileiros: a recomendação de “desenvolver a mediunidade” para o alívio de diversos transtornos físicos e mentais, pois estes seriam sintomas de uma mediunidade latente.

Considerando a relação mente-corpo, o Espiritismo adota uma posição dualista interacionista. Ou seja, a origem da mente é um espírito independente do corpo, mas para se manifestar, enquanto encarnado, necessita se utilizar deste. O corpo e a alma se influenciariam mutuamente, havendo, no entanto, uma supremacia da vontade do espírito, pois o Espiritismo valoriza muito o livre-arbítrio. O corpo, principalmente o cérebro, seria em grande parte moldado por influência do espírito encarnado. Áreas cerebrais mais desenvolvidas, ligadas a alguma habilidade, seriam consequência da ação do espírito com habilidades naquela área. Da mesma forma, os humores corporais seriam alterados de acordo com as tendências do espírito:

“(...) um homem não é colérico porque seja bilioso, mas é bilioso porque é colérico. Assim com todas as outras disposições instintivas (...) se for ativo e enérgico, dará ao seu sangue, aos seus nervos, qualidades bem diferentes. (...) O que pode alterar o sangue, senão as disposições morais do Espírito?” (Kardec, 1869)

Entretanto, reconhece-se que, em parte, o temperamento pode derivar de alterações orgânicas. Estas poderiam afetar o próprio espírito.

Como o espírito encarnado se utiliza do corpo para se manifestar, pode ter dificuldades caso este instrumento esteja com problemas. Tal seria o caso da loucura com origem orgânica:

“Imagina agora que seja o órgão que preside às manifestações da inteligência o atacado ou modificado, parcial ou inteiramente, e fácil te será compreender que, só tendo o Espírito a seu serviço órgãos incompletos ou alterados, uma perturbação resultará de que ele, por si mesmo e no seu foro íntimo, tem perfeita consciência, mas cujo curso não lhe está nas mãos deter.”(Kardec, 1994, it.375)

São explicadas as diferenças entre a loucura e o retardo mental:

“(...) a diferença entre o louco e o cretino é que o primeiro, ao nascimento do corpo, é provido de órgãos cerebrais constituídos normalmente, mas que mais tarde se desorganizam; ao passo que no segundo; é um Espírito encarnado num corpo, cujos órgãos, atrofiados desde o princípio, jamais lhe permitiram manifestar livremente o pensamento(...)”(Kardec, 1864a)

Qualquer limitação corporal, prejudica a manifestação do espírito, podendo mesmo causar uma perturbação ao próprio espírito, perdurando algum tempo após o desencarne:

“(...) convém não perder de vista que, assim como o Espírito atua sobre a matéria, também esta reage sobre ele, dentro de certos limites, e que pode acontecer impressionar-se o Espírito temporariamente com a alteração dos órgãos pelos quais se manifesta e recebe as impressões. Pode mesmo suceder que, com a continuação, durando longo tempo a loucura, a repetição dos mesmos atos acabe por exercer sobre o Espírito uma influência, de que ele não se libertará senão depois de se haver desligado de toda impressão material.”(Kardec, 1994, it.375a)

(...)Por isso é que, quanto mais durar a loucura no curso da vida terrena, tanto mais lhe durará a perturbação, o constrangimento, depois da morte. Liberto do corpo, o Espírito se ressent, por certo tempo, da impressão dos laços que àquele o prendiam.”.(Kardec, 1994, it.378)

O Espiritismo não nega as causas sociais e biológicas dos transtornos mentais, entretanto ele acrescenta uma outra origem: as obsessões, ou seja, “a ação persistente que um Espírito mau exerce sobre um indivíduo”(Kardec, 1992. Cap.XIV it.45):

“Um dia a obsessão será colocada entre as causas patológicas, como o é hoje a ação de animais microscópicos, de cuja existência não se suspeitava antes da invenção do microscópio.”(Kardec, 1863b)

Ao analisar os tipos de obsessão a que estão sujeitos os médiuns, são apresentados três graus progressivos de gravidade. Essa classificação pode ser útil para analisar as obsessões em geral e não apenas em médiuns:

- Obsessão simples: a influência através de pensamentos e intuições perniciosas, sem alterar o juízo ou o livre-arbítrio do indivíduo.
- Fascinação: uma “ilusão produzida pela ação direta do Espírito sobre o pensamento (...) de certa maneira, lhe paralisa o raciocínio (...) pode levá-lo a aceitar as doutrinas mais estranhas, as teorias mais falsas, como se fossem a única expressão da verdade.”
- Subjugação ou Possessão: “é uma constrição que paralisa a vontade daquele que sofre e o faz agir a seu mau grado. A subjugação pode ser *moral* ou *corporal*. No primeiro caso, o subjugado é constrangido a tomar resoluções muitas vezes absurdas e comprometedoras (...). No segundo caso, o Espírito atua sobre os órgãos materiais e provoca movimentos involuntários.(...) pode levar aos mais ridículos atos.”(Kardec, 1993, it.237-40).

A obsessão tem como causa as imperfeições morais do indivíduo, que o torna suscetível a receber e aceitar as influências maléficas do obsessor, tornando o quadro progressivamente mais grave. O obsessor, em grande parte das vezes, seria movido por um sentimento de vingança contra sua vítima.

Kardec, então, separa a loucura de causa orgânica daquela decorrente da obsessão:

“Não confundamos a *loucura patológica* com a obsessão; esta não provém de lesão alguma cerebral, mas da subjugação que Espíritos malévolos exercem sobre certos indivíduos, e que, muitas vezes, têm as aparências da loucura propriamente dita. Esta afecção, muito freqüente, é independente de qualquer crença no Espiritismo e existiu em todos os tempos.”(Kardec, 1995)

“Entre os que são tidos por loucos, muitos há que são apenas subjugados (...) Quando os médicos conhecerem bem o Espiritismo, saberão fazer bem essa distinção e curarão mais doentes que com as duchas.”(Kardec, 1993, it.254)

Mas a separação entre esses dois tipos pode não ser muito simples, pois as obsessões podem agravar afecções orgânicas já existentes ou ocasioná-las (Kardec, 1992, cap.15 it.32). Há também uma advertência sobre o erro de se considerar excessivamente a etiologia espiritual:

“Muitos epiléticos ou loucos, que mais necessitavam de médico que de exorcismo, têm sido tomados por possessos.” (Kardec, 1994. Questão 474)

Também é levantada a hipótese de que a obsessão teria algum papel nos fenômenos histéricos (Kardec, 1863b).

Quando muitos espíritos malévolos se lancem sobre uma coletividade, haveria as epidemias de possessão (Kardec, 1992, cap.14 it.49). Kardec se dedicou com especial cuidado ao famoso episódio em sua época da epidemia de possessão da aldeia de Morzine, nos alpes franceses, que durou vários anos. Em 1861, o governo francês enviou o médico Constans (1862) para realizar um estudo no local. Ele concluiu por uma “histero-demonopatia” contagiosa, desencadeada pela insalubridade da região, desnutrição, pouca cultura e superstição dos aldeões. Contra ela, haviam falhado os exorcismos e tratamentos médicos, melhorando apenas com a dispersão dos acometidos por várias cidades (Kardec, 1863 fev). Kardec, durante um ano, faz uma minuciosa discussão em sua Revista Espírita sobre os “possessos de Morzine”, freqüentemente citando e contestando o Dr. Constans (Kardec, 1862a, b; 1863a,b,c,d) por atribuir toda etiologia a causas físicas. Através de observação pessoal e de citações de outros médicos, questiona o suposto estado de desnutrição e insalubridade dos aldeões. Interroga que, se fossem esses fatores físicos as causas, por que não havia epidemias semelhantes em outras regiões próximas com condições idênticas? Além do mais, teriam caráter endêmico e não epidêmico (Kardec, 1863b).

“Seria absurdo supor *a priori* uma influência oculta a todo efeito cuja causa é desconhecida(...)”(Kardec, 1863d)

“Se formulamos tal opinião, não é com o propósito de ver por toda a parte a ação dos Espíritos, porque ninguém admite sua intervenção com mais circunspecção do que nós; mas, por uma analogia que notamos entre certos efeitos e os que nos são demonstrados como resultado evidente de uma causa oculta.” (Kardec, 1863c)

São descritas várias evidências que indicariam uma causa espiritual para as possessões de Morzine: expressar habilidades não adquiridas (falar francês fluente e responder a perguntas em outras línguas, como alemão e latim), conhecimento de fatos distantes (clarividência) e do pensamento de outros (telepatia), transfiguração da fisionomia, referir a si na terceira pessoa (ela, a filha, etc.) e a personalidade manifestante afirmar ser o demônio, o paciente referir que sente uma força externa

controlando-o, normalidade de comportamento entre as crises, frequência cardíaca normal apesar da intensa agitação, ódio à religião e amnésia para as crises. (Kardec, 1863c,d)

2.2) Manifestações

Na segunda metade do século XIX o Espiritismo era considerado como causador de loucura, uma das evidências apontadas era o conteúdo místico e espírita de muitas psicoses. (Almeida et al). Ao se defender contra os ataques a respeito das loucuras de conteúdo espírita, Kardec enfatiza a patoplastia cultural dos quadros psiquiátricos:

“Dada a predisposição para a loucura, esta tomará o caráter da preocupação principal, que então se muda em idéia fixa, podendo tanto ser a dos Espíritos, em quem com eles se ocupou, como a de Deus, dos anjos, do diabo, da fortuna, do poder, de uma arte, de uma ciência, da maternidade, de um sistema político ou social. Provavelmente, o louco religioso se houvera tornado um louco espírita, se o Espiritismo fora a sua preocupação dominante, do mesmo modo que o louco espírita o seria sob outra forma, de acordo com as circunstâncias.” (Kardec, 1994)

Quanto ao conteúdo dos delírios, é ainda levantada a hipótese que eles, em parte, podem se dever a vagas lembranças de vidas passadas. No caso de transtornos mentais, devido ao desarranjo orgânico, essas lembranças não seriam muito lúcidas, confundindo-se com memórias da vida atual (Kardec, 1861b; 1866a).

Nos casos de possessão, o comportamento seria determinado pelo espírito obsessivo. Este, tomaria posse momentânea do corpo do encarnado, agindo como se também estivesse encarnado. Quem o houvesse “conhecido em vida reconhece-lhe a linguagem, a voz, os gestos e até a fisionomia.(...) blasfema, injúria e maltrata os que o cercam; entrega-se a excentricidades e a atos que apresentam todos os caracteres da loucura furiosa”(Kardec, 1992, cap14 it.47-8).

Kardec (1861a) faz um detalhado estudo sobre as alterações da sensopercepção, propondo, a título de hipótese, três tipos:

- Imaginação: seria o que atualmente denominamos ilusões, distorções de um percepto real, muitas vezes causadas por fadiga, pouca iluminação e sugestionabilidade
- Alucinação: percepção sensorial de origem interna, “é a visão retrospectiva, pela alma, de uma imagem impressa no cérebro” e que “muitas vezes se produz no estado de doença” . Seria desencadeado por um afastamento parcial da alma de seu corpo físico o que facilitaria a percepção dessas impressões cerebrais.
- Aparições ou visões verdadeiras: seria fruto de uma real percepção espiritual. Poderia ocorrer de duas maneiras: “ou é o Espírito que vem encontrar a pessoa que vê; ou é o Espírito desta que se transporta e vai encontrar a outra”. O grande diferencial em relação às duas percepções acima, seria que as aparições trazem informações desconhecidas pelo indivíduo e que são confirmadas a posteriori.

São descritos exemplos das aparições verdadeiras, sendo frequentes por ocasião da morte. Situações em que se tem uma visão de alguém previamente hígido dizer que morreu de uma acidente, descrevendo detalhes do ocorrido que foram confirmados posteriormente. Na diferenciação, Kardec dá o benefício da dúvida para a alucinação: “toda aparição que não dá qualquer sinal inteligente pode decididamente ser posta no rol das ilusões”.

2.3) Tratamento

É enfatizada a necessidade de considerar também a etiologia espiritual nos transtornos mentais, sem negar as causas orgânicas. Tal diferenciação seria fundamental, pois “não é com duchas, cautérios e sangrias que podem ser remediados” os casos de causa espiritual (Kardec, 1861b). O essencial para o tratamento das obsessões seria a mudança de conduta do paciente, buscando aperfeiçoar-se moralmente. Tal atitude impediria que sintonizasse com os pensamentos maléficos do obsessor. Além disso, seriam úteis os passes e a prece, que também visariam ao reequilíbrio do obsediado. Quanto ao obsessor, deve-se buscar demovê-lo de seu intento através de diálogos em reuniões mediúnicas em que ele seria evocado para tal fim (Kardec, 1992, cap.14 it.46). Kardec publicou vários relatos de casos descrevendo curas através destas evocações (Kardec 1864b; 1865a;). Ele nega que sejam curas espontâneas, pois os casos seriam numerosos. Além do mais, descreve diversas situações em que a melhora do paciente começa a se dar (às vezes instantaneamente) no momento em que o obsessor é convencido numa reunião mediúnica a desistir de sua perseguição. Essas reuniões geralmente ocorriam sem o conhecimento do paciente e, muitas vezes, num momento desconhecido pelos familiares do enfermo. Tais curas seriam uma das provas da existência da “loucura obsessional” (Kardec, 1866b).

“A prova da participação de uma inteligência oculta, em tal caso, ressalta de um fato material: são as múltiplas curas radicais obtidas, nalguns centros espíritas, pela só evocação e doutrinação dos Espíritos obsessores, sem magnetização, nem medicamentos e, muitas vezes, na ausência do paciente e a grande distância deste.” (Kardec, 1992, cap.15 it.33)

Como outros exemplos de curas obtidas pelo afastamento de espíritos inferiores, são citadas passagens evangélicas em que Jesus expulsava os demônios (Mc 1:21-7 e 9:13-28; Mt 9:32-4 e 12:22-8).

2.4) Profilaxia

Kardec defende que o ponto de vista espírita ajudaria no enfrentamento das dificuldades da vida, funcionando como um amortecedor contra os eventos vitais estressantes:

“o Espiritismo (...) bem compreendido, (...) é um preservativo contra a loucura. Entre as causas mais comuns de sobreexcitação cerebral, devem contar-se as decepções, os infortúnios, as afeições contrariadas, que, ao mesmo tempo, são as causas mais freqüentes de suicídio. Ora, o verdadeiro espírita vê as coisas deste mundo de um ponto de vista tão elevado; elas lhe parecem tão pequenas, tão mesquinhas, diante do futuro que o aguarda; a vida se lhe mostra tão curta, tão fugaz, que, aos seus olhos, as tribulações não passam de incidentes desagradáveis, no curso de uma viagem. O que, em outro, produziria violenta emoção, mediocrementemente o afeta. Demais, ele sabe que as amarguras da vida são provas úteis ao seu adiantamento, se as sofrer sem murmurar, porque será recompensado na medida da coragem com que as houver suportado. Suas convicções lhe dão, assim, uma resignação que o preserva do desespero e, por conseguinte, de uma causa permanente de loucura e suicídio.” (Kardec, 1994)

Ao demonstrar com clareza o objetivo da vida, ao motivar o ser humano para se aprimorar cada vez mais, o Espiritismo preveniria o desgosto com a vida e a melancolia, apesar de se reconhecer a existência de predisposições orgânicas para esta (Kardec, 1862c). O Espiritismo também diminuiria os casos de loucura ao prevenir o uso abusivo do álcool (Kardec, 1865b).

A doutrina espírita seria um grande agente profilático contra o suicídio, pois, além do ponto de vista que daria maior “coragem moral”, o espírita teria vários outros motivos para evitar o suicídio:

“(...) a *certeza* de uma vida futura, (...) a *certeza* de que, abreviando a vida, chega a um resultado absolutamente oposto ao que esperava; que se liberta de um mal para chegar a outro pior, (...) que não poderá rever no outro mundo os objetos de suas afeições, aos quais queria unir-se. Daí a conseqüência que o suicídio é contra seus interesses.” (Kardec, 1862c)

Por diversas vezes Kardec enfatiza que a admissão da “realidade espiritual” seria um grande avanço para as ciências, especialmente para a medicina:

“Abrindo novos horizontes a todas as ciências, o Espiritismo vem, também, esclarecer a questão muito obscura das doenças mentais, assinalando uma causa até agora não levada em conta: causa real, evidente, provada pela experiência e cuja verdade mais tarde será reconhecida.(...) a parte de ação mundo invisível nos fenômenos da natureza. Uma vez entrando neste caminho, a ciência possuirá a chave dos mistérios e verá cair a mais formidável barreira que detém o progresso: o materialismo, que restringe o círculo da observação, em vez de ampliá-lo ” (Kardec 1862a)

3) Bezerra de Menezes

Adolfo Bezerra de Menezes Cavalcanti é considerado um dos personagens mais importantes da história do Espiritismo no Brasil. Cearense nascido em 1831, médico, eleito vereador da cidade do Rio de Janeiro (capital do país à época) quatro vezes e deputado federal três vezes. Era abolicionista e membro do partido liberal. Em 1886 assumiu publicamente a adesão ao Espiritismo, para o qual trabalhou intensamente até seu falecimento em 1900. Foi presidente da Federação Espírita Brasileira por duas vezes e por dez anos escreveu, sob o pseudônimo de Max, uma coluna semanal sobre o Espiritismo nos principais jornais da capital (O Paiz e Jornal do Brasil).(Abreu, 1991; Wantuil, 1990; Nobre, 1986).

Publicou um livro que tem influenciado muito a visão espírita sobre os transtornos mentais, “A Loucura sob Novo Prisma” (Menezes, 1988). Apesar de, basicamente, reafirmar a posição de Kardec, esta obra é que geralmente é considerada o grande marco na “visão espírita da loucura”, sendo muito mais conhecida e citada que os textos de Kardec sobre o tema.

A obra pode ser dividida em três partes: uma crítica filosófica e científica ao materialismo, discussão de alguns princípios espíritas e a tentativa de demonstrar que a obsessão pode ser uma causa de loucura. Nos deteremos no último item. Era uma época de acentuado organicismo na psiquiatria, as publicações médicas se ocupavam intensamente da paralisia geral progressiva, de tumores e lesões traumáticas do sistema nervoso central, além dos variados quadros decorrentes de déficits nutricionais. O que preocupava Bezerra era o fato, citando Esquirol, de se verificarem inúmeros casos de loucura sem uma lesão cerebral identificável. Apontava que havia loucura com e sem lesão cerebral, configurando duas espécies distintas de insanidade. A psiquiatria seria capaz de explicar apenas o primeiro tipo. Assim define os objetivos de sua obra:

“(...) eu vou tentar (...) resolver o problema da loucura em sua nova face, isto é, da loucura sem lesão cerebral.

Compreende-se quanto importa à prática diferenciar uma espécie da outra, para não confundi-las no mesmo tratamento, sendo elas de naturezas diferentes.

Meu plano é determinar a natureza especial da loucura sem lesão cerebral – estabelecer as bases de um diagnóstico diferencial de uma para outra espécie – e oferecer os meios curativos deste gênero desconhecido de loucura.” (p.13)

Os primeiros $\frac{3}{4}$ do livro são dedicados a demonstrar a existência da alma, como sede do pensamento, independentemente do corpo físico. Sendo este apenas o instrumento daquela, a loucura poderia advir de problemas no corpo (loucura com lesão) ou fora dele (loucura sem lesão). A parte final da obra é dedicada às obsessões. O autor reconhece que a “perseguição movida por Espíritos desencarnados aos encarnados é “o ponto mais difícil de aceitar da nova cosmogonia (espírita)”. Entretanto, afirma ser possível obter provas inconcussas de sua existência através de métodos “rigorosamente científicos”. Para tanto, cita casos por ele tratados e que seriam “capazes de firmarem inabalável convicção em espíritos livres de preconceitos sistemáticos e de obcecação por fanatismo” (p.141). Descreve que as melhoras dos quadros dos pacientes coincidiam com o convencimento do obsessor de que deveria abandonar a perseguição.

Um dos pacientes era um estudante de medicina que havia abandonado a faculdade há dois anos “por ter sido subitamente acometido de loucura, com a idéia fixa de suicídio, pelo que a família o guardava em um quarto, com todas as precauções”. Após semanas de sessões, Bezerra conseguiu convencer o espírito obsessor. Assim relata:

“Na sexta-feira, pouco mais ou menos à hora em que o Espírito inimigo desistiu sinceramente da perseguição, Raul, em sua casa, à distância (...) talvez uns quinze quilômetros, despertava como de um longo pesadelo; chamou a mãe e mais pessoas da família, por quem se tornara indiferente; saiu do isolamento, e tão bem se achou que na semana seguinte voltou aos seus estudos.(...)”

A coincidência da renúncia do perseguidor com o reerguimento das faculdades mentais, é fato digno da maior atenção, e nós asseguramos que mais ou menos rápida, mais ou menos lenta, temos sempre observado esse fenômeno, desde que o perseguidor se converte.”(p.141-3)

Acompanhou o paciente por mais três anos, não havendo qualquer recorrência do quadro, tendo se diplomado em medicina. O autor cita diversas testemunhas que acompanharam a evolução do tratamento deste e de outros pacientes “obsediados”.

Como dito previamente, Bezerra repete em grande parte as idéias expostas por Kardec. Entretanto, avança um pouco mais na teoria. Afirma que o obsessor é capaz de subjugar a vontade do paciente e prejudicar a transmissão do pensamento da alma do paciente para seu corpo. Seria como se houvesse “ruídos” na mensagem transmitida ao corpo, daí as alterações evidenciadas pelos obsediados, confundido-as com as da loucura orgânica. É dito que as obsessões graves seriam um tipo de loucura:

“É loucura, porque há efetivamente uma perturbação das faculdades mentais, mas não é a loucura por tal conhecida, porque esta depende da lesão orgânica do cérebro, e no caso não se dá semelhante coisa.

É a loucura em que Esquirol não encontrou lesão cerebral, é a loucura psíquica.

Conhecida a dupla causa da moléstia que apresenta os mesmos sintomas, embora tenha origens muito diversas(...)”.(p.162)

Bezerra afirma que lesões cerebrais podem facilitar a instalação do processo obsessivo (p.173,178-9) e que as obsessões duradouras podem ocasionar lesões cerebrais, havendo necessidade de um tratamento misto: físico e espiritual. As descrições do que seriam as alterações residuais, decorrentes de lesão cerebral secundária às obsessões, se parecem muito com os sintomas negativos da esquizofrenia:

“(...) em vez da excitação, fica da obsessão debelada uma depressão cerebral. (p.182)
(...) que leva o indivíduo a uma indiferença desesperadora.” (p.184)

O diagnóstico diferencial em bases clínicas dos dois tipos de loucura seria muito difícil, pois os sintomas seriam os mesmos(p.162, 171-2). Dever-se-ia recorrer aos recursos espíritas. Há três possibilidades:

- Hipnotizar o paciente para que seu espírito se manifeste mais livremente. Refere que, nesses experimentos, o paciente se expressa com lucidez e pode dizer a causa de sua insanidade. Entretanto, esse método teria dois inconvenientes: nem todas as pessoas são hipnotizáveis e o espírito do doente pode não saber da origem de seu mal.
- Evocar o obsessor em uma reunião mediúnica. Caso seja uma obsessão, ele se manifestará num médium, caso contrário, nada ocorrerá.
- Consultar mediunicamente um espírito que informa a natureza da alienação mental. Após a definição por ser uma obsessão, evoca-se o obsessor para moralizá-lo. Esse era o método preferido pelo autor.(p.176-8)

No caso de um diagnóstico de obsessão, a melhor prova de sua exatidão seria “a cura pelos meios morais”.

Devido à dupla causa das insanidades, os tratamentos também deveriam ser diferenciados. Entretanto, muitas vezes seria preconizado o tratamento misto, pois as lesões orgânicas podem facilitar as obsessões e estas podem desencadear danos físicos.

“(...) é de rigor curar-se a lesão de qualquer órgão doente dos obsediados.

Conjuntamente com este esforço, devem-se empregar todos os meios de moralizar o Espírito do obsediado(...)”(p.179)

Apesar de ter sido o pioneiro na visão espírita da loucura no Brasil, Bezerra não era um alienista, nem se arrogava tal título. Não teve uma prática de psiquiatra espírita, que avaliava e tratava os aspectos físicos e espirituais dos transtornos mentais. Deixando a parte física para os psiquiatras, sua atuação se concentrava na desobsessão (Menezes, 1988; p.9, 178). No item seguinte discutiremos aquele que talvez tenha sido o primeiro psiquiatra espírita.

4) Inácio Ferreira

Inácio Ferreira foi provavelmente o primeiro a institucionalizar as idéias de tratamento propostas por Bezerra (Hess, 1991, p.187-8), embora seja bem menos conhecido que este. De 1934 a 1988 dirigiu o “Sanatório Espírita de Uberaba”, onde fazia um tratamento psiquiátrico convencional mesclado à terapia espírita de passes, orações e reuniões de desobsessão.

A principal tese defendida pelo autor é que a medicina se condenou a uma enorme restrição investigativa e terapêutica ao se negar a estudar o fator espiritual nos transtornos mentais. A causa de tal resistência seria o dogmatismo materialista e o autoritarismo dos meios acadêmicos, presos ao *magister dixit*. Apesar de elogiar os esforços dos psiquiatras ao longo dos anos, enfatiza a frustração na busca das etiologias e a ineficácia em grande parte dos casos tratados (Ferreira, 1993; 1995). Demonstrando conhecimento dos principais autores da psiquiatria, desenvolve uma série de críticas epistemológicas à psiquiatria. Aponta as divergências entre as diversas classificações psiquiátricas, diagnósticos confusos e basicamente descritivos, pouco informativos sobre prognóstico e terapêutica. A teoria psiquiátrica periodicamente se via envolta por modismos que usualmente se mostravam inconsistentes, pois se basearia em especulações muito frágeis. (Ferreira, 1993,

p.22-44, 126,). Inferências baseadas num número restrito de observações, exclusão daquelas que contrariam a hipótese e aceitação acrítica das idéias do “mestres da psiquiatria” explicariam a miseducada teoria psiquiátrica. Todas essas limitações gerariam uma terapêutica muitas vezes ineficaz, deixando a psiquiatria “a caminhar na retaguarda dos demais ramos da medicina” (Ferreira, 1995, 13-32; 1946, p:221-46)

O Espiritismo, ao lado dos fatores sociais e biológicos, seria uma ferramenta imprescindível para que a Psiquiatria pudesse dar um salto qualitativo, ajudando-a a melhor compreender e tratar os transtornos mentais. Aos que respondiam com ironia a esta afirmação, Ferreira relatava que suas observações eram baseadas em “noites e dias de sacrifícios, longas horas consagradas às pesquisas e às investigações. Lembrem-se de que elas partem de um médico cômico das suas responsabilidades e que só resolveu publicá-las, após milhares de provas com milhares de resultados!” (Ferreira, 1995, p.68).

Ele faz uma comparação entre o Espiritismo e a Microbiologia. Os microorganismos, apesar de invisíveis a olho nu e desconhecidos no meio científico, durante muitos séculos afligiram a humanidade. Somente com o advento do microscópio, foi possível a identificação e tratamento de inúmeras patologias de causas antes ignoradas. Assim:

“O Espiritismo, saiba a Ciência oficial, será a lente poderosa desse novo microscópio, através da qual se poderá devassar esse mundo invisível aos nossos olhos materializados.” (Ferreira, 1993, p.105)

Os pressupostos teóricos de Ferreira se baseavam nos de Bezerra de Menezes, mas suas obras relatam inúmeros casos de pacientes tratados pela via espírita. Seus livros foram escritos numa linguagem pouco técnica, parecem se dirigir também para o público não médico. O estilo é muitas vezes emotivo e grandioso, anunciando uma nova era para a medicina. Os abundantes relatos de casos, apesar de não serem descritos com minúcias psicopatológicas, ilustram bem e buscam comprovar a teoria espírita para os transtornos mentais. São descritos pacientes com variados tipos de delírios, alucinações, agitações psicomotoras, torpor, convulsões não epiléticas, tentativas de suicídio, jogadores patológicos etc. que apresentaram melhoras importantes após a terapêutica espírita.

O alto índice de curas obtidas com uma grande restrição de recursos é apresentado como uma das evidências a favor da teoria espírita. Segundo um relatório com as atividades de 1934 a 1944 do Sanatório, 1352 pacientes deram entrada, 554 (41%) saíram curados, 210 (16%) melhorados, 163 (12%) transferidos, 341 (25%) foram retirados e 51 (4%) evoluíram para óbito. Neste período, 423 casos foram catalogados como obsessão, sendo a classe diagnóstica que permitia maior percentual de cura, próximo a 100%. Dentre os outros diagnósticos, temos variados tipos de psicoses (infecciosas, auto-tóxicas, hetero-tóxicas, maníaco depressivas, de decadência e por afecções cerebrais), esquizofrenias, parafrenias, paranóias, neuro-sífilis, paralisia geral, epilepsias, psiconeuroses, personalidade psicopática e oligofrenia. (Ferreira, 1993, p:200-8)

O autor não negava as causas materiais, pelo contrário, dizia que “mais da metade dos pacientes encaminhados ao Sanatório, como obsediados, nada mais eram do que portadores de doenças orgânicas ou funcionais, mas de âmbito médico” (Ferreira, 1996, p:8-9).

Uma mudança teórica importante sobre os autores espíritas anteriormente citados é o papel da mediunidade no desencadeamento de quadros obsessivos. Enquanto Kardec desaconselha a prática mediúnica por pessoas com sinais de problemas mentais, Ferreira recomendava que seus doentes freqüentassem sessões desenvolvimento mediúnico após se recuperarem da crise. Asseverava que

a mediunidade funcionaria como um ímã atraindo influências dos espíritos e que se não fosse adequadamente treinada e utilizada, estaria muito vulnerável a novas influências espirituais perniciosas, portanto, a novas crises. A prática mediúnica regular em um centro espírita adequado permitiria a educação da mediunidade e a sintonia com espíritos superiores, “único recurso para não se ver sujeito, de quando em vez, a esses distúrbios desagradáveis que o levarão ao hospício” (Ferreira, 1993, p:189-90). Essa é uma crença frequente no meio espírita brasileiro atual.

Um fato interessante é que em 2001 foi publicado um livro (Bacelli, 2001), psicografado pelo espírito de Inácio Ferreira, contando outros casos tratados por ele enquanto encarnado.

Apesar de Ferreira ter dirigido o Sanatório até 1988, só identificamos publicações com relatos de casos da década de 1940, quando ainda não havia sido desenvolvida a moderna psicofarmacologia.

5) Joanna de Ângelis

Divaldo Pereira Franco é um médium baiano com mais de 150 livros psicografados (5 milhões de exemplares, traduzidos para 15 idiomas) e orador espírita que realiza palestras pelo Brasil e no exterior (cerca de 60 países). Afirma que sua mentora espiritual, uma espécie de anjo da guarda, chama-se Joanna de Ângelis, que teria escrito 55 livros através dele. Desde 1990 ela tem escrito diversas obras abordando saúde mental, que ficaram conhecidas como “série psicológica” (Franco, 2002).

Os escritos de Joanna ilustram bem uma corrente psicológica espírita atual, pois têm atingido uma boa tiragem e considerável repercussão no meio espírita brasileiro. Descrevem uma abordagem complementar às anteriormente descritas, voltadas principalmente para transtornos “neuróticos” e com amplas pontes tendo sido feitas com a psicologia transpessoal e junguiana. Na introdução da primeira obra da série, explica:

“O Espiritismo, sintetizando diversas correntes de pensamento psicológico e estudando o homem na sua condição de Espírito eterno, apresenta a proposta de um comportamento filosófico idealista, imortalista, auxiliando-o na equação dos seus problemas, sem violência e com base na reencarnação, apontando-lhe os rumos felizes que deve seguir.” (Franco, 1990, p:9)

O espírito de cada indivíduo seria a totalidade da consciência, o *Self*, composto por uma parte consciente e um inconsciente ampliado, ao incluir as experiências da vida atual e passadas.

“O *Self* não é apenas um *arquétipo-padrão*, mas o Espírito com as experiências iniciais e profundas de processos anteriores (...). É natural, portanto, que possua heranças, atavismos, reminiscências, *inconsciente coletivo e pessoal*, face ao largo trânsito do seu psiquismo no processo evolutivo ao longo dos milênios. Herdeiro de si mesmo, o *Self* é mais que um *arquétipo*, sendo o próprio ser espiritual precedente ao berço e sobrevivente ao túmulo.” (Franco, 2002a, p.70)

“Esse *inconsciente coletivo* seria o registro mnemônico das reencarnações anteriores de cada ser(...)”. (Franco, 1995, p:63)

Esse inconsciente teria uma influência marcante em nossos pensamentos, ações e tendências. Seu conteúdo poderia ser parcialmente acessado através dos sonhos, orações, meditações e transe, que muitas vezes seriam, erroneamente, tomados como mediúnicos. Os transe em que se manifestaria o inconsciente do indivíduo e não um outro espírito são chamados de “anímicos”.(Franco, 1997, p:86)

O sistema nervoso central seria o instrumento de ação do espírito sobre o corpo ao regular o funcionamento do sistema neuroendócrinoimunológico. Os desequilíbrios deste sistema nos diversos transtornos mentais usualmente seriam conseqüentes a desarmonias do espírito, que seria o fator causal fundamental do psiquismo (Franco, 1997, p:24; 1999, p.35, 42; 2000a, p:101). É destacada a intensa relação mente-corpo, as influências do espírito sobre o corpo gerariam um funcionamento corporal harmônico ou enfermigo ao induzir mutações e diversas alterações na fisiologia.

Além dos fatores orgânicos e sociais, as vidas passadas teriam um importante papel nos desajustes psíquicos atuais. Fobias podem decorrer de eventos traumáticos, assim como depressões de uma consciência de culpa sobre ações pretéritas infelizes (Franco, 1997, p:32). Os complexos de culpa quanto a ações desta ou de outras vidas, atuando de modo muitas vezes inconsciente, seriam significativos fatores de desajuste psíquico (Franco, 2000b, p:31). Por isso há uma valorização da conduta ética e, ao invés da culpa perturbadora, enfatiza-se o conceito de responsabilidade, mediante o qual “a colheita se deriva da sementeira, sem qualquer expressão fatalista do sofrimento” (2000a, p.:43).

As obsessões também são incluídas entre as etiologias dos transtornos mentais, por outro lado é informado que aquelas podem ser conseqüências destes.

“(...) os estados depressivos que proporcionam pensamentos pessimistas e nefastos (...) abrem brechas para a instalação de obsessões danosas, quando não de fenômenos que deterioram a máquina celular, propiciando a instalação de doenças variadas”.(Franco, 1999, p:59)

Na busca do reequilíbrio, há uma grande ênfase numa conduta e pensamentos éticos como geradores de uma ascendência salutar do espírito sobre o corpo (Franco, 1999, p:57-62). Mas essa busca da virtude se daria por um real desejo de aprimoramento e não por mecanismos de repressão que seriam fomentadores de “dissimulação e indignidade disfarçada de virtude” (Franco, 2000c, p:7). A cura real e definitiva se daria pelo aprimoramento intelecto-moral do espírito ao longo das diversas encarnações (Franco, 1999, p:65-9).

“A saúde mental somente é possível quando o *Self*, estruturado em valores éticos nobres, compreende a finalidade precípua da existência humana, direcionando os seus sentimentos e conhecimentos em favor da ordem, do progresso, do bem-estar de toda a sociedade”. (Franco, 2002a, p:113)

São valorizados o desenvolvimento de objetivos existenciais transcendentais e a busca constante, mas sem ansiedade, destas metas. “Sem uma visão espiritual da existência física, a própria vida permaneceria sem sentido ou significado”(Franco, 1995, p:9). Há uma valorização da religião que liberta do medo e da ansiedade e “proporciona a coragem natural para o auto-enfrentamento, tornando-se terapêutica e geradora de saúde”. Por outro lado, destaca-se que a religião não deve servir de “fuga psicológica para o indivíduo poupar-se ao enfrentamento dos seus conflitos, dos processos de libertação do sofrimento” (Franco, 2002a, p:178)

O maior modelo de “Homem Integral” seria Jesus, um “exemplo da perfeita identificação da *anima* com o *animus*”, tendo “desenvolvido todas as aptidões herdadas de Deus” (Franco, 1990, p:8; 2000, p:9-10). Apesar de existirem tipos paradigmáticos, cada ser deve se empenhar na busca de si mesmo, num processo de *individualização*, que seria a caminhada para se tornar um ser “total, original e único que liberta a consciência das constrições mais vigorosas do Inconsciente dominador, (...) integrando-o à consciência atual”. (Franco, 1997, p:92-4)

“Ninguém se encontraria reencarnado na Terra não tivesse a existência física uma finalidade superior.(...) Etapa a etapa, são realizados progressos que se fixam mediante os hábitos que se incorporam à individualidade(...)

Erros e acertos constituem recurso de desdobramento da consciência para logros mais grandiosos (...) (Franco, 1997, p:27)

O homem saudável não é aquele que se encontra extático, aparentemente triunfador sobre as situações enfrentadas, mas quem permanece lutando, sempre disposto a avançar com os olhos postos no futuro para onde avança.”(Franco, 1999, p:38)

A busca do autoconhecimento seria uma etapa fundamental na transformação evolutiva do espírito pois favoreceria “a recuperação, quando em estado de desarmonia, ou o crescimento, se portador de valores intrínsecos latentes”. Para que seja logrado o autodescobrimento, iluminando a sombra, alguns requisitos seriam imprescindíveis: “insatisfação pelo que se é ou como se encontra; desejo sincero de mudança; persistência no tentame; disposição para aceitar-se e vencer-se; capacidade para crescer emocionalmente” (Franco, 1995, p:9-13).

A autoconquista, somente possível ao longo de diversas encarnações, permitiria a superação dos mecanismos de fuga, de transferência de responsabilidade, de rejeição e o enfrentar-se sem acusação (Franco, 1993, p:151-2).

“O homem maduro psicologicamente vive a amplidão infinita das aspirações do bom, do belo, do verdadeiro, e, esvaído do ego, atinge o *self*, tornando-se homem integral, ideal, no rumo do infinito.(Franco, 1993, p:28)

6) Discussão

Os quatro autores acima descritos fornecem um panorama razoavelmente abrangente da perspectiva pela qual o Espiritismo lida com os transtornos mentais. Há várias outras obras espíritas de outros autores que abordam o tema (Mundin, 1984; Santos, 1991; Balduino, 1994; Facure, 1996; Oliveira, 1996; Diversos, 1997; Palhano Jr & Oliveira, 1997; Claro, 2000), mas que, ou são menos aceitas, ou não trazem muitas novidades sobre o já exposto.

As pesquisas ligadas à comunicação de espíritos e telepatia eram freqüentes na transição entre os séculos XIX e XX, tendo envolvido muitos nomes de destaque no meio científico internacional (Ross & Joshi, 1992; Stevenson, 1977). Infelizmente, publicações na área da “pesquisa psíquica” realizadas por alguns pioneiros da psiquiatria e psicologia como Pierre Janet, William James, Cesare Lombroso e Federic Myers permanecem amplamente desconhecidas pela comunidade psiquiátrica e psicológica contemporânea (Lombroso, 1983; Almeida & Lotufo Neto, 2004). São necessários mais estudos sobre a ascensão e queda do interesse em temas ligados à “paranormalidade” pelos psiquiatras e psicólogos há um século. Um outro ponto a ser investigado seria o impacto que estes estudos tiveram na teoria e prática psiquiátrica por nós herdada.

Do mesmo modo, há poucos trabalhos analisando os médicos espíritas no Brasil. Bezerra de Menezes foi analisado por dois pesquisadores norte-americanos, que chegaram a conclusões bastante diferentes. O historiador Donald Warren (1984) tem uma visão bastante negativa e, por vezes distorcida, de “A Loucura Sob um Novo Prisma”, considerando-o “um sofrível registro do que um médico pensa estar fazendo”. Interpreta que Bezerra, inconscientemente influenciado por sua origem nordestina (região mais pobre do Brasil), apenas deu uma precária roupagem científico-racional para rituais indígenas e africanos da “tradicional arte brasileira de cura”. Por outro lado, o antropólogo David Hess (1991, p.94-8) compara o trabalho de Bezerra ao de Freud e Janet na busca pela compreensão de quais seriam as

causas da insanidade sem lesão cerebral. Eles buscavam preencher uma lacuna no conhecimento e prática médicas e acreditavam terem descoberto um novo tipo de doença mental. No entanto, o brasileiro não encontrou receptividade entre seus pares na tentativa de trazer legitimidade científica ao que era visto como religião popular e magia. Afirma que, assim como a psiquiatria dinâmica, o Espiritismo procurou fazer um ponte entre o exorcismo e a neurologia:

“Like Freud’s psychoanalytic method, which borrowed from the Catholic confessional even it used a biomedical idiom, Menezes’ disobsession therapy borrowed from Catholic exorcism but instead used the spirit idiom. Like Freud, Menezes challenged the accepted dogmas of both the Catholic church and biomedicine. Yet, instead of mapping out an unconscious, Menezes mapped out a spirit world – one that was real to most Brazilians as the world of repressions, automatisms, and psychic energies was to the psychological reformers of Europe.

Menezes’ disobsession therapy was similar to the new dynamic psychiatries in a second way: the triad of spirit of light/client/errant spirit is in many ways similar to that of superego/ego/id.(...)

(...) the passive figure of medium plays a role similar to that of the silence of the analyst: both are empty stages on which the drama of unconscious conflict plays itself out.(p.97-8)

Uma das diferenças em relação à psicanálise seria que o doente não precisa estar presente à sessão, que é um dos argumentos dos espíritas para negar que o efeito terapêutico seja apenas por catarse ou sugestão.

Essa semelhança entre os idiomas da terapia espírita e da psicanálise também já foi notado por Bastide (1967) e Garrison (1977) e levou Hess a chamar Bezerra de “Freud Brasileiro”.

À parte a questão dualismo *versus* monismo, ao analisar a obra de Bezerra com o olhar de um psiquiatra do século XXI, o seu ponto mais frágil parece ser o seu conceito de “loucura sem lesão cerebral”. Apesar de não ter afirmado explicitamente, pareceu ter assumido que o fato de não haver lesões macroscópicas no cérebro seria sinônimo de cérebro “sem a mínima lesão” ou no “mais perfeito estado fisiológico” (Menezes, 1988; p.11-2). Nas últimas décadas têm sido evidenciadas alterações dos circuitos neurais e neurofuncionais que poderiam explicar a existência de graves transtornos mentais sem a presença de lesões cerebrais macroscópicas (Gur & Gur, 2000).

Conforme já descrito, Ferreira procurou integrar a teoria de Bezerra à prática psiquiátrica convencional. Sua maior importância está em ser provavelmente o pioneiro a unir de modo sistemático as duas abordagens, atuando desta forma por mais de meio século. Importante destacar que Kardec, Bezerra e Ferreira escreveram suas obras num período onde não havia antipsicóticos e antidepressivos e a psiquiatria lidava basicamente com transtornos mentais graves, tendo sua prática em grande parte circunscrita aos “hospitais de alienados”. Os transtornos mentais que atualmente são o dia a dia da prática psiquiátrica (transtornos ansiosos e de humor) eram muitas vezes da alçada dos clínicos e neurologistas, ou nem eram considerados transtornos mentais (Marx, 1992). Estas afecções somente ganharam maior espaço na literatura espírita, assim como na sociedade como um todo, nas últimas décadas.

Como não havia nenhum dos atuais psicofármacos, a ineficácia dos alienistas em grande parte dos casos tratados pareceu ser um importante fator a permitir o desenvolvimento da abordagem espírita. Lamentavelmente, não foram identificadas publicações de Ferreira da segunda metade do século XX. Seria muito valiosa uma

investigação do impacto da moderna psicofarmacologia sobre a terapêutica do Sanatório de Uberaba.

Os autores discutidos descrevem inúmeros casos de “curas espetaculares” obtidas pela terapia espírita. Infelizmente, o rigor metodológico dos ensaios clínicos contemporâneos não havia sido desenvolvido naquela época. Três grandes problemas são a falta de aleatorização, de um tratamento controle e de medidas objetivas da evolução clínica. A ausência desses cuidados deixa os relatos sujeitos a diversos vieses como o efeito placebo, o retorno à média, a evolução natural da doença e a tendenciosidade do paciente e do examinador na avaliação dos resultados (Guyatt et al, 1986; Sackett, 1985). No entanto, não é adequado exigir uma severidade científica extemporânea. Muito da teoria e prática psiquiátrica surgiu da “experiência clínica” e da autoridade pessoal dos “mestres da psiquiatria”, sem grandes preocupações metodológicas. Crichton (1996), em editorial do *British Journal of Psychiatry*, chega a afirmar que o seminal trabalho de Kurt Schneider (1980) sobre sintomas de primeira ordem em esquizofrenia tem tantos problemas metodológicos que não seria nem mesmo considerado para publicação pelos pareceristas de um moderno periódico médico. A primeira edição deste livro surgiu em 1946 na Alemanha, década de publicação das obras de Ferreira.

Apesar das diversas limitações metodológicas de relatos de séries de casos, são muito úteis como interface entre a medicina clínica e a pesquisa e para formulação de hipóteses a serem testadas em estudos com desenhos mais elaborados. Diversas descobertas médicas tiveram início com a publicação desses relatos (Hennekens & Buring, 1987, p:106-7). Dados intrigantes nas descrições feitas pelos pesquisadores espíritas dizem respeito ao grande número de casos, sincronia entre acontecimentos nas reuniões mediúnicas e evolução clínica de pacientes que não tinham conhecimento destas reuniões, além do relato pelos médiuns de fatos sobre os pacientes desconhecidos daqueles. A descrição por três autores de situações similares, ocorridas na França e no Brasil e ao longo de um século, sugerem que o assunto necessitaria ser melhor pesquisado a fim de determinar se os resultados descritos são frutos de um artefato comum a estes autores ou se há algo que mereça maiores considerações. O NEPER (Núcleo de Estudos de Problemas Religiosos e Espirituais) tem desenvolvido investigações históricas (Morei-Almeida, 2005) antropológicas (Puttini, 2004) e um ensaio clínico (Leão, 2004) sobre a terapêutica espírita integrada à psiquiátrica convencional. Apesar de “terapias espirituais” como imposição das mãos e orações serem freqüentes em todo o mundo, o tratamento através de reuniões mediúnicas de desobsessão realizadas por médicos parece ser uma peculiaridade brasileira neste último século. Essa singularidade seria mais um motivo para que se investigue melhor tais práticas.

Em 2004, Puttini concluiu uma tese de doutorado que pesquisou 26 hospitais psiquiátricos espíritas no estado de São Paulo, o mais rico e povoado do Brasil. Os hospitais pesquisados empregavam aproximadamente 4.300 profissionais de saúde, muitos dos quais não espíritas. Em todos eles eram empregados os recursos médicos e psicológicos convencionais e, de modo complementar, eram desenvolvidos os trabalhos de terapia espírita. Há um amplo espectro na importância dada a esta abordagem complementar pelas instituições estudadas. Variando desde uma atividade residual e quase indesejada pelo corpo clínico, até uma total integração onde as avaliações e intervenções espirituais são registradas nos prontuários dos pacientes.

Numa recente dissertação de mestrado, Leão (2004) investigou, num ensaio clínico controlado duplo-cego, o impacto das terapias mediúnicas na evolução clínica e comportamental de pacientes portadores de deficiência mental internados num hospital espírita. Todos os pacientes recebiam tratamento psiquiátrico convencional,

mas o grupo experimental teve sessões mediúnicas realizadas como terapia complementar. Ao final dos seis meses do estudo, o grupo experimental apresentou uma melhora clínica e comportamental estatisticamente superior ao grupo controle. Este foi um primeiro estudo que necessita de ser replicado em outras populações e com métodos aprimorados.

Ian Stevenson é um psiquiatra que tem realizado pesquisas rigorosas sobre algumas questões levantadas neste artigo e publicado seus resultados em publicações médicas de impacto. Apesar de sua maior área de interesse ser crianças com relatos sugestivos de vidas passadas (Stevenson, 1983; 1999), também tem investigado experiências de quase morte (Stevenson & Greyson, 1979; Greyson & Stevenson, 1980; Owens, Cook & Stevenson, 1990) e comunicações mediúnicas (Stevenson, 1977). Em 1983 ele apresentou uma proposta de um novo termo para complementar a palavra “alucinação”, no caso de experiências sensoriais não compartilhadas de conteúdo obtido por via paranormal em pessoas sem psicopatologia (Stevenson, 1983). Essa proposta de classificação das alterações da senso-percepção é muito semelhante a apresentada por Kardec (1861a). Um outro ponto em comum com as descrições dos três autores discutidos neste artigo, diz respeito à possível explicação de certos padrões de comportamento através da hipótese da reencarnação. Segundo as pesquisas de Stevenson (1977a), fobias, filias, habilidades não aprendidas, problemas nas relações pais-filhos e alterações de identidade de gênero sexual poderiam ter origens, em alguns casos, em vidas passadas. O que merece ser frisado é que a realização de estudos sérios sobre estes temas tão controversos não implica na aceitação de seus pressupostos teóricos nem no abandono do rigor científico (Cardeña, 2000; Dossey, 2000).

Uma visão espírita mais recente sobre os transtornos mentais tem sido fornecida por Joanna de Ângelis. Na realidade, ela assume os pressupostos dos autores anteriores e os complementa com uma visão mais psicológica, voltada predominantemente para os transtornos “neuróticos” e para problemas existenciais. Apesar de algumas resistências localizadas, suas obras têm tido uma grande aceitação nos meios espíritas: leigos e profissionais em saúde mental. Vale a pena ressaltar que os temas psicológicos são um assunto crescente também na literatura mediúnica norte-americana recente (Hastings, 1991; p:196). Na década de 1970 surgiram os livros de maior repercussão: “A Course in Miracles” (Schuman, 1975) e as obras de uma entidade chamada “Seth” (Roberts, 1970, 1972, 1974), que venderam milhões de cópias (Hastings, 1991; Klimo, 1998). Há diversos paralelos entre os conteúdos destas publicações norte-americanas com a brasileira, e todas elas têm gerado grupos de estudos, seminários e conferências, além de serem utilizadas como fonte de auto-ajuda por milhões de pessoas pelo mundo. Estas obras também merecem um estudo acadêmico para que possamos compreender melhor o conteúdo e o impacto dessas teorias psicológicas sobre a população. A Course in Miracles tem sido analisado por alguns autores do mundo acadêmico (Hastings, 1991; p:111-3).

Alem da possibilidade de investigação sobre a realidade objetiva, empírica, destes preceitos espíritas, um outro aspecto que merece ser investigado é a importância cultural destas crenças. As dimensões religiosas e espirituais da cultura estão entre os mais importantes fatores que estruturam as crenças, valores, comportamentos e padrões de adoecimento humanos, ou seja, a experiência humana (Lukoff, Lu & Turner, 1992). A cultura pode influenciar a prática clínica de diversas formas: como instrumento explicativo, agente patogênico ou patoplástico, fator diagnóstico e como elemento terapêutico e protetor (Alarcón et al., 1999). Conhecer o universo cultural de uma grande parte de nossa população é um imperativo para uma prática clínica adequada.

Muitos de nós, psiquiatras e psicólogos, em nossa prática clínica, temos encontrado resistências de grupos religiosos (espíritas inclusive) aos tratamentos propostos, tendo em vista crerem numa etiologia espiritual para seus males. Importante considerar que os próprios espíritas reconhecem serem freqüentes os abusos neste sentido. Teixeira (1990; p:86-7), um destacado médium brasileiro, afirmou ser comum se considerar erroneamente quadros psiquiátricos como mediunidade. Da mesma opinião compartilhavam Ferreira (1996; p:8-9) e Kardec (1994, questão 474). Apesar de alguns espíritas julgarem que todos os transtornos mentais decorreriam de mediunidade ou obsessões, dispensando, portanto, o tratamento psiquiátrico ou psicológico convencional, esta não é a opinião dos principais autores espíritas. O fato destes terem preconizado muitas vezes o uso concomitante das duas abordagens, pode ser um argumento decisivo na aceitação por parte da família e do paciente de um tratamento psiquiátrico. A recomendação disseminada no meio espírita brasileiro de “desenvolver a mediunidade” como terapia para problemas psiquiátricos também não embasamento nos dois principais autores espíritas: Kardec e Bezerra.

7) Conclusões

O Espiritismo tem desenvolvido uma complexa teoria sobre os transtornos mentais que tem influenciado pacientes e profissionais de saúde, notadamente no Brasil. É proposta uma etiologia complementar aos fatores sociais, biológicos e psicológicos: a causa espiritual. Esta proviria de encarnações passadas e de influências espirituais, as chamadas obsessões. Os espíritas argumentam que a aceitação deste outro fator teria um enorme poder heurístico, facilitando excepcionalmente o desenvolvimento da medicina e da psicologia. Asseguram que o dogmatismo materialista e o autoritarismo acadêmico impedem a aceitação de seus pressupostos. Importante destacar que o próprio meio espírita desconhece muito desta teoria e tem desenvolvido práticas conflitantes com a preconizada pelos principais autores espíritas.

O estudo acadêmico deste tema tem um grande importância devido à relevância que assumiu em nossa cultura e pelas implicações práticas. Dois campos se abrem para esta investigação: a pesquisa sobre a realidade objetiva e eficácia das práticas espíritas e o impacto cultural que tais visões de mundo têm na população. Este artigo é apenas um levantamento inicial do assunto, ao longo deste trabalho delinearam-se diversas linhas possíveis de investigação, algumas delas já em andamento. Espera-se ter colaborado para chamar a atenção da comunidade científica para a relevância deste tema.

Referências Bibliográficas

- Abreu, C. – Bezerra de Menezes. São Paulo. Edições FEESP, 1991.
Alarcón, R.D; Westermeyer, J.; Foulks, E. F.; Ruiz, P. – Clinical Relevance of Contemporary Cultural Psychiatry – J Nerv Ment Dis 187:465-471, 1999.

- Almeida, A. M. & Lotufo Neto, F. (2003). "Metodologia para o Estudo de Estados Alterados de Consciência" *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30, 21-8. (www.hcnet.usp.br/ipq/revista)
- Almeida, A. M. & Lotufo Neto, F. (2004) "A Mediunidade vista por Alguns Pioneiros da Área da Saúde Mental" *Revista de Psiquiatria Clínica* 31: 132-41. (www.hcnet.usp.br/ipq/revista)
- Aubrée, M. & Laplantine, F. – *La Table, Le Livre et les Esprits*. Éditions Jean-Claude Lattes, 1990.
- Balduino, L. – *Psiquiatria e Mediunismo*. Rio de Janeiro. FEB, 1994.
- Bastide, R. – *Le Spiritisme au Brésil*. *Archives de Sociologie des Religions* 24:3-16, 1967.
- Cardeña, E.; Lyinn, S. J. & Krippner, S. – *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence*, Washington DC, American Psychological Association, 2000.
- Claro, I. – *Depressão: causas, consequências e tratamento*. 8ed. Matão. Casa Editora O Clarim, 2000.
- Constans, A. – *Relation sur une épidémie d'hystéro-démonopathie en 1861*. Paris, Thunot, 1862. Apud Vandermeersch, P. (1991).
- Crichton, P. – *First-Rank Symptoms or Rank-and-File Symptoms?* – *Br J Psychiatry* 169:537-40, 1996.
- Damazio, S. F. - *Da Elite ao Povo: Advento e Expansão do Espiritismo no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.
- Diversos – *Desafios em Saúde Mental: contribuições da terapêutica espírita*. (Anais do IV ENESAM-Encontro Nacional Espírita de Saúde Mental). Belo Horizonte. Editora Espírita Cristã Fonte Viva, 1997.
- Dossey, L. - *Prayer and Medical Science: a commentary on the prayer study by Harris et al and a Response to Critics*. *Arch Intern Med* 160, 2000
- Ellenberger, H. – *The Discovery of the Unconscious*. New York. Basic Books, 1970. (apud Hess, 1991).
- Facure, N. O. – *Repercussão dos Paradigmas Espíritas numa Clínica de Neurologia*. In: *Associação Médico-Espírita de São Paulo - Boletim Médico Espírita* nº10 Mednesp 95, 1996 (p.7-25).
- Ferreira, I. – *Novos Rumos à Medicina*. Vol. I. São Paulo. Edições FEESP, 1993 (1945).
- Ferreira, I. – *Novos Rumos à Medicina*. Vol. II. São Paulo. Edições FEESP, 1995.
- Ferreira, I. – *Psiquiatria em Face da Reencarnação*. São Paulo. Edições FEESP, 1996.
- Ferreira, I. – *Têm Razão?*. Uberaba. Edição do autor (impresso na Gráfica Mundo Espírita, Rio de Janeiro), 1946.
- Figueiredo, G. R. & Ferraz, M. P. T. – *Hospício, Caridade e Psiquiatria*. *Revista ABP-APAL* 20:1-8, 1998.
- Franco, D. - *O Homem Integral / pelo espírito Joanna de Ângelis*. Salvador. Livraria Espírita Alvorada, 1990.
- Franco, D. – *Autodescobrimento: uma busca interior / pelo espírito Joanna de Ângelis*. Salvador. Livraria Espírita Alvorada, 1995.
- Franco, D. – *Desperte e Seja Feliz / pelo espírito Joanna de Ângelis*. Salvador. Livraria Espírita Alvorada, 2000c.
- Franco, D. – *Dias Gloriosos / pelo espírito Joanna de Ângelis*. Salvador. Livraria Espírita Alvorada, 1999.
- Franco, D. - *Elucidações Psicológicas à Luz do Espiritismo / pelo espírito Joanna de Ângelis ; organização de Campetti Sobrinho, G. & Pedrosa, P. R. A*. Salvador. Livraria Espírita Alvorada, 2002a.

- Franco, D. – Jesus e Atualidade / pelo espírito Joanna de Ângelis. São Paulo. Pensamento, 2000b .
- Franco, D. – Jesus e o Evangelho – À Luz da Psicologia Profunda / pelo espírito Joanna de Ângelis. Salvador. Livraria Espírita Alvorada, 2000.
- Franco, D. – O Despertar do Espírito / pelo espírito Joanna de Ângelis. Salvador. Livraria Espírita Alvorada, 2000a.
- Franco, D. – O Ser Consciente / pelo espírito Joanna de Ângelis. Salvador. Livraria Espírita Alvorada, 1993.
- Franco, D. – Vida: desafios e soluções / pelo espírito Joanna de Ângelis. Salvador. Livraria Espírita Alvorada, 1997.
- Garrison, V. – The Puerto Rican Syndrome in Psychiatry and Espiritismo. In Case Studies in Spirit Possession, eds. Crapanzano, V. & Garrison, V. – New York. John Wiley & Sons, 1977. (apud Hess 1991)
- Greyson, B & Stevenson, I. – The Phenomenology of Near-Death Experiences – Am J Psychiatry 137:1193-6, 1980.
- Gur, R. E. & Gur, R. C. – Schizophrenia: brain structure and function. In: Sadock, B. J. & Sadock, V. A. – Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2000.(p:1117-29)
- Guyatt, G.; Sackett, D. et al. – Determining Optimal Therapy: randomized trials in individual patients – N Engl J Med 314: 889-92, 1986.
- Harwood, A. (1977). Puerto Rican Spiritism – *Culture, Medicine and Psychiatry* 1, 69-95 and 135-53.
- Hastings, A. – With the Tongues of Men and Angels: a study of channeling. Fort Worth. Holt, Rinehart and Winston Inc., 1991.
- Hennekens, C. H. & Buring, J. E. – Epidemiology in Medicine. Boston. Little, Brown and Company, 1987.
- Hess, D. – Spirits and Scientists: ideology, spiritism and Brazilian culture. Pennsylvania. Pennsylvania State University Press, 1991.
- Hohmann, A. A.; Richeport, M.; Marriott, B. M. at al. (1990). Spiritism in Puerto Rico – *Br J Psychiatry* 156, 328-35.
- Hufford, D.J. – Commentary – Paranormal Experiences in the General Population. J Nerv Ment Dis 180:362-68,1992.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme Psychologique* – Paris, Félix Alcan.
- Kardec, A. – A Carne é Fraca – Estudo fisiológico e moral. Revista Espírita 12(3):63-7, 1869.
- Kardec, A. – A Gênese, os Milagres e as Predições Segundo o Espiritismo. Rio de Janeiro. FEB, 1992 (1868).
- Kardec, A. – Cura de uma Obsessão. Revista Espírita 7(2):45-6, 1864b.
- Kardec, A. – Curas de Obsessões. Revista Espírita 9(2):44-8, 1866b.
- Kardec, A. – Ensaio sobre a Teoria da Alucinação. Revista Espírita 4(7):208-15, 1861a.
- Kardec, A. – Epidemia Demoníaca na Sabóia. Revista Espírita 5(4):107-11, 1862a.
- Kardec, A. – Estatística de Suicídios. Revista Espírita 5(7):196-202, 1862c.
- Kardec, A. – Estudo Sobre os Possessos de Morzine (II artigo). Revista Espírita 6(1):1-8, 1863a.
- Kardec, A. – Estudo Sobre os Possessos de Morzine (III artigo). Revista Espírita 6(2):33-40, 1863b.
- Kardec, A. – Estudo Sobre os Possessos de Morzine (IV artigo). Revista Espírita 6(4):99-110, 1863c.
- Kardec, A. – Estudo Sobre os Possessos de Morzine (V artigo). Revista Espírita 6(5):130-40, 1863d.

- Kardec, A. – Estudo Sobre os Possessos de Morzine. *Revista Espírita* 5(12):355-65, 1862b.
- Kardec, A. – Fenômenos Psico Fisiológicos: das pessoas que falam de si mesmas na terceira pessoa. *Revista Espírita* 4(8):239-43, 1861b.
- Kardec, A. – Influência da Música sobre os Criminosos, os Loucos e os Idiotas. *Revista Espírita* 7(9):257-63, 1864 (a).
- Kardec, A. – Introdução. *Revista Espírita* 1(1):1-6, 1858.
- Kardec, A. – Monomania Incendiária Precoce. *Revista Espírita* 9(6):171-7, 1866a.
- Kardec, A. – Nova Cura de uma Jovem Obsedada de Marmande. *Revista Espírita* 8(1):4-19, 1865a.
- Kardec, A. – O Fumo e a Loucura. *Revista Espírita* 8(5):142-4, 1865b.
- Kardec, A. – O Livro dos Espíritos. Rio de Janeiro. FEB, 1994 (1857).
- Kardec, A. – O Livro dos Médiuns. Rio de Janeiro. FEB, 1993 (1861).
- Kardec, A. – O Que é o Espiritismo? Rio de Janeiro. FEB, 1995 (1859).
- Klimo, J. – Channeling: investigations on receiving information from paranormal sources. Berkeley. North Atlantic Books, 1998.
- Koss-Choino, J. D. (2003). Jung, Spirits and Madness: Lessons for Cultural Psychiatry – *Transcultural Psychiatry* 40, 164-180.
- Leão, F. C. (2004). “Práticas espirituais no tratamento de portadores de deficiência mental”. Dissertação de Mestrado. Dept Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Lombroso, C. – *Hipnotismo e Mediunidade* – Rio de Janeiro. FEB, 1983 (1909).
- Lukoff, D.; Lu, F. & Tuner, R. – Toward a More Culturally Sensitive DSM-IV: Psychoreligious and Psychospiritual Problems – *J Nerv Ment Dis* 180: 673-682, 1992.
- Machado, U. - Os Intelectuais e o Espiritismo. De Castro Alves a Machado de Assis. Rio de Janeiro, Antares, 1993.
- Marx, O. M. – What is the History of Psychiatry? – *History of Psychiatry* 3:279-92, 1992.
- Menezes, A. B. – A Loucura sob Novo Prisma. Rio de Janeiro. FEB, 1988 (1897).
- Moreira-Almeida, A.; Almeida, A. A. S. & Lotufo Neto, F. (2005) – History of Spiritist Madness in Brazil. *History of Psychiatry* 16(1) (in press).
- Mundin, P. O. – A Posição Doutrinária Espírita na Psiquiatria. In: Associação Médico-Espírita de São Paulo - Boletim Médico Espírita nº1, 1984 (57-71).
- Myers, F. W. H. (2001, 1903). *Human Personality and Its Survival of Bodily Death*. Charlottetown, Hampton Roads Publishing Company Inc.
- Nobre, F. – Introdução. In: Menezes, B. – Perfis Parlamentares 33 / Bezerra de Menezes. Brasília. Câmara dos Deputados, 1986.
- Oliveira, S. F. – As Funções Verticais do Cérebro. In: Associação Médico-Espírita de São Paulo - Boletim Médico Espírita nº10 Mednesp 95, 1996 (187-95).
- Owens, J. E.; Cook, E. W.; Stevenson, I. – Near-Death Experience – *Lancet* 337:1167-8, 1991.
- Palhano Jr, L. – *Laudos Espíritos da Loucura*. Niterói. Lachatre, 1997.
- Puttini, R. F. (2004). *Medicina e Religião num Espaço Hospitalar Espírita*. Tese de Doutorado. Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).
- Roberts, J. – Seth Speaks: the eternal validity of the soul. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall, 1972.
- Roberts, J. – The Seth Material. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall, 1970.
- Roberts, J. – The Nature of Personal Reality: a Seth book. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall, 1974.

- Ross, C. A. & Joshi, S. – Paranormal Experiences in the General Population. *J Nerv Ment Dis* 180:357-61, 1992.
- Sackett, D.; Haynes, R. B.; Tugwell, P. – *Clinical Epidemiology: a basic science for clinical medicine*. Boston. Little, Brown, 1985.
- Santos, J. A. – *Visão Espírita das Distonias Mentais*. 2 ed. Rio de Janeiro. FEB, 1991.
- Santos, J. L. - *Espiritismo. Uma religião brasileira*. São Paulo, Moderna, 1997.
- Schneider, K. – *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart. Georg Thieme Verlag, 1980.
- Schucman, H. – *A Course in Miracles* (three vols: text, workbook for students and manual for teachers). Tiburon. Foundation for Inner Peace, 1975.
- Souza, D. S. & Deitos, T. F. H. – *Terapia Espírita em Hospitais Psiquiátricos (Brasil)*. *Rev Assoc Bras Psiqu.*, São Paulo. 2:190-4, 1980.
- Stevenson, I & Greyson, B. – Near-Death Experience: relevance to the question of survival after death – *JAMA* 242:265-7, 1979.
- Stevenson, I. – American Children who Claim to Remember Previous Lives – *J Nerv Ment Dis* 171:742-8, 1983.
- Stevenson, I. – Do We Need a New Word to Supplement “Hallucination”? – *Am J Psychiatry* 140:1609-11, 1983.
- Stevenson, I. – Past Lives of Twins – *Lancet* 353:1359-60, 1999.
- Stevenson, I. – The Explanatory Value of The Idea of Reincarnation – *J Nerv Ment Dis* 164:305-26, 1977.
- Teixeira, J. R. – *Diretrizes de Segurança*. Rio de Janeiro. Editora Fráter, 1990.
- Vandermeersch, P. – The Victory of Psychiatry over Demonology: the origin of the nineteenth-century myth. *Hystory of Psychiatry* 2:351-63, 1991.
- Wantuil, Z. – *Grandes Espíritos do Brasil*. Rio de Janeiro. FEB, 1990 (1969).
- Warren, D. (1984). *A Terapia Espírita no Rio de Janeiro por Volta de 1900. Religião e Sociedade*. Dez., 56-83.

Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas

Alexander Moreira de Almeida¹

Francisco Lotufo Neto²

Recebido: 13/12/2002 Aceito: 3/2/2003

RESUMO

As experiências anômalas (EA) (vivências incomuns ou que se acredita diferentes do habitual e das explicações usualmente aceitas como realidade: alucinações, sinestesia e vivências interpretadas como telepáticas...) e os estados alterados de consciência (EAC) são descritos em todas as civilizações de todas as eras, constituindo-se elementos importantes na história das sociedades. Apesar disso, têm recebido pouca atenção da comunidade científica, ou são abordados de forma pouco rigorosa. As EA e os EAC podem ser estudados sem que se compartilhem as crenças envolvidas, sendo possível investigá-los enquanto experiências subjetivas e, como tais, correlacionados com quaisquer outros dados. Neste artigo, procurou-se apresentar algumas diretrizes metodológicas para um estudo rigoroso do tema, entre elas: evitar uma abordagem preconceituosa e a “patologização” do diferente, a necessidade de uma teoria e de uma revisão exaustiva da literatura existente, utilizar diversos critérios de normalidade e patologia, investigar populações clínicas e não clínicas, desenvolvimento de instrumentos adequados para avaliação, cuidados na escolha dos termos e no estabelecimento de nexos causais, distinguir entre a experiência vivenciada e suas interpretações, considerar o papel da cultura, avaliar a confiabilidade e a validade dos relatos, por fim, o desafio gerado pela necessidade de criatividade e diversidade na escolha dos métodos.

Unitermos: Metodologia; Estado alterado de consciência; Espiritualidade; Experiência anômala.

ABSTRACT

Methodological guidelines to explore altered states of consciousness and anomalous experiences

Anomalous experiences (AE) (uncommon experiences or one that is believed to deviate from the usually accepted explanations of reality: hallucinations, synesthesia, experiences interpreted as telepathic...) and altered states of consciousness (ASC) are described in all societies of all ages. Even so, the scientists have long neglected the studies on this theme. To study AE and ASC is not necessary to share the beliefs we discuss, they can be investigated as subjective experiences and correlated like any other set of data. This article presents some methodological guidelines to explore these experiences, among them: to avoid prejudice approaches and to “pathologize” the unusual, the value of a theory and a comprehensive review of literature, using various concepts of pathology and normality, the investigation of clinical and non-clinical populations, development of new search instruments, to be careful to choose terms and to decide causal nexus, to distinguish experiences and interpretations, to take into account the role of culture, to evaluate the validity and reliability of reports, and the last, but not least, creativity and diversity in choosing methods.

Keywords: Methodology; Altered states of consciousness; Spirituality; Anomalous experience.

¹ Médico Psiquiatra e Doutorando em Psiquiatria pelo Departamento de Psiquiatria da FMUSP, Fundador e Coordenador do NEPER.

² Médico Psiquiatra, Livre-Docente do Departamento de Psiquiatria da FMUSP e Fundador do NEPER.

Endereço para correspondência:

Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos – NEPER

Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, s/nº

São Paulo, SP – CEP 050403-010

E-mail: alexma@usp.br

Introdução

O termo “experiência anômala” (EA) é empregado para designar uma experiência incomum (ex.: alucinação, sinestesia) ou que, embora seja relatada por muitas pessoas (ex.: vivências interpretadas como telepáticas), acredita-se diferente do habitual e das explicações usualmente aceitas como realidade. Não há necessariamente uma relação com patologia ou anormalidade (Cardeña, Lynn e Krippner, 2000).

Bastante relacionados com EA estão os “estados alterados de consciência” (EAC), que Charles Tart (1972) definiu como “uma alteração qualitativa no padrão global de funcionamento mental que o indivíduo sente ser radicalmente diferente do seu modo usual de funcionamento”. O mesmo autor faz uma analogia entre a mudança de um estado habitual de consciência para um EAC, descrevendo que um mesmo computador pode funcionar com dois programas diferentes. Nessa situação, um mesmo conjunto de dados ou informações pode ser processado de formas muito diferentes e gerar saídas bem diversas.

Embora haja uma sobreposição entre EA e EAC, as primeiras podem ocorrer em estados usuais de consciência (alucinações).

As EA e os EAC são descritos em todas as civilizações de todas as eras, constituindo-se muitas vezes elementos importantes na história das sociedades e, principalmente, de suas religiões. Têm um profundo impacto, tanto na vida daqueles que os vivenciam diretamente quanto naqueles que os acompanham próximos. As dimensões religiosas e espirituais da cultura estão entre os mais importantes fatores que estruturam as crenças, os valores, os comportamentos e os padrões de adoecimento humanos, ou seja, a experiência humana (Lukoff e Turner, 1992). As experiências dissociativas ocorrem muito frequentemente em contextos religiosos, constituindo-se muitas vezes em EAC. Apesar de serem conceitos específicos, EA, EAC, fenômenos dissociativos e religiosos estão de tal modo interligados que os usaremos de modo mais ou menos intercambiável na presente reflexão.

Freqüentemente, as publicações científicas têm considerado tais vivências como fenômenos raros, vestígios de “culturas primitivas” ou indicadores de psicopatologia (Freud, 1969; Horton, 1974; Mulhern, 1991; Lukoff, 1992; Munro, 1992; Persinger, 1992; Greenberg, 1992). No entanto, várias pesquisas populacionais recentes têm demonstrado que experiências dissociativas (Ross, Joshi e Currie, 1990) e tidas como paranormais (Ross e Joshi, 1992) são muito freqüentes. Neste último estudo, alguma experiência “paranormal” (incluindo telepatia, sonhos precognitivos, *deja vu*, conhecimento de vidas passadas...) foi relatada por 65%

da população de uma região no Canadá. Em levantamento nos EUA, 17% da amostra respondeu sim quando interrogado: “Você já se sentiu em contato com alguém que já morreu?” (Gallup e Newport, 1991).

As EA são tão freqüentes na população geral que nenhuma teoria de psicologia normal ou patológica pode ser completa se não levá-las em consideração (Ross e Joshi, 1992). A visão de que essas vivências são raras e patológicas tem sido uma forma de controle social, tornando-se uma profecia que se auto realiza. Como se crê que elas são consideradas óbvios indícios de psicopatologia, apenas os pacientes francamente psicóticos e que perderam a crítica falam abertamente de suas experiências (Hufford, 1992).

Apesar de sua enorme importância, as experiências anômalas, místicas, religiosas e “paranormais” têm sido amplamente negligenciadas pela pesquisa e pela prática psiquiátrica. No fim do século XIX e início do XX o tema foi investigado de modo bastante consistente (James, 1991/1902; Jung 1994/1902; Myers, 1906), mas logo em seguida foi excluído da agenda (Ross e Joshi, 1992). Nas últimas décadas tem havido um reflorescimento das pesquisas nessa área (Grof e Grof, 2001; Lewis-Fernández, 1998).

É importante enfatizar que é possível estudar as EA sem compartilhar das crenças envolvidas, mas é preciso levar a sério suas implicações e não subestimar as razões pelas quais tantas pessoas as professam (Hufford, 1992; King e Dein, 1998). Tais fenômenos podem ser estudados enquanto experiências subjetivas e, como tais, correlacionados com quaisquer outros dados (King e Dein, 1998).

Além do valor cognitivo, de acréscimo ao saber humano, que uma maior compreensão das EA pode trazer, há sérias implicações éticas. Os profissionais de saúde mental não recebem treinamento adequado para lidar com essas questões, mas, como elas ocorrem na prática clínica, estamos atuando fora dos limites de nosso treinamento profissional. Sabe-se que, dependendo da abordagem realizada, uma mesma vivência (experiência de quase morte) pode ser utilizada como estímulo para o crescimento pessoal ou reprimida como um evento bizarro, indicador de instabilidade mental (Turner et al., 1995). Compartilhamos com Cardeña (2000) a esperança de que “no futuro, o clínico possa consultar os manuais diagnósticos como auxílio na definição de até onde uma certa experiência (mística) implica ou não em psicopatologia”.

Tendo em vista a importância, bem como a carência de estudos sobre o tema, este trabalho tem por objetivo a discussão de diretrizes metodológicas para o estudo das EA e dos EAC, incluindo religião e espiritualidade. Para uma maior organização didática, optou-se por apresentar tais diretrizes em tópicos.

Cuidados metodológicos

Evitar o “preconceito dogmático”

Apesar de saber da inexistência de uma “observação atórica” (Popper, 1982; Kuhn, 2000), é de suma importância abertura para rever posições e hipóteses. Principalmente numa área pouco estudada de modo rigoroso e legitimamente “científico” como esta, as hipóteses existentes geralmente são aceitas mais com base na autoridade de quem as pronuncia do que nas evidências científicas disponíveis (Hare, 1962). Na área da psiquiatria e da religião, por exemplo, é impressionante ver o quanto certas idéias persistem apesar da abundante evidência em contrário (Lotufo Neto, 1997). No estudo das EA, deve-se trilhar o estreito caminho entre os dois abismos: o ceticismo pirrônico e a credulidade ingênua e buscar sempre ter abertura para explorar as diversas hipóteses possíveis (Stevenson e Greyson, 1979; Stevenson, 1977).

Buscar uma teoria

Em qualquer investigação, é muito importante a existência de uma teoria ou pelo menos de um paradigma geral. Ele guia o desenho do estudo, a coleta de dados e sua interpretação (Hertz-Picciotto, 1999; Vitoria et al., 1997). Na sua ausência, fica-se sem saber quais informações são importantes e devem ser colhidas, escolhendo-se geralmente as mais facilmente acessíveis, que muitas vezes não são as mais relevantes para o entendimento do problema em questão (Kuhn, 2000; Berenbaum et al., 2000). Na área das EA, estamos claramente num período pré-paradigmático no sentido kuhniano, pois “não há qualquer conjunto-padrão de métodos ou de fenômenos” que todos os estudiosos da área “se sintam forçados a empregar e explicar”, havendo quase tantas teorias quanto o número de pesquisadores em atividade na área (Kuhn, 2000).

Alguns bons critérios na escolha de uma teoria ou paradigma são: simplicidade, abrangência (capacidade de resolver o maior número possível de problemas), falseabilidade (capacidade de fazer previsões arriscadas passíveis de serem testadas) e potencial heurístico (fertilidade em levar a novas descobertas) (Kuhn, 2000; Popper, 1982; Lakatos, 1970).

Um cuidado especial deve ser tomado para não tentar forçar todos os dados obtidos a se encaixarem numa teoria parcial e/ou concebida prematuramente. Esse é um problema comum, tende-se a enxergar apenas as evidências que confirmam a nossa teoria, e ignoram-se ou se distorcem as evidências em contrário (Popper, 1982; Tart, 1972; Kuhn, 2000). A explicação para um caso específico pode não ser adequada para a maioria dos outros e EA similares podem ter etiologias

e mecanismos diferentes. O mesmo vale para fraudes: o fato de terem demonstrado fraudes em certos relatos de EA não garante que todos os outros sejam igualmente imposturas (Pekala e Cardeña, 2000).

Revisão exaustiva da literatura existente

Essa é uma das recomendações “óbvias”, mas que precisam ser reiteradas devido ao fato de serem constantemente negligenciadas. Em grande parte das situações, os autores parecem estar sempre “começando do zero”, ignoram os trabalhos já realizados ou, no máximo, citam apenas as referências que abonam seu enfoque (Rao e Stevenson, 1979).

Fundamental a revisão sistemática da literatura sobre o tema em estudo (Clarke e Oxman, 2001), procurando abranger não só a psiquiátrica, mas também histórica, sociológica, psicológica e religiosa (Lotufo Neto, 1997). William James (1902/1991) esclarece que, na investigação das experiências religiosas, “não deveremos procurar os documentos humanos mais instrutivos nos campos da erudição especializada”, mas, “que os documentos mais interessantes para nós serão os dos homens que mais se distinguiram na vida religiosa e se mostraram mais capazes de fazer uma exposição compreensível de suas idéias e motivos”. Esse é um lembrete muito oportuno, pois habitualmente ignora-se ou se desqualifica a literatura produzida pelas próprias comunidades ou indivíduos que vivenciam os fenômenos em estudo.

Evitar “patologizar” o diferente de “anômalo”

Uma postura de humildade intelectual é essencial, pois a intolerância ao não conhecimento e à dor mental de não saber propicia o aparecimento de respostas e conclusões rápidas (Amaro, 1996). O psiquiatra Osório César (1941) fez uma colocação muito pertinente: “Os psiquiatras são gente desconfiada e que têm o péssimo costume de catalogar, quase sempre com um grão de loucura, as idéias e os fatos que venham ultrapassar as fronteiras do bom senso da época” (grifo no original). Tal foi uma atitude corriqueira na história da psiquiatria, considerar psicopatológica qualquer manifestação fora dos padrões ordinários. É um fato reconhecido o quanto essa postura impediu uma melhor compreensão da mente humana e deu origem a atitudes discriminatórias (Almeida e Almeida, 2000; Moore, 2000).

Atualmente já há um reconhecimento, mesmo pelo DSM-IV, de que a maioria das experiências dissociativas e mesmo alucinatórias que ocorrem dentro de contextos aceitos culturalmente não são evidências de psicopatologia (Cardeña et al., 1994).

Charles Tart (2000, pp. 33-50) enfatiza que o preconceito de que nosso estado ordinário de consciência é algo natural e o único modo de lidar corretamente com a

realidade é um grande obstáculo à compreensão da natureza da mente e dos estados de consciência. Nossas percepções do mundo e de nós mesmos, bem como nossas reações a eles, são construções semi-arbitrárias. Apesar de terem uma base na realidade física, são dependentes dos recursos da nossa aparelhagem biológica e moldados pelo ambiente cultural onde nos desenvolvemos. Pelo fato de sermos humanos, um grande (mas finito) leque de potenciais nos são disponíveis. Pelo fato de nascermos em uma cultura particular, somente uma pequena porção desses potenciais se realizarão. Cada cultura valoriza e desenvolve um determinado repertório de capacidades e condena, suprime, outros. Cada um de nós é o beneficiário dessa herança cultural e vítima e escravo dessa estreiteza de nossa própria cultura. Assim como quase todas as pessoas, de todas as culturas, em todas as épocas, pensamos que nossa cultura local é a melhor e que as outras são selvagens e atrasadas. Geralmente não percebemos que nosso estado ordinário de consciência é apenas um dentre os muitos possíveis de interpretar e interagir com o ambiente, com suas vantagens e limitações. Cada estado de consciência pode trazer informações adicionais, ajudando-nos a ter uma compreensão mais global de nós mesmos e do mundo em que vivemos. Então, o autor faz um desafio: O método científico será expandido para a investigação dos estados de consciência ou o imenso poder dos EAC continuará a ser deixado nas mãos dos diversos cultos e seitas? (Tart, 1972).

Como bem destacou Glen Gabbard (1982): “É incumbência dos psiquiatras estarem familiarizados com o amplo leque de experiências humanas, saudáveis ou patológicas. Precisamos respeitar e diferenciar as experiências incomuns, mas integradoras, das que são (...) desorganizadoras”.

Utilizar diversos critérios de normalidade e patologia

Não há um critério universalmente aceito para a psicopatologia, e as classificações psiquiátricas têm suas limitações. Muitas não levam em consideração o fato de que as EA podem não se associar necessariamente com transtornos mentais. No DSM-III-R, todas as 12 citações sobre religião no Glossário de Termos Técnicos são utilizadas para ilustrar psicopatologia (Post, 1990). Diversas escalas têm vieses teóricos, avaliando negativamente as vivências espirituais e religiosas. Por exemplo, no Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) respostas positivas a quesitos sobre crença religiosa, oração e experiências da presença de Deus são consideradas evidências de psicopatologia (Batson e Ventis, 1982).

Como cada critério ou escala psiquiátrica tem suas diretrizes teóricas, as EA podem se associar de modos diversos com os vários instrumentos de avaliação existentes.

Recomenda-se a utilização de diversos conceitos de psicopatologia na investigação das EA (Berenbaum et al., 2000). Além dos critérios diagnósticos dos manuais, são de extrema valia as avaliações sobre o desempenho social e o nível de sofrimento do indivíduo envolvido. Uma atenção especial deve ser dada às consequências de uma dada experiência, pois ela pode ser inicialmente fonte de sofrimento e incapacitação, mas, ao seu término, trazer benefícios como um maior sentimento de bem-estar físico e psíquico. Tal é o caso das denominadas “emergências espirituais” que podem se manifestar como crises (Grof e Grof, 2001).

Avaliar os EAC sob critérios adequados

Cada EAC tem um padrão de funcionamento que privilegia certos aspectos da realidade. Em todo estado de consciência há uma seleção limitada do amplo leque de potencialidades humanas. Um erro comum é considerar um EAC como “bom” ou “ruim” avaliando-o apenas segundo os critérios mais desenvolvidos em nosso estado habitual de consciência (raciocínio lógico, habilidades matemáticas...). É preciso examinar o funcionamento do EAC sob as condições para as quais ele é normalmente utilizado. Geralmente é inadequado denominar um estado de consciência melhor ou pior que outro, a questão deve ser: melhor ou pior em relação a qual habilidade? (Tart, 2000). O estado de sonolência é péssimo para dirigir um automóvel, mas é o ideal para se conseguir uma boa noite de sono...

Investigar populações clínicas e não clínicas

A maioria dos estudos sobre espiritualidade e EA foi realizada em populações clínicas. Apesar de terem sua utilidade, tais pesquisas não permitem inferências para a população geral. A população clínica possui uma série de vieses de seleção que a torna não representativa daquela (Sims, 1988). As motivações subjacentes a comportamentos similares podem diferir entre indivíduos clinicamente afetados ou não (Cardeña, 2000).

Um exemplo são as alucinações, que são consideradas um dos sintomas mais clássicos e óbvios de psicopatologia. Entretanto, há mais de um século que levantamentos epidemiológicos têm demonstrado que mais de 10% da população geral relata a ocorrência de fenômenos alucinatórios ao longo da vida (Sidgwick, 1894). Esses e outros dados apontam para a existência de uma substancial minoria da população que vivencia alucinações. Há grande carência de informações sobre alucinações na população não clínica, sendo muito importante saber como esses diferem dos portadores de transtornos mentais (Bentall, 2000).

Experiências dissociativas e tidas como paranormais são frequentes na população geral e não se associam a uma maior presença de transtornos mentais (Ross, 1990; Lewis-Fernández, 1998; Hales, 1994; Ross e Joshi, 1992).

Desenvolver instrumentos adequados para avaliar as crenças e as experiências

Muitas vezes as vivências são avaliadas de modo inadequado. Por exemplo, sabe-se que a avaliação de religiosidade apenas pela afiliação religiosa de um indivíduo é incompleta e pouco informativa, entretanto, esse foi o método mais empregado na última década (Weaver et al., 1998). A avaliação de religiosidade deve ser sempre multidimensional, o mesmo vale para a maioria das EA. Precisamos desenvolver e refinar escalas para avaliar tais vivências de modo abrangente e confiável.

Cuidado na escolha dos termos que descrevem as experiências

O repertório oferecido pelo vocabulário ocidental para a descrição de vivências espirituais é extremamente deficitário (Hufford, 1992). A linguagem que usamos para nos comunicar sobre questões da vida diária não é adequada para a descrição das vivências em um EAC, que muitas vezes é tida como inefável. As palavras e as estruturas da nossa língua são ferramentas muito inapropriadas para descrever sua natureza e dimensões, particularmente para aqueles que não as vivenciaram (Grof, 2000).

Faz-se mister um grande cuidado na escolha dos termos. Algumas expressões podem inibir o relato de experiências associadas. Stevenson (1983) argumenta que a palavra “alucinação”, por ser muito ligada à instabilidade mental, faz com que as pessoas “normais” evitem descrever suas experiências alucinatórias. O autor, inclusive, questiona o emprego desse termo para todas as experiências sensoriais não compartilhadas em pessoas mentalmente transtornadas ou sãs, e propõe um outro termo, *idiofania*.

Um outro ilustrativo exemplo vem do levantamento populacional de Gallup e Newport (1991). Nove por cento relataram já ter visto ou estado na presença de um fantasma, mas 17% disseram já ter estado em contato com alguém que já morreu. Os respondentes podem alegar que fantasma é algo como um assustador lençol branco voador e não um ente querido que já faleceu (Hufford, 1992).

De um modo geral, é sempre melhor evitar termos com implicações causais ou teóricas e preferir as descrições fenomenológicas (Hufford, 1992). Quando se realiza a tradução de um termo de uma língua para outra, esta deve ser baseada nos conceitos envolvidos, e não nas palavras (Alarcón, 1995).

Distinguir a experiência vivenciada de suas interpretações

Apesar de ambas serem importantes, a descrição fenomenológica e sua posterior interpretação pelo indivíduo, elas podem se relacionar de modo diferente com outras variáveis (Berenbaum, 2000). Quando

solicitadas a descrever, não as razões (por que), mas o conteúdo (o que) das suas experiências subjetivas, as pessoas são muito mais precisas (Pekala, 1991).

Muitos dos pacientes que relatam e acreditam terem vivido experiências de quase morte, na realidade não estavam, do ponto de vista médico, perto da morte. Embora suas experiências compartilhem muitas semelhanças com os indivíduos que realmente estavam próximos da morte, há algumas diferenças que têm sido estudadas (Owens et al., 1990).

Considerar o papel da cultura

O ato de considerar patológica uma experiência dissociativa particular é grandemente influenciado pela cultura (Lewis-Fernández, 1998). Cultura pode ser definida como um conjunto de significados, normas comportamentais e valores que determinam as visões particulares que grupos humanos têm sobre o mundo e eles próprios (Favazza e Oman, 1978). A cultura pode influenciar a prática clínica de diversas formas: como instrumento explicativo, agente patogênico ou patoplástico, fator diagnóstico e como elemento terapêutico e protetor (Alarcón et al., 1999).

Estudos transculturais podem determinar quais características de uma dada experiência são invariáveis e quais são moldadas pelo ambiente e crenças do indivíduo. Pesquisas nesse sentido têm sido feitas nas experiências de quase morte (Greyson e Stevenson, 1980; Stevenson e Greyson, 1979; Parischa e Stevenson, 1986; Greyson, 2000) e nas alegadas memórias de vidas passadas (Stevenson, 1977; Stevenson, 1983).

Postura do pesquisador: neutra, mas empática

A atitude do investigador pode ter sérias implicações sobre os dados obtidos e sobre o indivíduo que relata suas experiências. Um risco é este “incrementar” seu relato ou então omiti-lo, dependendo se o pesquisador assume uma postura entusiástica ou hostil (Stevenson e Greyson, 1979; Owens et al., 1991). Como as pessoas de um modo geral sabem que os “cientistas” tendem a desqualificar as EA ou considerá-las sinais de instabilidade mental, grande parte dessas vivências são dissimuladas (Hufford, 1992).

Tanto pela sua formação (que tende a fornecer uma visão pejorativa das dimensões religiosas e místicas da vida), como pelo fato de os profissionais de saúde mental serem bem menos religiosos que a população geral, estes têm uma grande dificuldade de empatizar com tais vivências (Lukoff et al., 1992). Uma postura hostil e/ou “psiquiatrizante” diante de muitas experiências e crenças pode trazer graves consequências para aquele que as vivencia (Lu et al., 1994; APA, 1990).

Cuidado no estabelecimento de nexos causais

Uma associação causal é aquela em que a mudança na frequência ou na qualidade de uma exposição resulta em uma mudança correspondente na frequência da doença ou desfecho de interesse. Descobrir relações causais, entre fatores de risco e doenças, constitui um objetivo primordial da epidemiologia, pois nos fornece informações imprescindíveis para ações de saúde pública a fim de diminuir os agravos à saúde.

Julgamentos sobre causalidade envolvem dois passos principais:

- se a associação entre exposição e doença encontrada em um dado estudo é válida, ou seja, se não pode ser explicada pelo acaso, viés e variáveis de confusão;
- avaliar se a totalidade das evidências disponíveis aponta para uma relação causal.

Nunca é demais lembrar que não existe teste estatístico que indique uma relação causal, os testes de significância apenas explicitam qual a probabilidade de a associação encontrada em um certo estudo se dever ao acaso. A determinação de causalidade é sempre um julgamento feito pelo pesquisador à luz das evidências disponíveis. Para auxiliar nesse julgamento, Hill (1965) propôs alguns critérios que se tornaram clássicos:

- força da associação: o quanto a exposição aumenta o risco de doença;
- consistência: a mesma associação é encontrada por diferentes pesquisadores através de diferentes métodos;
- especificidade da relação entre exposição e doença;
- temporalidade: a exposição precede o desfecho;
- gradiente biológico: curva dose-resposta;
- plausibilidade biológica;
- coerência com os conhecimentos já existentes sobre a doença;
- evidência oriunda de experimentos;
- analogia: se já existe alguma relação causal semelhante descrita.

Hill enfatiza que esses nove itens são apenas diretrizes, nenhum deles pode ser considerado como evidência inquestionável, nem pode ser julgado condição *sine qua non*. Uma das principais críticas que se faz aos estudos sobre EA é a falta de plausibilidade biológica ou de coerência com os conhecimentos existentes sobre o mundo. Entretanto, o próprio Hill enfatiza que o que é biologicamente plausível depende do conhecimento biológico do momento, que “a associação que está sendo

observada pode ser nova para a ciência e não podemos descartá-la tão facilmente como bizarra demais”.

Relatos de casos ou série de casos

O estudo detalhado das características de um certo número de casos semelhantes e ilustrativos pode ser muito útil para uma exploração inicial e para gerar hipóteses a serem testadas em estudos mais elaborados (Grisso, 1993). William James (1991) enfatiza bastante o valor de estudar os casos extremos, os mais “paradigmáticos”, pois eles evidenciam de modo ampliado as principais características do fenômeno investigado. “Devemos atentar para as suas formas completamente envolvidas e perfeitas (...) podemos passar ao largo das suas manifestações mais fracas”. A experiência de iniciantes num EAC pode ser muito diferente daquela de um indivíduo já habituado. O principiante está aprendendo a lidar com o EAC a cada nova ocorrência, o que inclui dúvidas, medos e desconhecimento (Tart, 2000, pp. 179-80).

Os casos selecionados devem apresentar os fenômenos de interesse de modo florido e necessitam ser avaliados por meio de diversos métodos para se extrair o máximo de informações possível.

Apesar dessa importância capital no desenvolvimento da ciência, faz-se mister não realizar inferências arbitrárias. Uma prática muito comum é a extrapolação dos achados de um certo caso clínico ou da “experiência clínica” para assumirem o *status* de fatos científicos comprovados. Urge reconhecer os diversos vieses a que estão sujeitos os achados de nossa experiência clínica. Entre eles, temos o efeito placebo, o retorno à média, a evolução natural da doença e a tendenciosidade do paciente e do examinador na avaliação dos resultados (Guyatt et al., 1986; Sackett, 1985). Além desses, há o fato de que muitos pacientes que não se julgam melhorados com a abordagem recebida simplesmente mudam de profissional, havendo uma tendência a recebermos o retorno daqueles que tiveram melhor evolução. Ou seja, os relatos de casos e a nossa experiência clínica servem para levantar hipóteses a serem testadas, devendo haver muita cautela na avaliação, principalmente, de eficácia de tratamento e prognóstico.

Estudos longitudinais

Os estudos longitudinais geralmente fornecem bons suportes para inferências causais, pois permitem estabelecer a seqüência temporal de surgimento entre as variáveis associadas. Por exemplo, posso encontrar maior prevalência de transtornos mentais num grupo religioso. Nesse caso, seria muito útil saber o que veio primeiro: a adesão ao grupo religioso ou a psicopatologia? Esse conhecimento nos ajudaria a formular, ou descartar, hipóteses como: o hipotético grupo

religioso é um desencadeador de transtornos mentais, ou as pessoas acometidas de problemas mentais buscam esse grupo como forma de alívio?

Levar em consideração a complexidade das relações entre EA e psicopatologia

Berenbaum et al. (2000) dividem em quatro as possíveis relações entre EA e psicopatologia:

- sobreposição entre EA e psicopatologia: a EA em si é considerada a própria enfermidade;
- EA contribui para a psicopatologia: pela própria reação do indivíduo (ex.: ansiedade ou o desenvolvimento de delírios para lidar com experiências perceptuais incomuns) ou do meio, que pode rejeitar a experiência e o indivíduo como bizarros, demoníacos ou loucos;
- psicopatologia contribui para a EA: essa contribuição pode ser de modo direto (uso de substâncias e/ou transtornos de humor gerando alucinações) ou indireto (psicopatologia gerando estresse que pode desencadear EA);
- particularidades do indivíduo que predis põem tanto para EA quanto para psicopatologia: eventos vitais traumáticos, traços de personalidade (abertura para experiências), alterações do lobo temporal, etc.

Poderíamos acrescentar uma quinta forma de associação, a coexistência casual e independente entre EA e psicopatologia.

Como essas relações são complexas, devemos explorar mediadores, moderadores, variáveis de confusão. As associações podem ser categóricas e não contínuas (Putman et al., 1996); ou pode existir um limiar além do qual há uma relação com patologia.

Avaliar confiabilidade e validade dos relatos

Um dos modos de avaliar a consistência interna dos relatos é tentar obter a mesma informação por meio de perguntas similares ao longo da avaliação (Pekala, 1991).

A validade da medida pode ser determinada pela congruência com outros achados na mesma EA (validade convergente, exemplo: alterações fisiológicas detectadas durante o período relatado como estando em EA), pela capacidade de se diferenciar dos relatos de outros tipos de EA (validade discriminante) e pela consistência com outros relatos do mesmo tipo de EA (Pekala e Cardeña, 2000).

Criatividade e diversidade na escolha dos métodos

A associação de estratégias investigativas, como métodos quantitativos e qualitativos; auto-relatos e

entrevistas; psicológico, psicobiológico e socioecológico, entre outros, serão de extrema valia para obtermos uma avaliação mais acurada dos fenômenos em estudo.

As EA, inúmeras vezes, desafiarão nossos conhecimentos e engenhosidade científica. Frequentemente, elas poderão não ser adequadamente investigadas pelos desenhos tradicionais de estudos (Berenbaum, 2000). Sem perder o rigor científico e o senso crítico, será necessário desenvolver novas abordagens. A tarefa de criar novos paradigmas metodológicos é a empreitada daqueles que se aventuram por um caminho ainda pouco trilhado.

Referências bibliográficas

- ALARCÓN, R.D. – Culture and Psychiatric Diagnosis. *Psychiatric Clinics of North America* 18(3): 449-65, 1995.
- ALARCÓN, R.D.; WESTERMAYER, J.; FOULKS, E.F.; RUIZ, P. – Clinical Relevance of Contemporary Cultural Psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 187: 465-71, 1999.
- ALMEIDA, A.M.; ALMEIDA, A.A.S – “História da Loucura Espírita” no Brasil”. XVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Regional Meeting World Psychiatric Association. Associação Brasileira de Psiquiatria e World Psychiatric Association, 25-28 out. 2000.
- AMARO, J.W.F. – Psicoterapia e Religião. Lemos Editorial, São Paulo, 1996.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – Diagnostic Statistical Manual, 4th ed, Washington DC, American Psychiatric Press, 1994.
- APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION) – Guidelines Regarding Possible Conflict Between Psychiatrists' Religious Commitments and Psychiatry Practice. *Am J Psychiatry* 147: 542, 1990.
- BATSON, C.D.; VENTIS, W.L. – The Religious Experience. Oxford University Press, New York; 1982.
- BENTALL, R.P. – Hallucinatory Experiences. In: CARDEÑA, E.; LYINN, S. J. & KRIPPNER, S. *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence*. Washington DC, American Psychological Association, 2000.
- BERENBAUM, H.; KERNS, J.; RAGHAVAN, C. – Anomalous Experiences, Peculiarity and Psychopathology. In: CARDEÑA, E.; LYINN, S. J. & KRIPPNER, S. *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence*. Washington DC, American Psychological Association, 2000.
- CARDEÑA, E.; LEWIS-FERNÁNDEZ, R.; BEAR, D.; PAKIANATHAN, I; SPIEGEL, D. – Dissociative Disorders. In: DSM-IV Sourcebook, DC, Washington American Psychiatric Press, 1994.
- CARDEÑA, E.; LYINN, S.J.; KRIPPNER, S. – Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence, DC, Washington American Psychological Association, 2000.
- CÉSAR, O. – Fenomenologia Supranormal. *Revista Paulista de Medicina* 19(5): 49-73, 1941.
- CLARKE, M.; OXMAN, A.D. (eds.) – Cochrane Reviewers Handbook 4.1.4 [updated October 2001]. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software. Updated quarterly.
- FAVAZZA, A.; OMAN, M. – Overview: Foundations of Cultural Psychiatry. *Am J Psychiatry* 135: 293-303, 1978.
- FREUD, S. – Mal-Estar na Civilização. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (1969). Imago Editora. Edição Eletrônica em CD-ROM.
- GABBARD, G.O.; TWEMLow, S.W.; JONES, F.C. – Differential Diagnosis of Altered Mind/Body Perception. *Psychiatry* 45: 361-9, 1982.
- GALLUP GH JR.; NEWPORT, F. – Belief in Paranormal Phenomena Among Adult Americans. *Skeptical Inquirer* 15: 137-46, 1991.

- GREENBERG, D.; WIZTUM, E.; BUCHBINDER, J.T. – Mysticism and Psychosis: The Fate of Bem Zoma. *Br J Med Psychology* 65: 223-35, 1992.
- GREYSON, B.; STEVENSON, I. – The Phenomenology of Near-Death Experiences. *Am J Psychiatry* 137: 1193-6, 1980.
- GRISSE, J.A. – Making Comparisons. *Lancet* 342: 157-60, 1993.
- GROF, S. – Psychology of the Future – Lessons from Modern Consciousness Research – New York. State University of New York Press, pp. 276-7, 2000.
- GROF, S.; GROF, C. – Emergência Espiritual: Crise e Transformação Espiritual. Editora Cultrix, São Paulo, 2001.
- GUYATT, G.; SACKETT, D. et al. – Determining Optimal Therapy: Randomized trials in individual patients. *N Engl J Med* 314: 889-92, 1986.
- HALES, R.H. – Psychiatric System Interface Disorders. In: DSM-IV Sourcebook. Washington DC. American Psychiatric Press, 1994.
- HARE, E.H. – Masturbatory Insanity: The History of an Idea. *The Journal of Mental Science* 108: 2-25, 1962 (apud LOTUFO NETO, 1997).
- HERTZ-PICCIOTTO, I. – What You Should Have Learned about Epidemiologic Data Analysis. *Epidemiology* 10: 778-83, 1999.
- HILL, A.B. – The Environment and Disease: Association or Causation? *Proc R Soc Med* 58: 295-300, 1965.
- HORTON, P.C. – The Mystical Experience: Substance of an Illusion. *Am Psychoanal Assoc J* 22: 364-380, 1974.
- HUFFORD, D.J. – Commentary. Paranormal Experiences in the General Population. *J Nerv Ment Dis* 180: 362-8, 1992.
- JAMES, W. – As Variedades da Experiência Religiosa. Um Estudo Sobre a Natureza Humana. Editora Cultrix, São Paulo, 1991.
- JUNG, C.G. – Sobre a Psicologia e Patologia dos Fenômenos Chamados Ocultos. In: JUNG, C.G. *Estudos Psiquiátricos*. Vozes, Petrópolis, pp. 15-96, 1994.
- KING, M.B.; DEIN, S. – The Spiritual Variable in Psychiatric Research. *Psychological Medicine* 28: 1259-62, 1998.
- KIRMAYER, L.J. – The Fate of Culture in DSM-IV. *Transcultural Psychiatry* 35: 339-42, 1998.
- KUHN, T.S. – A Estrutura das Revoluções Científicas. Editora Perspectiva, São Paulo, 2000.
- LAKATOS, I.; MUSGRAVE, A. – Criticism and the Growth of Knowledge. Cambridge University Press, Cambridge, 1970.
- LEWIS-FERNÁNDEZ, R. – A Cultural Critique of the DSM-IV Dissociative Disorders Section. *Transcultural Psychiatry* 35: 387-400, 1998.
- LOTUFO NETO, F. – Psiquiatria e Religião: a Prevalência de Transtornos Mentais entre Ministros Religiosos. Tese (livre-docência), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.
- LU, F.G.; LUKOFF, D.; TURNER, R. – Religious or Spiritual Problems. In: DSM-IV Sourcebook. American Psychiatric Press, Washington DC, 1994.
- LUKOFF, D.; LU, F.; TURNER, R. – Toward a More Culturally Sensitive DSM-IV: Psychoreligious and Psychospiritual Problems. *J Nerv Ment Dis* 180: 673-82, 1992.
- LUKOFF, D.; LU, F.G.; TURNER, R. – Cultural Considerations in the Assessment and Treatment of Religious Problems. *Psych Clin N Am* 18: 467-85, 1995.
- MOORE, L.J. – Psychiatric Contributions to Understanding Racism. *Transcultural Psychiatry* 37: 147-82, 2000.
- MULHERN, S. – Embodied Alternative Identities: bearing witness to a world that may have been. *Psych Clin N Am* 14: 769-86, 1991.
- MUNRO, C.; PERSINGER, M.A. – Relative Right Temporal-lobe Theta Activity Correlates with Vingiano's Hemispheric Quotient and the "Sensed-Presence". *Perceptual and Motor Skills* 75: 899-903, 1992.
- MYERS, F.W.H. – Human Personality and Its Survival, 2 vols. Owens, 1906.
- OWENS, J.E.; COOK, E.W.; STEVENSON, I. – Features of "near-death experience" in Relation to Whether or not Patients Were Near Death. *Lancet* 336: 1175-7, 1990.
- OWENS, J.E.; COOK, E.W.; STEVENSON, I. – Near-Death Experience. *Lancet* 337: 1167-8, 1991.
- PARISCHA, S.; STEVENSON, I. – Near-Death Experiences in India. *J Nerv Ment Dis* 174: 165-70, 1986.
- PEKALA, R.J. – The Phenomenology of Consciousness Inventory (PCI). West Chester, PA: Mid Atlantic Educational Institute, 1991.
- PEKALA, R.J.; CARDEÑA, E. – Methodological Issues in the Study of Altered States of Consciousness and Anomalous Experiences. In: CARDEÑA, E.; LYNN, S.J.; KRIPPNER, S. *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence*. Washington DC, American Psychological Association, 2000.
- PERSINGER, M.A. – Right Hemisphericity, Low Self-esteem, and Unusual Experiences: a Response to Vingiano. *Perceptual and Motor Skills* 75: 568-70, 1992.
- POPPER, K.R. – Conjecturas e Refutações. Brasília, Universidade de Brasília, 1982.
- POST, S.G. – DSM-III-R and Religion (letter). *Am J Psychiatry* 147: 813, 1990.
- PUTNAM, F.W.; CARLSON, E.B.; ROSS, C.A. et al. – Patterns of Dissociation in Clinical and Nonclinical Samples. *J Nerv Ment Dis* 184: 673-79, 1996.
- RAO, D.; STEVENSON, I. – Telepathy in Shared Dreams? *Am J Psychiatry* 136: 1345-6, 1979.
- ROSS, C.A.; JOSHI, S. – Paranormal Experiences in the General Population. *J Nerv Ment Dis* 180: 357-61, 1992.
- ROSS, C.A.; JOSHI, S.; CURRIE, R. – Dissociative Experiences in the General Population. *Am J Psychiatry* 147: 1547-52, 1990.
- SACKETT, D.; HAYNES, R.B.; TUGWELL, P. – Clinical Epidemiology: a Basic Science for Clinical Medicine. Little, Brown, Boston, 1985.
- SCHOUTEN, S.A.; STEVENSON, I. – Does the Socio-Psychological Hypothesis Explain Cases of reincarnation Type? *J Nerv Ment Dis* 186: 504-6, 1998.
- SIDGWICK, H. – Report on the Census of Hallucinations. *Proceedings of the Society for Psychical Research* 10: 25-252, 1894. (Apud BERRIOS, G. E. – *The History of Mental Symptoms*. Cambridge University Press, Cambridge, 1996)
- SIMS, A. – Symptoms in the Mind. Ballière Tindall, London, 1988.
- STEVENSON, I.; GREYSON, B. – Near-Death Experience: Relevance to the Question of Survival after Death. *JAMA* 242: 265-7, 1979.
- STEVENSON, I. – American Children who Claim to Remember Previous Lives. *J Nerv Ment Dis* 171: 742-8, 1983.
- STEVENSON, I. – Do We Need a New Word to Supplement "Hallucination"? *Am J Psychiatry* 140: 1609-11, 1983.
- STEVENSON, I. – The Explanatory Value of The Idea of Reincarnation. *J Nerv Ment Dis* 164: 305-26, 1977.
- TART, C.T. – States of Consciousness and State-Specific Sciences. *Science* 176: 1203-10, 1972.
- TART, C.T. – States of Consciousness. Lincoln, Authors Guild Backprint.com Edition, 2000 (1983).
- TURNER, R.P.; LUKOFF, D.; BARNHOUSE, R.T.; LU, F.G. – Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *J Nerv Ment Dis* 183(7): 435-44, 1995.
- VICTORA, C.G.; HUTTLY, S.R.; FUCHS, S.C.; OLINTO, M.T.A. – The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: a Hierarchical Approach. *International Journal of Epidemiology* 26: 224-7, 1997.
- WEAVER, A.J.; SAMFORD, J.A.; LARSON, D.B. et al. – A Systematic Review of Research on Religion in Four Major Psychiatric Journals: 1991-1995. *J Nerv Ment Dis* 186: 187-9, 1998.

A mediunidade vista por alguns pioneiros da área mental

Mediumship Seen by Some Pioneers of Mental Health

ALEXANDER MOREIRA DE ALMEIDA¹
FRANCISCO LOTUFO NETO²

Resumo

As vivências tidas como mediúnicas são descritas na maioria das civilizações e têm um grande impacto sobre a sociedade. Apesar de ser um tema pouco estudado atualmente, já foi objeto de intensas investigações por alguns dos fundadores da moderna psicologia e psiquiatria. Foi revisado o material produzido por Janet, James, Myers, Freud e Jung a respeito da mediunidade, com ênfase em dois aspectos: suas causas e relações com psicopatologia. Esses pesquisadores chegaram a três conclusões distintas. Janet e Freud associaram mediunidade com psicopatologia e a uma origem exclusiva no inconsciente pessoal. Jung e James aceitavam a possibilidade de um caráter não-patológico e uma origem no inconsciente pessoal, mas sem excluírem em definitivo a real atuação de um espírito desencarnado. Por fim, Myers associou a mediunidade a um desenvolvimento superior da personalidade e tendo como causa um misto entre o inconsciente, a telepatia e ação de espíritos desencarnados. Como conclusão, é apontada a necessidade de se conhecer os estudos já realizados para dar continuidade nessas investigações em busca de um paradigma realmente científico sobre a mediunidade.

Palavras-chave: mediunidade, dissociação, inconsciente, espiritismo, história.

Abstract

Experiences regarded as mediumistic have been found in most civilizations and have exerted an important influence over the societies. Despite few academic studies nowadays, mediumship was a subject of serious investigations by some Psychiatry and Psychology pioneers. Research developed by Janet, James, Myers, Freud and Jung concerning mediumship was revised, two points were stressed: its causes and its relations with

Recebido: 22/04/2004 - Aceito: 05/07/2004

1 Médico Psiquiatra, doutorando do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), fundador e coordenador do Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos (NEPER).

2 Médico Psiquiatra, livre-docente do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), fundador do Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos (NEPER).

Endereço para correspondência: NEPER - Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, s/n - São Paulo - SP - CEP 050403-010, e-mail: alexma@usp.br

psychopathology. These researchers had come to three distinct conclusions. Janet and Freud associated mediumship with psychopathology and an exclusive origin in the personal unconscious; Jung and James accepted the possibility of a non-pathological aspect of mediumship and an origin in the personal unconscious, but without definitively excluding the actuation of a discarnate spirit. Finally, Myers saw mediumship as a higher development of the personality, having as its causes a combination of the unconscious, telepathy and the action of discarnate spirits. The authors argue the need to become acquainted with the studies already done in order to resume these investigations in search of a really scientific paradigm about mediumship.

Keywords: mediumship, channeling, dissociation, unconscious, spiritualism, possession, history.

Este trabalho recebe o apoio da FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) – Processo n. 01/02298-0.

Introdução

Uma das definições possíveis de mediunidade é “a comunicação provinda de uma fonte que é considerada existir em um outro nível ou dimensão além da realidade física conhecida e que também não proviria da mente normal do médium” (Klimo, 1998). Tal definição parece-nos adequada para a investigação científica, pois é neutra quanto às reais origens de tais vivências, apenas requerendo que aqueles que as vivenciem sintam que a origem é de alguma fonte externa. As vivências tidas como mediúnicas têm sido identificadas na maior parte das sociedades ao longo da história e possuem uma enorme influência sobre aqueles que as vivenciam direta ou indiretamente. Foram extremamente importantes no surgimento das principais religiões do Oriente Próximo e Ocidente: Moisés e os profetas hebreus recebendo mensagens de Jeová ou dos anjos (Ex 19 e 20; Jz 13:3; IIRs 1:3; Jl 2:28; ISam 28), a conversão de Paulo às portas de Damasco (At 9:1-7) e os dons do Espírito Santo dos primeiros cristãos (At 2:1-18; 19:6; ICor 12:1-11 e 14), bem como Maomé recebendo os ditados do anjo Gabriel que compõem o Corão. O tema torna-se ainda mais relevante no Brasil, onde possuímos diversas religiões que enfatizam os transes: espíritas, afro-brasileiros, evangélicos pentecostais e católicos carismáticos. Além do valor cognitivo de se estudar e compreender melhor essa milenar vivência dissociativa, deve-se ressaltar as implicações clínicas. Faz-se mister a realização de um adequado diagnóstico diferencial dessas vivências consideradas mediúnicas, buscando distinguir quando se tratam de uma vivência religiosa não-patológica das situações em que são manifestações de psicopatologia dissociativa ou psicótica.

Apesar de tamanho impacto exercido sobre a humanidade, a mediunidade tem sido praticamente

ignorada pelos pesquisadores da área de saúde mental. Entretanto, nem sempre foi assim. No surgimento da moderna psiquiatria e psicologia, na transição entre os séculos XIX e XX, diversos pioneiros estudaram detidamente a mediunidade. Infelizmente, tais trabalhos permanecem largamente desconhecidos. Com o intuito de resgatar tais pesquisas, o presente artigo fará uma breve revisão dos principais fundadores da psiquiatria e psicologia que pesquisaram o tema. Para tanto, discutiremos Pierre Janet, William James, Frederic Myers, Jung e Freud. Destes, apenas Freud não investigou detidamente o assunto, mas, devido à importância do autor, julgamos útil apresentar também suas reflexões. As duas questões principais que receberão maior destaque são: causas da mediunidade e sua relação com psicopatologia.

Pierre Janet (1859-1947)

Janet, que teve formação em psicologia e psiquiatria, apesar de pouco conhecido atualmente, é amplamente reconhecido como o fundador das modernas visões sobre dissociação (Colp, 2000; Putnam e Lowenstein, 2000; Rieber, 2002). Seu trabalho mais importante intitula-se “*L'Automatisme Psychologique*”, uma tese defendida em 1889 na Sorbonne (Janet, 1889). Esta obra pode ser considerada como a primeira abordagem científica do inconsciente, trazendo os principais elementos sobre os quais se ergueria posteriormente a psiquiatria dinâmica (Faure, 1973).

É de se notar a relevância que a investigação de diversos tipos de experiências mediúnicas teve nesses esforços iniciais de se entender o inconsciente e a dissociação. O estudo da mediunidade e do espiritismo ocupa quase todo o capítulo destinado ao estudo das “desagregações psicológicas”, pois buscou perscrutá-

las a partir de sujeitos que as apresentavam em seu mais alto grau (médiuns). Apesar de considerar o espiritismo “uma das mais curiosas superstições de nossa época”, afirmou ser este o precursor da psicologia experimental, assim como a astronomia e a química começaram através da astrologia e da alquimia. Janet defendia a importância de se estudar a mediunidade, pois nos permite “observações psicológicas muito interessantes e refinadas que são longe de inúteis para os observadores de nossos dias” (Janet, 1889, p. 357-8; 1914, p. 394-5).

O mesmo mecanismo psicológico é proposto para a explicação “desde os mais insignificantes atos subconscientes até as mais terríveis possessões” (p. 415-6). Janet (1889) propõe a existência de uma “segunda consciência” que persiste subjacente à corrente normal de pensamentos. Quando a personalidade humana perde sua coesão, uma parcela dela mesma pode desprender-se do conjunto e dar origem a diversos automatismos motores e sensoriais. Ou seja, fenômenos tão diversos quanto as anestésias, catalepsias, sonambulismo, escritas automáticas, alucinações, possessões seriam todas formas de “desagregação psíquica”, manifestações de uma corrente secundária de pensamentos, vontades e imagens que se sobrepõe ao campo habitual de consciência. A idéia espírita de uma possessão por uma força exterior é substituída “pela possessão de si mesmo por uma parte de si mesmo: o inconsciente intrapsíquico” (Faure, 1973). Janet negava qualquer origem paranormal para esses fenômenos.

O médium seria “quase sempre um nevropata, quando não francamente histérico”, e a faculdade mediúnica dependeria de um estado mórbido particular que poderia originar a histeria e a alienação. A mediunidade seria um sintoma e não uma causa de psicopatologia (Janet, 1889, p. 382-3). Contudo, em 1909, Janet publicou um caso de “delírio decorrente de práticas espíritas” (Janet, 1909). Para Rieber (2002), a maior limitação do trabalho de Janet seria considerar a dissociação sempre como um processo patológico, não percebendo que ela pode estar envolvida em comportamentos criativos saudáveis.

Por fim, compartilhamos com Fauce (1973) e com Rieber (2002) a perplexidade e dificuldade de compreender por que um autor tão importante quanto Janet tem sido relegado a tamanho esquecimento.

William James (1842-1910)

James, além de ter sido um eminente filósofo pragmatista, fundou, na Universidade de Harvard, o primeiro laboratório americano de psicologia. Em um levantamento feito entre os chefes dos departamentos de psicologia do Reino Unido, ao lado de Freud, Piaget, Pavlov e Skinner, foi considerado um

dos cinco psicólogos mais importantes de todos os tempos (Newstead, 1983).

Entre as diversas áreas de investigação a que se dedicou está a religião (que resultou em seu famoso livro “As variedades da experiência religiosa”) e a então chamada *psychical research* (pesquisa psíquica). Apesar de menos conhecido, este último foi um importante ramo de pesquisa pelo menos nos seus últimos 30 anos de vida. James manteve estreito contato com a *Society for Psychical Research* (SPR) de Londres, tendo sido seu presidente entre 1894-5. Defendeu um “empirismo radical”, em que um verdadeiro pesquisador, mesmo perante fenômenos considerados absurdos e inabordáveis, precisa enfrentá-los, pensá-los e correlacioná-los. Pelo seu prestígio intelectual, James trouxe uma certa respeitabilidade à pesquisa psíquica (Murphy, 1960, p. 327-8). Sempre criticou o preconceito científico que se recusava a estudar seriamente tais fenômenos. Lamentava o paradoxo no qual os indivíduos mais capacitados para investigarem o tema (os cientistas) se recusavam, enquanto aqueles que vivenciam os fenômenos adotam uma postura de aceitação ingênua e irrefletida. “O resultado é que não há nenhuma colaboração entre aqueles que mais bem conhecem os fatos e aqueles mais competentes para discuti-los” (James, 1901, p. 220-1).

A investigação da mediunidade recebeu especial destaque, tendo realizado, por mais de duas décadas, pesquisas com uma das mais renomadas médiuns do século XIX, Leonore Piper (James, 1886, p. 95; 1890, p. 102.). Em 1909, publicou um substancioso relato da suposta manifestação mediúnica de um falecido pesquisador psíquico (Richard Hodson) através da médium (James, 1909, p. 115).

Considerava a possessão mediúnica uma forma natural e especial de personalidade alternativa em pessoas muitas vezes sem nenhum outro sinal óbvio de problemas mentais. Também dizia que a predisposição para tais vivências não seria algo incomum (James, 1890, p. 48). O autor asseverava que a investigação do transe mediúnico é uma tarefa árdua, pois seria um fenômeno excessivamente complexo em que muitos fatores concomitantes estariam envolvidos (James, 1909a). Entre as possíveis explicações para os fenômenos mediúnicos estariam a fraude, a dissociação com uma tendência a personificar uma outra personalidade e a influência de um espírito desencarnado (James 1909a). Os médiuns em transe forneciam diversas informações verídicas sobre os assistentes. Entre as hipóteses para o modo de obtenção destas informações objetivas dadas pelos médiuns estariam:

- Acertos casuais;
- Informações previamente obtidas pelo médium;
- Pistas fornecidas involuntariamente pelos assistentes;

- Criptomnésia (o médium teve acesso prévio à informação, mas não se lembra conscientemente dela, no entanto, é capaz de acessá-la em estado de transe);
- Telepatia: informação obtida da mente dos assistentes de um modo desconhecido;
- Acesso a algum “reservatório cósmico”, onde a memória de todos os fatos é armazenada;
- Real comunicação do espírito que sobreviveu à sua morte (James, 1909).

Para James, as três últimas hipóteses só deveriam ser consideradas após as quatro primeiras tivessem sido excluídas, pois estas seriam as explicações “naturais”. Ele considera que elas explicam a grande maioria das manifestações mediúnicas, mas que existe uma considerável parcela que tem uma origem não explicável pelas hipóteses habituais. Nesses casos, a telepatia e a real comunicação de um espírito desencarnado devem ser cogitadas como causas. Julgava que a telepatia já estava “amplamente estabelecida como um fato, embora sua frequência seja ainda questionável” e que não haveria razões para, *a priori*, rejeitar que espíritos possam cooperar na produção do fenômeno (James, 1890a). Apesar de algumas vezes considerar que a atuação de um espírito desencarnado possa ser a explicação mais razoável em certos casos (James, 1890a), James nunca deu por resolvida tal questão. No seu último relato publicado, um ano antes de sua morte, em que expõe suas impressões finais, ele defende que os fenômenos psíquicos eram fatos naturais ainda ignorados pela ciência ortodoxa, apesar de muito promissores:

“Os fatos chamados psíquicos apenas começaram a ser tocados e investigados com propósitos científicos. Eu estou persuadido que é através da investigação destes fatos que as maiores conquistas científicas da próxima geração serão alcançadas” (James, 1909a).

Frederic W. H. Myers (1843-1901)

Myers não teve formação em psicologia, mas em literatura clássica, tornando-se professor de cultura clássica na Universidade de Cambridge. Apesar disso, apresentou diversas contribuições à psicologia. Foi, em 1893, o primeiro autor a introduzir os trabalhos de Freud ao público britânico (Mishlove, 2001). Sua maior colaboração diz respeito à investigação do inconsciente, que ele denominou de *Self* subliminal. Nas palavras de seu amigo e colega de pesquisas W. James (1901):

“No último meio século, psicólogos têm admitido a existência de uma região mental subliminal sob o nome de cerebração inconsciente ou vida invo-

luntária. Entretanto, nunca tinha sido definitivamente investigada a extensão dessa região, nem explicitamente mapeada. Myers definitivamente abordou este problema, que, após ele, será impossível ignorar”.

Em 1882, ao lado de outros pesquisadores de Cambridge, fundou a SPR, cujo objetivo era obter informações sobre telepatia, hipnotismo, assombramentos e alucinações. Em suas pesquisas nesta área, notadamente com médiuns, desenvolveu todo o seu trabalho e corpo teórico sobre o *Self* subliminal. Sua última e principal obra foi deixada incompleta devido ao seu falecimento em 1901 e foi publicada postumamente em 1903, com o nome *Human Personality and Its Survival of Bodily Death* (Myers, 2001). Tanto sua participação na fundação da SPR quanto a publicação deste livro são citados como marcos na história da psicologia britânica pela *British Psychological Society* (2003).

Myers afirmava que o “*Self* consciente” (ou o *Self* supraliminal, como ele preferia) não representava toda a mente. Existiria “uma consciência mais abrangente, mais profunda, cujo potencial permanece em sua maior parte latente”. Utilizou a palavra subliminal para designar “tudo que ocorre sob o limiar ordinário, fora da consciência habitual”. Haveria continuamente toda uma vida psíquica com pensamentos, sensações e emoções que “raramente emerge na corrente supraliminal da consciência, com a qual nós habitualmente nos identificamos”. Pelo fato de essa vida psíquica oculta ter características que normalmente associamos com a vida consciente, com o que normalmente chamamos de *Self*, julgou conveniente falar de um *Self* subliminal. Mas isso não significa que haveria dois *selves* paralelos sempre existindo dentro de nós. Haveria apenas um *Self*, com uma pequena porção consciente (supraliminal) e grande parte inconsciente (subliminal) (Myers, 2001, p. 6-7).

Os conteúdos subliminais que atingem a consciência supraliminal frequentemente são qualitativamente diferentes de qualquer elemento de nossa vida supraliminal, inclusive faculdades das quais não há conhecimento prévio. Tais habilidades envolveriam uma grande ampliação de nossas faculdades mentais, incluindo as inspirações dos gênios, telepatia, clarividência e mesmo a comunicação com os mortos. Ao longo da obra, o autor vai passando gradualmente de fenômenos corriqueiros para aqueles considerados supranormais. Dessa forma, o *Self* subliminal é implicado, numa visão evolutiva, na causa de eventos como as enfermidades histeroconvulsivas, inspirações dos gênios, sono, hipnotismo, alucinações, telepatia, automatismos motores e transe de possessão.

Myers sustenta que os fenômenos histéricos de desagregação da personalidade, apesar de patoló-

gicos, são de extrema importância para a compreensão do funcionamento psíquico humano e dos potenciais ainda ocultos da mente humana. Poderiam apontar para formas mais desenvolvidas de atividade mental: cada forma de dissociação das funções psíquicas sugeriria uma possibilidade correspondente de integração (Myers, 2001, p. 15; 47).

Coligindo um impressionante manancial de casos descritos e analisados, busca dar sustentação empírica a cada uma de suas afirmações. O autor enfatiza diversas vezes que evitou deliberadamente fazer teologia, metafísica ou filosofia. Dizia-se vivamente impressionado pelo paradoxo de os métodos da ciência moderna nunca terem sido aplicados ao problema que inquieta mais profundamente o homem: “Se a personalidade tem ou não algum elemento que possa sobreviver à morte corporal” (Myers, 2001, p. 1). Ele buscou derrubar o muro artificial entre a ciência e a superstição. Criticou a atitude de reverenciar como sagrados ou de descartar, *a priori*, como equívocos, os fenômenos estranhos, anômalos e que não se encaixam nas teorias vigentes. Tais fenômenos deveriam ser encarados como um desafio para se buscar as leis naturais que regem seu funcionamento (Myers, 2001, p. 343).

Em suas pesquisas sobre mediunidade, observou que a maioria das manifestações consideradas mediúnicas seria oriunda da emergência de conteúdos do *Self* subliminal do próprio médium. Nas inúmeras vezes em que o sensitivo evidenciava conhecimentos não passíveis de terem sido adquiridos pelas vias normais, teriam sido obtidos por telepatia ou clarividência (Myers, 2001, p. 11). Considerava haver evidências contundentes da capacidade de comunicação telepática entre indivíduos encarnados. Essa possibilidade de influência a distância entre duas mentes encarnadas abriria também, pelo menos em tese, a possibilidade de influência a partir de uma possível mente desencarnada (Myers, 2001, p. 343). Ao final de suas investigações, Myers concluiu que “a evidência para a comunicação com os espíritos de pessoas falecidas através dos transes ou escritos de sensitivos aparentemente controlados por estes espíritos está estabelecida além da possibilidade de um ataque sério” (Myers, 2001, p. 12). Durante seus trabalhos, investigou diversos médiuns, incluindo Mrs. Piper.

Em resumo, Myers considerou que a maioria das manifestações mediúnicas era oriunda do próprio médium, mas que havia alguns casos em que esta explicação não era suficiente. Em tais casos, a hipótese mais plausível era a telepatia e a efetiva comunicação de uma mente já desencarnada. As investigações nessa área envolveriam uma grande complexidade, pois uma mesma comunicação mediúnica pode conter alguns elementos da mente do médium e outros obtidos telepaticamente, tanto de encarnados como

do espírito desencarnado comunicante (Myers, 2001, p. 337). Ponderou que a utilização de sua teoria do *Self* subliminal (incluindo o inconsciente pessoal, a telepatia e a comunicação com os mortos), longe de negar os avanços já realizados pela psicologia, viria ampliá-los. Tal formulação teórica seria um poderoso instrumento para coordenar e explicar uma vasta gama de fenômenos que de outra forma seriam vistos como absurdos ou anômalos (Myers, 2001, p. 292). Por fim, defendeu a continuação das investigações por muitas gerações através de um único modo: “métodos abertos, honestos e francos que o moderno espírito científico exige” (Myers, 2001, p. 346).

No ano da publicação desta obra, James (1903) publicou uma ampla revisão comentando-a. Enfatizou a qualidade científica do trabalho, qualificando-o “ao menos como uma obra-prima de coordenação e unificação” de uma vasta gama de fenômenos aparentemente desconectados, demonstrando “uma genialidade similar à de Charles Darwin”. Pondera que o autor oferece evidências empíricas para a existência concreta de cada elemento de seu esquema teórico. Por fim, James aponta algumas fragilidades da obra: a utilização em algumas passagens de um tom excessivamente poético, algumas das evidências que embasam sua teoria são ainda frágeis e que pode ter generalizado excessivamente a existência e abrangência do *Self* subliminal.

“Myers proveu a psicologia com um novo problema – a exploração da região subliminal, que, de agora em diante, deve figurar naquele ramo do conhecimento como ‘o problema de Myers’ (...)”

Qualquer um com um senso de evidência, um senso não embotado pelo sectarismo da ‘ciência’, deve agora, me parece, perceber que sensibilidades ampliadas, transes com faculdades supranormais e mesmo transferências experimentais de pensamento são tipos de fenômenos naturais que devem, assim como qualquer outro evento natural, ser acompanhados com curiosidade científica”.

Como curiosidade, vale a pena relatar que, após o falecimento de Myers, surgiram comunicações mediúnicas atribuídas a ele, nas quais buscava dar novas evidências da sobrevivência do homem após a morte física. Essas manifestações deram origem a um novo tipo de método, que é considerado pelos espiritualistas como um dos mais contundentes a favor da hipótese imortalista: as “correspondências cruzadas” (Smith, 2001). O nome provém do fato de que diferentes médiuns, sem contato normal entre si, de modo independente, comunicariam mensagens que, isoladamente careceriam de sentido, mas que, quando agrupadas, formariam um todo coerente. Essas comunicações foram interpretadas como evidências de um plano das inteligências desencarnadas que, alegadamente, coordenariam as comunicações (Stevenson, 1977).

Sigmund Freud (1856-1939)

Como afirma James Strachey, editor da Edição Standard das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, “o interesse dele (Freud) pela feitiçaria, possessões e fenômenos afins já vinha de longa data. Parece possível que tenha sido estimulado por seus estudos na Salpêtrière em 1885-6.

O próprio Charcot concedera muita atenção aos aspectos históricos da neurose, fato mencionado em mais de um ponto do ‘Relatório’ de Freud sobre sua visita a Paris (1956a [1886]) (Nota do editor, neurose demoníaca)”.
 Entretanto, Freud não escreveu muito sobre mediunidade, freqüentemente, apenas de passagem quando abordava outros assuntos. Como ele próprio afirma, sua interpretação deste fenômeno foi muito influenciada por Charcot:

“Diversos autores, e dentre eles Charcot é o principal, identificaram, como sabemos, manifestações de histeria nos retratos de possessão e êxtase (...). Os estados de possessão correspondem às nossas neuroses, para cuja explicação mais uma vez recorremos aos poderes psíquicos. Aos nossos olhos, os demônios são desejos maus e repreensíveis, derivados de impulsos instintuais que foram repudiados e reprimidos. Nós simplesmente eliminamos a projeção dessas entidades mentais para o mundo externo, projeção esta que a Idade Média fazia; em vez disso, encaramo-las como tendo surgido na vida interna do paciente, onde têm sua morada” (Freud, 1923 introdução).

Ao explicar que sua teoria de que os sintomas histéricos adviriam de uma cisão da consciência não deveria gerar espanto, afirma que esta é a mesma solução que foi dada durante a Idade Média ao atribuírem à possessão demoníaca a causa dos sintomas histéricos. O que precisava ser feito era apenas “trocar a terminologia religiosa daquela era obscurantista e supersticiosa pela linguagem científica de nossos dias” (Freud, 1893).

Freud (1927) considerava que os espiritualistas não conseguiam refutar a hipótese de que as manifestações mediúnicas seriam simples produtos da atividade mental dos próprios médiuns. Seu ponto de vista baseava-se na observação de que a evocação dos espíritos dos mais eminentes pensadores trouxe pronunciamentos tão tolos e sem sentido “que neles nada se pode encontrar de crível, exceto a capacidade dos espíritos em se adaptarem ao círculo de pessoas que os conjuraram”. Ou seja, Freud não identificou a existência de comunicações mediúnicas onde seriam manifestados conhecimentos ou habilidades além da capacidade dos médiuns.

Apesar de ser considerada como um vestígio de superstição e primitivismo, Freud adverte que a crença “nos espíritos e fantasmas, e no retorno dos

mortos” ainda está longe de ter desaparecido entre a gente culta. “Mesmo o homem que se tornou céptico e racional pode descobrir, envergonhado, que sob o impacto da perplexidade e de emoções fortes facilmente volta por momentos a acreditar em espíritos”. Ao final destas considerações, confessa, constrangido, que tal fato já ocorreu com ele mesmo (Freud, 1907).

Em 1921, comenta que o interesse pelos fenômenos conhecidos como “ocultos” havia se disseminado, o que atribui a uma tentativa de compensação “de criar noutra esfera, supermundana, as atrações perdidas pela vida sobre esta Terra” após a Primeira Guerra Mundial. Diz que, durante suas férias, recusou associar-se a três periódicos que estudavam esses temas. Manifesta preocupação com as possíveis implicações dessas pesquisas:

“Se os seres espirituais, que são os amigos íntimos dos indagadores humanos, podem fornecer explicações definitivas para tudo, nenhum interesse é capaz de sobrar para as laboriosas abordagens às forças mentais desconhecidas efetuadas pela pesquisa analítica.

Tanto assim, que os métodos da técnica analítica serão abandonados se houver uma esperança de entrar em contato direto com os espíritos operantes através de processos ocultos, tal como os hábitos do trabalho paciente e enfadonho são abandonados quando há a esperança de se ficar rico de um só golpe, mediante uma especulação bem-sucedida” (Freud, 1921).

Por outro lado, já em 1933, não mais sentia as dúvidas sobre a propriedade de discutir os fenômenos ocultos, afasta os temores, anteriormente expressos, de as perspectivas científicas da psicanálise poderem ser colocadas em perigo, caso a verdade da transmissão de pensamento viesse a ser estabelecida:

“Em minha opinião, não mostra grande confiança na ciência quem não pensa ser possível assimilar e utilizar tudo aquilo que talvez venha a se revelar verdadeiro nas assertivas dos ocultistas. E especialmente no que diz respeito à transmissão de pensamento, ela parece realmente favorecer a extensão do modo científico – ou, como dizem nossos opositores, mecanicista – de pensamento aos fenômenos mentais que são tão difíceis de apreender” (Freud, 1933).

Carl Gustav Jung (1875-1961)

O interesse de Jung pela mediunidade já se manifestou em sua dissertação publicada em 1902 para a obtenção do título de médico: “Sobre a Psicologia e a Patologia dos Fenômenos Chamados Ocultos” (Jung, 1994). Para realizá-la, Jung investigou entre 1899 e 1900, S. W., uma prima sua de 15 anos que era tida como médium,

mas que ele concluiu tratar-se de uma histérica, um caso de “sonambulismo com carga hereditária”.

Seguindo a linha de Janet (com quem Jung estudou por um semestre em 1902), considerou que o suposto espírito comunicante era, na realidade, uma personalidade subconsciente que se manifestaria através de uma série de automatismos como a escrita automática (que atualmente chamaríamos de psicografia) e as alucinações (Jung, 1994, p. 57). Haveria uma desagregação de complexos psíquicos que se manifestariam como individualidades, cuja existência depende de sugestões do ambiente e de certa predisposição do médium. A individualização da subconsciência teria enorme influência sugestiva sobre a formação de novos e posteriores automatismos. Como afirma o autor: “É desse modo que podemos considerar, em nosso caso, o surgimento das personalidades inconscientes” (Jung, 1994, p. 63).

Com a prática e desenvolvimento da capacidade dissociativa dos médiuns, maior vai sendo a “plasticidade das situações oníricas”, trazendo cada vez mais complexidade e elaboração às manifestações mediúnicas, bem como ao conteúdo das histórias e teorias apresentadas pelas personalidades comunicantes. No caso de S. W., a ampliação de seus sistemas ocorria exclusivamente durante os transe; em seu estado normal era totalmente incapaz de dar qualquer nova idéia ou explicação (Jung, 1994, p. 76-7).

Com a prática das sessões mediúnicas, os “espíritos” se multiplicaram:

“A variedade de nomes parecia inesgotável, mas a diferença entre as respectivas personalidades cedo se esgotou e ficou patente que todas as personalidades podiam ser classificadas em dois tipos: o sério-religioso e o alegre-brincalhão. Na verdade, tratava-se apenas de duas personalidades subconscientemente diversas que se manifestavam com diferentes nomes que, no entanto, tinham pouca importância” (Jung, 1994, p. 81).

Apesar de numerosas, as personalidades subconscientes só evidenciavam conhecimentos que a paciente possuía no estado de vigília; nos casos em que isso não ocorria, se devia à criptomnésia¹ (Jung, 1994, p. 82). Um outro fator que responde pelas capacidades exibidas pelos médiuns durante o transe é o chamado “aumento do rendimento inconsciente”. Definido pelo autor como: “aquele processo automático cujo resultado não está ao alcance da atividade psíquica consciente do respectivo indivíduo” (Jung, 1994, p. 88-9). Nesses transe em que há uma manifestação importante do inconsciente, o paciente pode exibir uma inteligência mais aguçada, bem como ter acesso a informações não disponíveis na vigília (através da criptomnésia). A paciente em estudo apresentou um “aumento de rendimento que ultrapassa sua inteligência normal. (...) levando em conta a idade e mentalidade da pa-

ciente, deve ser considerado como algo fora do comum” (Jung, 1994, p. 95-6).

Sobre a causa básica do quadro em análise, Jung afirma:

“Não estaremos equivocados se procurarmos na sexualidade emergente a principal causa desse quadro clínico peculiar. Visto sob esse ângulo, todo o ser de Ivenes², juntamente com sua enorme família, nada mais é do que um sonho de realização de desejos sexuais que se distingue dos sonhos de uma noite pelo fato de prolongar-se por meses e anos” (Jung, 1994, p. 78-9).

No final de sua tese, Jung conclui:

“Longe estou de acreditar que com este trabalho tenha conseguido um resultado definitivo ou cientificamente satisfatório. Meu esforço visou sobretudo à opinião superficial daqueles que dedicam aos fenômenos chamados ocultos nada mais que um sorriso de escárnio; também teve como objetivo mostrar as várias conexões que existem entre esses fenômenos e o campo experimental do médico e da psicologia e, finalmente, apontar para as diversas questões de peso que este campo inexplorado nos reserva. Este trabalho me convenceu de que neste campo está amadurecendo rica colheita para a psicologia experimental (...)

Espero que meu trabalho ajude a ciência a encontrar caminhos que a levem a compreender e assimilar sempre mais a psicologia do inconsciente” (Jung, 1994, 1902, p. 96).

Jung escreveu em circunstâncias obscuras um enigmático texto em 1916, intitulado “Septem Sermones ad Mortuos” (Sete Sermões aos Mortos). Atribuiu a autoria a um gnóstico do século II, Basílides, o que levou alguns a considerá-la uma obra mediúnica (Hoeller, 1990). Nunca levou o texto a público, apenas o distribuiu reservadamente a amigos; mais tarde qualificou a obra como um “pecado da juventude”, arrependendo-se de tê-lo divulgado. Após alguma hesitação, consentiu em sua publicação junto às suas memórias (Jung, 1961).

Em 1946, quase meio século depois de seu trabalho inicial, em uma carta ao Dr. Künke (Jung, 2002), Jung faz uma análise de alguns livros escritos por via mediúnica enviados a ele pelo destinatário da carta. Nesta, afirma que estudou a literatura espírita a fundo e “por longo tempo, para descobrir o sentido desse movimento”. Tendo concluído “com

1 Termo que provém da literatura científica francesa e significa “recordações não reconhecidas como tais”. Jung a define como o “processo psíquico onde uma força automática e criativa faz com que traços perdidos da memória reapareçam em fragmentos maiores, com fidelidade fotográfica”. (Jung, 1994, 1905, p. 101-11). Ou seja, são informações que chegam à consciência oriundas da memória, mas que não são reconhecidas como tal.

2 Um dos principais “espíritos” que se comunicava (p. 44).

absoluta clareza que em todo movimento espírita havia uma compulsão inconsciente para fazer com que o inconsciente chegasse à consciência”. Aponta duas razões pelas quais “os conteúdos inconscientes se manifestem na forma de personificações (espíritos)”: porque esta sempre foi a forma tradicional de compensação inconsciente e porque é difícil provar com certeza que não se trate realmente de espíritos. Por outro lado, também diz ser muito difícil, senão impossível, a prova de que se tratem realmente de espíritos. Sobre este tema, Jung cita uma longa conversa sobre o tema que teve com o Prof. Hyslop³:

“Ele (Hyslop) admitiu que, considerando todos os fatores, a totalidade desses fenômenos metafísicos seria mais bem explicada pela hipótese dos espíritos do que pelas qualidades e peculiaridades do inconsciente. Com base em minhas próprias experiências, preciso dar-lhe razão neste aspecto. Em cada caso particular, preciso ser cético, mas, no geral, devo conceder que a hipótese dos espíritos traz melhores resultados na prática do que outra qualquer.”

Apesar de cogitar a hipótese espírita, o autor deixa claro que “a grande maioria das comunicações têm origem puramente psicológica e só aparecem personificadas porque as pessoas não têm noção nenhuma da psicologia do inconsciente”. Conta que observou muitos casos em que o inconsciente apareceu inicialmente na forma de espíritos, mas que, após descarregarem seus conteúdos na consciência, esses “espíritos” desapareceram. Jung comenta a dificuldade em se avaliar se a personalidade comunicante seria a personificação de um arquétipo (como a grande mãe, anima ou o velho sábio) ou realmente um espírito, pois estes dois fatores poderiam misturar-se:

“(...) no caso de Betty (personalidade comunicante), tenho dúvidas em negar sua realidade como espírito; isto significa que estou inclinado a aceitar que ela seja mais provavelmente um espírito do que um arquétipo, ainda que represente supostamente as duas coisas ao mesmo tempo. Parece-me que os espíritos têm uma tendência cada vez maior de se aglutinar aos arquétipos”.

Em 1948, Jung (1977) escreveu a introdução da edição em alemão de um desses livros mediúnicos, *The Unobstructed Universe* (White, 1948). Nela, repete uma posição dúbia: por um lado, reafirma que os “espíritos” são na realidade personificações de conteúdos inconscientes, por outro lado reafirma sua dúvida quanto à origem de tais manifestações:

“Aqueles que não estão convencidos deveriam ter cautela em assumir ingenuamente que toda a

questão dos espíritos foi resolvida e que todas as manifestações deste tipo são fraudes sem sentido. Isto não é tudo. (...) é fora de dúvida que elas são manifestações do inconsciente. (...) Eu não hesito em declarar que tenho observado um número suficiente de tais fenômenos para estar completamente convencido de sua realidade. Para mim, eles são inexplicáveis, e eu sou incapaz de decidir a favor de qualquer uma das interpretações usuais”.

Em resumo, comenta que o livro, independentemente de sua origem, é um relato interessante de fatos psicológicos que “pode ser considerado como uma fonte de informações valiosas sobre o inconsciente”. Também destaca os paralelos existentes entre a visão de psiquê apresentada no livro pelos “espíritos” e a evidenciada pelos achados recentes da pesquisa psicológica, mas com uma diferença fundamental: a adoção de uma “visão primitiva de mundo, onde os conteúdos do inconsciente são todos projetados em objetos externos”.

Discussão e conclusão

Apesar de ter sido apresentada apenas uma visão panorâmica, pode-se perceber que o tema mediunidade já recebeu séria atenção de alguns dos principais autores da área mental, que não chegaram a uma posição comum. Podemos, didaticamente, separar suas conclusões em três grupos:

- Janet e Freud: as experiências mediúnicas são patológicas e fruto exclusivo da atividade do inconsciente do médium; não há a participação de qualquer faculdade paranormal.
- James e Jung: a mediunidade não é necessariamente patológica, teria origem no inconsciente do médium, mas não foi excluída a possibilidade de uma origem paranormal, inclusive a real comunicação de um espírito desencarnado. Reforçam a necessidade de maiores estudos.
- Myers: a mediunidade pode ser evidência de um desenvolvimento superior da personalidade, e suas manifestações teriam origem em um misto de fontes (inconsciente pessoal, telepatia e comunicação de espíritos desencarnados).

As três hipóteses em análise ilustram as principais posições assumidas por pesquisadores do tema. O que é digno de nota é o fato de a mediunidade ter sido objeto de intensas pesquisas que não levaram a uma teoria única e, mesmo assim, os estudos terem sido interrompidos. Num sentido “kuhniano”, não havia ainda chegado a um paradigma maduro e aceito consensualmente pelo meio científico. Ou seja, interrompeu-se a empreitada num período pré-paradigmático.

3 James Hervev Hyslop (1854-1920), psicólogo, professor da Universidade de Columbia, pesquisador dos “fenômenos psíquicos” e amigo de William James. Estava convencido da existência de espíritos e que estes poderiam comunicar-se por médiuns.

mático, antes de se chegar a uma abordagem científica madura (Kuhn, 1970)".

Outro aspecto relevante são as declarações dos pesquisadores discutidos enfatizando a importância que a investigação e o melhor entendimento das vivências tidas como mediúnicas têm para a exploração da mente humana. Portanto, faz-se mister a retomada dos estudos sobre as experiências tidas como mediúnicas e reconhecer que um longo caminho já foi trilhado. Em artigo recente, os autores do presente trabalho apresentaram as diretrizes metodológicas para a investigação de estados alterados de consciência (Almeida e Lotufo Neto, 2003). Entre as principais linhas de

pesquisa para a exploração das experiências tidas como mediúnicas estão: a fenomenologia destas vivências, o perfil psicológico e sociodemográfico dos médiuns, os mecanismos que produzem tais experiências, o diagnóstico diferencial com psicopatologia, estudos historiográficos sobre o apogeu e declínio das pesquisas sobre o tema há um século, bem como o impacto dessas pesquisas sobre nossa contemporânea teoria psiquiátrica e psicológica. O conhecimento e a análise do conhecimento já produzido sobre o tema por eminentes cientistas é uma etapa imprescindível, pois "se lemos mais o que já foi pesquisado, teremos menos a descobrir" (Rieber, 2002).

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, A.M.; LOTUFO NETO, F. - Metodologia para o estudo de estados alterados de consciência. *Revista de Psiquiatria Clínica* 30: 21-8, 2003.
- British Psychological Society - A Chronology of Psychology in Britain. Disponível na página <http://www.bps.org.uk/documents/Chronol.pdf> (acessado em 02/04/2003).
- COLP JR, R. - History of Psychiatry. In: Sadock, B.J.; Sadock, V.A. (Eds.) - *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000.
- FAURE, H. - Avant-Propos. In: Janet, P. - *L'Automatisme Psychologique: Essai de Psychologie Expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Centre National de la Recherche Scientifique, Paris, 1973 (1889).
- FREUD, S. - Charcot, 1893. In: *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Imago, Rio de Janeiro.
- FREUD, S. - Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen, 1907. In: *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Imago, Rio de Janeiro.
- FREUD, S. - Psicanálise e telepatia, (1921) 1941. In: *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Imago, Rio de Janeiro.
- FREUD, S. - Uma neurose demoníaca do século XVII, 1923. In: *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Imago, Rio de Janeiro.
- FREUD, S. - O futuro de uma ilusão, 1927. In: *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Imago, Rio de Janeiro.
- FREUD, S. - Novas conferências introdutórias sobre psicanálise - Conferência XXX: sonhos e ocultismo, 1933. In: *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Imago, Rio de Janeiro.
- HOELLER, S.A. - *A Gnose de Jung e os Sete Sermões aos Mortos*. Cultrix, São Paulo, p. 101, 1990.
- JAMES, W. - *The Principles of Psychology*, vol. I. Henry Holt & Company, New York, 1890.
- JAMES, W. - Certain Phenomena of Trance. *Proceedings of the Society for Psychical Research*, vol. II, Part XVII, 1890a.
- JAMES, W. - Frederic Myers's Service to Psychology. *Proceedings of the Society for Psychical Research*, vol. XVII, Part XLII, 1901.
- JAMES, W. - Review of "Human Personality and Its Survival of Bodily Death". *Proceedings of the Society for Psychical Research*, vol. XVIII, Part XLVI, 1903.
- JAMES, W. - Report on Mrs. Piper's Hodgson-Control. *Proceedings of the American Society for Psychical Research*, vol. III, 1909.
- JAMES, W. - The Final Impressions of a Psychical Researcher - The American Magazine, October 1909a. In: Murphy, G.; Ballou, R.O. *William James on Psychical Research*. Viking Press, New York, p. 309-25, 1960.
- JAMES, W. - *As variedades da experiência religiosa - Um estudo sobre a natureza humana*. Editora Cultrix, São Paulo, 1991.
- JANET, P. - *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Félix Alcan, Paris, 1889.
- JANET, P. - Délire systématique à la suite de pratiques du spiritisme. *L'Encéphale* 4(4): 363-8, 1909.
- JANET, P. - Um cas de possession et l'exorcisme moderne. In: Janet, P. *Névroses et idées fixes*. Librairie Félix Alcan, Paris, 1914.
- JUNG, C.G. - Sobre a Psicologia e Patologia dos Fenômenos Chamados Ocultos (1902). In: Jung, C.G. *Obras Completas*, vol. I. Vozes, Petrópolis, 1994.
- JUNG, C.G. - Criptomnésia (1905). In: Jung, C.G. *Obras Completas*, vol. I. Vozes, Petrópolis, 1994.
- JUNG, C.G. - *Cartas* (1955), vol. II. Vozes, Petrópolis, p. 34-8, 2002.
- JUNG, C.G. - *Memories Dreams, Reflections*. Org. Aniela Jaffé. Pantheon, New York, 1961.
- JUNG, C.G. - Psychology and Spiritualism. In: Jung, C.G. *Collected Works*, vol. XVIII, The Symbolic Life. Routledge & Kegan Paul, London, 1977.
- KLIMO, J. - *Channeling: investigations on receiving information from paranormal sources*. North Atlantic Books, Berkeley, 1998.

- KUHN, T.S. - The Structure of Scientific Revolutions. University of Chicago, Chicago, 1970.
- MISHLOVE, J. - Interpretive Introduction. In: Myers, F.W.H. *Human Personality and Its Survival of Bodily Death* (1903). Hampton Roads Publishing Company Inc, Charlottesville, 2001.
- MURPHY, G.; BALLOU, R.O. - *William James on Psychical Research*. Viking Press, New York, 1960.
- MYERS, F.W.H. - *Human Personality and Its Survival of Bodily Death*, (1903). Hampton Roads Publishing Company Inc, Charlottesville, 2001.
- NEWSTEAD, S - *Bulletin of the British Psychological Society BBPS* 36: 239-41, 1983.
- PUTNAM, F.W.; LOEWENSTEIN, R.J. - DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER. IN: SADOCK, B. J. & SADOCK, V.A. (eds.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000.
- RIEBER, R.W. - The Duality of the Brain and the Multiplicity of Minds: Can You Have It both Ways?. *History of Psychiatry* 13: 3-17, 2002.
- SMITH, S. - Preface. In: Myers, F. W. H. - *Human Personality and Its Survival of Bodily Death*. Charlottesville, Hampton Roads Publishing Company Inc. 2001, (1903).
- STEVENSON, I. - Research into the Evidence of Man's Survival after Death. *J Nerv Ment Dis* 165: 152-70, 1977.

CARTAS AO EDITOR

Prezado Editor

Gostaria, a princípio, de parabenizar o Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein pela qualidade científica de sua publicação oficial.

Fica aqui mais uma vez evidenciado que um periódico científico com o padrão da revista *einstein* tem respaldado a sua credibilidade e respeitabilidade num corpo editorial de peso inquestionável dentro da comunidade médica, como é o caso em questão.

Nesse número (v. 2, n. 1), como pediatra neonatologista que sou, minha atenção voltou-se para o artigo original “Gestações múltiplas em amostras de uma população da cidade de São Paulo”.

As gestações múltiplas apresentam um risco maior por acontecerem na maioria das vezes em mulheres com idade mais avançada e geralmente não atingirem 37 semanas, aumentando a morbimortalidade dessas crianças.

Apesar de existir uma preocupação do Conselho Federal de Medicina que data de 1992, quando publicou as “Normas Éticas para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistidas”, esta nova realidade traz uma preocupação nada desprezível para todos nós.

Aspectos envolvendo as Técnicas de Reprodução Assistida, como por exemplo probabilidade efetiva de sucesso e menor risco para a paciente e criança, rigorosa e freqüente fiscalização das clínicas, centro ou serviços onde são praticadas, doações de gametas ou pré-embriões, registro e mapeamento das áreas onde ocorrem estas doações e implantações (risco de consangüinidade), riscos na criopreservação, tempo de congelamento, descongelamento programado ou não de gametas e embriões, escolha dos viáveis para implantação, destino dos viáveis não utilizados e dos não viáveis, implicações jurídicas quanto a heranças, implantação de sêmen do doador após sua morte, de intervenções com finalidade diagnóstica ou terapêutica desde pré-embriões *in vitro*, etc.

Neste sentido, o artigo em questão é de extrema importância, pois necessitamos mesmo de um levantamento maior destas gestações múltiplas, frutos de reprodução assistida, além de mais e bem planejados estudos de seguimento destas crianças nascidas desta forma de fertilização.

João Coriolano Rego Barros

Prezado Editor

Primeiramente gostaríamos de parabenizá-lo pela iniciativa e esmero na qualidade da revista *einstein*. Há várias seções interessantes, inclusive a “Está Publicado!”, sobre “inusitadas proposições na área da saúde”⁽¹⁾. No entanto, deve-se ter cautela para não confundir o “inusitado”, que significa “não usual” e pode até ser uma virtude, com “pseudociência” ou “pérolas” que escapam da vigilância de um sistema de revisão por pares⁽²⁾, o que possui uma conotação pejorativa.

Tal equívoco nos pareceu ter ocorrido na análise do artigo sobre prece intercessória⁽²⁾. A análise sarcástica e desqualificadora realizada ignora os diversos estudos de boa qualidade sobre “distant healing” publicados em vários dos melhores periódicos do mundo⁽³⁻⁵⁾. Inclusive, uma dissertação de mestrado do nosso grupo de pesquisa investigou o tema⁽⁶⁾. Naturalmente, esta é uma área muito controversa, mas que tem sido bastante investigada. Entretanto, ainda não se chegou a uma conclusão baseada em evidências. Duas revisões sistemáticas recentes⁽⁷⁻⁸⁾ concluem que existem dados sugestivos suficientes para indicar que vale a pena investir em maiores e melhores pesquisas na área da prece intercessória e outras formas de cura a distância.

A ocorrência de algumas observações não se enquadrarem nas teorias vigentes não significa que tais fatos não possam se dar. Se os fatos anômalos forem replicáveis e observados com método científico rigoroso, podem indicar a necessidade de um ajuste ou substituição de nossas teorias, como tem ocorrido ao longo da história de todas as ciências⁽⁹⁾.

Atenciosamente,
Alexander Moreira de Almeida
Francisco Lotufo Neto

NEPER - Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos do Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade de Medicina de São Paulo (SP).

Referências

1. Instruções aos autores. *einstein* 2004;2(1):85.
2. Pasternak J. Está Publicado! *einstein*. 2004;2(1):79.
3. Leibovici L. Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection: randomized controlled trial. *Br Med J*. 2001;323:1450-1.
4. Harris WS, Gowda M, Kolb JW, Strychacz CP et al. A Randomized, Controlled Trial of the Effects of Remote, Intercessory Prayer on Outcomes in Patients Admitted to the Coronary Care Unit. *Arch Int Med*. 1999;159:2273-2278.
5. Hodges RD, Scofield AM. Is spiritual healing a valid and effective therapy? *J R Soc Med*. 1995;88:203-207.
6. Leão FC. Práticas espirituais no tratamento de portadores de deficiência mental [Dissertação]. São Paulo: Depto. Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2004.
7. Roberts L, Ahmed I, Hall S. Intercessory prayer for the alleviation of ill health [Review]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2): CD000368. Review.
8. Astin JA, Harkness E, Ernst E. The efficacy of "distant healling": a systematic review of randomized trials. *Ann Int Med*. 2000;132:903-10.
9. Kuhn T. A Estrutura das Revoluções Científicas. São Paulo: Perspectiva; 2000.