

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

**A PERSONALIDADE COMO CRITÉRIO PARA O DIAGNÓSTICO  
DIFERENCIAL ENTRE EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS E TRANSTORNOS  
MENTAIS**

Letícia Oliveira Alminhana

**JUIZ DE FORA**

**2013**

**LETÍCIA OLIVEIRA ALMINHANA**

**A PERSONALIDADE COMO CRITÉRIO PARA O DIAGNÓSTICO  
DIFERENCIAL ENTRE EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS E TRANSTORNOS  
MENTAIS**

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

Área de concentração: Saúde brasileira.

Orientador: Prof. Dr. Alexander Moreira-Almeida.

**JUIZ DE FORA**

2013

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Alminhana, Letícia Oliveira.

A personalidade como critério para o diagnóstico diferencial entre experiências anômalas e transtornos mentais / Letícia Oliveira Alminhana. -- 2013.  
256 p.

Orientador: Alexander Moreira-Almeida

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2013.

1. Experiências Anômalas e Transtornos Mentais. 2. Personalidade. 3. Esquizotipia. 4. Religiosidade. 5. Qualidade de Vida. I. Moreira-Almeida, Alexander, orient. II. Título.

Dedico esta tese à minha mãe, Beatriz.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, meus sinceros agradecimentos são para meus pais, Alberto Alminhana e Beatriz Alminhana. A vida inteira eles me ensinaram a questionar verdades “prontas” e me apresentaram para diferentes possibilidades de entender o mundo.

Em seguida agradeço à querida amiga e sempre professora Dra. Luciana Marques, que me guiou desde a graduação até esse doutorado. Obrigada por me apresentar à pesquisa científica e ser minha eterna orientadora. Graças à Luciana, conheci o prof. Alexander e fui para Juiz de Fora.

Agradeço enormemente ao professor Dr. Alexander Moreira-Almeida, por me transformar em pesquisadora madura, pela paciência e sobretudo pelo exemplo como pesquisador e como pessoa.

Ao querido amigo Alexandre Zanini, que ofereceu muito de seu tempo para me ensinar estatística e para transformar minhas teorias e hipóteses em complexos testes matemáticos.

Ao colega e amigo Adair Menezes Jr., que foi meu companheiro de doutorado e de coleta de dados, me ajudando a seguir em frente, mesmo quando as dificuldades se apresentavam.

Agradeço imensamente à colaboração anônima de cada uma das pessoas que participaram da amostra desse estudo. Elas são, sem dúvidas, personagens centrais para o desenvolvimento dessa pesquisa. Em cada encontro, falaram de si mesmas, compartilharam experiências profundas e preencheram uma bateria de questionários, sem receber nada em troca. A vocês, meu sincero Muito Obrigada!

Aos trabalhadores e dirigentes dos Centros Espíritas que compreenderam a necessidade de estudar o tema. Minha especial gratidão à Dona Geni, que nos ofereceu seu apoio incondicional e que nos recebeu com muito carinho.

Aos colegas e amigos do NUPES (Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde), pela parceria e por todo o apoio.

Agradeço também ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pelos dois anos que recebi de bolsa de estudos.

Preciso agradecer pessoas que não estiveram vinculadas a mim academicamente, mas que, sem elas, esse doutorado teria sido inviável.

Meus sogros que me ajudaram com questões logísticas e financeiras o tempo todo.

Dora Belgo, segunda mãe de minha filha e amiga querida, sem a qual eu não teria feito nenhuma coleta de dados.

Minha grande amiga Romara Lima Delmonte, que passou dias e noites raciocinando sobre esse estudo e suas hipóteses e discussões; que me ofereceu casa, foi minha irmã e meu porto seguro enquanto morei em Juiz de Fora e até hoje.

Minhas três irmãs, Tatiana, Clarissa e Vanessa, que estão sempre comigo, mesmo quando estamos em estados diferentes, que me apoiaram sem limites para que eu pudesse concretizar esse doutorado.

Minha filha, meu tesouro, minha vida, Clara Luz. Com a idade que tem meu doutorado (4 anos), soube dividir sua mamãe com todas as exigências acadêmicas. E, no final, quando eu não tinha nem tempo para brincar com ela, me dizia: “Mamãe, eu quero ficar com você porque eu te amo”... Há que se ter muito amor pela ciência para não sucumbir a isso!

E, finalmente, ao meu marido e meu amor, Tiago Tatton. Eu fui para Juiz de Fora para fazer doutorado e para te encontrar. Sem ti, esse momento perderia o brilho, o encanto e a alegria. Contigo, minhas teorias encontraram o complemento perfeito, assim como meus sentimentos.

O místico, dotado de talentos inatos e seguindo a instrução de um mestre, entra na água e descobre que sabe nadar; o esquizofrênico, por sua vez, despreparado, sem orientação e sem dotes, caiu nela, ou mergulhou voluntariamente, e está se afogando. Joseph Campbell, **Myths to Live By**, 1972.

## RESUMO

ALMINHANA, L.O. **A personalidade como critério para o diagnóstico diferencial entre experiências anômalas e transtornos mentais.** (Tese). Juiz de Fora: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF/MG, 2013.

**Introdução:** Há uma alta prevalência de experiências psicóticas na população geral. Muitas dessas experiências possuem fenomenologia semelhante a experiências religiosas/espirituais (R/E), também chamadas de experiências anômalas (EA), as quais não são necessariamente patológicas. Desse modo, é importante encontrar critérios que possam nortear os profissionais da saúde mental para realizarem um diagnóstico diferencial entre uma EA e um transtorno mental (TM). A análise do perfil de personalidade de um indivíduo pode auxiliar a distinguir se esse apresenta experiências saudáveis ou patológicas. Porém, poucos estudos se dedicaram a investigar as relações entre EAs e personalidade. Os Centros Espíritas são locais privilegiados para investigar o tema pois fomentam as EAs e são procurados por pessoas com EAs em busca de auxílio.

**Objetivos:** Verificar se as características de personalidade, mensuradas pelo Inventário de Temperamento e Caráter (ITC), podem se constituir como um critério para o diagnóstico diferencial entre EA e TM. Verificar a associação entre Experiências Incomuns (Esquizotipia) com TM e qualidade de vida (QV); Observar como as diferentes formas de religiosidade se associam aos TMs e à QV.

**Métodos:** Estudo epidemiológico observacional *coorte*, prospectivo (1 ano de seguimento: T0 e T1), com 115 sujeitos que apresentavam EAs e procuraram Centros Espíritas da cidade de Juiz de Fora/MG. Instrumentos: Entrevista Sociodemográfica; ITC-R (Inventário de Temperamento e Caráter, revisado e reduzido); DUREL - P (*Duke University Religious Index* – versão em português); WHOQOL - BREF (Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - versão abreviada); SCID (Entrevista clínica estruturada para transtornos do Eixo I do DSM-IV); O – LIFE – R (Inventário Reduzido Oxford-Liverpool de Sentimentos e Experiências). Modelos de regressão logística e linear, controlando para fatores sociodemográficos, foram usados para investigar as associações entre dimensões de personalidade, de esquizotipia e de religiosidade (preditores) com TMs e QV (desfechos).

**Resultados:** A amostra foi composta por 70% de mulheres, com idade média de 38,8 anos (DP 12,5), 55% com nível superior, perfil semelhante ao de outros estudos com médiums espíritas no Brasil. Houve prevalência atual de 73% de Transtornos de Ansiedade na amostra; 27,8% de Transtorno Depressivo; 10,4% de Transtorno Bipolar e 7% de Transtorno Psicótico. Experiências Incomuns não estiveram associadas a TM ou QV. Anedonia Introversa esteve associada à presença de Transtorno Psicótico; Não-Conformidade Impulsiva se associou à presença de Transtorno Bipolar; Busca de Novidade e Dependência de Gratificação estiveram associadas à presença de Transtorno Bipolar; Autodirecionamento e Autotranscendência não se associaram à presença de nenhum TM. Nenhuma dimensão de religiosidade esteve associada à presença de TMs. ; Desorganização Cognitiva associou-se a pior QV Psicológica em T0 e T1; Anedonia Introversa esteve associada a pior QV em todos os domínios (físico, psicológico, social e ambiental) em T0 e a pior QV física em T1. Não-Conformidade Impulsiva se associou a pior QV psicológica. Autodirecionamento se associou a melhor qualidade de

vida psicológica e social em T0 e em T1. Evitação de Danos esteve associada a pior QV Física em T0 e em T1. Religiosidade Organizacional e Religiosidade Intrínseca se associaram a melhor QV Social no T0.

**Conclusões:** A mera presença de EAs não se associou à existência de TM ou a alterações na QV. Os resultados desse estudo sugerem que a análise das características de personalidade (temperamento e caráter) de um indivíduo que apresenta EAs pode servir como um critério importante para o diagnóstico diferencial entre uma experiência não patológica e um transtorno mental. Pesquisas futuras poderão buscar teorias e terminologias mais adequadas para explicar as EAs não patológicas e deve-se tomar cuidado para não confundi-las com sintomas de TMs.

**Palavras-chave:** Experiências Anômalas; Personalidade; Esquizotipia; Religiosidade; Transtornos Mentais e Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

ALMINHANA, L.O. **Personality as a criterion for the differential diagnosis between anomalous experiences and mental disorders.** (Doctoral Thesis). Juiz de Fora: Medical School, Federal University of Juiz de Fora - UFJF / MG, 2013.

**Introduction:** There is a high prevalence of psychotic experiences in the general population. Many of these experiences have similar phenomenology to religious/spiritual experiences (R/E), also called anomalous experiences (AEs), which are not necessarily pathological. Thus, it is important to find criteria that will guide mental health professionals to perform a differential diagnosis between an AE and a mental disorder (MD). A profile analysis of the personality of a person can help to distinguish whether his/her experiences are healthy or pathological. However, few studies have been developed to investigate the relationships between AEs and personality. Spiritist Centers are prime locations to investigate the issue because they foster AEs and people with AEs often seek help in them.

**Objectives:** To verify whether personality traits, as measured by the Temperament and Character Inventory (ITC), can be a criterion for the differential diagnosis between AEs and MDs. To observe if the dimension of Unusual Experiences (Schizotypy) is associated with MDs or quality of life (QoL). To observe how different forms of religiosity are associated with TMs and QoL.

**Methods:** this is a prospective observational cohort study (1 year follow-up) with 115 subjects who had AEs and sought Spiritist Centers in the city of Juiz de Fora/MG. Instruments: Sociodemographic Interview; TCI-R (Temperament and Character Inventory, revised and short); Durel - P (Duke Religious Index - in Portuguese); WHOQOL - BREF (Instrument of Quality of Life of the World Health Organization - abbreviated); SCID (Structured Clinical Interview for Axis I disorders of the DSM-IV) O - LIFE - R (Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences- short). Logistic and linear regression models, controlling for sociodemographic factors, were used to investigate the associations between personality, dimensions of schizotypy and religiosity (predictors) with TMs and QoL (outcomes).

**Results:** The sample was composed of 70% women, mean age 38,8 years (SD 12,5) 55% with higher education level, profile similar to other studies with spirit mediums in Brazil. There was a current prevalence of 73% of Anxiety Disorders in the sample; 27.8% of Depressive Disorder, 10.4% of Bipolar Disorder and 7% of Psychotic Disorder. Unusual experiences were not associated with QOL or with MDs. Introverted Anhedonia was associated with Psychotic Disorder; Impulsive Non-Conformity was associated with Bipolar Disorder; Novelty Seeking and Reward Dependence were associated with Bipolar Disorder; Self-Directedness and Self-transcendence were not associated with the presence of any MDs. No dimension of religiosity was associated with MD; Cognitive Disorganization was associated with worse QoL in Psychological domain at T0 and T1; Introverted Anhedonia was associated with worse QoL in all domains (physical, psychological, social and environmental) at T0 and with worse QoL

in physical domains at T1. Impulsive Non-Conformity was associated with worse QoL in psychological domain. Self-directedness was associated with better quality of life in social and psychological domains, at T0 and T1. Harm avoidance was associated with worse QoL in physical domain.

**Conclusions:** The results of this study suggest that the analysis of personality traits (temperament and character) of an individual who presents AEs can serve as an important criterion for the differential diagnosis between a not pathological experience and a mental disorder. Future research could investigate about more appropriate terminologies and theories to explain these nonpathological AEs and we must be careful not to confuse them with symptoms of MDs.

**Keywords:** Anomalous Experiences, Personality; Schizotypy; Religiosity, Mental Disorders and Quality of Life.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Características de pessoas com escores altos e baixos nas dimensões do ITC.....	64
<b>Tabela 2.</b> Domínios e Facetas do WHOQOL –bref.....	95
<b>Tabela 3.</b> Frequência de EAs na amostra (N=115) .....	100
<b>Tabela 4.</b> Variáveis Independentes.....	110
<b>Tabela 5.</b> Variáveis Dependentes.....	111
<b>Tabela 6.</b> Resultados e desfechos esperados (T0).....	111
<b>Tabela 7.</b> Resultados e desfechos esperados (T1).....	113
<b>Tabela 8.</b> Variáveis sociodemográficas .....	114
<b>Tabela 9.</b> Perfil Religioso da amostra .....	115
<b>Tabela 10.</b> Níveis de envolvimento religioso da amostra .....	116
<b>Tabela 11.</b> Características de Temperamento e Caráter .....	116
<b>Tabela 12.</b> Prevalência de Transtornos Mentais na amostra .....	117
<b>Tabela 13.</b> Dimensões de Esquizotipia na amostra .....	117
<b>Tabela 14.</b> Qualidade de Vida em seus quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental T0 (N=115) T1 (N=90).....	118
<b>Tabela 15.</b> Relações entre as dimensões de Esquizotipia e TMs (SCID I).....	118
<b>Tabela 16.</b> Relações entre as dimensões de Esquizotipia (O-Life-R) e Qualidade de Vida (WHOQOL bref).....	119
<b>Tabela 17.</b> Relações entre Personalidade (ITC-R) e Transtornos Mentais (SCID I)....	120
<b>Tabela 18.</b> Relações entre Personalidade (ITC-R) e Qualidade de Vida (WHOQOL-bref).....	121
<b>Tabela 19.</b> Relações entre as dimensões de Religiosidade (DUREL-P) e TMs (SCID I).....	123
<b>Tabela 20.</b> Relações entre as dimensões de Religiosidade (DUREL-P) e Qualidade de Vida (WHOQOL-bref).....	123
<b>Tabela 21.</b> Relações entre as dimensões de Esquizotipia (O-Life-R) (T0) e Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) (T1).....	124
<b>Tabela 22.</b> Relações entre Personalidade (ITC-R) (T0) e Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) no Tempo 1.....	125
<b>Tabela 23.</b> Relações entre dimensões de Religiosidade (DUREL – P) (T0) e Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) (T1).....	127
<b>Tabela 24.</b> Filiação religiosa entre os sujeitos com EAs do presente estudo (N=115), um Levantamento nacional sobre religiosidade (N=3.007) e o Censo de 2010.....	132
<b>Tabela 25.</b> Comparações das características de religiosidade entre os sujeitos com EAs presente estudo (N=115), uma população geral de baixa renda (N=383)* e pacientes com diagnóstico de TBH (N=168).....	133
<b>Tabela 26.</b> Comparativo sobre altos níveis das dimensões de religiosidade entre os sujeitos com EAs, do presente estudo (N=117), Adventistas (N=264) e idosos (N=30).....	134
<b>Tabela 27.</b> Comparações entre as médias do ITC – R, do presente estudo (N=115), a população geral de Israel (N=1102), a amostra de médicos na Austrália (N=214) e pacientes diagnosticados na Espanha (N=107).....	135
<b>Tabela 28.</b> Comparações entre as médias de cada dimensão do WHOQOL – Bref, entre os sujeitos com EAs (N=115); a população geral (N=700)*; indivíduos PEP (N=37) e pacientes com Esquizofrenia (N=219).....	137
<b>Tabela 29.</b> Comparação da prevalência de Ansiedade e Depressão do presente estudo (N=115), do estudo com moradores de São Paulo/SP (N=2.337); do estudo de	

moradores de Santa Cruz/RS (N=1.222) e do estudo com moradores de João Pessoa/PE (N=2.470 ).....	138
<b>Tabela 30.</b> Prevalência de Transtornos Mentais no presente estudo (N=115), em CAPS de Santa Cruz do Sul (N=2470) e do Ceará (N=143).....	139
<b>Tabela 31.</b> Comparações entre as médias do O-Life-R do presente estudo (N=120), com médias divididas entre homens e mulheres do estudo realizado com população geral inglesa (N=928).....	141
<b>Tabela 32.</b> Comparações entre as médias do presente estudo (N=115), com as médias do estudo com espiritualistas (N=140) e religiosos tradicionais (N=86).....	143

## LISTA DE SIGLAS

AD	- Autodirecionamento
AE	- <i>Anomalous Experience</i>
AT	- Auto-transcendência
AI	- Anedonia Introversa
AME	- Aliança Municipal Espírita
APA	- Associação Psiquiátrica Americana
APS	- Atenção Primária em Saúde
BN	- Busca por Novidade
C	- Cooperatividade
CAPS	- Centros de Atenção Psicossocial
CIEP	- Consórcio Internacional em Epidemiologia Psiquiátrica
DC	- Desorganização Cognitiva
DG	- Dependência de Gratificação
DM	- <i>Mental Disorders</i>
DP	- Desvio Padrão
DSM	- <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DUREL	- <i>Duke University Religious Index</i>
EA	- Experiência Anômala
ED	- Evitação de Danos
EI	- Experiência Incomuns
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ITC - R	- Inventário de Temperamento e Caráter, versão revisada.
NI	- Não-Conformidade Impulsiva
NUPES	- Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde
O-Life-R	- Inventário Reduzido Oxford-Liverpool de Sentimentos e Experiências
OMS	- Organização Mundial da Saúde
P	- Persistência

PEP	- Primeiro Episódio de Psicose
PSF	- Programas de Saúde da Família
QV	- Qualidade de Vida
RE	- Religiosidade Extrínseca
R/E	- Religiosa/Espiritual
RNO	- Religiosidade Não-Organizacional
RO	- Religiosidade Organizacional
RP	- Religiosidade Privada
SCID	- <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders</i>
SPSS	- <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TM	- Transtorno Mental
WHOQOL	- <i>World Health Organization Quality of Life</i>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>30</b>
2.1. RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE .....	30
2.1.1. Religião .....	30
2.1.2. Espiritualidade .....	35
2.1.3. Religião e Espiritualidade na pesquisa em saúde: operacionalizando os conceitos .....	39
2.2. A RELIGIÃO ESPÍRITA E O FENÔMENO DA MEDIUNIDADE .....	42
2.2.1. Atendimento Fraterno .....	44
2.3. EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS – DEFINIÇÕES E PESQUISA .....	46
2.4. PERSONALIDADE .....	48
2.4.1. Definições e histórico .....	48
2.4.2. A abordagem integral em Psicologia e a “falácia pré-trans” .....	51
2.4.3. O Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter .....	54
2.5. PERSONALIDADE, ESQUIZOTIPIA E EAs .....	63
2.5.1. Esquizotipia Positiva e Criatividade .....	67
2.5.2. Esquizotipia Benigna e Experiências Paranormais .....	72
2.5.3. “Esquizotipia Feliz”: Experiências R/E e Psicose .....	77
2.5.4. Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter <i>versus</i> Esquizotipia .....	82
2.5.5. Esquizotipia e Autotranscendência .....	87
2.6. QUALIDADE DE VIDA .....	92
<b>3. OBJETIVOS E HIPÓTESES .....</b>	<b>95</b>
3.1. Objetivo Geral .....	95
3.2. Objetivos Específicos .....	95
3.3. Hipóteses .....	95
<b>4. MÉTODO .....</b>	<b>97</b>
4.1. Desenho do estudo .....	97
4.2. População .....	97
4.3. Critérios de inclusão e exclusão .....	99
4.3.1. Critérios de Inclusão .....	100
4.3.2. Critério de exclusão .....	100
4.4. Contexto .....	100
4.5. Procedimentos .....	100
4.6. Instrumentos .....	102
4.7. Métodos Estatísticos .....	106
4.7.1. Definição da amostra .....	106
4.7.2. Análises estatísticas .....	107
4.8. Variáveis e desfechos .....	108
4.8.1. Variáveis de confusão .....	109
4.9. Resultados esperados (T0 e T1) .....	109
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>113</b>
5.1. Características Descritivas da Amostra .....	113
5.2. Resultados das Correlações entre as variáveis dependentes e independentes .....	116
5.3. Resultados do seguimento longitudinal de um ano .....	122
<b>6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>126</b>
6.1. RESULTADOS DESCRITIVOS .....	126

6.1.1.	Características Sociodemográficas.....	126
6.1.2.	Perfil Religioso.....	129
6.1.3.	Características de Personalidade.....	132
6.1.4.	Características de Qualidade de Vida.....	134
6.1.5.	Prevalência de Transtornos Mentais .....	135
6.1.6.	Dimensões de Esquizotipia na amostra (O-Life-R).....	139
6.2.	ESQUIZOTIPIA, PERSONALIDADE E RELIGIOSIDADE EM RELAÇÃO A TRANSTORNOS MENTAIS E QUALIDADE DE VIDA .....	141
6.2.1.	Experiências Incomuns podem não ser indicadores de TMs.....	141
6.2.2.	Alta Experiências Incomuns não está relacionado à pior QV.....	143
6.2.3.	Autotranscendência pode não indicar presença de TMs.....	144
6.2.4.	Autodirecionamento e bem-estar psicológico e social.....	146
6.2.5.	Religiosidade e bem-estar nas relações sociais.....	149
6.3.	ESQUIZOTIPIA, PERSONALIDADE E RELIGIOSIDADE EM RELAÇÃO À QUALIDADE DE VIDA NO SEGUIMENTO (T1).....	151
6.3.1.	Autodirecionamento e melhor QV psicológica e social, T1.....	151
6.3.2.	Autodirecionamento: principal critério prognóstico de bem-estar psicológico e social.....	153
6.4.	PROPENSÃO À PSICOSE OU À SAÚDE?.....	155
<b>7.</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>159</b>
7.1.	Hipóteses confirmadas.....	160
7.2.	Considerações finais.....	161
<b>8.</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>163</b>
	APÊNDICES.....	185
	ANEXOS.....	193

## 1. INTRODUÇÃO

Entre os intelectuais da modernidade – especialmente nas universidades – o tema da religião parece ter se escondido... A persistência da religião no mundo moderno aparece como um embaraço para os estudiosos de hoje. Mesmo os psicólogos, para quem, presumivelmente, nada de interesse humano ficaria alienado, parecem fechados em si mesmos quando o assunto é abordado (ALLPORT, 1950).

Durante muito tempo as ciências humanas, ciências da saúde e a própria psicologia parecem ter excluído a religiosidade e a espiritualidade (R/E) de seu campo de pesquisa e compreensão. Contudo, nas últimas décadas essa tendência tem sido revertida com o aumento de pesquisas que investigam as relações entre R/E e saúde.

O “Handbook of Religion and Health” apresenta mais de 1200 estudos sobre R/E e saúde, publicados no século XX. De acordo com os autores, ser religioso possui um impacto positivo na saúde, atuando com efeito protetor para depressão, ansiedade, uso e abuso de álcool e drogas; bem como para o enfrentamento de doenças cardíacas e câncer (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001). Em sua segunda edição, o Handbook apresenta 2.100 estudos originais realizados entre 2001 e 2010 (KOENIG; KING; CARSON, 2012). Esses dois livros são considerados, atualmente, as revisões sistemáticas mais abrangentes a respeito das evidências sobre as relações entre R/E e saúde.

Um artigo recente, inspirado pelo “*Handbook of Religion and Health*”, revisou 850 estudos sobre a relação entre religiosidade e saúde mental, acrescentando pesquisas realizadas no Brasil e ampliando o contato dos pesquisadores do campo (MOREIRA-

ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006). Segundo os autores, a maioria dos estudos de boa qualidade sugere que maiores níveis de envolvimento religioso estão relacionados positivamente com indicadores de bem-estar psicológico, satisfação com a vida, felicidade e afeto positivo.

Apesar de tais evidências, o número de estudos dedicados à investigação das relações entre R/E e personalidade é pequeno. Segundo Cloninger, Svrakic e Przybeck (1993), R/E tem sido sistematicamente excluída dos principais modelos de personalidade, apesar da grande importância e do alto impacto que apresenta para a saúde mental. Uma revisão sobre Personalidade e R/E observou que a crença em alguma dimensão de religiosidade, em uma religiosidade transcendente ou em um Deus pessoal não é contemplada no Modelo de Cinco Fatores de Personalidade (ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

Segundo Saucier e Goldberg (1998) inúmeras pesquisas têm considerado o poder de síntese dos cinco fatores de personalidade, sendo o modelo mais utilizado no mundo. No entanto, as análises fatoriais têm demonstrado que uma série de conteúdos importantes para a descrição da personalidade humana parece não estar inserida na classificação dos “Cinco Grandes”. Entre eles, o grupo de adjetivos que apresentou mais independência do modelo foi justamente aquele ligado à Religiosidade (SAUCIER; GOLDBERG, 1998; PAUNONEM; JACKSON, 2000).

Apesar da aparente negligência em relação à dimensão de R/E em uma das principais teorias da personalidade, há outros esforços para compreender melhor a interação entre religiosidade e personalidade. McCullough e Willoughby (2009), ressaltam o possível papel que a religiosidade possui na personalidade. Utilizando a teoria da Auto-regulação para organizar os estudos empíricos sobre o tema, os autores

observaram que a influência da religiosidade na saúde mental parece ocorrer através de mecanismos de personalidade, tais como o auto-controle e a auto-regulação (MCCULLOUGH; WILLOUGHBY, 2009).

O Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter, desenvolvido pelo pesquisador C. Robert Cloninger, é considerado a primeira grande teoria da personalidade a incluir R/E em seu corpo de traços e componentes (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993; McDONALD; HOLLAND, 2002). Neste modelo, como será apresentado posteriormente, a personalidade é compreendida como o resultado da interação entre características hereditárias (temperamento) e adquiridas (caráter). O temperamento é visto como a base da personalidade, mas é o caráter que oferece sentido e indica maturidade (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993 e CLONINGER, 2004). A última dimensão do caráter, denominada “Auto-transcendência” busca mensurar características ligadas à intuição, transpessoalidade e espiritualidade (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993; CLONINGER, 2004).

O Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) foi desenvolvido com base no Modelo Psicobiológico, e tem sido utilizado em diversas pesquisas no mundo todo (BAYON et.al., 1996; BORA; VEZNEDAROGLU, 2007; DANELUZZO; STRATT; ROSSI, 2005; GONZALEZ-TORRES et.al., 2009; SMITH; RILEY; PETERS, 2009; SVRAKIC et. al., 2002; HORI et.al., 2007). Tais estudos têm investigado as relações entre personalidade e transtornos mentais (TMs), apresentando importantes resultados sobre o tema. Uma de suas principais contribuições foi a descrição de um perfil de personalidade que parece estar associado à presença de Esquizofrenia e de Esquizotipia. No entanto, apesar do modelo psicobiológico incluir a Auto-Transcendência, não foi encontrado nenhum estudo que utilizasse o ITC para investigar as possíveis relações entre experiências religiosas, personalidade e psicopatologia.

Reconhecendo que as pessoas podem apresentar experiências religiosas ou espirituais sem necessariamente configurar transtornos mentais, o DSM-IV criou a categoria “problemas religiosos e espirituais” (APA, 1994). O principal objetivo da criação dessa categoria foi justamente estimular pesquisas que clarifiquem a distinção entre experiências espirituais e transtornos mentais (LUKOFF; LU; TURNER, 1992; LU et.al., 1995). Problemas espirituais foram definidos como conflitos envolvendo o relacionamento com questões transcendentais ou provenientes de práticas espirituais, incluindo a manifestação súbita de experiências consideradas paranormais (APA, 1994; LUKOFF; LU; TURNER, 1992; LU et.al., 1995; LU; LUKOFF; TURNER, 1995a)

Em virtude das semelhanças fenomenológicas entre sintomas psicóticos da Esquizofrenia, por exemplo, e algumas experiências R/E não patológicas, Grof e Grof (1988; 1989) criaram o conceito de emergências espirituais (“*Spiritual emergences*”) a fim de nomear “crises psico-espirituais” em que experiências R/E poderiam surgir tanto de uma forma tranquila (“*spiritual emergence*”) quanto de uma forma perturbadora (“*spiritual emergency*”). Para os autores, tais experiências podem apresentar diversas características como alucinações visuais, auditivas e sensoriais. Contudo, as emergências espirituais podem ser encaminhadas para um desfecho saudável, desde que sejam identificadas corretamente em seu início (GROF; GROF, 1988; 1989).

Há uma série de terminologias que são utilizadas para identificar experiências que se assemelham a sintomas psicóticos, embora não sejam necessariamente patológicas. Experiências R/E, “emergências espirituais”, problemas R/E, vivências alucinatórias, experiências psicóticas, entre outras (GROF; GROF, 1988; CARDEÑA; LYNN; KRIPPNER, 2000). Segundo Stevenson (1983), seria importante que se utilizasse outro termo para denominar alterações perceptuais que não são, a priori, patológicas. De acordo com Moreira-Almeida e Cardeña (2011), o termo “psicótico”

geralmente é utilizado para se referir a transtornos mentais graves, mas as experiências alucinatórias não patológicas, como podem ocorrer nas experiências R/E, provavelmente seriam mais bem agrupadas por meio de um termo mais adequado como, por exemplo, “experiências anômalas” (MOREIRA-ALMEIDA; CARDEÑA, 2011).

O termo “Experiência Anômala” (EA) tem sido proposto para nomear, sem assumir implicações psicopatológicas, vivências incomuns, diferentes do habitual ou das explicações usualmente aceitas como realidade: alucinações, sinestesia, saída do corpo, vivências interpretadas como telepáticas, etc (CARDEÑA; LYNN; KRIPPNER, 2000). Segundo Almeida e Lotufo Neto (2003), é legítimo e possível investigar as EAs, sem que se compartilhe das crenças que as envolvem.

O espiritismo, por ser uma religião que enfatiza fortemente as EAs, torna-se um importante objeto de estudos dessas experiências na população não clínica. Frequentemente, pessoas procuram “Centros Espíritas” devido a EAs que possam apresentar, as quais são usualmente ressignificadas para o contexto religioso da mediunidade (ALMEIDA, 2004; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; GREYSON, 2007; MENEZES JÚNIOR; ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2012). A mediunidade pode ser definida como um conjunto de experiências nas quais um indivíduo (o médium) alega estar em contato com ou sob o controle de uma pessoa já falecida ou outro ser imaterial (KARDEC, 1993; ALMEIDA, 2004).

Historicamente, no que tange aos “fenômenos anômalos”, ao estudo da paranormalidade ou das chamadas “experiências mediúnicas”, há uma série de informações e fenômenos a serem compreendidos, tanto do universo intra-psíquico, quanto psicossocial (ZANGARI; MARALDI, 2009). Nos estudos de abordagem psicanalítica, o paradigma que se estabeleceu em relação à “mediunidade” foi aquele

que explicava o fenômeno como uma forma de histeria. Os autores chamam a atenção ao fato de que os fenômenos paranormais estavam fortemente associados com o Espiritismo e o Ocultismo. Isso tornava as manifestações “mediúnicas” um tanto ameaçadoras à tentativa de estabelecer a psicologia enquanto ciência, distante de especulações metafísicas (ZANGARI; MARALDI, 2009).

Nesse sentido, Almeida e Lotufo Neto (2004), revisaram as principais explicações e visões a respeito dos fenômenos mediúnicos elaboradas por pesquisadores na área mental ao longo dos séculos XIX e XX. Os autores resumem o pensamento de diferentes médicos e psicólogos que buscaram compreender tais experiências, em três grupos:

1. Pierre Janet e Sigmund Freud, para os quais as experiências “mediúnicas” eram patológicas e produto exclusivo do inconsciente da pessoa;
2. William James e Carl Jung, onde a “mediunidade” não é vista como sendo necessariamente patológica, podendo ter origem no inconsciente, mas não é excluída a possibilidade de uma origem paranormal;
3. Frederic Myers, segundo o qual a “mediunidade” poderia ser uma evidência de um desenvolvimento superior da personalidade e sua origem seria mista (inconsciente, telepatia e comunicação de espíritos) (ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2004).

Almeida e Lotufo Neto (2004), consideram “digno de nota” o fato de que, embora o “fenômeno mediúnico” tenha sido objeto de intensas pesquisas, não houve um consenso ou o estabelecimento de um paradigma abrangente sobre o assunto. No entanto, os estudos foram interrompidos ou a visão da mediunidade como psicopatologia prevaleceu, embora não se tenham realizado estudos controlados e de

quantidade necessária para que tal entendimento do fenômeno fosse estabelecido cientificamente (ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2004).

No contexto brasileiro, onde 97% (IBGE, 2010) da população afirma ter alguma religião, muitas vezes os profissionais de saúde se deparam com situações complexas. Isso, porque muitas crenças religiosas, como o Espiritismo e a Umbanda, por exemplo, apresentam EAs como um elemento central de sua prática (ALMEIDA, 2004; ZANGARI, 2007). Desse modo, há alta prevalência de experiências consideradas como “psicóticas” nessa população que – nem por isso – é indicador da presença de TMs.

Para dificultar a situação, muitos profissionais trabalham sem nenhuma informação ou treinamento adequado. E ainda, como são situações onde os limites entre religião e ciência ainda são tênues, há grande carência de estudos de qualidade sobre o tema. Logo, parece ser essa a delimitação necessária a ser feita pelas pesquisas que envolvem saúde mental (CLONINGER, 2004; LU; LUKOFF; TURNER, 1995a).

A falta de informações e a escassez de estudos sobre o diagnóstico diferencial entre EAs e TMs também atinge negativamente os serviços em Atenção Primária em Saúde (APS). Dados sobre o APS mostram que a presença de TMs acaba representando um aumento significativo na utilização dos gastos em saúde pública (WHO, 2000). De acordo com alguns estudos, um dos principais motivos para que isso aconteça é a ausência de um diagnóstico correto, causando utilização excessiva de tratamentos paliativos, exames e consultas a especialistas (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008; STEWART et.al., 2003 e BARSKY; ORAV; BATES, 2005).

Atualmente, a necessidade de dar continuidade a esses estudos tem ficado evidente, especialmente pelo fato da alta prevalência de EAs na população geral (NUEVO et.al., 2012). Recentemente a OMS realizou um levantamento sobre a

presença de sintomas psicóticos na população geral (não diagnosticada), envolvendo 256.445 pessoas em 52 países (NUEVO et.al., 2012). Em média, 12,5% da população mundial e 32% dos brasileiros relataram ter ao menos uma vivência psicótica (ocorrendo quando não estava sonolento, sonhando ou sob influência de álcool ou drogas) no ano anterior. Ressaltando que em apenas 10% dos casos, essas “vivências psicóticas” estavam associadas efetivamente a um diagnóstico de Psicose (NUEVO et.al., 2012).

Do ponto de vista da saúde mental, esses fenômenos carecem de pesquisas, posto que, suas semelhanças e diferenças com sintomas de psicopatologia são inúmeras. Para Moreira-Almeida e Cardeña (2011), cada vez mais é necessária a existência de diretrizes baseadas nas evidências disponíveis que auxiliem no diagnóstico diferencial entre EAs e TMs.

Nesse sentido, uma revisão de literatura identificou nove critérios principais para distinção entre experiências R/E e TMs (MENEZES; MOREIRA-ALMEIDA, 2009). Assim, em indivíduos com experiências R/E ou EA maduras, ou seja, para além da fase inicial de emergência espiritual, temos: ausência de sofrimento; ausência de prejuízos sociais e ocupacionais; ausência de co-morbidades; a experiência ser curta e ocorrer episodicamente; a experiência ser controlada, ser compatível com uma tradição cultural, gerar crescimento pessoal, ser centrada nos outros; e existir uma atitude crítica sobre a realidade objetiva da experiência (MENEZES; MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

Dois estudos realizados no Brasil foram muito importantes para o avanço da compreensão sobre o diagnóstico diferencial entre experiências R/E e TMs. O primeiro estudo foi conduzido por Negro Júnior (1999), que investigou vivências dissociativas (incorporação de espíritos, psicografia, experiências fora do corpo) em 110

frequentadores de cursos oferecidos em centros espíritas da cidade de São Paulo. Em seus resultados, mostrou que a atividade mediúnica estava associada a experiências dissociativas, que podem ou não ser patológicas, caracterizando um transtorno dissociativo. Quando houve presença de psicopatologia, esta estava relacionada a menor idade, menor capacidade de controle da experiência, pior suporte social, bem como a antecedentes psiquiátricos (NEGRO JUNIOR, 1999; NEGRO JÚNIOR; PALLADINO-NEGRO; LOUZÃ, 2002).

O segundo estudo, foi desenvolvido pelo psiquiatra Alexander Moreira-Almeida, que procurou investigar as mesmas vivências dissociativas ou “mediúnicas” em uma amostra de 115 indivíduos que trabalhavam como médiuns em centros espíritas de São Paulo (ALMEIDA, 2004; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; GREYSON, 2007). A diferença é que neste estudo os indivíduos já estavam em “prática” ou desenvolvendo suas “capacidades mediúnicas” há 10 anos, ao contrário do estudo de Negro Júnior (1999), cuja amostra era composta por indivíduos que apenas estavam estudando o Espiritismo.

Os sujeitos do estudo de Almeida (2004) relataram apresentar fenômenos denominados, no contexto da religião, como: incorporação de espíritos, psicofonia, visão, audição, psicografia, cura, efeitos físicos e pintura mediúnica. Interessante relatar que os sujeitos deste estudo referiram apresentar, em geral, 3 dessas experiências, concomitantemente (ALMEIDA, 2004). Além disso, o estudo observou que os primeiros sinais da mediunidade apareciam em grande parte na infância (sendo que a maioria dos sujeitos não era oriunda de famílias espíritas). Ao longo do tempo foi verificado que a pessoa adquiria experiência, controle e amadurecimento em sua “vivência mediúnica”, apresentando em geral, bom ajustamento social e baixa

prevalência de TMs (ALMEIDA, 2004; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; GREYSON, 2007).

Essas duas pesquisas contribuíram bastante para a compreensão das EAs no contexto religioso espírita. No entanto, há carência de estudos que observem indivíduos com EAs que buscam auxílio em organizações religiosas, não estando vinculados a essas através de atividades de estudo ou de prática mediúnica. A importância de investigar tal população se deve ao fato de que essas pessoas não possuem o mesmo suporte social (vínculo com a instituição) que os sujeitos da pesquisa de Negro Junior (1999) e de Almeida (2004). E também porque muitas vezes as pessoas procuram auxílio religioso para problemas emocionais, antes de buscarem recursos oferecidos pelo sistema de saúde do governo (SCHUMANN; STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2011). Isso aumenta a possibilidade de confusão entre problemas religiosos e problemas mentais.

Dessa forma, é preciso esclarecer a seguinte questão: como diferenciar adequadamente experiências R/E ou EAs de TMs? Como realizar um prognóstico adequado quando nos deparamos com um indivíduo que refere “ver espíritos e ouvir suas vozes”? De que forma podemos compreender se sua experiência possui um caráter religioso ou anômalo, podendo desenvolver-se em direção à saúde? Ou, ao contrário, se os “espíritos e as vozes” são parte de um quadro sintomatológico, indicando caráter psicótico e doente da experiência? O principal fator de confusão é que, em ambos os casos, é comum haver sofrimento e dificuldade de controle da experiência (MENEZES JÚNIOR; ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2012).

É possível que o exame de alguns elementos da personalidade possa ajudar a traçar perfis que indiquem a propensão de uma pessoa com EAs para desenvolver TMs.

Como se sabe, estudos que utilizaram o ITC para compreender as características de personalidade associadas a diagnósticos de TMs, tem encontrado um conjunto de traços de temperamento e caráter bastante específico (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993). Contudo, não foram encontradas pesquisas que busquem o perfil de personalidade de pessoas com EAs, bem como que possam oferecer maiores explicações para o que leva uma pessoa a se tornar um “Esquizotípico Positivo”, ao invés de desenvolver toda a gama de prejuízos sociais e cognitivos que marcam a Esquizotipia.

Por tudo isso, o principal objetivo desse estudo foi investigar o papel da personalidade no que tange ao diagnóstico diferencial entre EAs e TMs. Mais especificamente, buscou-se observar se algumas características de personalidade mensuradas pelo ITC (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993) poderiam servir como critérios diferenciais, apresentando menor correlação com presença de TMs e maior correlação com qualidade de vida (QV). Outro objetivo foi compreender a Esquizotipia Positiva e sua associação com presença de TMs e maior ou menor QV.

Para tanto, foram utilizados os instrumentos SCID I e WHOQOL, a fim de investigar desfechos de doença e de saúde mental (qualidade de vida). Também incluímos entre as variáveis independentes ou “explicativas” a Religiosidade e a Esquizotipia. A Religiosidade foi avaliada porque, como as pessoas buscam ajuda em um contexto religioso/espiritual (R/E), era importante que soubéssemos qual era o tipo de relação do sujeito com sua religião. Estudos têm mostrado que o tipo de religiosidade (Organizacional, Não Organizacional e Intrínseca), muitas vezes está associado a desfechos diferentes em relação a uma série de marcadores positivos de saúde (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; KOENIG; KING; CARSON, 2012).

De acordo com uma ampla revisão do tema Religiosidade e Saúde Mental, os autores afirmam que, geralmente a religiosidade extrínseca ou organizacional está associada a dogmatismo, preconceito, medo da morte e ansiedade. Ao contrário, a religiosidade intrínseca se correlaciona com estruturas de personalidade mais organizadas e boa saúde mental (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; KOENIG; KING; CARSON, 2012).

Além disso, a mensuração das dimensões de esquizotipia foi utilizada porque ela está fortemente associada com “propensão à psicose” (*psychosis-proneness*) (MAISON; CLARIDGE, 2006). Nossa amostra foi composta por sujeitos que se encontravam nessa região limítrofe entre estar apresentando um primeiro episódio de psicose (PEP) ou uma tendência à psicose ou ainda, estar apresentando uma EA não patológica. Por isso, a esquizotipia e sua relação com desfechos de transtornos mentais e qualidade de vida serviu como um marcador adequado para o diagnóstico diferencial entre EAs e TMs.

Outra importante razão para utilizarmos o O-Life (instrumento de mensuração de Esquizotipia) na observação da Esquizotipia se deve ao fato de ser um instrumento fundamentado na visão dimensional da tendência à psicose (CLARIDGE et. al., 1996; MAISON e CLARIDGE, 2006; FISHER et al, 2004; RAWLINS et.al., 2008; McCREERY; CLARIDGE, 2002), além de não ser categórico (BEAUCHAINE; LENZENWEGER; WALLER, 2008). Tal entendimento oferece a oportunidade de compreender algumas experiências sem classificá-las como patológicas, à priori.

No caso específico da Esquizotipia Positiva, pode-se observar que, embora ela preencha critérios positivos (presença de alucinações e delírios), em determinados contextos ela se mostra associada à bem-estar e à saúde mental (GOULDING, 2004; SCHOEFIELD; CLARIDGE, 2007; McCREERY; CLARIDGE, 2002; WILLIAMS;

IRWIN, 1991; KENNEDY; KANTHAMANI, 1995; HERGOVIT et.al, 2008; YUNG et.al., 2006; FARIAS; UNDERWOOD; CLARIDGE, 2012).

Desse modo, um indivíduo que pontue alto apenas em Esquizotipia Positiva e não em Desorganização Cognitiva, Anedonia Introversa e Não-Conformidade Impulsiva, embora apresente alucinações e delírios, pode mostrar indicadores de bem-estar e de saúde mental (GOULDING, 2004; SCHOEFIELD; CLARIDGE, 2007; McCREERY; CLARIDGE, 2002; WILLIAMS; IRWIN, 1991). Sendo assim, o “*Happy Schizotype*” (Esquizotípico Feliz), seria outro critério para facilitar o diagnóstico diferencial entre EAs e TMs (KENNEDY; KANTHAMANI, 1995; HERGOVIT et.al, 2008; YUNG et.al., 2006; FARIAS; UNDERWOOD; CLARIDGE, 2012). Utilizamos a esquizotipia como variável preditiva para observar especificamente como ela se relacionaria com os desfechos do SCID I e do WHOQOL-bref.

Para fazer parte do estudo, o sujeito precisava ser maior de idade e ser identificado como “portador de mediunidade” (mediunidade em emergência) pelos médiuns coordenadores do Centro Espírita no qual buscou ajuda. Contudo, foram excluídas da pesquisa as pessoas que já atuassem como médiuns em qualquer instituição religiosa. Tais critérios foram escolhidos com base nas pesquisas recentes apresentadas acima (ALMEIDA, 2004; NEGRO JUNIOR, 1999). Embora os estudos de Almeida (2004) e Negro júnior (1999) tenham apresentado resultados consistentes no que tange à baixa prevalência de TMs nesta população, é possível que a seleção de indivíduos capazes de se comprometer com a disciplina de uma instituição espírita por muitos anos se constituísse como um viés de seleção daqueles que, naturalmente, possuíam saúde mental (ALMEIDA, 2004).

Assim sendo, a população escolhida para a presente pesquisa, de sujeitos recém-chegados ao Centro Espírita, busca investigar a possibilidade de previsão da evolução da experiência do sujeito enquanto um quadro de transtorno mental ou de uma EA (supostamente de caráter R/E). Também por esse motivo a população estudada foi de sujeitos que buscam atendimento em Centros Espíritas, porque se considera que, no contexto sócio-cultural brasileiro, estes são locais onde encontramos tais experiências com explicações de cunho R/E. Não foram investigados indivíduos que buscam outras instituições religiosas, de modo a não descaracterizar a população estudada.

Por fim, esperamos que esse estudo possa contribuir para o avanço da compreensão científica desses fenômenos e que proporcione orientações para o trabalho dos profissionais de saúde mental, especialmente quando em contato com EAs em sua prática clínica. Além disso, o presente estudo poderá oferecer diretrizes para as pessoas que trabalham em instituições religiosas e que lidam com EAs em seu dia-a-dia.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

#### 2.1.1. Religião

*Mysterium Tremendum et Fascinans*

Rudolf Otto (1869-1937)

Cientistas da religião parecem concordar com a falta de consenso na definição do conceito de “religião”, sendo o caminho mais satisfatório a fuga dos reducionismos. O termo “religião”, tipicamente latino, possui equivalentes linguísticos precários em outras tradições. Segundo Cavanaugh (2011), falar sobre “religião” é se implicar com uma imposição conceitual tipicamente ocidental. Civilizações antigas como a dos gregos, egípcios, astecas, indianos, chineses e japoneses não possuíam o conceito de religião, simplesmente porque não havia algo separado das outras áreas da vida, como a política, que pudesse ser assim denominado (SMITH, 1962). Modernamente, utilizamos o conceito como chave heurística para explicar uma série de práticas, crenças, sentimentos e formas de organização social presentes em diferentes povos, de diferentes épocas – das mais remotas até os dias de hoje (FILORAMO; PRANDI, 2003; ELIADE, 1978).

Mircea Eliade (1989), importante historiador da religião, inicia seu livro “Origens: história e sentido da religião”, relatando que considera lamentável que não se tenha um termo melhor para descrever a experiência do Sagrado, do que “religião”. Para ele, esse é um termo “culturalmente limitado”, já que é difícil aplicá-lo indiscriminadamente a distintos contextos culturais. Já Clifford Geertz, em atitude

contrária a Eliade, acredita que é possível definirmos a religião em termos antropológico-culturais, evitando a dimensão experiencial, ou seja, evadindo daquilo que é singular do indivíduo e caminhando para uma compreensão que privilegia a cultura em detrimento do sujeito (GEERTZ, 1978).

Para compreender melhor essas dificuldades, pode-se investigar histórica e filologicamente o caminho do conceito de “religião” em nossa cultura. Um dos primeiros pensadores a definir religião no sentido que usualmente entendemos foi Cícero, pensador romano do séc. II. Cícero sugeria a palavra *religio* como derivada do verbo *relegere* (recolher, compreender, visitar, reler), sendo que os “religiosos” seriam aqueles que retomavam tudo a que se referia o “culto dos deuses”. Assim procedendo, os “religiosos” re-significavam a existência mais da coletividade, dos laços sociais, do que do indivíduo (FILORAMO; PRANDI, 2003). Em outros pensadores deste período, como Clemente de Alexandria e Orígenes não é possível encontrarmos uma definição coesa de “religião”, como temos em Cícero, mas apenas uma série de práticas e recomendações dispersas que guardam relação com um sentido de organização interna do Ser e da coletividade. Enfim, uma compreensão de religião ainda muito próxima da realidade grega antiga, imanente, diferente do transcendentalismo cristão que viria a florescer séculos depois (ELIADE, 1989).

Para além da compreensão de “religião” enquanto re-significação social (comum aos gregos e povos mais antigos, como os indianos) temos a interpretação que se tornou clássica em nossa cultura – religião enquanto *religare*. A re-ligação do Homem a Deus. Essa leitura foi possível somente após a consolidação do cristianismo e da Igreja Católica como elementos hegemônicos de nossa cultura. Figura central para a consolidação dessa interpretação foi Agostinho de Hipona [354-430], um dos mais importantes teólogos católicos. Em seu livro, “A Cidade de Deus”, finalizado no séc. V,

Santo Agostinho ressalta que *religio* não define unicamente um laço social, mas um movimento que liga o ser humano a Deus, reestabelecendo o laço entre criatura e criador (AGOSTINHO, 2002; FILORAMO; PRANDI, 2003).

De Agostinho ao período que antecede o Renascimento, as atribuições de sentido ao termo religião ficam necessariamente superpostas aos dogmas e elementos teológicos cristãos. As interpretações não variam muito, terminando, quase necessariamente, no Deus cristão do catolicismo. Os místicos cristãos, desde São Francisco até São João da Cruz instauram um novo problema, já que afirmavam a possibilidade de uma forma religiosa de “contato direto” com o divino, enquanto a teologia oficial defendia uma relação entre criatura e criador mediada pelo poder da Igreja (TARNAS, 2003).

É no período do Renascimento, com suas grandes mudanças de organização social e de poder, não apenas econômico, mas também intelectual, que novas possibilidades de interpretação do termo religião ficam evidentes. Trabalhos como os de Marsilio Ficino e Picco Della Mirandola, com fortes influências de outras tradições, tais como formas seculares de judaísmo e islamismo, até orientalismo e, especialmente, o emergente Humanismo, abriam espaço para novas leituras da religião, mais abrangentes, esotéricas e sincréticas. O conceito se expandia para além do catolicismo cristão (WOORTMANN, 1997).

Com as revoluções filosóficas consequentes e a progressiva abertura política do conhecimento, formas cada vez mais complexas de compreensão da religião emergem, como podemos observar na alternância de interpretações dadas no embate entre filósofos racionalistas e empiricistas ao longo dos sécs. XVII e XVIII (TARNAS, 2003).

No séc XIX, duas possibilidades de compreensão e definição da religião começam a se delinear: o substantivismo e o funcionalismo. A primeira escola, representada fundamentalmente pela Teologia e Fenomenologia, constrói o conceito de religião a partir do sujeito e seus processos internos de subjetivação; entre os funcionalistas, representados pela Sociologia, a ênfase recai nas relações entre religião, organização social e empoderamento (FILORAMO; PRANDI, 2003).

A perspectiva funcionalista pensa e delimita a religião a partir da sociedade. O pai da Sociologia, Emile Durkheim [1858-1917], reconhece na religião uma “coisa social”. A religião é definida a partir de suas funções sociais, vista como um sistema unificado de crenças e de práticas relativas às coisas sagradas. São elas que unificam a sociedade numa comunidade moral (igreja), um coletivo de crenças. Dessa forma, o ritual pode ser considerado um mecanismo para reforçar a integração social. Durkheim entende que a função substancial da religião é a criação, o reforço e a manutenção da solidariedade social. Enquanto persistir a sociedade, persistirá a religião (PIMENTA, 1980).

Entre os substantivistas, duas importantes figuras se destacam - Rudolph Otto e Ludwig Feuerbach. Para o primeiro, a religião remete ao conceito do sagrado (numinoso), que seria uma predisposição psíquica peculiar da experiência humana. Dessa forma, para além do cristão, encontramos a experiência universal do *homo religiosus*. Há um esforço em caracterizar a religião enquanto uma experiência primordialmente psicológica, ou seja, mais do indivíduo do que da coletividade, que se desdobra, progressivamente, em formas cada vez mais maduras ao longo da história (do assombro ao mito, do mito à racionalidade, etc) (FILORAMO; PRANDI, 2003). Em síntese, em Otto, há uma aproximação positiva e universal da religião, com especial

interesse para o fato de como o sentimento religioso emerge e se estabelece no indivíduo, e não nas instituições religiosas (FILORAMO; PRANDI, 2003).

O pensamento do filósofo alemão Ludwig Feuerbach também prioriza os elementos psicológicos da relação entre o sujeito e a religião, moldando sua compreensão do fenômeno. Feuerbach influenciou toda a filosofia e psicologia contemporâneas, especialmente a compreensão religiosa de Freud, afirmando que a religião não revela quem é Deus, mas sim quem é o ser humano (BOBSIN, 2011). Feuerbach (1988) aponta para a religião como a expressão da subjetividade do sujeito, sendo esse, dividido internamente entre “Deus” (o que é perfeito, eterno, santo, plenipotente) e “humano” (aquilo que é imperfeito, mortal, pecador e impotente). Segundo Bobsin (2011), a partir de Feuerbach e Marx, a religião pode ser vista enquanto um empreendimento humano, onde as divindades é que teriam sido criadas “à sua imagem e semelhança”. Há uma aproximação da religião enquanto “crise”, ou melhor, uma espécie de ilusão projetiva ou, até mesmo, protopatologia.

Assim, entre Otto e Feuerbach, temos duas novas possibilidades que se opõem na compreensão e interpretação da religião. Ambas apontam para uma religião implicada mais no sujeito que na sociedade – em Otto, uma perspectiva mais otimista e salutogênica; em Feuerbach, por sua vez, um olhar mais duvidoso e patogênico. Importa, sobretudo, compreender a história e particularidades destes movimentos na vivência psicológica do Ser (ALVES, 1975).

Paul Tillich (2005), considerado um dos maiores teólogos do século 20, continua essa linha de investigação que aproxima o sujeito da religião, afirmando que ser religioso significa “interrogar-se apaixonadamente sobre o sentido da nossa vida e estar atento às respostas, mesmo que elas nos abalem em profundidade”. Tillich (2005)

apresenta a religião como aquilo em que se deposita um “interesse último” na vida, onde tudo mais seria secundário. Em uma visão *kierkegaardiana*, afirma que o que é último traz à tona o sentimento de paixão e um “infinito interesse”, sendo este a própria totalidade espiritual do sujeito (TILLICH, 2005).

Esse entendimento de uma religião mais pessoal, do indivíduo, para além do social, está diretamente ligado ao moderno conceito de “espiritualidade”, como veremos a seguir. O termo religião, de modo geral, nos dias de hoje, é mais adequadamente compreendido do modo como os cientistas sociais sempre advogaram, ou seja, em sua dimensão mais institucional, coletiva (HUFFORD, 2012).

### **2.1.2. Espiritualidade**

Nas últimas décadas tem se observado que muitas pessoas se identificam como “*spiritual, but not religious*” (espiritual, mas não religioso). Essa frase é título do livro de Robert C. Fuller (2001), o qual discute a religiosidade metafísica contemporânea, e a espiritualidade “sem igreja” (*unchurched*), eclética e psicológica. Segundo o dicionário etimológico da língua portuguesa, “espiritualidade” seria a qualidade do que é espiritual, ou seja, relativo ao espírito, ao incorpóreo e ao místico; e “espírito” é definido como “princípio animador ou vital que dá vida aos organismos físicos; sopro vital, alma.”.

Historicamente, não havia uma distinção específica entre espiritualidade e religião. Segundo Zinnbauer et.al. (1997), essa separação começou a surgir juntamente com o avanço do secularismo, quando houve uma “desilusão popular” em relação às instituições religiosas, que pareciam impedir o sujeito de experimentar um contato pessoal com o sagrado.

Assim sendo, embora a religião e a religiosidade incluíssem tanto uma esfera individual, quanto institucional, popularmente o termo “espiritualidade” emergiu como um fenômeno individual, ligado à transcendência pessoal, sensibilidade e busca de sentido. Ao passo que, gradativamente, religiosidade tornou-se um conceito mais restrito a uma estrutura formal, institucional, à teologia e aos rituais (ZINNBAUER et.al., 1997).

O estudo desenvolvido por Zinnbauer et.al. (1997) é um dos poucos que compararam empiricamente religião e espiritualidade a partir de auto-relatos. Os autores investigaram uma amostra de 346 participantes, divididos em 11 grupos de diversos contextos religiosos (igrejas rurais Presbiterianas e Luteranas, igreja católica conservadora, episcopais não-tradicionais; grupos New Age, profissionais da saúde mental, estudantes etc).

No estudo, os participantes foram perguntados sobre como eles definiam os termos religiosidade e espiritualidade; em que grau eles definiriam a si mesmos como “religiosos” ou “espirituais”; quais suas crenças em relação a Deus; qual sua visão sobre a relação conceitual entre religiosidade e espiritualidade e quais conotações positivas e negativas eles atribuiriam a cada um dos termos (ZINNBAUER et.al., 1997). Em seguida, os autores observaram o quanto os resultados estavam associados a variáveis demográficas, de religiosidade e espiritualidade e psicossociais.

Os resultados do estudo mostraram que os termos religiosidade e espiritualidade parecem constituir, em parte, diferentes conceitos. Como esperado, “espiritualidade” foi descrita com mais frequência em termos pessoais ou experienciais, como acreditar ou ter um relacionamento com Deus ou com um “Poder maior”. Por outro lado, as definições de “religiosidade” incluíram tanto as crenças pessoais (Deus, Poder maior)

como também as crenças e práticas ligadas à organização ou à instituição, como ser membro de igreja ou estar comprometido com um sistema de crenças ligado a uma religião organizada (ZINNBAUER et.al., 1997).

No entanto, o estudo também observou que, embora religiosidade e espiritualidade pareçam descrever conceitos diferentes, eles não são completamente independentes. Houve uma correlação modesta, mas significativa entre religiosidade e espiritualidade, sendo que 74% dos participantes se consideraram ao mesmo tempo religiosos e espirituais (ZINNBAUER et.al., 1997). Apenas 19% dos participantes descreveram a si mesmos como “espirituais, mas não religiosos”. Entretanto, esse grupo de indivíduos se diferenciou dos demais de muitas maneiras, tais como:

- Apresentar menor tendência a avaliar a religiosidade de forma positiva;
- Menor chance de se comprometer com formas tradicionais de “adoração” ou devoção ou de apresentar crenças tradicionais e ortodoxas;
- Mais propensão a se engajar em experiências grupais de desenvolvimento espiritual;
- Ser mais agnósticos;
- Maior tendência a ver religiosidade e espiritualidade como conceitos separados;
- Maior chance de apresentar crenças não-tradicionais e “New Age”;
- Mais propensão a ter experiências místicas.

Apesar do estudo não ter sido replicado no Brasil, o que pode apresentar um viés cultural na compreensão dos termos, esses dados são importantes para entender as características de um movimento que surge como uma forma de relacionar-se com o sagrado e o transcendente sem estar necessariamente atrelado a uma organização religiosa. Porém, a pesquisa de Zinnbauer et.al. (1997) traz à tona o ponto central da

dificuldade de conceituar religiosidade e espiritualidade: a correlação entre os conceitos ou o fato de que, muitas vezes, estão presentes ao mesmo tempo nas crenças e nos comportamentos das pessoas.

#### **2.1.2.1. O conceito de espiritualidade na saúde**

Harold Koenig (2008) afirma que o termo “espiritualidade” tem sido cada vez mais utilizado em estudos que examinam suas correlações com saúde mental e física. Por esse motivo, a necessidade de especificar o termo e diferenciá-lo de “saúde mental” ou de “bem-estar” é premente. Nesse sentido, Hufford (2012), ao analisar o campo da espiritualidade, religiosidade e saúde, aponta para a enorme dificuldade em definir e distinguir “religião” de “espiritualidade”. No entanto, sendo esses os termos centrais dessa área de pesquisa, quanto mais eles são utilizados de forma inapropriada e inconsistente, maiores se tornam os problemas de validade e coerência apresentados nos estudos (HUFFORD, 2012). Segundo o autor, tais dificuldades são comuns quando um campo da ciência se apropria de termos que são parte da linguagem popular.

Assim sendo, a indefinição ou as múltiplas definições de espiritualidade, acabam comprometendo a construção de instrumentos e escalas confiáveis para mensurar e apontar correlações com saúde. Koenig (2008) demonstra o quanto algumas versões altamente inclusivistas de “espiritualidade” acabam englobando religiosidade, espiritualidade, saúde mental (ou seja, bem-estar, paz interior, sentido de vida) e até mesmo secularismo e agnosticismo. Em tais modelos, todos são “espirituais”, logo, não resta ninguém com quem comparar, tornando impossível qualquer pesquisa ou estudo das relações entre espiritualidade e saúde.

A exemplo disso, Koenig (2008) apresenta o número crescente de escalas desenvolvidas para avaliar espiritualidade na saúde, mas que incluem indicadores

psicológicos positivos, como contentamento, capacidade de perdoar, conexão entre as pessoas etc. No entanto, como se sabe, pessoas com pouca saúde mental costumam experimentar essas sensações de bem-estar, bem menos do que pessoas com saúde mental. Logo, definir espiritualidade dessa forma acaba assegurando que indivíduos “espirituais” serão mentalmente saudáveis, excluindo pessoas com menos saúde mental dessa categoria (KOENIG, 2008). Além disso, os estudos acabam relacionando saúde mental *com* saúde mental (ou seja, com ela mesma, e não com espiritualidade) e os resultados só mostram que pessoas deprimidas, por exemplo, possuem menos bem-estar, sentido de vida ou contentamento (o que é altamente redundante) (KOENIG, 2008).

### **2.1.3. Religião e Espiritualidade na pesquisa em saúde: operacionalizando os conceitos**

Na tentativa de esclarecer os termos e não recair nas dificuldades apresentadas anteriormente serão utilizadas as definições de religiosidade e espiritualidade propostas por Koenig, King e Carson, no “*Handbook of Religions and Health*” (2010):

- Religião - A Religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para: a) facilitar a proximidade com o sagrado ou o transcendente (Deus, Poder Superior ou verdade última); b) alimentar uma compreensão da relação e da responsabilidade de uma pessoa com as outras, vivendo juntas em comunidade.
- Espiritualidade – Espiritualidade é a busca pessoal por respostas para as questões últimas da vida, sobre sentido, sobre a relação com o sagrado e o transcendente. Ela poderá ou não levar ou vir do desenvolvimento de rituais religiosos e da formação de comunidade.

### 2.1.3.1. Tipos de religiosidade e Envolvimento religioso

Segundo Koenig (2012), religiosidade diz respeito ao nível de envolvimento religioso e o reflexo desse envolvimento na vida da pessoa, o quanto isso influencia seu cotidiano, seus hábitos e sua relação com o mundo. Nesse sentido, a perspectiva psicológica do teórico da personalidade, Gordon W. Allport (ALLPORT, 1974), apresenta a religiosidade a partir de dois referenciais de orientação: religiosidade extrínseca e religiosidade intrínseca.

- Religiosidade Extrínseca (RE): é associada a comportamentos religiosos que visam o utilitarismo e os benefícios sociais, de status, segurança e distração que a prática religiosa pode oferecer. Em termos teológicos, como refere Allport e Ross (1967), a pessoa que desenvolve este tipo de religiosidade se volta ao sagrado ou a Deus, mas sem desapegar-se do self.
- Religiosidade Intrínseca (RI): é associada a um sentimento de significado último da vida, onde a pessoa busca harmonizar suas necessidades e interesses às suas crenças, esforçando-se por internalizá-las e segui-las completamente.

De acordo com Allport e Ross (1967): “os extrínsecos usam sua religião enquanto os intrínsecos a vivenciam”. Contudo, o autor ressalta que a maioria das pessoas que professam uma religião acaba ficando entre estes dois pólos de orientação, o que facilita um entendimento mais abrangente do fenômeno religioso como um todo apresentando, em geral, as duas formas de religiosidade em alternância (ALLPORT; ROSS, 1967).

Além dessas, há muitas outras dimensões de envolvimento religioso, sendo três das mais utilizadas em pesquisa em saúde:

- Filiação Religiosa - Denominação religiosa a que o indivíduo refere fazer parte.
- Religiosidade Organizacional (RO) - se refere à frequência aos serviços e encontros religiosos, sendo uma medida social da religião;
- Religiosidade Privada (RP) – é o exercício individual da religiosidade, através da frequência de oração, meditação, leituras religiosas e ritos religiosos através do rádio ou da televisão (KOENIG; KING; CARSON, 2010).

## 2.2. A RELIGIÃO ESPÍRITA E O FENÔMENO DA MEDIUNIDADE

Como a presente pesquisa investigou indivíduos em centros espíritas, torna-se necessário apresentar alguns conceitos fundamentais do espiritismo para facilitar o entendimento do contexto sociocultural onde o estudo foi realizado.

Talvez, com exceção apenas do Budismo e do Jainismo, todas as demais religiões possuem, em sua estrutura de R/E, a crença em um “duplo” que, após a morte, sobreviveria à decomposição do corpo, passando a existir em outra realidade (SANTANA, 2010). No Hinduísmo, é o *atman*; no Islamismo, é *Rūh* e no cristianismo é a “alma” ou “espírito”. Na história do cristianismo, propriamente, a idéia de alma e de seu destino após a morte, tomou diversos caminhos (SANTANA; INCONTRI, 2009). De modo geral, o fenômeno de “contactar a alma de um morto”, tão antigo quanto a própria história da religião foi desencorajado no cristianismo – inclusive em certas passagens bíblicas. A suposta “comunicação com os mortos” poderia ser um sinal diabólico – portanto – deveria ser desencorajada e tomada como pecado (ALMEIDA, 2007).

Contudo, em meados do século XIX, nos EUA e na Europa, diversos fenômenos incomuns, como o deslocamento espontâneo de objetos, audição de sons aleatórios e comunicação com espíritos, tomaram a atenção da mídia e da população em geral. Um dos casos mais populares foi o das Irmãs Fox, acontecido nos EUA (ALVARADO et al, 2007).

Os fenômenos logo se espalharam pelo continente europeu, que já havia se instigado com a suposta paranormalidade de Emmanuel Swedenborg e Franz Mesmer (DOYLE, 2002). A fim de compreender cientificamente os alegados fenômenos

paranormais, cientistas renomados da época, tais como Edmund Gurney, Frederic Myers, Henry Sidgwick e Edmund Dawson Rogers, fundaram, em 1882, a *Society for Psychological Research*. Outros membros ilustres da sociedade foram Alfred Russel Wallace, W. B. Yeats, Charles Richet, C. G. Jung e William James. Foram conduzidos diversos experimentos com alegados médiuns da época, dentre os quais os mais conhecidos foram Kate Fox, Florence Cook e Daniel Dunglas Home. De modo geral, apesar de muitos casos de sucesso, os experimentos foram inconclusivos, sugerindo o aperfeiçoamento da pesquisa (DOYLE, 2002; ALVARADO et al, 2007).

Um dos investigadores da época foi o pedagogo francês Hippolyte Leon Denizard Rivail que, curioso com os fenômenos das chamadas “mesas girantes”, que ocorriam em diversos salões parisienses, se engajou na pesquisa paranormal. Rivail, que posteriormente adotou o pseudônimo de Allan Kardec, buscou desenvolver um método de investigação científica da paranormalidade, assim como procedia a *Society for Psychological Research* (ALMEIDA, 2004). Dos alegados fenômenos paranormais, aquele mais pesquisado por Kardec foi a mediunidade, que envolvia a suposta sensibilidade de um indivíduo frente ao contato de um “espírito”. A pesquisa de Kardec, sempre conduzida pelo rigor científico, gerou um conjunto de conhecimentos e práticas que ele denominou, posteriormente, de Espiritismo (MOREIRA-ALMEIDA, 2008a).

Kardec (1861/1963) definiu o médium como “todo aquele que sente num grau qualquer, a influência dos espíritos”, embora mais adiante apresente uma definição mais restrita, de que “só se qualificam assim aqueles em quem a faculdade mediúnica se mostra bem caracterizada e se traduz por efeitos patentes, de certa intensidade” (KARDEC, 1993, p.195). Segundo ele, a mediunidade pode se apresentar em dois grandes grupos: a mediunidade de efeitos físicos e a mediunidade de efeitos intelectuais.

A mediunidade de efeitos físicos gera manifestações observáveis no ambiente, tais como ruídos e movimentos de objetos. Essas manifestações podem ocorrer de modo involuntário ou voluntário. A mediunidade de cura, através da qual o médium pode exercer uma influência curadora sobre as pessoas, também se coloca nessa categoria. De acordo com Kardec (1993), a mediunidade de efeitos intelectuais utiliza os recursos mentais do médium, e se apresenta de formas mais variadas. Assim haveria os médiuns sensíveis, que percebem a aproximação e a natureza de um espírito, os ouvintes que os escutam, os videntes que os vêem, os escreventes que escrevem mensagens ditadas por eles, chamados de psicógrafos, e os falantes, que veiculam a fala, chamados de psicofônicos.

Kardec (1993) já tinha discutido a questão de se a mediunidade seria indício de um estado patológico, tendo concluído que seria antes a expressão de um estado anômalo da consciência, mas não patológico. Acrescentou, portanto, que a mediunidade não produziria a loucura, a não ser que ela já exista “em gérmen”, tendo por isso recomendado que fossem afastados do exercício da mediunidade todos que “apresentem sintomas, ainda que mínimos, de excentricidade nas 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, p. 258).

### **2.2.1. Atendimento Fraternal**

Muitos Centros Espíritas mantêm um programa de orientação espiritual gratuito chamado de “atendimento fraterno”, feito por membros experientes dos Centros e voltados para qualquer pessoa que busque esclarecimento e orientação para seus problemas pessoais e espirituais. Assim sendo, indivíduos apresentando vivências

psicóticas e dissociativas frequentemente vão aos Centros Espíritas em busca de esclarecimento e orientação sobre como lidar com essas vivências. Algumas vezes, essas pessoas são consideradas pelos atendentes como indivíduos apresentando mediunidade. Entretanto, pode não estar claro, nessas situações, o quanto esses indivíduos estão efetivamente apresentando experiências R/E não patológicas e/ou apresentando transtornos mentais, cuja sintomatologia em muito se assemelha ao que denominam como “afloramento mediúnico”.

Por fim, é importante ressaltar que o presente estudo não pretende entrar na questão da realidade ontológica da experiência mediúnica, embora esse seja outro tema relevante para o desenvolvimento de pesquisas científicas (MOREIRA-ALMEIDA, 2012).

### 2.3. - EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS – DEFINIÇÕES E PESQUISA

A palavra, em português, “anômalo” e em inglês, “anomalous” é derivada do grego *anomalos*, cujo significado é “irregular, ímpar ou desigual”. Segundo Cardeña, Lynn e Krippner (2000), uma Experiência Anômala (EA) é irregular porque difere de experiências comuns, e é ímpar porque não pode ser igualada a experiências corriqueiras e ordinárias. Além disso, é desigual por não chamar a mesma atenção do meio acadêmico, se comparadas às experiências regulares. A mediunidade, fenômeno central do Espiritismo, pode ser caracterizada como um tipo de EA (CARDEÑA; LYNN; KRIPPNER, 2000).

Além disso, o termo “anômalo”, não possui, necessariamente, implicações psicopatológicas, o que não ocorre com o termo “anormal”, o qual geralmente está ligado a patologia. Outros exemplos de EAs são as alucinações, experiências interpretadas como telepatia, experiências de quase-morte, de saída do corpo, entre outras, que são vivenciadas por uma ampla parcela da população e são, geralmente, aceitas como explicações da realidade (CARDEÑA; LYNN; KRIPPNER, 2000).

Almeida e Lotufo Neto (2003), afirmam que, apesar das EAs, bem como os chamados Estados Alterados de Consciência (EAC) (TART, 1972), serem descritos em todas as civilizações, eles recebem pouca atenção da comunidade acadêmica ou são abordados de forma pouco rigorosa. Para os autores, é possível investigar tais experiências sem que se compartilhe das crenças que as envolve, e desde que apresente alguns cuidados metodológicos, tais como (ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2003):

- Buscar embasamento em uma teoria norteadora;
- Revisar exaustivamente a literatura existente;
- Evitar “patologizar” o diferente de “anômalo (humildade intelectual);

- Utilizar diversos critérios de normalidade e patologia;
- Investigar populações clínicas e não clínicas;
- Desenvolver instrumentos adequados para avaliar as crenças e as experiências;
- Considerar o papel da cultura;
- Desenvolver estudos longitudinais (suporte para as inferências causais entre risco e doença);
- Levar em consideração a complexidade das relações entre EA e psicopatologia (investigação das diferentes possibilidades:
  - EA igual à psicopatologia;
  - EA contribui para a psicopatologia;
  - Psicopatologia contribui para EA;
  - Particularidades da pessoa que contribuem tanto para EA, quanto pra psicopatologia).

Levar todos esses aspectos em consideração é fundamental, já que essa pesquisa investiga exatamente indivíduos que relatam EAs no contexto religioso do Espiritismo. Tendo esclarecido este ponto, podemos caminhar na direção de como o desenvolvimento da personalidade pode atuar como um moderador dos índices de saúde mental nesses indivíduos.

## 2.4. PERSONALIDADE

### 2.4.1. Definições e histórico

Não há consenso quanto à definição da palavra "personalidade". Se aceita, de modo geral, que sua origem recua ao latim *persona*, que significa “máscara”. Entre gregos e romanos, a máscara não era usada como um disfarce, mas sim uma convenção utilizada para representar ou caracterizar um personagem (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000).

Gordon Allport (1897-1967), um dos mais proeminentes estudiosos da área, reuniu mais de 50 definições diferentes para o termo “personalidade”. Para ele, cada indivíduo transmite uma “impressão”, uma “marca” que o caracteriza diante do meio social em que está inserido e, ao mesmo tempo, possui qualidades relacionadas à sua estrutura biológica, como a hereditariedade de algumas destas características pessoais (ALLPORT, 1974). Assim sendo, Allport compreende a personalidade humana como a inter-relação das características biossociais e das características biofísicas de um indivíduo. Em outras palavras, a personalidade pode ser definida enquanto o somatório dos traços de “Caráter” (biossociais, adquiridos ao longo da vida) e dos aspectos hereditários, que constituem o “Temperamento” (biofísico) (ALLPORT, 1974).

Como já apontado no capítulo anterior através dos estudos de Koenig (2012), Gordon Allport foi um dos pioneiros no estudo científico da R/E, bem como da relação destes elementos com os fatores de personalidade, contribuindo com diversas análises e enriquecimentos teóricos, onde se destacam os construtos de RE (Religiosidade Extrínseca) e RI (Religiosidade Intrínseca) (ALLPORT, 1974). Apesar disso, Allport

não se interessou pelos fenômenos paranormais, como foram os casos de William James, Freud e Jung.

Depois de Allport (1974), o conceito de personalidade em Psicologia continuou evoluindo através de diversas frentes, apesar do mesmo não ter ocorrido, frequentemente, com a apreciação dos elementos de R/E no desenvolvimento da personalidade (ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

Na área das teorias psicodinâmicas, por exemplo, os trabalhos de Adler, Fromm e Jung representaram avanços. Jung, além de um grande curioso pelo fenômeno da Paranormalidade e das EAs (JUNG, 1902), foi um dos primeiros teóricos a desenvolver uma tipologia moderna da personalidade através da análise dos traços de extroversão e introversão. Através de sua teoria foi desenvolvido o indicador de Tipo Myers-Briggs, um dos primeiros modelos de inspiração fatorial em psicologia (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000). Infelizmente, apesar de predileção de Jung por questões relativas a R/E, e da importância que este atribuía a estas questões no desenvolvimento da personalidade, a pesquisa experimental pouco avançou (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000).

Como sugere Wulff (1996), a complexidade teórica, a enorme abstração e a pouca operacionalização experimental do modelo Junguiano, impediu grandes avanços para a pesquisa da R/E e sua correlação com o desenvolvimento da personalidade. A teoria de Jung se desenvolveu como um campo paralelo à tradição mais restrita da psicologia científica, permanecendo um tanto quanto obscura e inoperante ao método científico. Mesmo assim, autores contemporâneos citam Jung e suas pesquisas como alguém que ofereceu novo vigor e dignidade ao campo de investigação do fenômeno religioso (WULFF, 1996).

Não apenas as teorias psicodinâmicas falharam em produzir pesquisa experimental sobre R/E, mas também a maior parte das teorias condutivistas e de aprendizagem social, que, em geral, se esquivaram da problemática da R/E (FADIMAN; FRAGER, 1986; (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000).

Seria somente através da Escola Humanista em Psicologia que as questões relativas a R/E receberiam grande atenção e popularidade, especialmente no modelo teórico de Abraham Maslow (FADIMAN; FRAGER, 1986). Para Maslow, o indivíduo se desenvolvia através de uma “hierarquia de necessidades”, sendo a R/E um elemento presente no topo dessa hierarquia. Maslow chamou as necessidades R/E de tendências à “Auto-atualização”. Além disso, seus estudos sobre “experiências de pico” foram uma das primeiras tentativas de conceituar, em termos ocidentais, supostas EAs de estados místicos de transe e possessão (FADIMAN; FRAGER, 1986). Novamente, houve grande avanço conceitual, que permitiu uma maior integração teórica das dimensões da personalidade com os elementos da R/E. Infelizmente, o problema da escassez de pesquisa experimental continuou entre a escola humanista, além de uma acusação por parte do *mainstream* acadêmico da utilização de um “tipo ingênuo de fenomenologia” pelos teóricos deste campo (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000).

Outra importante frente de avanços nos estudos sobre personalidade foram as pesquisas rigorosas de Raymond B. Cattell e, especialmente, Hans Eysenck e seu modelo dos Três Fatores – PEN (Psychoticism, Extroversion and Neuroticism). Através destas, a pesquisa sobre personalidade começou a se estabelecer sobre bases experimentais mais seguras, podendo seguir adiante na formação de modelos subsequentes, como o Modelo dos Cinco Fatores (*Big Five*) e o Modelo Psicobiológico de Cloninger, Skravic e Przybeck (1993). Entretanto, mesmo com os avanços na definição e nas pesquisas teórica e experimental, as dimensões de R/E não foram

diretamente contempladas por estes modelos, com exceção do Modelo Psicobiológico, que será retomado mais adiante (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000; ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

#### **2.4.2. A abordagem integral em Psicologia e a “falácia pré-trans”**

A chamada “Abordagem Integral” é bastante recente no campo da Psicologia, e reflete uma tentativa de sistematização da área após os esforços da escola humanista de Maslow (WALSH; VAUGHAN, 1997). A Abordagem Integral pode ser considerada herdeira do desdobramento histórico mais recente da escola humanista, a Psicologia Transpessoal. Pesquisadores da chamada Psicologia Transpessoal foram os pioneiros deste campo, e podemos destacar os trabalhos de Krippner, Grof, Tart, Sutich e Walsh (SALDANHA, 2008).

O estudo de EAs foi um tema central da carreira destes estudiosos, ainda que o conceito de Experiência Anômala não existesse nessa época. Contudo, diversas pesquisas sobre mediunidade, experiências de quase-morte, fora do corpo, abdução alienígena, êxtase místico, estados meditativos, eficácia de prece, etc, foram a tônica da Psicologia Transpessoal (DOORE, 1990; WALSH; VAUGHAN, 1997). Um exemplo de avanço decorrente das pesquisas em Psicologia Transpessoal foram os estudos, citado na introdução dessa tese, de Grof e Grof (1989) sobre “emergências espirituais”.

Outro estudioso importante é Ken Wilber, que procurou desenvolver a Abordagem Integral a partir da Transpessoal. A publicação de “O espectro da consciência” (1990) pode ser considerado um marco de fundação dessa nova abordagem teórica (WILBER, 1999c), que considera a dimensão espiritual como um elemento importante na formação e desenvolvimento da personalidade.

Com foco nas contribuições de diversas tradições religiosas, incluindo as tradições orientais, cada vez mais integradas ao mainstream acadêmico tradicional, a Abordagem Integral promove um embate provocador e inédito entre Psicologia, a Religiosidade/Espiritualidade, as tradições místicas e a filosofia (WILBER, 1990; WALSH & VAUGHAN, 1997).

O ponto de partida desse encontro estaria em uma leitura fenomenológica, não reducionista, dos fatores religiosos, capaz de evitar uma análise apressada de um fenômeno tão complexo como a R/E e, conseqüentemente, não cair nas armadilhas contemporâneas do fisicalismo materialista – uma metafísica em voga – e /ou da mera historicidade (WILBER, 1999c).

O que observamos na Abordagem integral é um exaustivo e cuidadoso mapeamento de diferentes formas de R/E, do ocidente e do oriente. A partir dessa sistematização, há um esforço de integração dessas manifestações religiosas com diferentes abordagens psicológicas, desde William James até Abraham Maslow. Assim procedendo, a Psicologia Integral pretende promover, de maneira original, um diálogo entre R/E e as ciências médicas e cognitivas, esperando rever e atualizar os limites estabelecidos entre patologia e saúde (WILBER, 1999c).

No livro, *Transformações da Consciência* (1999b) – infelizmente subvalorizado pelo *mainstream* acadêmico – Ken Wilber e os psiquiatras de Harvard, Jack Engler e Daniel P. Brown, descrevem uma longa lista de possíveis patologias mentais para diferentes níveis de estrutura e organização da personalidade. Esses níveis correspondem desde processos psicológicos básicos, como o desenvolvimento do *self* (ego) até estágios incomuns de consciência, usualmente percebidos em determinadas experiências religiosas de “pico”, como denominou Abraham Maslow (WILBER,

1999a; 1999b). Ao invés de ignorar a dimensão mística da experiência religiosa, os autores tomam como direções fenomenologicamente válidas as colocações advindas de místicos ocidentais e orientais, tais como São João da Cruz, Eckhart, Sri Aurobindo e Nagarjuna (WILBER, 1999b). Assim procedendo, retomam o caminho aberto séculos antes por William James, em “As variedades da Experiência Religiosa” (JAMES, 1991).

Conceitos recentes – porém ainda pouco conhecidos – desenvolvidos pela Abordagem Integral, como a idéia de “falácia pré-trans” e “ciência ampla”, tratam da dificuldade em legitimar o grau de fidedignidade de uma experiência religiosa, e podem ser ferramentas úteis para futuras pesquisas que buscam definir e compreender as funções da R/E na formação e desenvolvimento da Personalidade saudável e patológica (WILBER, 1999a; 1999b; 1999c).

#### **2.4.2.1. Falácia Pré-Trans**

(...) o desenvolvimento vai do pré-pessoal ao pessoal e ao transpessoal; tanto o pré-pessoal quanto o transpessoal são, cada qual a seu modo, não-pessoais. Por isso o pré-pessoal e o transpessoal tendem a parecer semelhantes um ao outro e até idênticos, ao olho não educado. Em outras palavras, as pessoas tendem a confundir as dimensões pré-pessoal e transpessoal – e aí está a raiz da falácia pré-trans. WILBER (1993)

Segundo o autor, a personalidade se desenvolve através de estruturas e de níveis, que vão das camadas pré-egóicas em direção à formação do eu. Contudo, ao incluir a dimensão religiosa, Wilber (1999b) investiga as possibilidades de estruturas de personalidade trans-egóicas. Wilber (1999a) chama a atenção para o conceito de “Falácia Pré-trans”, ou seja, a classificação incorreta, que geralmente acontece onde os níveis e as estruturas de desenvolvimento pré-egóicos são confundidos com os trans-egóicos.

Isto ocorre quando uma experiência psicotizante, de caráter pré-egóico, não estruturado, é erroneamente classificada como uma “experiência mística” ou “espiritual”, de caráter possivelmente trans-egóico, justamente pela semelhança das vivências descritas em cada uma delas (WILBER, 1999b). Também pode acontecer o contrário, ou seja, uma experiência realmente transegóica, de cunho saudável, ser erroneamente diagnosticada como um transtorno psicotizante, pré-egóico (WILBER, 1999a; 1999b).

Em ambos os casos podemos estar diante de EAs, ainda que Wilber não utilize esta terminologia. No caso, porém, de uma experiência mística ou de “pico”, na teoria de Wilber, teríamos uma direcionada ao adoecimento (pré-egóica) e a outra não (trans-egóica). O modelo desenvolvido por Wilber e por seus colegas de Harvard em “Transformações da Consciência” (1999b) pretende revelar um “mapa” que orienta, fenomenologicamente, cada uma dessas direções. O modelo permanece atual, porém pouco explorado.

Talvez, devido à sua grandiosa eloquência metafísica e falta de pesquisa experimental, a “Abordagem Integral” ainda não esteja devidamente integrada ao meio acadêmico tradicional. Permanece, portanto, como uma engenhosidade filosófica e teórica que pode auxiliar na reflexão sobre as relações entre personalidade e espiritualidade. Não obstante, autores renomados, como Cloninger, vêm utilizando referenciais da Abordagem Integral em alguns de seus estudos (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993).

### **2.4.3. O Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter**

Em seu livro: “Feeling Good: the science of well-being” (2004), o Dr. Robert Cloninger apresenta os fundamentos para a construção do Modelo Psicobiológico de

Temperamento e Caráter, que consolidaram o Inventário de Temperamento e Caráter (ITC). Cloninger é um psiquiatra e geneticista norte-americano, e mantém a cátedra *Wallace Renard* em psiquiatria, da Universidade de Washington (*Washington University of St. Louis/EUA*); é também doutor honorário em psicologia, pela Universidade de Gothenburg (Suíça) e Diretor do Centro para o Bem-estar (*Center for Well-Being*) sobre Psicobiologia e Personalidade (Universidade de Gothenburg, 2012; Universidade de Washington, 2012). A notoriedade do autor se deve às suas pesquisas pioneiras sobre as bases biológicas, psicológicas, sociais e espirituais da personalidade (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993)

#### **2.4.3.1. Temperamento**

Cloninger começou estudando as diferenças na personalidade humana em termos de *Temperamento* (CLONINGER, 2004; 1994; CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993). Segundo ele, o temperamento pode ser entendido como um conjunto de hábitos e habilidades que vêm à tona provocados pela simples percepção de estímulos através dos sentidos físicos (CLONINGER, 1994). Sendo assim, as bases neurogenéticas que fundamentam a personalidade são descritas como dimensões múltiplas de temperamento. O autor define Temperamento enquanto respostas associativas automáticas em relação a simples estímulos emocionais, as quais determinam diferenças de hábitos e de respostas emocionais, tais como medo, raiva e aversão (CLONINGER, 2004).

Inicialmente, suas pesquisas empíricas mostraram três dimensões quantitativas de temperamento. Tais pesquisas foram baseadas em estudos sobre a estrutura genética da personalidade, estudos neurobiológicos em animais e humanos, análises filogenéticas e condicionamento comportamental (CLONINGER, 1987). Assim sendo, o

temperamento seria composto por três aspectos, envolvendo respostas pré-conceituais, de base hereditária, relacionadas ao processamento de informação do sistema de memória perceptual (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993). Diferenças individuais em termos de resposta à novidade, ao perigo ou à punição e à recompensa, foram denominadas, respectivamente de: Busca por Novidade; Evitação de Danos e Dependência de Recompensa. A partir disso, foi desenvolvido o Questionário Tridimensional de Personalidade (QTP).

Após a construção do QTP, as análises fatoriais confirmaram que as três dimensões não possuíam correlações umas com as outras e apresentavam alta consistência interna. A única exceção encontrada foi “Persistência”, uma sub-escala de Dependência de Recompensa que emergiu como independente das demais (CLONINGER, 2004). Dessa forma, o temperamento passou a incluir Persistência, como sua quarta dimensão.

Além disso, como todo sistema complexo é geralmente hierárquico e pode ser decomposto em sequências de sistemas estáveis, os estudos etológicos sugeriram determinada filogenia do temperamento. Assim, em seu início estaria o **sistema de inibição comportamental (Evitação de Danos)**, presente em todos os animais. Em seguida, somaria-se a esse o **sistema de ativação comportamental (Busca por Novidade)**, encontrado apenas em animais mais avançados. Finalmente, viriam **sub-sistemas de manutenção comportamental (Dependência de Recompensa e Persistência)**, presentes em répteis e demais filós (CLONINGER, 1994). Assim sendo, as quatro dimensões do temperamento e seus sistemas e sub-sistemas são:

- Busca por Novidade (BN) – Sistema comportamental de ativação: Busca por Novidade seria a tendência hereditária de ativar ou iniciar atividades exploratórias em resposta ao novo; à tomada de decisões de forma impulsiva;

extravagância ao entrar em contato com estímulos de recompensa; rápida perda de paciência e grande evitação de frustração (Cloninger, 1993; 1994 e 2004).

- Evitação de Danos (ED) – Sistema comportamental de inibição: Esquiva de Danos é a tendência hereditária de inibir ou de cessar comportamentos perante sinais de estímulos aversivos, no intuito de evitar punição. Está relacionada à preocupação antecipatória pessimista, comportamentos de esquiva passiva, tais como medo da incerteza; timidez na presença de pessoas estranhas; e rápida fatigabilidade (Cloninger, 1993; 1994 e 2004).
- Dependência de Recompensa (DR) – Sistema comportamental de dependência: A Dependência de Recompensa é vista como a tendência hereditária em manter comportamentos em curso e é manifestada como sentimentalidade; apego social e dependência da aprovação dos outros (Cloninger, 1993; 1994).
- Persistência (PE) – Sistema comportamental de persistência: A Persistência está ligada à tendência hereditária a perseverar a despeito da frustração e da fadiga, o que não apresentava correlação com as características da DR (Cloninger, 1993). Indivíduos persistentes são impacientes, determinados e possuem inteligência acima da média (CLONINGER, 1994).

Estudos sobre as dimensões do temperamento têm mostrado que todas, exceto Persistência, refletem atividades reguladoras cerebrais, que funcionam através de diferentes sistemas de neurotransmissores, como a dopamina, a serotonina e a noradrenalina (CLONINGER et.al., 1994; GILLESPIE et.al., 2003; GUILLEM et.al, 2002). Um estudo realizado com 2.680 gêmeos mostrou importantes contribuições genéticas em relação à variação nos escores de BN, ED e DR, representando entre 54% e 61% da variação estável desses traços (HEATH; CLONINGER; MARTIN, 1994).

### 2.4.3.2. Caráter

Segundo Cloninger (2004), esse primeiro modelo apresentava uma abordagem inovadora por apresentar uma descrição de alguns poucos traços quantificáveis de personalidade. Para ele, as dimensões do temperamento eram capazes de oferecer explicações para os transtornos de personalidade, esclarecendo a confusão e a sobreposição que ocorriam quando esses eram diagnosticados como categorias discretas de doença (CLONINGER, 2004; 1987).

Contudo, em seu livro Cloninger relata que, apesar de seu modelo de temperamento ser muito bom, ele ficou “chocado” porque não conseguia distinguir pessoas saudáveis de seus pacientes com transtornos mentais, apenas por suas características de temperamento (CLONINGER, 2004). De fato, o autor e seus colaboradores viram que as dimensões de temperamento eram estáveis ao longo do desenvolvimento humano, apresentando apenas pequenas mudanças com o avanço da idade, com psicoterapia ou farmacoterapia (CLONINGER, 2004). No entanto, foi observado que a configuração do temperamento podia variar quando era associada a medidas de imaturidade (CLONINGER, 2004).

Assim sendo, Cloninger (2004) assume que características tais como maturidade, flexibilidade e intuição não eram contemplados em seu modelo de personalidade. Além disso, sem medidas que indicariam níveis de maturidade, não era possível saber quando um indivíduo apresentaria um transtorno de personalidade (CLONINGER, 2004). Desse modo, Cloninger relata que começou a examinar quais seriam os aspectos da personalidade que estariam faltando em seu modelo. Então, comparou a dinâmica do temperamento com sistemas que descreviam o caráter humano, como a psiquiatria psicodinâmica e a psicologia humanista e transpessoal. Depois disso, concluiu que o

Caráter seria o reflexo de objetivos e valores pessoais, surgindo através das relações entre sujeito e objeto (CLONINGER, 2004).

De tal forma, a dicotomia “sujeito-objeto” poderia apontar para três possibilidades de relações: o conceito que a pessoa tem de si mesma (*self*); o conceito que uma pessoa tem a respeito de seu relacionamento com os outros; e o conceito que uma pessoa possui sobre sua participação no mundo, como um todo (CLONINGER, 2004). Em outras palavras, o caráter seria consequência de três aspectos do desenvolvimento de auto-conceito: 1) o quanto uma pessoa é capaz de se ver como um indivíduo autônomo; 2) como uma parte integral da humanidade ou da sociedade; 3) como uma parte integral do Universo, como um todo (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993). Assim sendo, cada aspecto de auto-conceito, corresponde a uma das três dimensões de Caráter: 1) Autodirecionamento; 2) Cooperatividade; 3) Auto-transcendência (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993).

- Auto-direcionamento: quando um indivíduo é capaz de controlar, regular e adaptar o comportamento para se ajustar a determinada situação, de acordo com objetivos e valores que ele mesmo tenha escolhido. Em seu aspecto positivo, maturidade está ligada à auto-estima, a ser capaz de admitir erros e aceitar a si mesmo da forma que se é. Além disso, pessoas Auto-direcionadas sentem que suas vidas possuem um sentido e um propósito; conseguem adiar gratificações a fim de atingir suas metas e buscam superar desafios (Cloninger, 1993). Baixo Auto-direcionamento é a característica comum entre os transtornos de personalidade, os transtornos psicóticos e de humor (Cloninger, 1993; CLONINGER; SVRAKIC; SVRAKIC, 1997; GONZALEZ-TORRES et.al., 2009; GUTIÉRREZ-ZOTES et.al., 2005).

- Cooperatividade: diz respeito à capacidade de identificar-se e de aceitar as outras pessoas; sociabilidade que é oposta ao egocentrismo e à hostilidade. Pessoas cooperativas são descritas como tolerantes, empáticas, solícitas e compassivas (Cloninger, 1993).
- Autotranscendência: essa dimensão de caráter descreve algumas características relatadas por místicos e pessoas “auto-realizadas”, fundamentada na Psicologia Humanista, Transpessoal e Integral de Ken Wilber (Cloninger; Svraikic; Przybeck, 1993). Para Cloninger (2004) e Cloninger, Svraikic e Przybeck (1993), apesar da importância dessas experiências e de seu impacto na estrutura de personalidade humana, elas têm sido negligenciadas e sistematicamente omitidas de inventários de personalidade, como o Big Five (ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009). Assim, Auto-transcendência se refere à identificação com tudo o que é entendido como essencial e como partes de um todo unificado. O estado de “consciência unitiva”, que leva à aceitação espiritual ou à apreensão de relações que não podem ser explicadas analiticamente ou demonstradas a outras pessoas pela observação objetiva (Cloninger, 1993). Em suma, pessoas Autotranscendentes são capazes de esquecer de si mesmas, identificando-se com o universo como um todo e aceitando a existência de relações que estão além do pensamento analítico e dedutivo (aceitação espiritual) (Cloninger, 1993). Grande parte do livro escrito por Cloninger (2004), se ocupa da explicação, descrição e mensuração da Auto-transcendência, também entendida como “auto-consciência” (*self-aware consciousness*). Para Cloninger (2004), a auto-transcendência estaria ligada à memória episódica, portanto à capacidade de “conhecer a si mesmo”.

Assim definido, o caráter envolveria a aprendizagem baseada em *insight* ou conceitual, memória semântica, que emerge após a aprendizagem pré-conceitual, associada ao temperamento (Cloninger, 1993). Aprendizagem por *insight* diz respeito ao desenvolvimento de novas respostas adaptativas como resultado de uma reorganização da experiência, de forma repentina e conceitual (Cloninger, 1993). O ser humano processa ou converte um estímulo (PERCEPÇÃO), em um símbolo abstrato (CONCEITO), logo, as características de estímulo-resposta irão depender da saliência do estímulo percebido (Cloninger, 1993).

Dessa forma, nossas respostas inconscientes e automáticas que servem para iniciar, manter ou parar alguns comportamentos, são determinadas inicialmente pelos fatores do temperamento. Contudo, isso pode ser modificado e condicionado, como resultado de mudanças na significância e saliência do estímulo, o que é determinado por nosso conceito do que é nossa identidade ou seja, por características de nosso caráter (Cloninger, 1993).

Segundo Cloninger, Svrakic e Przybeck (1993), o desenvolvimento da personalidade é entendido como um processo epigenético interativo. Os fatores hereditários do temperamento motivam a aprendizagem por *insight*, a qual, por sua vez, modifica a significância do estímulo percebido. Na figura 1, é possível observar a mútua influência entre o temperamento e o caráter.

A partir disso, Cloninger, Svrakic e Przybeck (1993), desenvolveram o Inventário de Temperamento e Caráter (ITC), a fim de acessar as 7 dimensões de personalidade. O ITC tem sido administrado em inúmeros estudos, em diversos países e, por integrar a espiritualidade como um constructo ligado à maturidade do caráter, tem apresentado resultados importantes para o avanço da compreensão das relações entre personalidade e espiritualidade (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993; CLONINGER;

SVRAKIC; SVRAKIC 1997; CLONINGER, 2004; CELIKEL et.al., 2009; GUILLEM et.al., 2002; BOEKER et.al, 2006; SANCHO; ARIJA; CANALS, 2008; EVREN et. al, 2007; HORI et. al., 2008, entre outros).

Figura 1. Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter (CLONINGER, 2004).

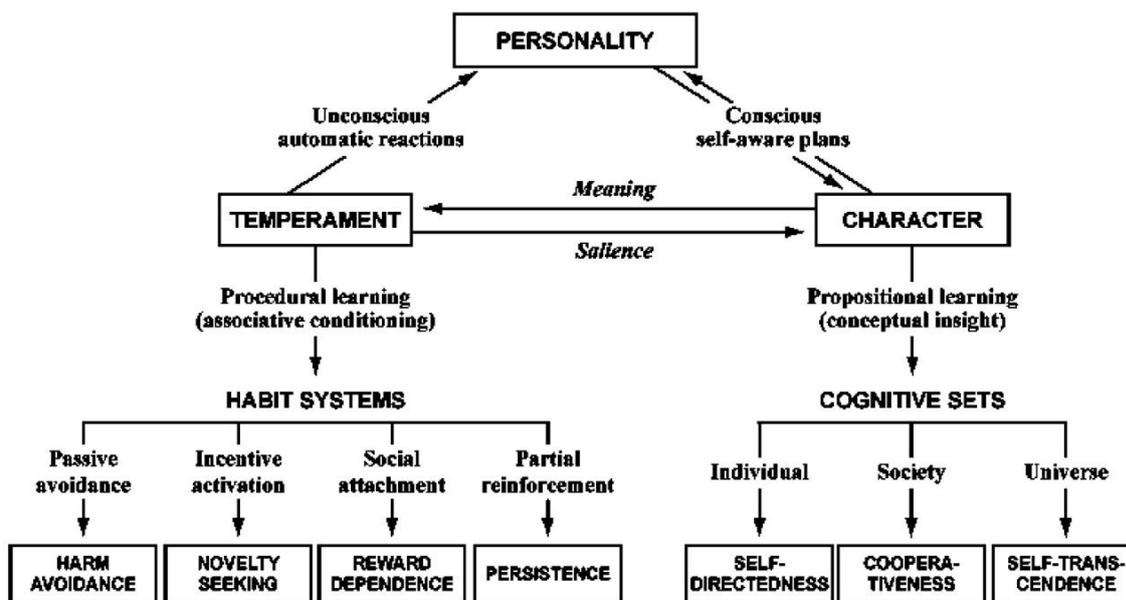


Tabela 1. Características de pessoas com escores altos e baixos nas dimensões do ITC.

DIMENSÕES DE PERSONALIDADE	ESCORE
<b>Busca por Novidade (BN)</b>	<b>Baixo</b> = reservada, rígida, frugal, estóica; <b>Alto</b> = Exploratória, impulsiva, extravagante, irritável;
<b>Esquiva de Danos (ED)</b>	<b>Baixo</b> = Otimista, ousado, extrovertido, enérgico; <b>Alto</b> = pessimista, medroso, tímido, fatigável;
<b>Dependência de Recompensa (DR)</b>	<b>Baixo</b> = crítico, indiferente, desapegado, independente; <b>Alto</b> = sentimental, aberto, terno, simpático;
<b>Persistência (PE)</b>	<b>Baixo</b> = Apático, mimado, sem objetivos, pragmático; <b>Alto</b> = trabalhador, determinado, ambicioso, perfeccionista;
<b>Autodirecionamento (AD)</b>	<b>Baixo</b> = culpa os outros, sem propósito, inapto, vaidoso; <b>Alto</b> = Responsável, intencionalidade, resoluto, perfeccionista;
<b>Cooperatividade (C)</b>	<b>Baixo</b> = preconceituoso, insensível, hostil, vingativo; <b>Alto</b> = sensato, empático, prestativo, compassivo;
<b>Autotranscendência (AT)</b>	<b>Baixo</b> = sem discernimento, empírico, dualista, prático; <b>Alto</b> = Intuitivo, inventivo, transpessoal, espiritual;

\*CLONINGER (2004)

## 2.5. PERSONALIDADE, ESQUIZOTIPIA E EAs

A fim de compreendermos melhor a possível relação entre o desenvolvimento da personalidade e a presença de EAs, devemos nos aprofundar nos estudos sobre Esquizotipia. Muitos fenômenos de EAs, em um primeiro momento, se transpostos para a linguagem psicopatológica usual, podem ser interpretados como vivências esquizotípicas ou indicação de algum tipo de psicose. Neste contexto, a mediunidade, por exemplo, pode ser descrita como um tipo de “experiências sensorial incomum, que inclui aberração perceptual e pensamento mágico”, o que seria, junto com outros elementos, um indicador de esquizotipia.

De acordo com Claridge (2010), desde o final do século 19 e início do século 20, a psiquiatria já identificava formas mais discretas de psicose, que seriam um tipo de “esquizofrenia moderada” ou mesmo uma “personalidade esquizóide” (BLEULER, 1911 *apud* CLARIDGE, 2010). Por fim, o termo “Esquizotipia” passou a ser utilizado, apontando para uma noção de um *continuum* de funcionamento, onde a Esquizofrenia já desenvolvida seria apenas um de seus extremos (CLARIDGE, 2010).

Por outro lado, a psicologia também apresentou contribuições importantes. Na Teoria da Personalidade, Hans J. Eysenck introduziu a noção de traço em personalidade (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000). A personalidade, segundo ele, seria composta de aspectos biológicos, hereditários, e de aspectos causais, resultantes da aprendizagem e do ambiente. Em sua Teoria dos Três Grandes fatores da Personalidade (Neuroticismo, Extroversão e Psicoticismo), “Psicoticismo” é o fator associado a egocentrismo, frieza, agressividade, impessoalidade, impulsividade, falta de empatia, criatividade, obstinação e antissociabilidade (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000).

Uma ampla gama de tipos de psicose, incluindo a bipolaridade, está incluída sob esse conceito (CLARIDGE, 2010). Segundo Claridge (2010), ao fazer isso, Eysenck resgata uma antiga tradição de pensamento segundo a qual existiria apenas uma psicose, com inúmeras variantes (CLARIDGE, 2010; BERRÍOS; MARKOVÁ, 1998).

Assim sendo, o termo “Esquizotipia” implica no conceito de “genótipo esquizofrênico”, indicando uma maior tendência em direção à esquizofrenia (CLARIDGE, 1997; HOLT; SIMMONDS-MOORE; MOORE, 2008). No entanto, há duas maneiras de compreender a Esquizotipia. A primeira é observá-la enquanto um conceito taxonômico, uma categoria que reúne um conjunto específico de sintomas (BEAUCHAINE; LENZENWEGER; WALLER, 2008). De acordo com essa perspectiva, uma pessoa com personalidade esquizotípica seria alguém que carrega a possibilidade latente de desenvolver esquizofrenia. Nesse caso, o indivíduo apresenta uma série de sintomas de vulnerabilidade, tais como: a) retraimento social e superficialidade afetiva; b) experiências sensoriais incomuns, como aberrações perceptuais e pensamento mágico; c) indicadores endofenotípicos de risco, entre outros (CLARIDGE, 2010).

A outra corrente de pensamento a respeito da esquizotipia alega que, além dela ser associada à psicose de forma categorial (por ex., preenchendo critérios para o Transtorno de Personalidade Esquizotípica ou para a Esquizofrenia – segundo o DSM-V), ela também pode ser entendida como um *continuum* de personalidade, onde as pessoas variam (RAWLINGS et.al., 2008). Tal compreensão da psicose resgata e amplia a teoria de Hans Eysenck conhecida como “*Einheitspsychose*” ou “Teoria da Psicose Unitária” (CLARIDGE et. al., 1996; MAISON; CLARIDGE, 2006).

Nessa perspectiva, a esquizotipia não indica, a priori, presença de transtorno mental. Ela seria uma característica que interage com risco para psicose quando a pessoa se depara com eventos estressantes, por exemplo. Mas, também, em outro extremo está relacionada à saúde mental, à criatividade (NETTLE; CLEGG, 2006; HOLT; SIMMONDS-MOORE; MOORE, 2008) a experiências paranormais (EAs) (McCREERY; CLARIDGE, 2002; WILLIAMS; IRWIN, 1991; SCHOEFIELD; CLARIDGE, 2007) e a experiências espirituais e religiosas (CLARIDGE, 2010; DAY; PETERS, 1999; SMITH; RILEY; PETERS, 2009).

A noção de esquizotipia como um modelo contínuo, uma dimensão de personalidade e não como uma categoria indicativa de doença mental, tem recebido suporte em estudos recentes (FISHER et al, 2004; RAWLINS et.al., 2008). Sobretudo, as pesquisas que apontam para associações entre esquizotipia e bem-estar (GOULDING 2004; KENNEDY; KANTHAMANI; PALMER, 1994; KENNEDY; KANTHAMANI, 1995; McCREERY; CLARIDGE, 2002), bem como os estudos mostrando a alta prevalência de alucinações (um tipo de EA) na população geral (ocorrendo “quando não estava sonolento, sonhando ou sob influência de álcool ou drogas”) (NUEVO et al, 2012; BENTALL, 2000).

Atualmente, a Esquizotipia é compreendida como um constructo multi-fatorial, que contém 4 traços centrais: Percepções Aberrantes e Crenças Incomuns; Desorganização Cognitiva, com Ansiedade; Anedonia Introvertida e Comportamento insociável (*Asocial Behaviour*) (McCREERY; CLARIDGE, 2002). O 1º. Fator: *Percepções Aberrantes e Crenças*, parece reunir as formas sub-clínicas de sintomatologia, ou seja, as EAs, como as alucinações e também as crenças incomuns. O 2º. Fator: *Desorganização Cognitiva com Ansiedade*, diz respeito a falhas cognitivas, como problemas na forma e no curso dos pensamentos, juntamente com ansiedade social (McCREERY; CLARIDGE, 2002).

O 3º. *Fator: Anedonia Introversa* está associado às formas de Esquizotipia Negativa. Anedonia ou incapacidade de sentir prazer se reflete na falta de prazer no relacionamento com as pessoas e na ausência de prazer físico. Isso acaba levando à evitação de intimidade física e emocional, à solidão e independência (HOLT; SIMMONDS-MOORE; MOORE, 2008; MASON; CLARIDGE; JACKSON, 1995). O 4º. *Fator: Comportamento associal (Asocial Behaviour)* se relaciona com a Escala de Psicoticismo de Eysenck e se refere às características de inconformismo social, impulsividade, agressividade, e comportamento imprudente (HOLT; SIMMONDS-MOORE; MOORE, 2008; McCREERY; CLARIDGE, 2002).

O Inventário Oxford-Liverpool de Sentimentos e Experiências – O-Life (MASON; CLARIDGE, 2006; CLARIDGE et. al. 1996) é a escala de quatro fatores de esquizotipia, baseada nas análises de 15 inventários sobre propensão à psicose (Claridge et. al. 1996). Sendo assim, os quatro traços centrais da esquizotipia (apresentados acima) são investigados através das seguintes sub-escalas: 1) **Experiências Incomuns**, que inclui crenças mágicas e religiosas; percepções e sensações alteradas; hipersensibilidade a cheiros e sons; *deja vu*; *jamai vu*; alucinações auditivas e pseudo-alucinações (MASON; CLARIDGE; WILLIAMS,1997). 2) **Desorganização Cognitiva**, associada a dificuldades de atenção, concentração, tomada de decisão, falta de propósito e ansiedade social (HOLT; SIMMONDS-MOORE; MOORE, 2008; MASON; CLARIDGE; JACKSON, 1995). 3) **Anedonia Introversa**, solidão esquizóide e ausência de afeto e 4) Não-conformidade Impulsiva, que acessa características de desinibição, impulsividade, violência e imprudência (MASON; CLARIDGE; JACKSON, 1995).

Segundo Mason e Claridge (2006), existem outras escalas que buscam mensurar os fatores associados à propensão à psicose, as quais, muitas vezes, seguem outras

perspectivas teóricas. A exemplo disso, o Questionário da Personalidade Esquizotípica (SPQ) é uma escala desenvolvida por Raine (1991) e Raine et.al. (1994) a fim de investigar a personalidade esquizotípica, baseado nos critérios para Transtorno Esquizotípico de Personalidade do DSM-III-R (RAINE et.al., 1994; TONELLI et.al, 2009). Por estar atrelado à perspectiva categorial das classificações do DSM, o SPQ representa a visão taxonômica e não dimensional da esquizotipia.

Além disso, de acordo com McCreery e Claridge (2002), os três fatores do SPQ: 1. Déficits cognitivo-perceptuais; 2. Déficits interpessoais; 3. Desorganização (TONELLI et.al, 2009), estão relacionados aos três primeiros fatores do O-Life. Segundo os autores, a principal diferença entre o SPQ e o O-Life é a ausência do 4º. Fator: Comportamento Insociável (Asocial Behaviour) ou Não-conformidade Impulsiva. Assim sendo o SPQ não contempla a escala de psicoticismo de Eysenck, a qual apresenta conteúdo distinto sobre agressividade e impulsividade da propensão à psicose (McCREERY; CLARIDGE, 2002). Por outro lado, o SPQ tem sido amplamente utilizado, corroborando a visão de risco para psicose (GREEN; BOYLE; RAINE, 2008).

### **2.5.1. Esquizotipia Positiva e Criatividade**

Os estudos sobre Esquizotipia parecem ter contribuído não apenas para o maior entendimento das psicoses, mas também para a compreensão de que algumas pessoas poderão apresentar EAs e, ainda assim, mostrar indicadores de saúde mental e bem-estar. Tal perspectiva teve início com as análises fatoriais e de *clusters* (análises de agrupamentos) a respeito das dimensões da esquizotipia (GOULDING, 2004; WILLIAMS, 1994; SUHR; SPITZNAGEL, 2001; RAWLINGS et.al., 2008).

Em geral, as análises fatoriais apontavam para três dimensões de sintomas esquizotípicos: sintomas positivos, sintomas negativos e ansiedade social ou desorganização (SUHR; SPITZNAGEL, 2001). No entanto, mais recentemente, as análises de *clusters* começaram a mostrar que nem todos os pacientes poderiam ser simplesmente classificados de acordo com esses três fatores. Na verdade, as análises permitiram a formação de dois agrupamentos de indivíduos: aqueles que pontuavam alto em mais de um fator ou os que, predominantemente, pontuavam alto em um único fator (SUHR; SPITZNAGEL, 2001).

Dessa forma, de acordo com a literatura, atualmente há quatro perfis de esquizotípicos (HOLT; SIMMONDS-MOORE; MOORE, 2008; GOULDING, 2004; SUHR; SPITZNAGEL, 2001; WILLIAMS, 1994; RAWLINGS et.al., 2008):

1. **Esquizotípicos Positivos** - que pontuam alto apenas em Experiências Incomuns;
2. **Baixo Esquizotípicos** - os quais não se pode considerar como pessoas com propensão à psicose, pois pontuam baixo em todas as dimensões de esquizotipia;
3. **Alto Esquizotípicos** - pessoas que pontuam alto em todas as dimensões, mas especialmente em Desorganização Cognitiva e Anedonia Introvertida;
4. **Esquizotípicos Negativos** - aqueles que pontuam alto somente em Anedonia Introvertida.

O primeiro perfil – Esquizotipia Positiva – descreve indivíduos que possuem uma maior tendência a apresentar EAs, sem, contudo, mostrar os aspectos de desorganização cognitiva, de dificuldades para estabelecer relações sociais ou de impulsividade e agressividade. Dessa forma, alguns estudos foram conduzidos com pessoas que apresentavam EAs (experiências paranormais, crenças incomuns, experiências anômalas

e experiências religiosas/espirituais) e o que parece sugestivo nesses estudos é que os indivíduos que pontuavam alto somente em EAs apresentaram indicadores de saúde mental, bem-estar, inteligência e criatividade (GOULDLING, 2004; SCHOEFIELD; CLARIDGE, 2007; McCREERY; CLARIDGE, 2002; WILLIAMS; IRWIN, 1991; KENNEDY; KANTHAMANI, 1995; PARRA, 2008; PARRA; PAUL, 2010; HERGOVICH et.al, 2008; YUNG et.al., 2006; FARIAS; UNDERWOOD; CLARIDGE, 2012).

Por tais motivos, as pessoas que possuem o perfil para Esquizotipia Positiva, também têm sido chamadas de “*Happy Schizotypes*” ou “Esquizotípicos Felizes”, alegando que eles apresentariam uma espécie de “Esquizotipia Benigna” ou “Esquizotipia Saudável” (HOLT; SIMMONDS-MOORE; MOORE, 2008; McCREERY; CLARIDGE, 2002; GOULDING, 2004; FISHER et al, 2004). No entanto, existem alguns estudos que apontam para os malefícios da Esquizotipia Positiva e é necessário examiná-los antes de seguir em frente.

Alguns estudos recentes sugerem que a Esquizotipia Positiva, ou seja, apresentar alterações perceptuais e de pensamento, como alucinações e delírios, tem estado associada a risco para desenvolver Esquizofrenia (SHAH et al, 2012; SACKS; MAMANI; GARCIA, 2012). Um estudo buscou observar um modelo de risco multivariado para a psicose, onde foram avaliados de forma agrupada, os fatores familiares, neurobiológicos, sócio-ambientais, cognitivos e clínicos (SHAH et.al., 2012). Para tanto, 96 parentes de 1º. e 2º. grau de pacientes esquizofrênicos foram acompanhados ao longo de 2 anos, no intuito de observar sua trajetória em direção à psicose. Em seus resultados, o estudo verificou que os sintomas clínicos de Ideação Mágica, Anedonia Social e Aberração Perceptual foram preditores diretos do desenvolvimento, subsequente, de psicose (SHAH et.al., 2012).

Outro estudo avaliou as relações entre esquizotipia e capacidade de *insight*, memória primária (*source memory*), conhecimento e Teoria da Mente, em 420 graduandos (SACKS; MAMANI; GARCIA, 2012). Altos índices de Esquizotipia Positiva estiveram associados à falta de capacidade de *insight* e baixos escores em teoria da mente e memória primária (SACKS; MAMANI; GARCIA, 2012). Tais resultados indicam que os sintomas positivos da esquizotipia podem estar relacionados a prognósticos mal adaptativos e ao desenvolvimento de transtornos psicóticos, como a esquizofrenia (SHAH et.al., 2012; SACKS; MAMANI; GARCIA, 2012).

Contudo, embora se saiba da associação entre sintomas positivos de esquizotipia e transtorno mental, a questão é: há evidências onde a presença de delírio e alucinação não estão diretamente associados à psicose? Sim.

Conforme apresentado anteriormente, existe uma série de pesquisas mostrando que *nem sempre* a Esquizotipia Positiva aparece como indicativo de doenças, mas de saúde e bem-estar (GOULDLING, 2004; SCHOEFIELD; CLARIDGE, 2007; McCREERY; CLARIDGE, 2002; WILLIAMS; IRWIN, 1991; KENNEDY; KANTHAMANI, 1995; HERGOVIT et.al, 2008; YUNG et.al., 2006; FARIAS; UNDERWOOD; CLARIDGE, 2012).

Nesse sentido, a psicologia evolutiva tem levantado algumas questões importantes quando estuda as relações entre o “sucesso de acasalamento” em humanos e a hereditariedade da esquizofrenia (NETTLE; CLEGG, 2006). Alguns autores afirmam existir uma espécie de “quebra-cabeças” em relação à permanência do transtorno ao longo dos anos. Segundo Shaner et.al. (2004), os delírios, as alucinações e os demais sintomas atribuídos à esquizofrenia acabam destruindo as possibilidades de relacionamentos sexuais e o sucesso reprodutivo.

Assim, parece paradoxal que a seleção natural não tenha eliminado a doença há tempo. O fato de que a esquizofrenia continue com uma incidência estável ao longo do tempo, e atravessando diferentes culturas, parece intrigante (SHANER; MILLER; MINTZ, 2004). Por isso há hipóteses de que existiriam efeitos benéficos vindos de fatores associados à esquizofrenia, os quais se manifestariam provavelmente em parentes saudáveis, aumentando a chance de “sucesso de acasalamento” nesses casos (SHANER; MILLER; MINTZ, 2004; NETTLE; CLEGG, 2006).

Para Nettle e Clegg (2006), alguns aspectos da esquizotipia poderiam explicar a continuidade da esquizofrenia e sua hereditariedade através da antiga associação entre psicopatologia e criatividade. Em seu estudo, avaliaram as relações entre os fatores da esquizotipia, a criatividade e o sucesso de acasalamento em uma amostra de 239 sujeitos da população geral e 186 artistas (artes visuais e poesia). Nos resultados, houve associações positivas entre EAs, não-conformidade impulsiva e número de parceiros. Por outro lado, anedonia introvertida associou-se negativamente a número de parceiros. Criatividade mediou as relações entre EAs e sucesso de acasalamento. Já a anedonia reduziu as atividades criativas e também os parceiros sexuais (NETTLE; CLEGG, 2006).

Um segundo estudo sobre o tema comparou perfis de esquizotipia com uma amostra que continha poetas, artistas, matemáticos, população geral e pacientes psiquiátricos (NETTLE, 2006). Entre os resultados, observou-se que o grupo de artistas e poetas apresentou alta pontuação de experiências incomuns, acima da população geral e semelhante a de pacientes psiquiátricos. Contudo, o que os diferenciou do grupo de pacientes foi a ausência de Anedonia Introvertida, ou seja, o grupo de artistas e poetas não apresentava ausência e superficialidade de afeto e nem a perda da volição, características de processos psicopatológicos (NETTLE, 2006).

Desse modo, parece que a presença de sintomas positivos, como alucinações e delírios poderia tomar dois caminhos diferentes: 1- Psicopatologia, quando associados a ausência de afeto, dificuldade para estabelecer relacionamentos e desorganização; 2 - Criatividade, quando somente características de Esquizotipia Positiva forem encontradas (NETTLE E CLEGG, 2005; NETTLE, 2006). Além desses, outros estudos também têm explorado as relações entre Esquizotipia Positiva, criatividade e psicopatologia (FISHER et al., 2004; HOLT; SIMMONDS-MOORE; MOORE, 2008; BATEY; FURNHAM, 2008).

Fisher et al. (2004) reuniram uma série de pesquisas apresentando evidências comportamentais e neurofisiológicas de que Esquizotipia Positiva estaria associada a altos escores em criatividade e aumento de atividades no hemisfério cerebral direito (pensamento criativo, não-verbal). Além de ressaltar o fato de que EAs e crenças mágicas podem associar-se em direção ao aumento da criatividade e da espiritualidade (FISHER et.al., 2004; McCREERY; CLARIDGE, 2002; CLARIDGE, 2010).

### **2.5.2. Esquizotipia Benigna e Experiências Paranormais**

Como já foi observado anteriormente, há vários estudos sobre EAs e Esquizotipia Positiva. Em tais estudos, muitas pessoas que apresentam experiências alucinatórias e crenças mágicas não apresentam indicadores de transtorno mental, mas sim de criatividade e bem-estar (GOULDING, 2004; SCHOEFIELD; CLARIDGE, 2007; MCCREERY; CLARIDGE, 2002; WILLIAMS; IRWIN, 1991; KENNEDY; KANTHAMANI, 1995; HERGOVIT et.al, 2008; YUNG et.al., 2006; FARIAS; UNDERWOOD; CLARIDGE, 2012).

Entre eles, alguns podem ser destacados, como a pesquisa desenvolvida por Holt, Simmonds-Moore e Moore (2008). Segundo os autores, a crença ostensiva em

fenômenos paranormais geralmente é associada à falta de pensamento crítico, sugestibilidade e psicopatologia. No entanto, tem sido observado que a crença em paranormalidade é multidimensional, onde alguns aspectos estão associados à saúde mental e outros à psicopatologia (HOLT; SIMMONDS-MOORE; MOORE, 2008; SCHOEFIELD E CLARIDGE, 2007; McCREERY; CLARIDGE, 2002). Em seu estudo, 183 graduandos e profissionais das áreas da psicologia e sociologia responderam ao O-LIFE (escala que mede Esquizotipia); a uma Escala de Senso de Coerência (para medir bem-estar e saúde mental); a outra escala que mede Crenças em Fenômenos Paranormais; e a quatro medidas de Criatividade e uma escala de inteligência (Weschler) (HOLT; SIMMONDS-MOORE; MOORE, 2008).

Entre os resultados, as análises de *clusters* mostraram 4 perfis que melhor distinguiram a amostra: 1) Esquizotípicos Positivos, que pontuaram alto apenas em Experiências Incomuns; 2) Esquizotípicos Negativos, pontuaram alto apenas em Anedonia Introversa; 3) Baixo Esquizotípicos, cujos escores estiveram abaixo da média em todas as dimensões de esquizotipia e 4) Alto Esquizotípicos, com escores acima da média em todas as dimensões (HOLT; SIMMONDS-MOORE; MOORE, 2008).

Os Esquizotípicos Positivos apresentaram os escores mais altos de bem-estar que todos os outros perfis de esquizotipia, superados apenas pelos Baixos Esquizotípicos, os quais são considerados como não esquizotípicos (HOLT; SIMMONDS-MOORE; MOORE, 2008). Além disso, os esquizotípicos positivos também apresentaram os escores mais altos de criatividade e crenças paranormais. Em comparação, os Esquizotípicos Negativos pontuaram acima da média apenas em inteligência, apresentando baixo bem-estar, baixas crenças paranormais e baixa criatividade. Os Baixo Esquizotípicos tiveram pontuações semelhantes às dos Esquizotípicos Negativos,

diferenciando-se apenas pelo alto bem-estar apresentado. Finalmente, os Alto Esquizotípicos tiveram escores muito baixos de bem-estar, e criatividade em geral (apenas criatividade emocional alta) e altos escores em crenças paranormais (HOLT; SIMMONDS-MOORE; MOORE, 2008).

Para Holt et.al. (2008), tais resultados apresentam evidências para a chamada “Esquizotipia Benigna”, bem como para a idéia de “pessoas felizes, que crêem em paranormalidade”. Nesse sentido, um estudo pioneiro sobre crença em paranormalidade e propensão à psicose, foi desenvolvido por Williams e Irwin (1991). Os autores investigaram se o estilo cognitivo estaria mediando a associação entre crenças paranormais e pensamento mágico.

Para isso, estudaram pacientes com esquizofrenia, pessoas com personalidade esquizotípica, indivíduos que faziam parte de uma sociedade parapsicológica e controles. Seus resultados apontaram o fato de que os sujeitos da sociedade parapsicológica (crentes em paranormalidade), esquizotípicos e esquizofrênicos não diferiram em termos do total de crenças paranormais. Contudo, os crentes em paranormalidade foram capazes de embasar suas crenças em conceitos de causalidade e em termos de responsabilidade pessoal. Enquanto os esquizotípicos e esquizofrênicos não conseguiram apresentar fundamentos para suas crenças, possuindo a tendência a culpar o “acaso”, ao invés de assumir responsabilidade sobre o seu sentido (WILLIAMS; IRWIN, 1991).

Esse estudo foi um dos primeiros a observar que a experiência pessoal de conceitos paranormais não está, necessariamente, associada com propensão à psicose. Além disso, sugere que deve haver diferenças, sobretudo no estilo cognitivo utilizado para explicar e fundamentar tais experiências e crenças, entre pessoas saudáveis e outras que

apresentam transtornos mentais (WILLIAMS; IRWIN, 1991). Dessa forma, na tentativa de poder mensurar as características das experiências e crenças paranormais, sem cair em julgamentos como “estranho” ou “incomum”, três pesquisadores do Reino Unido desenvolveram a Escala de Percepções Anômalas Cardiff (BELL; HALLINGAN; ELLIS, 2006).

Em seu estudo de validação, a Escala Cardiff foi respondida por 336 pessoas da população geral e 20 pacientes internados com diagnósticos de Transtorno Psicótico (BELL; HALLINGAN; ELLIS, 2006). Nos resultados, foi observada uma relação entre a Escala Cardiff e o Inventário Peters de Delírios (PETERS; JOSEPH; GARETY, 1999), sugerindo uma ligação entre a presença de anomalias perceptuais e a ideação delirante não-clínica.

Além disso, 11% da população geral pontuou acima da média dos pacientes internados no escore total da Escala Cardiff. Segundo os autores, esse dado é uma evidência adicional para a compreensão de que as experiências anômalas não são por si mesmas patológicas e que deve existir uma porção importante da população que consegue administrá-las e integrá-las em suas vidas, sem se tornarem, necessariamente, estressadas ou incapazes (BELL; HALLINGAN; ELLIS, 2006).

Nesse sentido, Schofield e Claridge (2007) retomaram os estudos de Williams e Irwin (1991) e de Bell, Hallingan e Ellis (2006), investigando a capacidade de integrar e explicar as experiências e crenças paranormais, ao longo da vida. Em seu estudo, os autores testaram a hipótese de que o perfil de esquizotipia (Positiva, Negativa e Desorganização Cognitiva) poderia prever e diferenciar as avaliações subjetivas de suas experiências paranormais como sendo agradáveis ou estressantes.

No estudo, 62 pessoas da população geral responderam uma entrevista qualitativa, onde foram solicitados a escrever livremente a respeito de suas experiências paranormais. Além disso, também preencheram uma “Avaliação Subjetiva das Experiências Paranormais” (ASEP), que acessou temas como o medo da morte; medo de perder pessoas que ama; grau de medo ou de conforto vindo da experiência paranormal. Também foram questionados o quanto aquelas experiências eram importantes em suas vidas e, por fim, responderam ao O-LIFE (SCHOEFIELD; CLARIDGE, 2007).

Entre as informações sociodemográficas, os participantes foram solicitados a responder sobre sua afiliação religiosa, caso tivessem uma (SCHOEFIELD; CLARIDGE, 2007). Durante as análises, o fato de ter uma religião foi codificado como “ter um sistema de crenças” (*framework*), ao contrário, ser agnóstico, ateu ou não afiliado a nenhuma religião foi codificado como “ausência de um sistema de crenças” (*non-framework*). Entre os resultados, os participantes que tinham um sistema de crenças mostraram menos desorganização cognitiva e relataram mais experiências paranormais agradáveis. Esquizotipia Negativa, e não Positiva, previu os escores de ASEP (mais medo de morrer, de perder pessoas que ama etc..) e também alta Anedonia Introversa esteve associada a experiências paranormais desagradáveis (SCHOEFIELD; CLARIDGE, 2007).

Por fim, na mesma linha da pesquisa de William e Irwin (1991), Schoefield e Claridge (2007), observaram que pessoas com menos desorganização cognitiva podem ser capazes de “amortecer” (*buffer*), amenizar os efeitos potencialmente estressantes das experiências paranormais. Isso poderia ocorrer graças à existência ou à construção de uma rede de sentido, um sistema de crenças onde é possível integrar, organizar e controlar melhor a experiência (SCHOEFIELD; CLARIDGE, 2007).

### 2.5.3. “Esquizotipia Feliz”: Experiências R/E e Psicose

Em seu capítulo, intitulado: “*Spiritual Experience: Healthy Psychoticism?*”, o Dr. G. Claridge (2010) trabalha com um questionamento essencial. O autor afirma que se as experiências e crenças espirituais são fenomenologicamente semelhantes à visão de mundo psicótica, há duas posições a serem tomadas: concluir que a religião é apenas uma forma de loucura e que os religiosos são meramente insanos; ou decidir que as pessoas diagnosticadas como psicóticos são verdadeiramente visionários incompreendidos, rotulados erroneamente e menosprezados por aqueles que não possuem a mesma sensibilidade que eles (CLARIDGE, 2010).

Segundo Claridge (2010), ambas as posturas são extremadas e generalistas e não se pode argumentar que apenas porque a experiência espiritual e a psicose pareçam semelhantes, elas realmente possuam a mesma etiologia. É necessário observar fatores culturais, sociais e biológicos, implicados nessa questão (CLARIDGE, 2010). Nesse sentido, um estudo publicado em 2012 buscou investigar a teoria de que os modernos “espiritualistas” supostamente apresentariam um estilo de “Apego Inseguro” e que sua aderência aos novos movimentos religiosos seria apenas uma forma de “compensação emocional” (FARIAS; UNDERWOOD; CLARIDGE, 2012).

A importância desse estudo está nas implicações diagnósticas implícitas nos modelos pré-concebidos de interpretação das EAs. A exemplo disso, a Sociedade Psicológica Britânica (BPS, 2011), em resposta ao modelo do DSM-V, ressaltou o cuidado que se teve ter na compreensão da presença de “sinais” de psicopatologia enquanto um *continuum* com a experiência “normal”. A Sociedade chama a atenção para a chamada “psicose atenuada”, onde se corre o grande risco de estigmatizar pessoas socialmente consideradas “excêntricas”.

Assim sendo, Farias, Underwood e Claridge (2012), investigaram esquizotipia, estilo de apego, suporte social, ansiedade e depressão, medo da morte e comportamentos religiosos e espirituais, em 114 espiritualistas e 86 religiosos tradicionais. Contrariando a literatura que tentava explicar a aderência a novos movimentos religiosos enquanto uma necessidade de apego, os autores observaram que ambos os grupos apresentaram estilos seguros de apego, sem buscar a religiosidade ou a espiritualidade enquanto um meio de compensação emocional (FARIAS; UNDERWOOD; CLARIDGE, 2012).

Nesse sentido, observa-se outro importante trabalho realizado pela pesquisadora Emmanuelle Peters, professora sênior do *King's College London* e diretora de uma premiada Clínica de Intervenções Psicológicas para pacientes psicóticos (PICuP) (2012 – online: <http://www.national.slam.nhs.uk/emmanuellepeters/>). Peters e colegas desenvolveram vários estudos sobre ideação delirante e psicose (PETERS et.al., 1999; COLBERT; PETERS; GARETY, 2010). Dentre esses, pesquisaram as relações entre Delírio, Esquizotipia e Novos Movimentos Religiosos (NMR) (DAY; PETERS, 1999; PETERS et.al., 1999; SMITH; RILEY; PETERS, 2009).

Seu estudo publicado em dois artigos (DAY; PETERS, 1999; PETERS et.al., 1999), investigou esquizotipia (O-Life), ansiedade e depressão em 22 pessoas de comunidades Hare-Krishna e seitas Druidas, chamados de Novos Movimentos Religiosos (NMR). Além disso, fizeram parte da pesquisa dois grupos controles: 33 pessoas que se autodefiniram como cristãos (igrejas católicas e protestantes) e 40 pessoas que se definiram como não-religiosos, agnósticos e ateus. Como era esperado, o grupo de indivíduos NMRs, pontuaram mais alto do que os controles em EAs (DAY; PETERS, 1999).

Por outro lado, o grupo NMR pontuou significativamente mais alto do que os controles não-religiosos, mas não do que os cristãos, em Anedonia Introversa. Os autores interpretaram esse resultado como uma provável consequência das características do movimento Hare Krishna, o qual estimula a introspecção e a meditação, dando menos importância às fontes de prazer mundano (DAY; PETERS, 1999).

A mesma amostra de indivíduos NMRs foi comparada com pacientes psicóticos internados para observar ideação delirante e bem-estar (PETERS et.al., 1999). Os escores do Inventário de Ideação Delirante de Peters et al (PETERS; JOSEPH; GARETY, 1999) não diferiram entre os dois grupos, tanto no número de itens, quanto nos níveis de convicção delirante. No entanto, os NMRs eram significativamente menos estressados e preocupados com relação aos itens marcados no inventário do que o grupo de pacientes (PETERS et.al., 1999).

Segundo os autores, tais resultados mostram que o grupo de Hare Krishnas e Druidas se diferenciou dos pacientes psicóticos mais pelos baixos níveis de estresse e preocupação do que pelo conteúdo de suas crenças. Em outras palavras, os resultados sugerem que, para fins diagnósticos, não é tão importante saber *em quem* a pessoa acredita, mas sim, *como* ela acredita (PETERS et.al., 1999).

Um estudo mais recente replicou a pesquisa realizada por Day e Peters (1999) sobre propensão à psicose, ideação delirante e bem-estar em uma comunidade Hare Krishna, nos EUA (SMITH; RILEY; PETERS, 2009). Um dos objetivos do estudo foi explorar as diferenças ou semelhanças culturais existentes no NMRs, posto que o estudo anterior foi conduzido com Hare Krishnas e com membros de uma seita druida da Inglaterra. Segundo os autores, ainda que os dois países façam parte do mesmo eixo cultural, nos EUA a religiosidade penetrou e se espalhou em diferentes grupos

religiosos, o que parece não ter ocorrido no Reino Unido (SMITH; RILEY; PETERS, 2009).

Além disso, Smith et.al., (2009) afirmam que tais grupos, em geral, apresentam escores elevados de sintomas psicóticos, mas, ao mesmo tempo, apresentam indicadores positivos de saúde. Por esse motivo, constituem uma amostra de grande valor para a identificação tanto de risco potencial quanto de fatores protetores para um possível desenvolvimento da psicose. Em suma, para os autores, os NMRs são populações ideais na investigação de critérios para o diagnóstico diferencial entre fatores associados a transtornos clínicos e outros que simplesmente são relacionados a EAs benignas, não patológicas (SMITH; RILEY; PETERS, 2009).

Neste estudo foram investigados 20 indivíduos do Movimento Hare Krishna, membros da Sociedade Internacional para a Consciência de Krishna e outros 20 controles, estudantes de graduação. Os participantes responderam o Inventário de Delírios Peters et.al (PETERS; JOSEPH; GARETY, 1999), o O-Life e a Escala de Bem-Estar Geral. Os resultados confirmaram alguns achados dos estudos anteriores realizados no Reino Unido (DAY; PETERS, 1999 e PETERS et.al.,1999).

Entre esses, o grupo de Hare Krishnas americanos também obteve escores de ideação delirante semelhantes ao do grupo de pacientes (SMITH; RILEY; PETERS, 2009). Além disso, assim como no estudo de Peters et.al. (1999), os níveis de estresse e preocupação com as crenças foram semelhantes aos do grupo controle. Para os autores, esse conjunto de estudos oferece suporte para a idéia de que o estresse e a preocupação sejam dimensões críticas para a diferenciação entre populações clínicas e saudáveis (SMITH; RILEY; PETERS, 2009).

Por fim, será observado outro estudo realizado na América Latina, com amostras de universitários de Buenos Aires, Argentina e de Lima, no Peru (PARRA; PAUL, 2010).

Os autores utilizaram o Questionário de Personalidade Esquizotípica (SPQ) e uma Entrevista de Experiências Paranormais (EEP) para investigar a Esquizotipia em relação a pessoas que se consideram “espirituais” e outras “não espirituais”. Nesse contexto, “espiritualidade” foi definida como o conjunto de pensamentos, ideias, crenças e atitudes associadas a um sentimento místico de unidade, sem conexão com nenhuma doutrina religiosa (PARRA; PAUL, 2010).

Os resultados mostraram diferenças significativas entre o grupo de estudantes “espirituais” e o grupo de estudantes “não-espirituais”, no que tange os sintomas positivos de Esquizotipia. No entanto, alguns fenômenos paranormais, como telepatia e “ver aura” não se correlacionaram com aspectos negativos da esquizotipia (Desorganização e Anedonia). Outras EAs, como Experiências Fora do Corpo, sensação de presença e aparições, estiveram relacionados com sintomas negativos, embora as correlações tenham sido substancialmente mais baixas com os sintomas negativos do que com os positivos (PARRA; PAUL, 2010).

O estudo refere que embora a propensão à esquizotipia seja, em geral, mais alta em indivíduos com experiências e crenças espirituais, quando retiramos o “tom negativo” de sintomas tipicamente observados na prática clínica, a espiritualidade parece atuar como um fator que neutraliza o caráter perturbador da esquizotipia, graças a presença de um sistema de crenças e de experiências benignas (PARRA; PAUL, 2010). Além disso, os autores chamam a atenção para a necessidade de que os profissionais da saúde mental reconheçam o componente benigno das EAs em sua prática terapêutica, de modo que os indivíduos sintam que sua espiritualidade não é necessariamente patologizada pelos profissionais ou pelos religiosos (PARRA; PAUL, 2010).

Assim sendo, em relação aos fatores que diferenciam populações que apresentam experiências R/E e outras que possuem transtornos mentais, Claridge (2010) desenvolve

outros questionamentos. O autor indaga a respeito dos mecanismos que podem levar um indivíduo a apresentar uma “tendência” ou suscetibilidade à psicose, ou quais seriam os fatores que determinam se a expressão do “psicoticismo” de um indivíduo será vista como doente ou inspirada (CLARIDGE, 2010).

Nesse sentido, observa-se que os pesquisadores buscam critérios que possam indicar ou prever quando um indivíduo apresentará a Esquizotipia Positiva, ao invés de enveredar para as formas mais diretamente ligadas à doença, como a Alta Esquizotipia ou, mesmo a Esquizofrenia, propriamente. Nettle e Clegg (2006), por exemplo, lançam a hipótese de que os traços relacionados a altas EAs e impulsividade poderiam ser dependentes de certas condições.

Dessa forma, um indivíduo em boas condições (como apresentar baixa Anedonia Introversa) seria capaz de “canalizar” ou transformar esses traços em produção criativa e em comportamentos adaptativos, enquanto aqueles em condições ruins (alta Anedonia Introversa) acabariam sucumbindo aos efeitos desorganizadores, desenvolvendo transtornos psiquiátricos (NETTLE; CLEGG, 2006). Tal hipótese pode ser importante para o caso das experiências R/E e será retomada em seguida, quando for realizada uma discussão sobre as relações entre propensão à psicose e o Inventário de Temperamento e Caráter.

#### **2.5.4. Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter *versus* Esquizotipia**

Aqui serão descritas as relações existentes entre o estudo que se desenvolveu em torno da esquizotipia, da propensão à psicose e da personalidade. Para tanto, será retomado o questionamento feito por Claridge (2010) a respeito dos elementos capazes de definir se uma pessoa com propensão à psicose irá se desenvolver enquanto um artista ou um místico e não enquanto um doente mental.

Holt et.al. (2008) e Claridge (2010) apontam para características chamadas de “força do ego”, ou uma tendência a não ver as coisas de forma auto-referenciada. Nesse sentido, é interessante observar o estudo realizado por Fodor (1995), que investigou a influência da propensão à psicose e da força do ego na criatividade de estudantes universitários. Para mensurar tendência à psicose, foi utilizado o MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*). “Força do Ego” foi compreendida como escores altos em escalas de Tolerância; Realização através da independência e Flexibilidade. Além disso, pensamento super-inclusivo, capaz de associações remotas, foi a medida usada na investigação de criatividade (FODOR, 1995).

Assim sendo, o autor definiu psicometricamente quatro categorias: 1) propensão à psicose e alta força de ego; 2) propensão à psicose e baixa força do ego; 3) ausência de propensão à psicose e alta força do ego e 4) ausência de propensão à psicose e baixa força do ego. As categorias contaram com 24 estudantes, cada (FODOR, 1995). Conforme a literatura previu, os indivíduos com propensão à psicose e alta força do ego (categoria 1), mostraram os mais altos índices de criatividade. Sendo que os demais (categorias 2, 3 e 4), apresentaram pontuações de criatividade muito semelhantes (FODOR, 1995).

A despeito das limitações presentes na pesquisa, alguns pontos importantes podem ser ressaltados. Os resultados corroboram com achados de vários outros estudos, que indicam uma relação positiva entre esquizotipia e criatividade. E mais, o autor agrega a capacidade de tolerar, de realizar-se através da independência e de ser flexível, enquanto força do ego, juntamente com propensão à psicose (FODOR, 1995). Em outras palavras, os resultados mostraram que criatividade estava associada a propensão à psicose com força do ego; propensão à psicose com capacidade de tolerar, de realizar-se, de ser independente e de flexibilizar (FODOR, 1995).

Assim, pode-se pensar que uma relação entre Esquizotipia Positiva, criatividade e ausência de patologia poderia ocorrer mediante a presença da força do ego (NETTLE; CLEGG, 2006; NETTLE, 2006; HOLT; SIMMONDS-MOORE; MOORE, 2008). Além disso, pode-se pensar se o estilo seguro de apego, observado em pessoas com crenças paranormais e esquizotipia benigna seria mais um exemplo de força do ego, já que o estilo de apego inseguro aparece justamente quando não se estabelece um ego saudável desde a infância (FARIAS; UNDERWOOD; CLARIDGE, 2012; DALBEM; DELL'AGLIO, 2005).

Alguns estudos que examinaram esquizotipia e o Modelo Psicobiológico de temperamento e caráter podem esclarecer melhor essas relações. Em uma das primeiras pesquisas que observaram as associações entre o Inventário de temperamento e caráter (ITC) e transtornos de personalidade, Bayon et.al. (1996) encontraram o seguinte perfil de personalidade para Esquizotipia: Temperamento – alto escore em Evitação de Danos (ED), baixo escore em Dependência de Recompensas (DR); Caráter – baixos escores em Autodirecionamento (AD) e Cooperatividade (C) e altos escores em Auto-transcendência (AT). Este estudo, entretanto, não avaliou a Esquizotipia Positiva separadamente.

As pesquisas realizadas posteriormente têm observado praticamente a mesma configuração de personalidade que subjaz a Esquizotipia: Altos escores em Evitação de Danos e Auto-transcendência e baixos escores em Auto-direcionamento e Cooperatividade (BORA; VEZNEDAROGLU, 2007; DANELUZZO; STRATTA; ROSSI, 2005). Nesse sentido, o estudo desenvolvido por Bora e Veznedaroglu, (2007), comparou os resultados do ITC e do SPQ (Questionário da Personalidade Esquizotípica) em uma amostra de 52 pacientes com esquizofrenia; 92 parentes de primeiro grau dos pacientes e 75 controles saudáveis. Nos resultados, os parentes de primeiro grau que

mostraram características esquizotípicas, apresentaram a mesma configuração de temperamento e caráter que os pacientes esquizofrênicos. Por outro lado, os parentes sem esquizotipia tiveram escores de AD e C mais altos até mesmo em relação aos do grupo controle. Os autores sugerem que maturidade de caráter (altos AD e C) se constitui enquanto fator protetor para o desenvolvimento de psicopatologias (BORA; VEZNEDAROGLU, 2007).

Dessa forma, é importante retomar as descrições sobre temperamento e caráter desenvolvidas por Cloninger (2004). O autor afirma que o temperamento sozinho não é capaz de determinar se um indivíduo possui um transtorno de personalidade, mas somente as configurações de caráter (adquiridas) podem apontar para os níveis de maturidade que fornecerão um formato, uma direção para as tendências hereditárias (CLONINGER, 2004). Além disso, Cloninger (2004) chama a atenção para a correspondência entre o que ele define como “desenvolvimento do caráter” e o que é chamado de maturação cognitiva, desenvolvimento psicosssexual ou desenvolvimento do ego, em outras teorias. Tais correlações recebem suporte de estudos que mostram que os traços do caráter são fortemente relacionados à maturidade das defesas do ego (MULDER; JOYCE, 1996).

Assim sendo, talvez se possa responder às indagações levantadas por Claridge (2010), quando traz à tona a questão sobre o que diferencia duas pessoas que possuem a mesma propensão à psicose, sendo uma levada ao transtorno e outra à “inspiração” ou à criatividade. Como diz Claridge (2010), dois indivíduos podem expressar seu “psicoticismo” de formas diferentes, uma ligada à saúde e outra à doença. Mas quais seriam os determinantes para isso? Desse modo, parece que os parâmetros oferecidos pela análise da estrutura da personalidade podem servir como importantes indicadores. Na verdade, até onde se pode ver, os estudos têm evidenciado o papel do

desenvolvimento do caráter, enquanto maturidade do “eu” (AD); do “nós” (C) e do “todo” (AT), na diferenciação entre saúde e doença mental (BAYON et.al., 1996; BORA; VEZNEDAROGLU, 2007; DANELUZZO; STRATTA; ROSSI, 2005; GONZALEZ-TORRES et.al., 2009; SMITH; RILEY; PETERS, 2009; SVRAKIC et.al. 2002; HORI et.al., 2007).

De acordo com Cloninger; Svrakic e Przybeck (1993) e Cloninger (2004), é provável que baixos escores em Auto-direcionamento e Cooperatividade sejam as características mais comuns e essenciais de todos os transtornos de personalidade. A esses, parecem se somar também os transtornos psicóticos, que apresentam a mesma configuração encontrada na personalidade esquizotípica (altas ED e AT e baixos AD e C) (GONZALEZ-TORRES et.al., 2009; SMITH; RILEY; PETERS, 2009; SVRAKIC et.al.,2002; HORI et.al., 2007).

De forma bem específica, pensando na pergunta: o que determinará que uma pessoa com propensão à psicose preencha os parâmetros de saúde mental em direção à criatividade e à espiritualidade ao invés de desenvolver um transtorno de personalidade esquizotípica ou um transtorno psicótico? Frente ao montante de evidências descritas até agora, podemos ensaiar a seguinte resposta: a maturidade do caráter – fundamentalmente do Autodirecionamento e da Cooperatividade, a capacidade de se ver enquanto um indivíduo autônomo e responsável, que consegue se relacionar e cooperar com as outras pessoas de maneira saudável. Nesse contexto, é possível analisar a ideia de que pessoas que apresentam EAs, embora possuam maturidade de caráter, ainda assim são consideradas como “propensas à psicose”. Como afirmam Moreira-Almeida e Cardeña (2011), as associações entre experiências espirituais ou anômalas com níveis adequados ou até elevados de saúde mental e ajustamento social não parecem estar de acordo com a ideia de que tais experiências sejam “sintomas menos graves” em um

*continuum* da psicose. Esses fatores poderão ser melhor esclarecidos posteriormente com os resultados do presente estudo.

### **2.5.5. Esquizotipia e Autotranscendência**

A Autotranscendência (AT) é a dimensão do caráter que mais tem apresentado resultados controversos nos estudos sobre as relações entre personalidade e transtornos mentais. Contudo, segundo alguns estudos, após uma análise mais criteriosa, o que aparentemente seria um problema, pode ser uma forma complexa de compreensão dos perfis de personalidade que parecem subjazer a saúde ou a doença mental (DANELUZZO; STRATTA; ROSSI, 2005; BAYON et.al., 1996; CLONINGER, 2004).

Como se sabe, ao contrário de Auto-Direcionamento (AD) e Cooperatividade (C), que quando elevadas apontam para a saúde mental, altos escores em AT têm sido um dos principais indicadores de esquizotipia e esquizofrênia (BAYON et.al., 1996; BORA; VEZNEDAROGLU, 2007; DANELUZZO; STRATTA; ROSSI, 2005; GONZALEZ-TORRES et.al., 2009; SMITH; RILEY; PETERS, 2009; SVRAKIC et.al.,2002; HORI et.al., 2007).

A esse exemplo, observa-se o estudo desenvolvido por Boeker et.al. (2006), que comparou pacientes com esquizofrenia paranóide com controles saudáveis. O estudo observou que o decréscimo do escore em AD e o aumento do escore em AT caracterizaram os pacientes psicóticos. Além disso, outro estudo realizado no Japão, também chegou aos mesmos resultados, encontrando associação entre esquizofrenia, baixos escores em AD e altos escores em AT (HORI et. al., 2008). Segundo os autores, tais achados sugerem que a AT seria uma dimensão da personalidade substancialmente relacionada com a gravidade dos sintomas positivos da doença.

Tais resultados parecem se contrapor à teoria desenvolvida no Modelo Psicobiológico de Cloninger; Svrakic e Przybeck (1993). Segundo esse modelo, as três dimensões do caráter (AD, C e AT) estariam apontando em direção à maturidade. Especificamente, a AT foi relacionada a ajustamento, satisfação pessoal, capacidade de ir além do auto-centramento e do pensamento analítico (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993). Por tudo isso, observa-se uma aparente contradição entre a proposta de maturidade do “eu” em relação à natureza e a totalidade do universo (altos escores em AT) e os achados que mostram alta AT como indicativo de presença de transtornos mentais ou de tendência para desenvolvê-los.

Ao mesmo tempo, como afirmam Guillem et.al. (2002) altos escores em AT, parecem caracterizar indivíduos que são capazes de tolerar a ambigüidade e que devem experimentar pensamento mágico e associações em consonância com os sintomas psicóticos. Sendo assim, somente uma análise mais cuidadosa dos estudos sobre o tema, poderão esclarecer melhor a questão.

O estudo realizado por Guillem et.al. (2002) com pacientes esquizofrênicos e controles saudáveis observou as associações entre características de personalidade medidas pelo ITC e três dimensões de sintomas de esquizofrenia: Sintomas Negativos; Desorganizados e Psicóticos ou Positivos. Em seus achados, apenas as correlações entre personalidade e Sintomas Psicóticos obtiveram resultados significativos. Assim sendo, a dimensão de sintomas psicóticos (presença de alucinações e delírios) esteve associada à alta Busca por Novidades (BN), baixo AD e alta AT (GUILLEM et.al., 2002).

Nesse sentido, a pesquisa de Danelluzzo et.al. (2005), também apresentou resultados semelhantes, investigando personalidade (ITC) e esquizotipia (SPQ) em uma população não-clínica. Entre os principais achados, Alta Esquizotipia (alterações

Cognitivo-perceptuais, Interpessoais e Desorganização) mostrou determinada configuração de personalidade: baixos AD e C e alta AT. Por outro lado, Esquizotipia Positiva (alterações Cognitivo-perceptuais e Desorganização e baixa alteração Interpessoal) apresentou: alta BN, baixa Evitação de Danos (ED) e alta AT (DANELUZZO; STRATTA; ROSSI, 2005). Segundo os autores, AT pode estar associada a dois constructos diferentes: um ligado à propensão à psicose, com imaturidade de caráter (Alta Esquizotipia); e outro relacionado à “criatividade madura”, ou seja, abertura para sentimentos, pensamentos e comportamentos incomuns e facilidade para oferecer significados incomuns e conexões imaginativas para as experiências (Esquizotipia Positiva) (DANELUZZO; STRATTA; ROSSI, 2005).

Desse modo, Daneluzzo, Stratta e Rossi (2005) apontam para AT enquanto uma característica central para a compreensão dos sintomas clínicos de esquizotipia. Sendo assim, AT pode aparecer como um preditor tanto de propensão à psicose quanto de personalidades maduras, bem adaptadas e satisfeitas consigo mesmas. O que irá definir adoecimento ou saúde mental será a relação de AT com as demais características, principalmente aquelas ligadas ao desenvolvimento de maturidade do caráter (altos escores em AD e C) (DANELUZZO; STRATTA; ROSSI, 2005).

Através desses estudos é possível observar a importância de AT para a compreensão da etiologia dos transtornos mentais. Essencialmente no que tange aos fatores que levam dois indivíduos com propensão à psicose a desenvolverem trajetórias opostas, uma em direção ao adoecimento e outra à criatividade e espiritualidade. De acordo com as pesquisas, pode-se pensar que AT seria a capacidade que algumas pessoas possuem de aceitar a ambiguidade (GUILLEM et.al., 2002), de transcender a si mesmas e aceitar a espiritualidade (relações que não podem ser apreendidas através do

pensamento analítico e objetivo) (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993; CLONINGER, 2004).

Ocorre que muitas pessoas com tais capacidades (AT) conseguiram desenvolver-se também em relação à estrutura de “eu” ou de “ego”, desenvolvendo autonomia e responsabilidade; esses indivíduos também são capazes de relacionar-se com os demais, cooperando e tolerando diferenças (FODOR, 1999; CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993; CLONINGER, 2004). Essas pessoas (maturidade de caráter – altos escores em AD, C e AT) parecem apresentar melhores níveis de saúde mental, criatividade e espiritualidade (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993; CLONINGER, 2004).

Por outro lado, outras pessoas que apresentam as mesmas capacidades de auto-transcendência, no entanto, não conseguiram estruturar-se como indivíduos autônomos, possuem tendência a culpar os outros, ao invés de assumir responsabilidade por seus comportamentos, e apresentam dificuldades importantes em desenvolver relações interpessoais maduras e duradouras. Tais indivíduos (baixos AD e C, embora alta AT), apresentarão forte tendência para desenvolver uma série de transtornos mentais (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993; BAYON et.al., 1996; CLONINGER, 2004).

Finalmente, pode-se observar que essas relações entre AT, esquizotipia e esquizofrenia já eram apresentadas de forma clara por Cloninger e seus colegas desde seus estudos publicados em 1993 e 1996 (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993; BAYON et.al., 1996; CLONINGER, 2004). No primeiro, o autor e seus colegas descrevem todo o desenvolvimento do Inventário de Temperamento e Caráter. Entre outras coisas, mencionam claramente que AT seria particularmente útil para

diagnosticar pacientes esquizotípicos, pois esses possuem a tendência a sustentar questões sobre percepção extra-sensorial (EAs) e demais aspectos da auto-transcendência (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993).

Além disso, no trabalho publicado em 1996, vários autores, juntamente com Cloninger analisaram as relações entre o ITC e todos os transtornos clínicos e de personalidade (Eixo I e II – DSM – III). Em seus resultados, afirmaram que baixos escores em Auto-direcionamento e Cooperatividade parecem ser as características mais comuns e essenciais associadas a todos os transtornos de personalidade. Além disso, também sustentam que Auto-transcendência está associada a tendência a ver significados não-usuais e conexões imaginativas nas experiências vividas (BAYON et.al., 1996).

Quando alta AT aparece junto com um bom desenvolvimento nas outras duas dimensões do caráter (altos AD e C) a personalidade estaria relacionada com “criatividade madura”. Contudo, se combinada com um baixo desenvolvimento em uma ou nas outras duas dimensões do caráter (baixos AD e C), estaria ligada com propensão à psicose. Em resumo a hipótese é de que alta AT (que descreve uma pessoa intuitiva, imaginativa e não-convencional) fornece uma medida quantitativa para os perfis de personalidade comuns daqueles indivíduos que possuem pensamento divergente, encaminhando-os para a criatividade ou para a psicose, dependendo da maturidade ou da imaturidade das outras características do caráter (BAYON et.al., 1996).

## 2.6. QUALIDADE DE VIDA

Além dos fatores apontados nos capítulos anteriores, é importante em nossa pesquisa a avaliação da Qualidade de Vida dos sujeitos de nossa amostra.

Há algumas décadas, observou-se o prolongamento dos anos de vida de uma pessoa e de uma série de situações relacionadas ao fato de que não bastava ter uma vida longa se essa não proporcionasse bem-estar. Sendo assim, desde a década de 1970, o conceito de Qualidade de Vida (QV) tem se mostrado um constructo adequado para mensurar como as pessoas estavam vivendo seus “anos a mais” (FLECK et al., 2008). Contudo, um fator importante é a noção de que a qualidade de vida não pode ser uma “medida ideal”, formulada objetivamente. Contemporaneamente, QV é vista como algo que é percebido subjetivamente por cada indivíduo, de acordo com seu contexto cultural, social, ambiental e psicológico (FLECK et al, 2008).

Por tais motivos, a avaliação da QV tem sido cada vez mais utilizada para observar desfechos em ensaios clínicos, estudos de efetividade, avaliação tecnológica da saúde e pesquisas epidemiológicas que acessam a “saúde subjetiva” e o bem-estar da população (CRUZ et.al., 2011). Para tanto, o conceito de QV foi operacionalizado para poder medir a percepção subjetiva dos aspectos importantes da vida de uma pessoa, a partir da perspectiva transcultural. Assim, é possível avaliar como cada pessoa percebe sua posição na vida, dentro de sua cultura e do seu sistema de valores, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1988).

Nesse sentido, o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (grupo WHOQOL), desenvolveu um instrumento capaz de acessar QV numa perspectiva transcultural, para que pudesse ser utilizado internacionalmente (CRUZ et.al., 2011). Assim sendo, o WHOQOL – 100 (100 questões) é um instrumento que

envolveu a participação de diversos países, representando diferentes culturas, tendo incluído também o Brasil. Essa versão, já incluiu espiritualidade como um aspecto da qualidade de vida (FLECK et al., 2000).

Em seguida, pela necessidade de obter instrumentos mais curtos, que exijam menos tempo para seu preenchimento e consigam alcançar características psicométricas satisfatórias, foi desenvolvida a versão abreviada do WHOQOL – 100, o WHOQOL-bref (WHOQOL GROUP, 1988). O WHOQOL – bref apresenta 26 questões, sendo duas de qualidade de vida geral e as demais, representando as 24 facetas de cada domínio que compõem o instrumento original.

Tabela 2. Domínios e Facetas do WHOQOL –bref\*

<b>DOMÍNIOS</b>	<b>FACETAS</b>
1 - FÍSICO	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
2 - PSICOLÓGICO	4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Auto-estima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos 24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
3 – RELAÇÕES SOCIAIS	13. Relações pessoais 14. Suporte (Apoio) social 15. Atividade sexual
4 – MEIO AMBIENTE	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar

- 
18. Recursos financeiros
  19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
  20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
  21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
  22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
  23. Transporte
- 

\*FLECK et al (2000).

### 3. OBJETIVOS E HIPÓTESES

#### 3.1. Objetivo Geral

- Verificar se as características de personalidade podem se constituir como um critério para o diagnóstico diferencial entre transtorno mental e experiência anômala.

#### 3.2. Objetivos Específicos

- Verificar se o Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter e o ITC se constituem como ferramentas úteis para diferenciar experiências relacionadas à doença mental, de outras saudáveis;
- Observar se a dimensão de Experiências Incomuns (Esquizotipia) está associada à ausência de transtorno mental e à melhor qualidade de vida;
- Verificar como as diferentes formas de religiosidade se associam a transtornos mentais e à qualidade de vida;
- Verificar se as características de personalidade do Tempo 0, estarão associadas a melhores desfechos na qualidade de vida mensurada no Tempo 1;

#### 3.3. Hipóteses

- a) Altos escores na dimensão de AD (caráter – ITC) estão associados a menos transtornos mentais e à menor probabilidade de desenvolver Transtorno Psicótico;
- b) Altos escores na dimensão de AD (caráter – ITC) estão associados à melhor pontuação na qualidade de vida psicológica e social;
- c) Experiências Incomuns estão associadas a menos transtornos mentais e à menor probabilidade de desenvolver Transtorno Psicótico;
- d) Experiências Incomuns estão associadas à melhor pontuação na qualidade de vida psicológica e social;
- e) Baixa RO e altas RNO e RI estão associadas a menos transtornos mentais e à menor probabilidade de desenvolver Transtorno Psicótico;
- f) Baixa RO e altas RNO e RI estão associadas à melhor pontuação na qualidade de vida psicológica e social;
- g) Altos escores na dimensão de AD (Tempo 0) estão associados à melhor pontuação na qualidade de vida psicológica e social, do Tempo 1;

- h) Experiências Incomuns (Tempo 0) está associada à melhor pontuação na qualidade de vida psicológica e social do Tempo 1;
- i) Baixa RO e altas RNO e RI (Tempo 0) estão associadas à melhor pontuação na qualidade de vida psicológica e social (Tempo 1);

## 4. MÉTODO

### 4.1. Desenho do estudo

A presente pesquisa está vinculada ao Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde, da Pós-graduação em Saúde – Faculdade de Medicina/UFJF. Esse estudo está inserido na linha de pesquisa denominada: “Experiências Religiosas e Espirituais” e faz parte de uma pesquisa mais abrangente, que investigou o diagnóstico diferencial entre EAs (resignificadas em um contexto de R/E) e TMs, em uma população que buscava auxílio em Centros Espíritas.

Dois doutorandos desenvolveram o estudo: Adair Menezes Jr. (AMJ) e Letícia Oliveira Alminhana (LOA). Posteriormente, os dados qualitativos foram analisados por AMJ, resultando em sua tese de doutorado (MENEZES JÚNIOR, 2012), bem como em um artigo (MENEZES JÚNIOR; ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2012). Os dados relacionados à personalidade foram analisados por LOA, na presente tese.

Esta é uma pesquisa epidemiológica, pois busca estudar a presença de EAs em uma população definida, no intuito de contribuir para o avanço das práticas em saúde mental (BLOCH; COUTINHO, 2009). Este é um estudo observacional *coorte*, prospectivo, com população fechada e com um grupo especial de exposição (COELI; FAERSTEIN, 2009). É observacional, porque não é realizada nenhuma intervenção ou experimento; é uma *coorte* prospectiva, pois foram feitas duas observações em momentos diferentes, sendo a segunda 1 ano depois da primeira. A população é fechada, pois os sujeitos observados eram os mesmos nos dois momentos. Além disso, faziam parte de um grupo especial de exposição, porque possuíam uma determinada característica para fazer parte do estudo: serem identificados como “médiums”, no contexto R/E, e apresentarem EAs.

## 4.2. População

A população investigada foi composta por indivíduos apresentando EAs que buscaram atendimento em Centros Espíritas da cidade de Juiz de Fora/MG e foram identificados como médiuns pelas pessoas que trabalhavam nos Centros Espíritas. Tais indivíduos procuravam orientação religiosa/espiritual (R/E) para diversos problemas, tais como depressão, ansiedade, insônia, dificuldades em relacionamentos e doenças físicas, bem como auxílio para compreender e lidar com as EAs que apresentavam.

A tabela 3 apresenta as EAs que estiveram presentes na amostra, coletadas através de entrevistas semi-estruturadas e detalhada em outras publicações (MENEZES JÚNIOR; ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2012). Observa-se um alto índice de EAs dos tipos: vidência (63,5%), audição Espiritual (53,9%), bem como de percepções extra-sensoriais (53%). Além disso, vários indivíduos apresentaram mais de uma EA.

Tabela 3. Frequência de EAs na amostra (N=115)

<b>EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Vidência	73	63,5%
Audição Espiritual	62	53,9%
Percepção Extra-sensorial	61	53,0%
Sonhos Anômalos	43	37,7%
Experiência Fora do Corpo	36	31,3%
Pressentimentos	24	20,9%
Sensação de Perda de Energia	23	20,0%
Incorporação	22	19,1%
Intuição	21	18,3%
Percepção Espiritual de Cheiros	18	15,7%
Efeitos Físicos de Causa Espiritual	11	9,6%

Psicografia	10	8,7%
Telepatia	7	6,1%
Cura Espiritual	5	4,3%

- Vidência: relatada como a experiência de ver espíritos. A maioria dos sujeitos relatou que suas visões eram nítidas.
- Audição espiritual: trata-se do relato de ouvir espíritos ou ruídos não produzidos materialmente.
- Percepção espiritual: perceber intuitivamente a natureza boa ou má de ambientes, pessoas e espíritos.
- Experiência fora do corpo: trata-se da experiência de se perceber fora do corpo. Essa experiência é percebida mais frequentemente por “sentir-se flutuando acima do corpo”.
- Pressentimentos: trata-se de premonições sobre o futuro em estado de vigília.
- Perda inexplicável de energia: sensação de perder as forças subitamente sem uma explicação orgânica evidente para isso.
- Incorporação: trata-se da experiência de sentir um espírito controlando o próprio corpo.
- Intuição: trata-se de ter um conhecimento subitamente, que não tenha provindo nem da observação e nem do raciocínio pessoal.
- Percepção espiritual de cheiros: trata-se da experiência de sentir cheiros que não tenham sido produzidos fisicamente no ambiente.
- Efeitos físicos de causa espiritual: trata-se do relato da ocorrência de manifestações físicas não produzidas mecanicamente em torno da pessoa.

- Psicografia: trata-se da experiência de escrever sentindo-se inspirado pelos espíritos.
- Telepatia: trata-se do relato de perceber os pensamentos de terceiros.
- Cura espiritual: trata-se do relato de curar pessoas com recursos espirituais

### **4.3. Critérios de inclusão e exclusão**

#### **4.3.1. Critérios de Inclusão:**

- Ter 18 anos ou mais;
- Ter sido identificado nos Centros Espíritas como indivíduo que estivesse apresentando sintomas reconhecidos pelos atendentes como sendo indicadores de “mediunidade”;

#### **4.3.2. Critério de exclusão:**

- Atuar como médium em alguma instituição religiosa (“Centro Espírita, Centro Espiritualista, Centro de Umbanda ou outro);

### **4.4. Contexto**

O estudo foi realizado em sete Centros Espíritas localizados na cidade de Juiz de Fora/MG. A coleta de dados foi vinculada aos trabalhos de “Atendimento Fraternal”, geralmente oferecidos pelos Centros. Nesse, o indivíduo recém-chegado ao Centro, apresentando sofrimento de alguma ordem, recebe aconselhamento espiritual e gratuito, além de encaminhamento para participar de outros trabalhos oferecidos pela instituição.

### **4.5. Procedimentos**

Dois doutorandos (Adair Menezes Jr. e Letícia Oliveira Alminhana) entraram em contato com a AME-JF (Aliança Municipal Espírita de Juiz de Fora), instituição que

congrega e coordena os Centros Espíritas da cidade e da região, no período entre fevereiro e abril de 2009. Nesse período, existiam 52 Centros Espíritas vinculados a AME-JF. Desses, foram escolhidos os maiores, por atenderem a um contingente mais amplo de pessoas. Apenas seis aceitaram participar do estudo, sendo que um sétimo Centro Espírita foi somado aos anteriores porque os dirigentes aceitaram colaborar com a pesquisa, embora esse Centro não fizesse parte da AME. Em seguida, foram procurados os coordenadores e atendentes do Atendimento Fraternal em cada Centro Espírita, apresentando a eles os objetivos do estudo.

Foi solicitado que eles indicassem e encaminhassem aos pesquisadores responsáveis todos aqueles indivíduos que, tendo procurado por este atendimento, apresentassem experiências do tipo psicóticas e dissociativas (isto foi traduzido para uma linguagem não acadêmica: “vendo e/ou ouvindo coisas que os outros não viam nem ouviam; desmaiar, ter sensações de ausência, formigamento no corpo, etc..”) e que fossem identificados como médiuns pelos atendentes do centro espírita. Também foi explicado que a identidade dos centros e dos participantes seria resguardada; que a participação na pesquisa seria voluntária e que poderiam abandonar a pesquisa quando quisessem. Dirigentes de sete Centros Espíritas aceitaram participar da pesquisa.

Foi realizado um Estudo-piloto, com os primeiros 10 sujeitos da amostra e também foram realizadas entrevistas em conjunto com os dois pesquisadores doutorandos (AMJ e LOA), a fim de padronizar as aplicações dos questionários (no Tempo 0 e depois no Tempo 1). Como o piloto foi considerado bem sucedido, os sujeitos foram incluídos na amostra total do estudo.

Cento e cinquenta indivíduos foram assim indicados e contatados, sendo que, destes, 120 concordaram com a participação na pesquisa e foram entrevistados. As entrevistas

foram realizadas nos próprios Centros Espíritas ou em uma livraria da cidade, localizada no centro de Juiz de Fora. Isso ocorreu porque algumas pessoas moravam distante do Centro Espírita e preferiam marcar a entrevista em local centralizado e público. Isso descaracterizava o ambiente clínico ou religioso, para estes sujeitos. Lembrando que os indivíduos, embora estivessem buscando ajuda em determinados Centros, não possuíam nenhum vínculo com esses. Assim, das 120 entrevistas realizadas, 115 resultaram em protocolos com dados completos, tornando possível a análise. A amostra final foi de 115 indivíduos em T0, sendo que desses, 90 foram reavaliados em T1 (1 ano depois).

Os sujeitos foram entrevistados e avaliados entre abril de 2009 a agosto de 2010, na primeira etapa (Tempo 0). As entrevistas foram realizadas pelos dois doutorandos (AMJ e LOA), ambos psicólogos, com ampla experiência clínica. Os objetivos do estudo foram explicados aos participantes e sua colaboração foi solicitada, bem como avisado que eles iriam ser contatados um ano depois para realizar novas entrevistas. Diante de sua concordância, foi pedido que assinassem o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), aprovado pelo Comitê de Ética da UFJF. Somente então, as entrevistas iniciaram.

Após um ano, buscou-se contatar novamente os 115 para a segunda entrevista (*follow-up* – Tempo 1). Do total anterior de 115 sujeitos, 90 sujeitos foram localizados e se dispuseram a participar deste segundo momento da pesquisa, que foi realizada entre abril de 2010 e abril de 2011.

#### **4.6. Instrumentos**

- **Entrevista Sociodemográfica:** idade, sexo, escolaridade, condição laborativa, estado civil, religião, segunda religião (foi perguntado a cada participante se, além de sua religião, ele costumava frequentar ou acreditar em uma segunda

religião. Esse dado foi incluído pelo perfil sincrético do brasileiro, histórico de saúde mental e física (através de auto-relato dos sujeitos). (APÊNDICE 2)

- **ITC-R (140)** – (Inventário de Temperamento e Caráter, revisado e reduzido). O ITC foi desenvolvido por Cloninger; Svrakic e Przybeck (1993) a fim de acessar as 7 dimensões de personalidade, propostas do Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter: Evitação de Danos; Dependência de Gratificação; Busca por Novidade; Persistência; Autodirecionamento e Auto-transcendência (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993). O ITC é amplamente utilizado em diversos países na investigação das relações entre personalidade e saúde (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993; CLONINGER, 2004; CLONINGER; SVRAKIC; SVRAKIC, 1997; SPITTLEHOUSE et.al., 2010; HORI et.al., 2008; GONÇALVES; CLONINGER, 2010; GONZALEZ-TORRES et al, 2009). O ITC-R (140) é uma versão reduzida do ITC-R (240), com 140 itens com respostas numa escala Likert de 1 a 5 pontos (de 1 = Definitivamente Falso a 5 = Definitivamente verdadeiro). A versão em português do ITC-R (240) foi traduzida e validada, apresentando consistência interna satisfatória para todas as dimensões (Alpha de Cronbach acima de 0,7) (GONÇALVES; CLONINGER, 2010).
- **DUREL - P** (Duke University Religious Index – versão em português): versão traduzida (MOREIRA-ALMEIDA et.al., 2008) e validada em português (LUCCHETTI et.al., 2012; TAUNAY et.al., 2012; MARTINEZ; ALMEIDA; CARVALHO, 2012) da Duke Religious Index (KOENIG; MAEDOR; PARKERSON, 1997). É uma escala com 5 itens que investigam três dimensões de religiosidade: Religiosidade Organizacional (RO) (“Com que frequência você

vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?"); Religiosidade Privada ou Não Organizacional (RNO) ("Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?") e três itens de Religiosidade Intrínseca (RI) (ex: "As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver."). A P-Durel apresentou alta consistência interna (alphas variando entre 0,733 - para os escores totais - e 0,758 para RI). As correlações entre as subescalas (validade discriminante) variaram de 0,36 a 0,46, indicando sobreposição significativa entre as escalas sem marcar redundância. Sendo assim, a P-Durel pode ser considerada uma escala válida e confiável (LUCCHETTI et.al., 2012). Neste estudo foi feita uma inversão na pontuação de forma que os escores maiores reflitam maior religiosidade. Além disso, as dimensões também foram dicotomizadas para evidenciar melhor os resultados, da seguinte maneira:

RO: Baixa – Menor ou igual a algumas vezes/ ano;

Alta - maior ou igual a duas a três vezes por mês.

RNO: Baixa – Menor ou igual a uma vez por semana

Alta – Maior ou igual a duas ou mais vezes por semana.

RI: Baixa – Menor ou igual a "não estou certo"

Alta - Maior ou igual a "em geral é verdade". (ANEXO A)

- **WHOQOL - BREF** (Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - versão abreviada) (WHO, 1998). O WHOQOL-bref é um instrumento genérico de QV, composto por 26 questões que investigam 4 domínios: físico, psicológico, social e ambiental. Cada ítem possui escores de 1 a 5, em escala Likert e depois são transformados numa escala linear que vai de 0

a 100 (0 = QV menos favorável e 100= a mais favorável QV). A validação da versão brasileira mostrou boa consistência interna (Alpha de Cronbach de 0.77, nos domínios e 0,91 para as questões), boa validade discriminante e confiabilidade no teste e re-teste (coeficientes de correlação variaram de 0.69 a 0.81) (FLECK et al., 1999; CRUZ et.al., 2011). (ANEXO C)

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

No presente estudo foram utilizados apenas os seguintes diagnósticos do SCID I: Episódio Depressivo Maior (passado); Episódio Depressivo Maior (atual); Transtorno Distímico (atual); Transtorno de Ansiedade Generalizada (atual); Transtorno do Pânico (atual); Transtorno de Fobia Específica (atual); Transtorno de Fobia Social (atual); Transtorno Obsessivo Compulsivo (atual); Transtorno Bipolar do Humor (tipo I e II, atual); Transtorno Psicótico (atual); Transtorno Relativo a Substâncias (atual).

Esses transtornos foram agrupados para a realização das análises nas seguintes categorias:

**Transtornos Depressivos e Ansiosos** - Episódio Depressivo Maior (passado); Episódio Depressivo Maior (atual); Transtorno Distímico (atual); Transtorno de

Ansiedade Generalizada (atual); Transtorno do Pânico (atual); Transtorno de Fobia Específica (atual); Transtorno de Fobia Social (atual); Transtorno Obsessivo Compulsivo (atual).

**Transtorno Bipolar** - Transtorno Bipolar do Humor (tipo I e II, atual).

**Transtorno Psicótico** - Transtorno Psicótico (atual).

**Qualquer Transtorno** – Ter algum dos diagnósticos acima.

- **O – LIFE – R** (Inventário Reduzido Oxford-Liverpool de Sentimentos e Experiências) (MASON; CLARIDGE; JACKSON, 1995; MASON; LINNEY; CLARIDGE, 2005). Escala que contém 40 questões que investigam quatro dimensões do Transtorno de Personalidade Esquizotípica, quais sejam: 1) Experiências Incomuns: 12 questões; 2) Desorganização Cognitiva: 11 questões; 3) Anedonia Introversa: 10 questões; 4) Desconformidade Impulsiva: 10 questões (MASON; CLARIDGE; JACKSON, 1995; MASON; LINNEY; CLARIDGE, 2005). O instrumento reduzido mostrou boa confiabilidade, validade de conteúdo e validade concorrente. É importante salientar que essa escala não é destinada para a realização de diagnóstico de Transtorno de Personalidade Esquizotípica (DSM – IV – TR, 2003). Além disso, o O-Life-R ainda não foi validado no contexto brasileiro. Para sua utilização no presente estudo, foi realizada uma tradução da versão reduzida do original em inglês (MASON et.al., 2005), por um profissional bilingue. (ANEXO B)

Todos os instrumentos acima citados foram aplicados no Tempo 0 (N=115). No Tempo 1 (N=90), foram aplicados o WHOQOL, a DUREI e o O-Life, mas apenas os resultados do WHOQOL foram utilizados nesse estudo.

## 4.7. Métodos Estatísticos

### 4.7.1. Definição da amostra:

Com base na informação de que a soma dos atendimentos dos Centros que aceitaram participar da pesquisa chega a 150 indivíduos semanalmente, tem-se uma população de 7.800 indivíduos por ano. Considerando-se ainda que 20% destes chegam apresentando vivências psicóticas e dissociativas em algum grau (segundo informações dos participantes da AME – Associação Municipal Espírita), definiu-se uma população de cerca de 1.560 indivíduos. Este é o número total de casos estimado para o período de 1 ano. Com base neste número, para definir o tamanho da amostra a ser pesquisada, foi utilizada a fórmula de cálculo amostral (equação 1) que é aplicada sobre uma população de tamanho finito.

$$(1) \quad n = \frac{Nz^2p(1-p)}{e^2(N-1) + z^2p(1-p)}$$

Onde:

n: é o tamanho da amostra a ser definido

N: é o tamanho da população

z: é a probabilidade estabelecida (se for 95%  $z=1,96$ ; se for 90%  $z=1,645$ )

e: é o erro definido (em geral 5%)

p: é a proporção da característica que se deseja estudar na população. Quando temos completa ignorância sobre essa proporção utilizamos  $p=0,5$  pois assim irá fornecer o maior tamanho de amostra possível.

Portanto, para um N igual a 1.560 casos, e adotando-se z igual a 95% e um erro definido (e) igual a 10%, com p igual a 0,5, obtém-se uma amostra igual a 91 casos.

Considerando que se trata de um estudo longitudinal no qual podem ocorrer perdas no segundo momento, foi calculada uma perda potencial de 30% da amostra, razão pela qual foram buscados, em torno de 120 indivíduos no primeiro momento.

#### 4.7.2. Análises estatísticas

Os dados foram tabulados e analisados no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 13.0. O teste utilizado para analisar o SCID, que gerou variáveis categóricas, foi a Regressão Logística e, para analisar o WHOQOL, que gerou variáveis métricas, foi a Regressão Linear. Como referência teórica para estas análises foi buscada a obra de Johnson e Wichern (1998). Em todas estas análises, houve controle para sexo, idade, renda, escolaridade e estado civil.

#### 4.8. Variáveis e desfechos

Tabela 4. Variáveis Independentes

Escala	Dimensões
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ITC-R-140</li> </ul>	Busca de Novidades (BN) Esquiva ao Dano (ED) Dependência de Gratificação (DG) Persistência (P) Auto-direcionamento (AD) Cooperatividade (C) Auto –Transcendência (AT)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O-LIFE-R</li> </ul>	Experiências Incomuns (EI) Anedonia Introversa (AI) Desorganização Cognitiva (DC) Não-conformidade Impulsiva (NI)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DUREL – P</li> <li>- Religiosidade Organizacional (RO)</li> <li>- Religiosidade Não-Organizacional ou Religiosidade</li> </ul>	RO Baixa ou Alta  RNO Baixa ou Alta  RI Baixa ou Alta

Privada (RNO)  - Religiosidade Intrínseca (RI)	
--	--

Tabela 5. Variáveis Dependentes

Escalas	Variáveis
• SCID I	Presença de qualquer Transtorno Mental atual
	Presença de Transtornos Depressivos e de Ansiedade
	Presença de Transtorno Psicótico
	Presença de Transtornos do Uso de Substâncias Psicoativas
	Presença de Transtorno Bipolar
• WHOQOL	Físico Psicológico Social Ambiental

#### 4.8.1. Variáveis de confusão:

Todas as análises controlaram para variáveis sociodemográficas: sexo, idade, renda, escolaridade e estado civil.

#### 4.9. Resultados esperados (T0 e T1):

Tabela 6. Resultados e desfechos esperados (T0)

Resultados	Desfechos
<p>Características de Personalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa Evitação de Danos;</li> <li>• Alto Autodirecionamento;</li> <li>• Alta Cooperatividade;</li> <li>• Alta Experiências Incomuns;</li> <li>• Baixa Desorganização Cognitiva; Anedonia Introversa e Desconformidade Impulsiva;</li> </ul>	<p>Diagnóstico SCID – I:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos transtornos mentais</li> <li>• Ausência de Transtorno Psicótico</li> <li>• Ausência de Transtorno Bipolar</li> </ul> <p>Qualidade de Vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior qualidade de vida social e psicológica</li> </ul>
<p>Características de Personalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta Evitação de Danos;</li> <li>• Baixo Autodirecionamento;</li> <li>• Baixa Cooperatividade;</li> <li>• Alta Auto-Transcendência;</li> <li>• Alta Experiências Incomuns;</li> <li>• Alta Desorganização Cognitiva;</li> <li>• Alta Anedonia Introversa;</li> <li>• Alta Não-conformidade Impulsiva;</li> </ul>	<p>Diagnóstico SCID – I:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de qualquer Transtorno Mental atual</li> <li>• Presença de Transtornos Depressivos e de Ansiedade</li> <li>• Presença de Transtorno Psicótico;</li> <li>• Presença de Transtorno Bipolar</li> </ul> <p>Qualidade de Vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor qualidade de vida social e psicológica;</li> </ul>
<p>Características de Religiosidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Altas RNO e RI</li> </ul>	<p>Diagnóstico SCID – I:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos transtornos mentais</li> <li>• Ausência de Transtorno Psicótico</li> <li>• Ausência de Transtorno Bipolar</li> </ul> <p>Qualidade de Vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior qualidade de vida social e psicológica</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta RO e baixas RNO e RI</li> </ul>	<p>Diagnóstico SCID – I:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de qualquer Transtorno Mental atual</li> <li>• Presença de Transtornos Depressivos e de Ansiedade</li> <li>• Presença de Transtorno</li> </ul>

	<p>Psicótico;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de Transtorno Bipolar</li> </ul> <p>Qualidade de Vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor qualidade de vida social e psicológica;</li> </ul>
--	--

Tabela 7. Resultados e desfechos esperados (T1)

<b>Resultados</b>	<b>Desfechos</b>
<p>Características de Personalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa Evitação de Danos;</li> <li>• Alto Autodirecionamento;</li> <li>• Alta Cooperatividade;</li> <li>• Alta Experiências Incomuns;</li> <li>• Baixa Desorganização Cognitiva; Anedonia Introvertida e Desconformidade Impulsiva;</li> </ul>	<p>Qualidade de Vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior qualidade de vida social e psicológica</li> </ul>
<p>Características de Personalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta Evitação de Danos;</li> <li>• Baixo Autodirecionamento;</li> <li>• Baixa Cooperatividade;</li> <li>• Alta Auto-Transcendência;</li> <li>• Alta Experiências Incomuns;</li> <li>• Alta Desorganização Cognitiva;</li> <li>• Alta Anedonia Introvertida; Alta Não-conformidade Impulsiva;</li> </ul>	<p>Qualidade de Vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor qualidade de vida social e psicológica;</li> </ul>
<p>Características de Religiosidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Altas RNO e RI</li> </ul>	<p>Qualidade de Vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior qualidade de vida social e psicológica</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto RO e baixas RNO e RI</li> </ul>	<p>Qualidade de Vida:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor qualidade de vida social e psicológica;</li> </ul>
--	---

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Características Descritivas da Amostra

Tabela 8. Variáveis sócio-demográficas (n=115)

<b>VARIÁVEL</b>	<b>%</b>
<b>Média de idade</b>	38,8 (DP 12,5)
<b><i>Gênero</i></b>	
Mulheres	<b>70,4%</b>
<b><i>Grau de Instrução</i></b>	
Ensino Fundamental (completo e incompleto)	9,6%
Ensino Médio (completo e incompleto)	35,7%
Ensino Superior (completo e incompleto)	<b>39,1%</b>
Pós-graduação	<b>16,2%</b>
<b><i>Estado Civil</i></b>	
Solteiros	40%
Casados/União Estável	<b>44,3%</b>
Separados/divorciados	13,9%
Viúvos	1,7%

---

***Com quem mora***

Com cônjuge ou companheiro (a)	40%
Com pais	33%
Sozinho	13,9%
Com filhos	10,4%
Com irmãos	1,7%

***Situação Ocupacional***

Empregados	<b>58,7%</b>
Estudantes	17,2%
Do lar	8,6%
Desempregados	6,0%
Aposentados	9,4%

***Renda Individual***

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

---

DP: desvio padrão

Como se pode observar na tabela 8, essa amostra foi composta em sua maioria por mulheres, com média de idade de 39 anos. Mais da metade da amostra (55,3%) com nível superior e 16% com pós-graduação. Os sujeitos estavam casados ou com união estável (44%), em sua maioria, embora também houvesse uma porcentagem alta daqueles que se declararam solteiros (40%). Cinquenta e dois por cento (58,7%) estavam empregados, e a renda ficou igualmente distribuída entre aqueles que não recebiam salário (30%), os que ganhavam até 3 salários mínimos (33%) e os que recebiam até 10 salários mínimos (34%).

Tabela 9. Perfil Religioso da amostra (N=115)

<b>RELIGIÃO</b>	<b>%</b>
Espírita	<b>58,9%</b>
Católico	20,5%
Umbandista/Afro-brasileiro	7,6%
Protestante/Evangélico	<b>0%</b>
Sem religião	3,5%
Outra	4,2%
2ª. Religião	15,2%

Tabela 10. Níveis de envolvimento religioso da amostra (N=115)

<b>DUREL-P</b>	<b>M (DP)</b>	<b>% - Alta*</b>
RO	4,5 (1,2)	77,6%
RNO	4,8 (1,0)	91,4%
RI	12,9 (2,2)	81,0%

\*M=Média, DP=Desvio Padrão. RO=Religiosidade Organizacional, RNO=Religiosidade Não-Organizacional, RI = Religiosidade Intrínseca (RI). RO Alta = alta frequência à igreja ou templo religioso; RNO Alta = alta frequência de atividades religiosas individuais; RI Alta = crenças religiosas vivenciadas profundamente em sua vida.

A grande maioria da amostra declarou ser da religião Espírita (58,9%), não havendo ninguém que se declarasse da religião protestante/evangélica. Além disso, na tabela 10, observa-se que alta Religiosidade Não-Organizacional (RNO) ou Privada apresentou um índice de 91,4% na amostra. O que significa que a grande maioria dos sujeitos referiu uma alta frequência de atividades religiosas individuais, como rezar, meditar e leitura de textos sagrados.

Tabela 11. Características de Temperamento e Caráter (N=115).

<b>ITC-R-140 (Temperamento e caráter)</b>	<b>M (DP)</b>
Busca de Novidade (BN)	57.55 (9.86)
Esquiva de Danos (ED)	61.71 (12.59)
Dependência de Gratificação (DG)	68,85 (11,72)
Persistência (P)	66,57 (12,91)
Autodirecionamento (AD)	68,25 (13,08)
Cooperatividade (C)	77,01 (11,28)
Auto-transcendência (AT)	56,28 (11,39)

M= Média, DP=Desvio Padrão

A tabela 11 mostra as características de média e desvio padrão de cada dimensão de personalidade. As médias mais altas foram de C (77,01), seguida de DG (68,85) e de AD (68,25). As médias de AT foram as mais baixas da amostra (56,28).

Tabela 12 – Prevalência de Transtornos Mentais na amostra (N=115).

<b>Transtornos Mentais (SCID I)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Transtorno Depressivo (passado)	59	51,3%
Transtorno Depressivo (atual)	32	27,8%
Transtorno Distímico (atual)	5	4,3%
Transtorno de Ansiedade Generalizada (atual)	63	54,8%
Transtorno do Pânico (atual)	30	26,1%
Transtorno de Fobia Específica (atual)	29	25,2%
Transtorno de Fobia Social (atual)	20	17,4%
Transtorno Obsessivo Compulsivo (atual)	13	11,3%
Algum Transtorno de Ansiedade (atual)	<b>84</b>	<b>73%</b>
Transtorno Bipolar (atual)	12	10,4%
Transtorno Psicótico (atual)	8	7%
Transtorno Relativo a Substâncias (atual)	6	5,2%
Qualquer Transtorno (atual)	<b>107</b>	<b>93%</b>

A Tabela 12 mostra a presença de transtornos mentais do Eixo I do DSM-IV-TR (2003) na amostra, de acordo com a entrevista do SCID I (FIRST et.al., 2002). Como se

pode ver, 93% da amostra apresentou ao menos um transtorno mental (“Qualquer Transtorno”). Contudo, houve menos prevalência de Transtorno Psicótico (7%) e Bipolar (10,4%), em relação ao total da amostra. A maioria dos sujeitos fechou critérios diagnósticos para Transtorno de Ansiedade Generalizada (54,8%) e Transtorno Depressivo (passado) (51,3%), sendo que 73% dos participantes apresentaram “Algum Transtorno de Ansiedade” (73%).

Tabela 13. Dimensões de Esquizotipia na amostra (O-Life-R; N=115).

<b>O-LIFE-R</b>	<b>M (DP)*</b>
Experiências Incomuns (EI)	7,20 (2,79)
Desorganização Cognitiva (DC)	5,66 (3,02)
Anedonia Introversa (AI)	2,64 (1,64)
Não-Conformidade Impulsiva (NI)	3,76 (2,21)

Entre as dimensões de esquizotipia, EI (ou EAs) teve a maior média (7,20) e AI obteve a menor (2,64).

Tabela 14. Qualidade de Vida em seus quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental. T0 (N=115) T1 (N=90)

<b>WHOQOL</b>	<b>Dados Tempo 0 (DP)</b>	<b>Dados Tempo 1 (DP)</b>
Físico	67,13 (18,25)	58,00 (11,14)
Psicológico	61,15 (19,39)	61,58 (15,11)
Social	63,41 (24,07)	65,84 (20,90)
Ambiental	63,89 (15,05)	64,11 (15,42)

Aparentemente, parece ter havido uma diferença mais substancial apenas em QV Física no T0 e no T1.

## 5.2. Resultados das Correlações entre as variáveis dependentes e independentes

Tabela 15. Relações entre as dimensões de Esquizotipia e TMs (SCID I).

O-LIFE	SCID I	B	OR (IC 95%)	p
EI	Qualquer Transt	0,523	1,688 (0,703-4,050)	0,241
	T. Depr e Ansiosos	0,111	1,118 (0,890-1,403)	0,338
	T. Psicótico	0,257	1,293 (0,820-2,038)	0,269
	T. Bipolar	-0,297	0,743 (0,468-1,179)	0,207
DC	Qualquer Transt	1,211	3,358 (0,245-45,958)	0,364
	T. Depr e Ansiosos	0,221	1,247 (0,981-1,585)	0,071
	T. Psicótico	-0,276	0,759 (0,475-1,212)	0,248
	T. Bipolar	-0,115	0,891 (0,544-1,461)	0,649
AI	Qualquer Transt	4,769	117,788 (0,029-471608,7)	0,260
	T. Depr e Ansiosos	0,094	1,099 (0,706-1,710)	0,676
	<b>T. Psicótico</b>	<b>1,232</b>	<b>3,427 (1,096-10,711)</b>	<b>0,034</b>
	Bipolar	0,591	0,554 (0,250-1,227)	0,146
NI	Qualquer Transt	3,109	22,401 (0,221-2265,665)	0,187
	T. Depr e Ansiosos	0,269	1,308 (0,892-1,918)	0,168
	T. Psicótico	-0,475	0,622 (0,264-1,466)	0,278
	<b>T. Bipolar</b>	<b>1,058</b>	<b>2,880 (1,377-6,021)</b>	<b>0,005</b>

(EI - Experiências Incomuns; DC - Desorganização Cognitiva; AI - Anedonia Introvertida; NI - Não-Conformidade Impulsiva) (O-Life-R)

Teste: regressão logística. As correlações estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) estão destacadas em negrito.

Como se pode observar, houve correlação positiva e significativa entre Anedonia Introvertida e Transtorno Psicótico; observa-se que quanto maior o escore de AI a chance de desenvolver um Transtorno Psicótico aumenta em 242,7%. Um dado significativo.

Além disso, Não-Conformidade Impulsiva também apresentou uma correlação positiva e significativa com Transtorno Bipolar. Quanto maior o escore de NI tem-se 188% a mais de chance de desenvolver um Transtorno Bipolar.

Tabela 16. Relações entre as dimensões de Esquizotipia (O-Life-R) e Qualidade de Vida (WHOQOL-bref).

O-LIFE-R	WHOQOL Bref	B	Beta Padronizado	p
EI	Físico	-0,732	-0,111	0,300
	Psicológico	-0,822	-0,118	0,204
	Social	-0,468	-0,055	0,608
	Ambiental	-1,000	-0,187	0,078
DC	Físico	-1,176	-0,195	0,084
	<b>Psicológico</b>	<b>-1,612</b>	<b>-0,251</b>	<b>0,010</b>
	Ambiental	-0,745	-0,151	0,170
	Social	-1,229	-0,156	0,162
AI	<b>Físico</b>	<b>-2,041</b>	<b>-0,184</b>	<b>0,046</b>
	<b>Psicológico</b>	<b>-2,729</b>	<b>-0,231</b>	<b>0,004</b>
	<b>Social</b>	<b>-3,665</b>	<b>-0,191</b>	<b>0,006</b>
	<b>Ambiental</b>	<b>-2,212</b>	<b>-0,245</b>	<b>0,007</b>
NI	Físico	-0,817	-0,098	0,366
	<b>Psicológico</b>	<b>-2,310</b>	<b>-0,261</b>	<b>0,006</b>
	Social	-2,067	-0,191	0,079
	Ambiental	-0,894	-0,132	0,217

(EI - Experiências Incomuns; DC - Desorganização Cognitiva; AI - Anedonia Introversa; NI - Não-Conformidade Impulsiva) (O-Life-R)

Teste: regressão linear. As correlações estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) estão destacadas em negrito.

Com exceção da dimensão de EI, todos os demais fatores da esquizotipia se correlacionaram negativamente com pelo menos uma dimensão de QV. Ou seja, quanto

maiores estes fatores de esquizotipia, menor a QV. Maiores níveis de AI se correlacionaram com piores níveis de todas as dimensões de QV.

Tabela 17. Relações entre Personalidade (ITC-R) e Transtornos Mentais (SCID I).

ITC-R	SCID I	B	OR (IC 95%)	p
Busca de Novidade	Qualquer Transt	-0,039	0,962 (0,782-1,184)	0,713
	T. Depr e Ansiosos	-0,015	0,985 (0,913-1,063)	0,697
	T. Psicótico	-0,051	0,951 (0,782-1,155)	0,609
	<b>T. Bipolar</b>	<b>0,320</b>	<b>1,378 (1,021-1,859)</b>	<b>0,036</b>
Esquiva de Danos	Qualquer Transt	0,120	1,128 (0,970-1,311)	0,117
	T. Depr e Ansiosos	0,050	1,052 (0,989-1,119)	0,110
	T. Psicótico	0,000	1,000 (0,886-1,129)	0,997
	T. Bipolar	0,121	1,129 91,005-1,451)	0,116
Dependência de Gratificação	Qualquer Transt	-0,056	0,945 (0,804-1,111)	0,496
	T. Depr e Ansiosos	-0,026	0,974 (0,910-1,043)	0,453
	T. Psicótico	-0,115	0,891 (0,766-1,038)	0,139
	<b>T. Bipolar</b>	<b>0,188</b>	<b>1,207 (1,005-1,451)</b>	<b>0,044</b>
Persistência	Qualquer Transt	0,111	1,118 (0,957-1,304)	0,159
	T. Depr e Ansiosos	-0,009	0,991 (0,932-1,053)	0,766
	T. Psicótico	-0,065	0,937 (0,823-1,066)	0,320
	T. Bipolar	0,071	1,074 (0,928-1,242)	0,339
Auto- direcionamento	Qualquer Transt	-0,117	0,889 (0,731-1,082)	0,241
	T. Depr e Ansiosos	-0,044	0,957 (0,891-1,028)	0,225
	T. Psicótico	0,038	1,039 (0,858-1,257)	0,697
	T. Bipolar	0,143	1,154 (0,989-1,346)	0,068
Cooperativi dade	Qualquer Transt	-0,095	0,909 (0,738-1,120)	0,370
	T. Depr e Ansiosos	0,011	1,011 (0,928-1,102)	0,794
	T. Psicótico	-0,006	0,994 (0,842-1,173)	0,941
	T. Bipolar	-0,136	0,873 (0,738-1,032)	0,111
Auto- transcendência	Qualquer Transt	0,060	1,062 (0,945-1,193)	0,315
	T. Depr e Ansiosos	0,041	1,042 (0,982-1,106)	0,175
	T. Psicótico	0,114	1,121 (0,931-1,349)	0,227

	T. Bipolar	0,140	1,151 (0,964-1,374)	0,120
--	------------	-------	---------------------	-------

Teste: regressão logística. As correlações estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) estão destacadas em negrito.

Houve correlação positiva e significativa de BN e de DG com Transtorno Bipolar.

Tabela 18. Relações entre Personalidade (ITC-R) e Qualidade de Vida (WHOQOL-bref).

ITC-R	WHOQOL	B	Beta Padronizado	p
Busca de Novidade	Físico	-0,139	-0,075	0,467
	Psicológico	-0,203	-0,103	0,255
	Social	0,049	0,020	0,848
	Ambiental	-0,134	-0,087	0,406
Esquiva de Danos	<b>Físico</b>	<b>-0,396</b>	<b>-0,275</b>	<b>0,017</b>
	<b>Psicológico</b>	<b>-0,317</b>	<b>-0,206</b>	<b>0,040</b>
	Social	-0,222	-0,116	0,312
	Ambiental	-0,271	-0,227	0,052
Dependência de Gratificação	Físico	-0,037	-0,024	0,821
	Psicológico	-0,159	-0,096	0,302
	Social	0,197	-0,108	0,372
	Ambiental	-0,070	-0,055	0,612
Persistência	Físico	0,196	0,140	0,196
	Psicológico	-0,012	-0,008	0,932
	Social	-0,201	-0,108	0,321
	Ambiental	0,042	0,037	0,738
Auto- direcionamento	Físico	0,163	0,117	0,358
	<b>Psicológico</b>	<b>0,694</b>	<b>0,468</b>	<b>0,000</b>
	<b>Social</b>	<b>0,582</b>	<b>0,317</b>	<b>0,015</b>
	Ambiental	0,261	0,227	0,083
Cooperatividade	Físico	0,310	0,193	0,118
	Psicológico	0,229	0,133	0,213
	<b>Social</b>	<b>0,572</b>	<b>0,268</b>	<b>0,032</b>
	Ambiental	0,300	0,225	0,073

Auto-transcendência	Físico	0,052	0,032	0,759
	Psicológico	0,111	0,709	0,480
	Social	0,065	0,031	0,774
	Ambiental	-0,129	-0,098	0,364

Teste: regressão linear. As correlações estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) estão destacadas em negrito.

Esquiva de Danos e QV Física apresentaram correlações significativas e inversas, ou seja, quanto maior o escore de ED, menor a QV Física. Autodirecionamento apresentou correlações positivas e significativas com QV Psicológica e QV Social. Isto é, quanto mais AD, mais QV Psicológica e QV Social. Além disso, Cooperatividade correlacionou-se positiva e significativamente com QV Social ou quanto mais C, mais QV Social.

Tabela 19. Relações entre as dimensões de Religiosidade (DUREL-P) e TMs (SCID I).

DUREL-P	SCID I	B	OR (IC 95%)	p
RO	Qualquer Transt	0,855	2,352 (0,402-13,770)	0,343
	T. Depr e Ansiosos	0,779	2,179 (0,709-6,699)	0,174
	T. Psicótico	-1,468	0,230 (0,029-1,819)	0,164
	T. Bipolar	0,646	1,909 (0,323-11,268)	0,476
RNO	Qualquer Transt	-1,186	0,305 (0,013-7,451)	0,467
	T. Depr e Ansiosos	0,458	1,581 (0,320-7,821)	0,574
	T. Psicótico	-0,882	1,133 (1,011-1,270)	0,547
	T. Bipolar	0,244	1,276 (0,112-14,559)	0,844
RI	Qualquer Transt	0,616	1,852 (0,329-10,408)	0,484
	T. Depr e Ansiosos	0,088	1,092 (0,301-3,959)	0,894
	T. Psicótico	0,410	1,1506 (0,098-23,141)	0,769
	T. Bipolar	-0,855	0,425 (0,070-2,595)	0,354

(RO - Religiosidade Organizacional, RNO - Religiosidade Não-Organizacional, RNO e RI - Religiosidade Intrínseca)

Teste: regressão linear.

Não houve nenhuma correlação significativa entre perfis de Religiosidade (RO, RNO e RI) e presença ou ausência de TMs (SCID – I).

Tabela 20. Relações entre as dimensões de Religiosidade (DUREL-P) e Qualidade de Vida (WHOQOL-bref).

DUREL-P	WHOQOL	B	Beta Padronizado	p
RO	Físico	5,690	0,131	0,160
	Psicológico	3,217	0,070	0,461
	<b>Social</b>	<b>11,248</b>	<b>0,197</b>	<b>0,038</b>
	Ambiental	1,040	0,029	0,762
RNO	Físico	3,829	0,060	0,536
	Psicológico	-3,366	-0,049	0,612
	Social	15,797	0,187	0,056
	Ambiental	1,771	0,033	0,735
RI	Físico	7,494	0,163	0,097
	Psicológico	7,914	0,162	0,103
	<b>Social</b>	<b>14,962</b>	<b>0,247</b>	<b>0,013</b>
	Ambiental	2,227	0,059	0,563

(RO - Religiosidade Organizacional, RNO - Religiosidade Não-Organizacional, RNO e RI - Religiosidade Intrínseca)

Teste: regressão logística. As correlações estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) estão destacadas em negrito.

Na tabela 20, a Religiosidade Organizacional e a Intrínseca se correlacionaram positiva e significativamente com QV Social. Assim, pode-se dizer que quanto mais RO e RI, maior a QV Social da amostra.

### 5.3. Resultados do seguimento longitudinal de um ano

Tabela 21. Relações entre as dimensões de Esquizotipia (O-Life-R) (T0) e Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) (T1).

O-LIFE-R (T0)	WHOQOL Bref (T1)	B	Beta Padronizado	p
EI	Físico	0,675	0,173	0,245
	Psicológico	0,149	0,028	0,829
	Social	-1,274	-0,177	0,212
	Ambiental	0,511	0,095	0,483
DC	Físico	-0,944	-0,259	0,089
	<b>Psicológico</b>	<b>-1,655</b>	<b>-0,340</b>	<b>0,011</b>
	Social	-1,178	-0,176	0,214
	<b>Ambiental</b>	<b>-1,610</b>	<b>-0,321</b>	<b>0,019</b>
AI	Físico	-1,156	-0,150	0,117
	Psicológico	-1,173	-0,113	0,249
	Social	-2,069	-0,145	0,169
	<b>Ambiental</b>	<b>-2,276</b>	<b>-0,214</b>	<b>0,036</b>
NI	Físico	-0,143	-0,028	0,851
	Psicológico	-0,155	-0,023	0,864
	Social	-0,494	-0,053	0,712
	Ambiental	-0,486	-0,069	0,612

(EI - Experiências Incomuns; DC - Desorganização Cognitiva; AI - Anedonia Introvertida; NI - Não-Conformidade Impulsiva) (O-Life-R)

Teste: regressão logística. As correlações estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) estão destacadas em negrito.

Houve correlação significativa e inversa entre Desorganização Cognitiva e QV Psicológica e QV Ambiental. Assim sendo, quanto maior o escore de DC no T0, menores QV Psicológica e QV Ambiental no Tempo 1 (um ano depois).

Além disso, também houve correlação significativa e inversa entre Anedonia Introversa e QV Ambiental, ou quanto maior o escore de AI no T0, menor a QV Ambiental, no T1.

Tabela 22. Relações entre Personalidade (ITC-R) (T0) e Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) no Tempo 1.

ITC-R (T0)	WHOQOL (T1)	B	Beta Padronizado	p
Busca de Novidade	Físico	-0,174	-0,154	0,297
	Psicológico	-0,043	-0,028	0,825
	Social	-0,173	-0,082	0,558
	Ambiental	-0,159	-0,102	0,451
Esquiva de Danos	<b>Físico</b>	<b>-0,263</b>	<b>-0,301</b>	<b>0,045</b>
	Psicológico	-0,259	-0,219	0,092
	Social	-0,163	-0,099	0,480
	Ambiental	-0,276	-0,228	0,094
Dependência de Gratificação	Físico	0,045	0,040	0,752
	Psicológico	-0,233	-0,152	0,172
	Social	0,268	0,126	0,297
	Ambiental	0,165	0,105	0,365
Persistência	Físico	-0,059	-0,067	0,623
	Psicológico	-0,207	-0,171	0,150
	Social	-0,389	-0,232	0,074
	Ambiental	0,078	0,063	0,612
Auto direcionamento	Físico	0,158	0,195	0,272
	<b>Psicológico</b>	<b>0,452</b>	<b>0,411</b>	<b>0,009</b>
	<b>Social</b>	<b>0,595</b>	<b>0,391</b>	<b>0,022</b>
	Ambiental	0,221	0,197	0,227
Cooperatividade	Físico	-0,164	-0,137	0,338
	Psicológico	-0,136	-0,084	0,501
	Social	0,037	0,016	0,905
	Ambiental	0,070	0,042	0,746

Auto transcendência	Físico	0,085	0,087	0,515
	Psicológico	0,119	0,096	0,437
	Social	0,012	0,007	0,958
	Ambiental	-0,050	-0,037	0,762

Teste: regressão logística. As correlações estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) estão destacadas em negrito.

Houve correlação significativa e inversa entre Esquiva de Danos e QV Física. Quanto maior o escore de ED no T0, menor a QV Física no T1.

Por outro lado, Autodirecionamento apresentou correlações positivas e significativas com QV Psicológica e QV Social. Quanto mais AD no T0, mais QV Psicológica e QV Social no T1.

Tabela 23. Relações entre dimensões de Religiosidade (DUREL – P) (T0) e Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) (T1).

<b>DUREL-P (T0)</b>	<b>WHOQOL (T1)</b>	<b>B</b>	<b>Beta Padronizado</b>	<b>p</b>
RO	Físico	-0,235	-0,009	0,933
	Psicológico	-4,483	-0,130	0,203
	Social	-3,432	-0,072	0,517
	Ambiental	-1,969	-0,056	0,600
RNO	Físico	-4,295	-0,103	0,355
	Psicológico	1,019	0,018	0,862
	Social	10,420	0,134	0,234
	Ambiental	2,860	0,050	0,646
RI	Físico	0,597	0,021	0,854
	Psicológico	-0,297	-0,008	0,942
	Social	-0,564	-0,011	0,927
	Ambiental	0,635	0,016	0,883

(RO - Religiosidade Organizacional, RNO - Religiosidade Não-Organizacional, RNO e RI - Religiosidade Intrínseca)

Teste: regressão logística. As correlações estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) estão destacadas em negrito.

Não houve nenhuma correlação significativa entre dimensões de Religiosidade (RO, RNO e RI) no Tempo 0 e Qualidade de Vida no Tempo 1.

## **6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Essa pesquisa buscou promover o entendimento sobre as chamadas Experiências Anômalas (EAs), ressignificadas em contexto de R/E, bem como encontrar critérios e ferramentas úteis para a realização de um diagnóstico diferencial entre EAs e TMs. A população estudada não caracterizou uma “amostra de conveniência”, e foi selecionada para que pudesse representar o universo de sujeitos que apresentam EAs e que buscam recursos religiosos para enfrentar problemas emocionais e para compreender as próprias EAs. Para tanto, a população que busca ajuda e orientação em Centros Espíritas era ideal porque nos parecia um bom recorte de um grupo específico da população brasileira.

### **6.1. Resultados Descritivos**

### 6.1.1. Características Sociodemográficas

Os sujeitos desse estudo eram, em sua maioria, mulheres (70,4%), com alto nível de instrução (55,3% com nível superior e 16% com pós-graduação), casados (44%) e empregados (58,7%), com rendas distribuídas entre os que não recebiam salário (30%), os que ganhavam até 3 salários mínimos (33%) e os que recebiam até 10 salários mínimos (34%).

O estudo feito com pessoas que estavam realizando cursos sobre espiritismo (NEGRO JÚNIOR, 1999), também encontrou um percentual alto de mulheres (76,8%). Assim como a pesquisa de Almeida (2004), onde a maioria também era do sexo feminino (75%). Segundo Zingrone (1994) há uma predominância das mulheres entre os médiuns ligados ao Espiritualismo e Espiritismo.

A média de idade dos participantes dessa pesquisa (38,8 anos DP 12,5) é mais baixa do que aquelas observadas nos estudos de Negro Júnior (1999), de 49 anos (DP 14) e de Almeida (2004) (48,7 anos DP 10,7). Uma possível explicação para isso, é que a população desses estudos seja um desenvolvimento posterior assumido por parte dos que buscam auxílio em centros espíritas: frequentar seus cursos e depois atuar como médium.

Além disso, com exceção da baixa renda, o perfil sociodemográfico se assemelha bastante ao da população espírita brasileira e de outros estudos com médiuns no Brasil (NEGRO JÚNIOR; PALLADINO-NEGRO; LOUZÃ, 2002; ALMEIDA, 2004; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; GREYSON, 2007; MOREIRA-ALMEIDA et.al., 2008).

Com relação às taxas de atividade remunerada desta amostra de 58,7%, observamos que equivalem às da população brasileira (IPEA, 2012) e estão acima das de pacientes

em serviço de saúde mental (PELISOLI; MOREIRA, 2005; CARVALHO et.al., 2010; PAULA, 2011).

Além disso, é importante comparar nossa amostra, com estudos sobre busca de ajuda em serviços de Atenção Primária em Saúde. O Consórcio Internacional em Epidemiologia Psiquiátrica (CIEP) da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000), observou um padrão de atrasos que ocorre no mundo todo, com relação à primeira busca de ajuda em episódios únicos de problemas mentais. De acordo com o CIEP, há evidências de que os casos mais severos possuem maior probabilidade de receber tratamento do que os casos menos severos, embora a grande maioria não receba tratamento psiquiátrico algum (WHO, 2000).

Uma revisão sistemática observou os caminhos que os pacientes no Primeiro Episódio de Psicose (PEP) buscam em relação aos cuidados em saúde mental. Para tanto, os autores analisaram 30 estudos realizados em diferentes países da Europa, Ásia, América do Norte e África. Os resultados mostraram que, em geral, os profissionais procurados num primeiro momento são médicos (ANDERSON; FUHRER; MALLA, 2010).

No entanto, o contato com profissionais “não-médicos” possui um papel importante na psicose inicial, fazendo a ligação entre familiares de pacientes e serviços psiquiátricos. O estudo também chama a atenção para o fato de que os pacientes tendem a relatar menos os contatos com serviços “não-médicos”, como conselheiros ou organizações religiosas, possivelmente por perceberem que contatos informais não oferecem o mesmo status no caminho da busca por ajuda em saúde mental (ANDERSON; FUHRER; MALLA, 2010).

Nesse sentido, nossa amostra é caracterizada por buscadores de ajuda que não estavam na APS, mas em organizações religiosas (R/E). Portanto é preciso saber quais as semelhanças e diferenças em relação às pessoas que procuraram ajuda em APS, o que, no Brasil ocorre através dos chamados Programas de Saúde da Família (PSF).

Três estudos investigaram pacientes em PSFs, nas cidades de Santa Cruz do Sul/RS (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008); em dois distritos da cidade de São Paulo (MARAGNO et.al., 2006) e no município de João Pessoa/PA (ANDRADE et.al., 2009). Como em nossa amostra, nos três estudos há maioria de mulheres, com estado civil casado.

Nos dois primeiros (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008; MARAGNO et.al., 2006) a idade dos participantes era entre 30 e 40 anos. No estudo realizado em João Pessoa/PA (ANDRADE et.al., 2009), os sujeitos tinham, em sua maioria entre 40 e 65 anos de idade. Com relação ao nível de escolaridade, no PSF de Santa Cruz do Sul/RS, 62,9% dos sujeitos possuíam primeiro grau incompleto (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008); em São Paulo, 30% dos sujeitos tinham até a 8ª. série do 1º. grau e outros 30%, até o 3º. ano do 2º. grau (MARAGNO et.al., 2006); em João Pessoa 63% tinham ensino fundamental incompleto (ANDRADE et.al., 2009).

Quando comparada às características dos sujeitos que buscaram ajuda na Atenção Primária (PSFs) de diferentes locais do país, nossa amostra parece se diferenciar, sobretudo em relação à escolaridade. Observamos que 71,3% dos sujeitos desse estudo tinham nível superior completo, sendo que, desses, 16% com pós-graduação. Tal resultado está de acordo com o estudo de Almeida (2004), onde 46,5% dos médiums estudados apresentavam ensino superior, sendo que 11,4% tinham pós-graduação. Além disso, os dados do Censo de 2010 mostram que a população espírita tem os melhores

indicadores de educação (IBGE, 2010). De acordo com o Censo, 31,5% dos espíritas possuem nível superior completo, sendo também a população que apresenta os menores percentuais de pessoas sem instrução (IBGE, 2010).

Por tudo isso, é provável que os sujeitos da amostra estivessem mais próximos das características sociodemográficas observadas nos adeptos do Espiritismo. A seguir serão analisadas as demais características descritivas da mostra estudada.

### **6.1.2. Perfil Religioso**

Com relação às características de religiosidade da amostra (tab. 9), era esperado que a grande maioria afirmasse ser da religião Espírita, como ocorreu. Mas, por outro lado, mais de 40% dos que buscaram ajuda nos centros espíritas não se declararam espíritas, mas de outras religiões, principalmente catolicismo, umbanda e religiões afro-brasileiras. Este pode ser entendido como um reflexo do sincretismo religioso da população brasileira (MOREIRA-ALMEIDA et.al., 2010) e do papel que os grupos espíritas têm no oferecimento de cuidados em saúde no Brasil (SCHUMANN; STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2011).

A ausência da religião Protestante poderia ser explicada por um maior distanciamento entre estas religiões no Brasil. O maior percentual de adeptos da Umbanda e das Religiões Afro-brasileiras faz sentido, pois se tratam das chamadas “religiões mediúnicas” no Brasil (Candomblé, Umbanda e Espiritismo) (ALMEIDA, 2007; BAIRRÃO; ROTTA, 2010). Elas costumam oferecer explicações religiosas para as EAs dentro de uma visão de mundo que, aparentemente, devolve sentido para a experiência vivida (ALMEIDA, 2007; BAIRRÃO; ROTTA, 2010). Na tabela abaixo (24) são apresentadas comparações entre a filiação religiosa observada nesse estudo e

dados de um levantamento nacional sobre religiosidade (MOREIRA-ALMEIDA et.al., 2010), bem como do Censo de 2010 (IBGE, 2010).

Tabela 24. Filiação religiosa entre os sujeitos com EAs do presente estudo (N=115), um Levantamento nacional sobre religiosidade (N=3.007)\* e o Censo de 2010\*\*.

<b>RELIGIÃO</b>	<b>Sujeitos com EAs</b>	<b>Levantamento Nacional</b>	<b>Censo 2010</b>
Espírita	58,9%	2,5%	2,0%
Católico	20,5%	67,9%	64,6%
Umbandista/Afro-brasileiro	7,6%	0,5%	0,3%
Protestante/Evangélico	0%	22,9%	22%
Sem religião	3,5%	5,0%	8,0%
Outra	4,2%	1,2%	-
2ª. Religião	15,2%	10,4%	-

\*MOREIRA-ALMEIDA et.al., 2010; \*\*IBGE, 2010.

Conforme se observa na tabela 25, os sujeitos da pesquisa parecem apresentar características de religiosidade mais próximas às de pacientes com TBH em Juiz de Fora – MG (STROPPA, 2010) do que com uma população não diagnosticada (LUCCHETTI et.al., 2012). Nossa amostra também apresentou um alto percentual de Religiosidade Não-Organizacional (RNO), comparada aos demais estudos. RNO ou Religiosidade Privada, segundo Koenig, King e Carson (2010), é o exercício individual da religiosidade, através da frequência da oração, meditação e leituras religiosas. Pode ser que a RNO esteja sendo usada como uma forma de *coping* R/E (PANZINI; BANDEIRA, 2005).

Tabela 25. Comparações das características de religiosidade entre os sujeitos com EAs presente estudo (N=115), uma população geral de baixa renda (N=383)\* e pacientes com diagnóstico de TBH (N=168)\*\*.

<b>RELIGIOSIDADE</b>	<b>Presente Estudo</b>	<b>População Geral baixa renda</b>	<b>Pacientes Bipolares</b>
RO	4,54 (1,2)	3,74 (1,5)	4.20 (1,5)
RNO	4,84 (1,0)	3.99 (1,5)	4,40 (1,5)
RI	12,94 (2,2)	13.24 (2,8)	12,44 (2,8)

\*LUCCHETTI et.al., 2012; \*\*STROPPA, 2010. (RO - Religiosidade Organizacional; RNO - Religiosidade Não-Organizacional; RI - Religiosidade Intrínseca).

Além disso, a presente amostra apresenta baixa religiosidade intrínseca se comparada a uma população de baixa renda em São Paulo (LUCCHETTI et.al., 2012); à amostra de Adventistas (SILVA et.al., 2012) e de idosos (DUARTE; WANDERLEY, 2011). Segundo Allport e Ross (1967), a religiosidade intrínseca descreve uma pessoa que coloca sua crença religiosa acima de tudo em sua vida, adequando sempre que possível, suas necessidades a ela. É possível que a população geral consiga integrar melhor sua religiosidade às suas ações e escolhas de vida, do que as pessoas que começam a apresentar EAs. Talvez, a fase de surgimento de experiências anômalas possa provocar alguns questionamentos relacionados à fé e às crenças mais íntimas dessas pessoas. De outra forma, os maiores níveis de RNO, religiosidade privada em nossa amostra poderia estar apontando um maior uso deste modo de *coping* religioso-espiritual (PANZINI; BANDEIRA, 2005) para lidar com as EAs.

Tabela 26. Comparativo sobre altos níveis das dimensões de religiosidade entre os sujeitos com EAs, do presente estudo (N=117), Adventistas (N=264)\* e idosos (N=30)\*\*.

<b>Dimensão de Religiosidade</b>	<b>Altos níveis de religiosidade</b>		
	<b>Presente estudo</b>	<b>Adventistas</b>	<b>Idosos</b>
RO	77,6%	89,8%	20%
RNO	91,4%	88,6%	60%

RI	81,0%	82,7%	85,3%
----	-------	-------	-------

\*SILVA et.al., 2012; \*\*DUARTE e WANDERLEY, 2011. (RO - Religiosidade Organizacional; RNO - Religiosidade Não-Organizacional; RI - Religiosidade Intrínseca). RO Alta = alta frequência à igreja ou templo religioso; RNO Alta = alta frequência de atividades religiosas individuais; RI Alta = crenças religiosas vivenciadas profundamente em sua vida.

### 6.1.3. Características de Personalidade

Compararemos nossos achados com os três estudos que identificamos que utilizaram o ITC- R (140) e também apresentaram seus escores médios (tab.27). O primeiro estudo investigou uma amostra da população geral, em uma cidade de Israel (n=1102) (CLONINGER; ZOHAR, 2011); o segundo, foi um estudo conduzido na Espanha, com 97 pacientes psiquiátricos internados (GUTIÉRREZ-ZOTES et.al., 2005). O terceiro, realizado na Austrália, com 214 médicos, clínicos gerais (ELEY; YOUNG; PRZYBECK, 2009).

No que tange às dimensões do ITC-R (140), os estudos apontam para uma configuração de personalidade onde as dimensões de temperamento e caráter interagem para indicar presença ou ausência de transtornos mentais. Sendo assim, um perfil de personalidade onde há alta Esquiva de Dano (ED), alta Auto-transcendência (AT) e baixo Autodirecionamento (AD), geralmente aparece em pacientes com Transtornos Psicóticos (HORI et.al., 2008; GONZALEZ-TORRES et.al., 2009; GUTIERREZ-ZOTES et.al., 2005).

Pode-se observar que os sujeitos que apresentaram EAs, parecem possuir médias mais baixas de ED e mais altas de AD e AT em comparação aos pacientes diagnosticados. No entanto, comparados com a população geral, a presente amostra sugere ter altas ED e AT e baixo AD. Isso parece indicar que os sujeitos com EAs podem estar entre a população geral e a população diagnosticada, quanto ao perfil de

personalidade e risco para desenvolver TMs. Logo, ao que tudo indica, a presente amostra parece não apresentar o mesmo perfil de personalidade que está associado à presença de TMs. Contudo, é provável que as pessoas com EAs se caracterizem enquanto uma “população de risco”, necessitando de possíveis cuidados em saúde mental.

Tabela 27. Comparações entre as médias do ITC – R, do presente estudo (N=115), a população geral de Israel (N=1102)\*, a amostra de médicos na Austrália (N=214)\*\* e pacientes diagnosticados na Espanha (N=107).

<b>ITC – R 140</b>	<b>Presente Estudo</b>	<b>População geral</b>	<b>Médicos</b>	<b>Pacientes diagnosticados</b>
<b>BN</b>	57.5 (9.8)	55.3 (7.0)	51,5 (7,38)	58.5 (12.2)
<b>ED</b>	61.7 (12.6)	52.7 (11.0)	53,9 (11,82)	66.13 (15.15)
<b>DG</b>	68,8 (11,7)	66.3 (8.9)	65,18 (9,7)	68.36 (11.71)
<b>P</b>	66,5 (12, 9)	66.2 (9.2)	71,0 (8,5)	62.88 (13.79)
<b>AD</b>	68,2 (13,0)	72.7 (10.7)	78,6 (9,2)	61.50 (15.18)
<b>C</b>	77,0 (11, 2)	75.9 (7.9)	80,8 (7,3)	76.17 (11.17)
<b>AT</b>	56,2 (11,3)	40.3 (10.7)	40,1 (10,8)	45.88 (15.45)

\*ZOHAR e CLONINGER, 2011; \*\*ELEY et.al., 2009; \*\*\*GUTIÉRREZ-ZOTES et.al., 2005. (BN – Busca por Novidade; ED – Evitação de Danos; DG – Dependência de Gratificação; P – Persistência; AD – Autodirecionamento; C – Cooperatividade; AT – Autotranscendência).

#### **6.1.4. Características de Qualidade de Vida**

As características de qualidade de vida podem ser observadas em comparação a outros três estudos. Esses estudos foram escolhidos por abrangerem populações clínicas e não-clínicas e analisarem QV através do WHOQOL-bref. O primeiro estudo foi feito com amostra da população geral de Porto Alegre - RS (CRUZ et.al., 2011); outro com indivíduos com o Primeiro Episódio de Psicose (PEP), na Austrália (COTTON et.al.,

2010) e o terceiro com pacientes com Esquizofrenia, em sua maioria há mais de 10 anos, na Espanha (MÁS-EXPÓSITO et.al., 2011). Com relação à QV psicológica e social, parece que nossa amostra se encontra novamente abaixo de uma população sem diagnóstico e acima de populações clínicas.

A pior QV psicológica e social de nossa amostra em relação à população geral (CRUZ et.al., 2011) poderia ser explicada pelo fato de que os indivíduos da amostra foram selecionados justamente por buscarem ajuda devido às EAs. Tal comportamento, provavelmente, reflete algum tipo de sofrimento psicológico e social decorrente da ansiedade em compreender mais adequadamente essas EAs (CARDEÑA; LYNN; KRIPPNER, 2000; ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2003; MENEZES JÚNIOR; ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2012). Vale destacar que alguns estudos apontam que a falta de um sistema cognitivo de crenças que ofereçam sentido às EAs está associada a mais sofrimentos e incapacitação (SCHOEFIELD; CLARIDGE, 2007; FRANK; FRANK, 1991).

Tabela 28. Comparações entre as médias de cada dimensão do WHOQOL – Bref, entre os sujeitos com EAs (N=115); a população geral (N=700)\*; indivíduos PEP (N=37)\*\* e pacientes com Esquizofrenia (N=219)\*\*\*.

<b>WHOQOL BREF</b>	<b>Presente Estudo (T0)</b>	<b>População Geral</b>	<b>PEP</b>	<b>Pacientes Esquizofrênicos</b>
Físico	67,13 (18,25)	58.9 (10.5)	67.8 (17.5)	13,25 (2,42)
Psicológico	61,15 (19,39)	65.9 (10.8)	59.1 (20.5)	12,18 (2,86)
Social	63,41 (24,07)	76.2 (18.8)	57.7 (26.6)	10,54 (3,26)
Ambiental	63,89 (15,05)	59.9(14.9)	65.4 (17.2)	13,24 (2,26)

\*CRUZ et.al., 2011; \*\*COTTON et.al., 2010; \*\*\*MÁS-EXPÓSITO et.al., 2011.

### 6.1.5. Prevalência de Transtornos Mentais

O Consórcio Internacional em Epidemiologia Psiquiátrica (CIEP) da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000), apresentou a prevalência de TMs em diferentes países. Entre os resultados mais importantes, o CIEP mostrou que os TMs são altamente prevalentes na maioria dos países ao redor do mundo. Além disso, também houve mais Transtornos de Ansiedade e de Humor entre mulheres, enquanto os homens apresentaram índices mais altos de Transtornos de Uso de Substâncias (WHO, 2000). Os percentuais mais altos da maioria dos transtornos foi observado entre pessoas de baixo status sócio-econômico (como renda, educação e emprego) (WHO, 2000).

Esses dados podem explicar a alta prevalência de Transtornos de Ansiedade em nossa amostra, já que foi caracterizada pela grande maioria de mulheres (70,4%). Além disso, alguns estudos realizaram levantamentos relativos à presença de qualquer transtorno mental em pacientes residentes em áreas de captação de unidades de Atenção Primária em Saúde (APS) (Tab. 29). No primeiro, Maragno et.al. (2006) relatam a ocorrência de 50% de casos de transtornos mentais não psicóticos em moradores sorteados de dois distritos da cidade de São Paulo. Em outro estudo, Gonçalves e Kapczinski (2008) avaliaram 754 moradores de Santa Cruz do Sul/RS, atendidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF), utilizando o SCID-IV-TR.

No PSF de Santa Cruz do Sul, os três diagnósticos mais comuns foram Transtorno Depressivo Maior (17,6%), Transtorno de Ansiedade Generalizada (11,5%) e Distímia (11,3%) (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008). No terceiro estudo Azevedo-Marques e Zuardi (2011) constataram uma prevalência de 38,3% de Transtornos Depressivos e de Ansiedade utilizando o SCID, em 120 usuários do PSF da cidade de Ribeirão Preto/SP. A tabela abaixo mostra os resultados obtidos por esses estudos, em comparação com a presente pesquisa.

Tabela 29. Comparação da prevalência de Ansiedade e Depressão do presente estudo (N=115), do estudo com moradores de São Paulo/SP (N=2.337)\*; do estudo de moradores de Santa Cruz/RS (N=1.222)\*\* e do estudo com moradores de João Pessoa/PE (N=2.470)\*\*\*.

<b>Transtornos Mentais (Ansiedade e Depressão)</b>	<b>Presente Estudo</b>	<b>PSF de São Paulo</b>	<b>PSF de Santa Cruz do Sul</b>	<b>PSF de Ribeirão Preto</b>
Percentuais	70,4%	50%	29,1%	38,3%

\*MARAGNO et.al., 2006; \*\*GONÇALVES e KAPCZINSKI, 2008; \*\*\*AZEVEDO-MARQUES e ZUARDI, 2011.

Os PSFs são programas que visam reorganizar o sistema de APS, integrando família e comunidades, com prioridade para as populações de risco, incluindo critérios biológicos e sócio-econômicos (MARAGNO, 2006). Observando a tabela 29, vemos que a prevalência de Transtornos de Ansiedade e Depressão do presente estudo, pode ser equiparada ao PSF que atende dois distritos da cidade de São Paulo. Ainda assim, os sujeitos com EAs apresentam um percentual bem mais elevado desses transtornos. De acordo com um estudo multicêntrico que avaliou morbidade psiquiátrica em áreas urbanas do Brasil (Brasília, São Paulo e Porto Alegre), ansiedade e fobias constituem os principais problemas de saúde mental da população urbana brasileira (ALMEIDA FILHO et.al., 1992).

Dados obtidos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) indicam uma amostra mais específica que recebe atendimentos secundários em saúde mental. Na tabela abaixo estão os dados comparativos sobre a prevalência de TMs em dois CAPS brasileiros: um do município de Santa Cruz do Sul/RS, onde foi feito o levantamento do perfil epidemiológico de 2470 usuários (PELISOLI; MOREIRA, 2005) e outro realizado em 3 unidades de CAPS da cidade de Iguatu/CE, através da análise de 143 prontuários.

Tabela 30. Prevalência de Transtornos Mentais no presente estudo (N=115), em CAPS de Santa Cruz do Sul (N=2470)\* e do Ceará (N=143)\*\*.

<b>Transtornos Mentais</b>	<b>Presente amostra</b>	<b>CAPS Santa Cruz</b>	<b>CAPS Ceará</b>
Transtorno Depressivo	27,8%	10,5%	59,4%
Transtorno de Ansiedade	54,8%	7,2%	11,9%
Transtorno Psicótico	7%	3,3%	11,2%
Transtorno Bipolar	10,4%	-	5,6%

\*PELISOLI; Moreira, 2005; \*\* CARVALHO et.al., 2010.

Os sujeitos da amostra têm indicadores de transtornos ansiosos superiores aos usuários dos três CAPS utilizados como comparação. Os dados epidemiológicos levantados indicam que a condição de saúde mental dos sujeitos da pesquisa se encontra em risco, necessitando atenção. Sofrimento diante das EAs foi relatado por 59,1% dos sujeitos do presente estudo e relacionado a este sofrimento, a ansiedade e a preocupação foram relatadas por 56,5%; a tristeza e a depressão por 36,5%; a angústia por 11,3% e a irritabilidade por 8,7%. Esses dados foram analisados detalhadamente no estudo de Menezes Júnior, Alminhana e Moreira-Almeida (no prelo).

Analisando os dados do presente estudo, podemos pensar se nossa amostra se caracteriza por indivíduos em seu PEP (primeiro episódio de psicose), que apresentam alta prevalência de ansiedade e depressão, justamente porque não estão recebendo atendimento adequado em saúde mental. Por outro lado, também encontramos tais características nas chamadas emergências espirituais (*spiritual emergency*) propostas por Grof e Grof (1988; 1989) e resignificadas por Wilber (1999b).

Por mais que a patologia esteja evidenciada, principalmente pela presença de Transtornos de Humor e Ansiedade, isso pode ser atenuado em função do treinamento/apoio recebido, e como consequência do ajustamento progressivo do indivíduo a uma tradição cultural e/ou R/E reguladora da suas EAs (NEGRO JUNIOR,

1999; ALMEIDA, 2004). No entanto, essa é uma hipótese a ser verificada. É necessário avaliar se isso ocorre na maioria ou na minoria dos casos de indivíduos que apresentam EAs.

Vemos que mesmo aqueles indivíduos que não apresentam EAs e psicopatologias mais graves podem acabar apresentando quadros de ansiedade e depressão. Isso pode ocorrer em decorrência da dificuldade de compreensão da própria experiência. Além disso, ressaltamos que a dificuldade em realizar diagnósticos diferenciais adequados, gerando condutas em saúde mental mais corretas, pode aumentar o sofrimento emocional (ansiedade e depressão) de pessoas com EAs não patológicas.

#### **6.1.6. Dimensões de Esquizotipia na amostra (O-Life-R)**

Os resultados da aplicação do O-LIFE-R na amostra da pesquisa foram comparados com os resultados obtidos por Mason et.al. (2005), utilizando a versão reduzida do O-LIFE em uma amostra inglesa de 928 pares de gêmeos da população geral, com uma média de idade de 47 anos. Como se pode ver na tabela 31, o presente estudo apresenta o dobro do índice de EI (EAs), comparado à amostra inglesa.

Além disso, DC parece também um pouco mais alta entre os sujeitos com EAs, embora AI e NI aparentemente não mostrem diferenças entre os estudos. Tais resultados podem indicar que nossa amostra seja caracterizada por uma alta prevalência de Esquizotipia Positiva, ou seja, altos índices de EI (EAs) e baixos índices de DC, AI e NI (HOLT; SIMMONDS-MOORE; MOORE, 2008; GOULDING, 2004; SUHR E SPITZNAGEL, 2001; WILLIAMS, 1994; RAWLINGS et.al., 2008).

Tabela 31. Comparações entre as médias do O-Life-R do presente estudo (N=120), com médias divididas entre homens e mulheres do estudo realizado com população geral inglesa (N=928)\*.

O-Life-R	Presente Estudo	Amostra inglesa (homens)	Amostra inglesa (mulheres)
EI	7,25 (2,74)	3,17 (2,92)	3,39 (2,92)
DC	5,67 (3,04)	4,28 (3,00)	4,44 (2,88)
AI	2,66 (1,64)	2,80 (2,16)	2,40 (1,98)
NI	3,76 (2,22)	2,70 (1,99)	2,59 (1,99)

\*MASON et.al. (2005). (EI - Experiências Incomuns; DC - Desorganização Cognitiva; AI - Anedonia Introversiva; NI - Não-Conformidade Impulsiva).

Os resultados do presente estudo também foram comparados com uma pesquisa que investigou Esquizotipia em 114 espiritualistas e 86 religiosos tradicionais, na Inglaterra (FARIAS; UNDERWOOD; CLARIDGE, 2012). Os sujeitos que apresentam EAs no presente estudo mostram médias de EI (EAs) próximas às dos Espiritualistas ingleses, as quais parecem ser bem mais altas se comparadas à EI (EAs) dos religiosos tradicionais ingleses. No entanto, a DC dos sujeitos com EAs é mais alta em comparação com a dos espiritualistas e dos religiosos tradicionais.

Uma provável explicação para a Desorganização Cognitiva mais alta entre as pessoas que apresentavam EAs do presente estudo, pode ser a relação entre altos escores em EI (EAs) e falta de uma rede de sentido, um *framework* cognitivo que possa “amortecer” (*buffer*) os efeitos potencialmente estressantes das EIs (EAs) (WILLIAMS; IRWIN, 1991; SCHOEFIELD; CLARIDGE, 2007). Embora nossa amostra tenha apresentado 58,9% de pessoas que afirmaram ser adeptos do espiritismo, o que constituiria uma rede de explicações R/E para suas EAs, nenhum deles estava realmente vinculado a uma instituição espírita. Assim, essas pessoas frequentavam os Centros Espíritas apenas para buscar ajuda pontual, mas sem assumir compromissos ou vínculos nesses locais.

Esse dado pode indicar duas possibilidades: a) que os sujeitos, por apresentarem DC mais alta, não conseguiam estabelecer vínculos ou até mesmo compreender adequadamente as explicações R/E oferecidas pelo Espiritismo em relação às EAs ou à mediunidade; b) que o estresse causado pelas EAs e a dificuldade para encontrar explicações para o que estavam vivenciando acabasse aumentando os níveis de DC dos sujeitos, assim dificultando sua aceitação de explicações R/E para suas EAs. Os dados colhidos no seguimento dessa amostra poderão apresentar algumas informações mais claras a respeito de tal relação.

Tabela 32. Comparações entre as médias do presente estudo (N=115), com as médias do estudo com espiritualistas (N=140) e religiosos tradicionais (N=86)\*.

<b>O-Life-R</b>	<b>Presente Estudo</b>	<b>Espiritualistas ingleses</b>	<b>Religiosos Tradicionais ingleses</b>
EI	7,25 (2,74)	6,90 (3,10)	3,58 (3,01)
DC	5,67 (3,04)	3,98 (3,09)	4,49 (3,18)
AI	2,66 (1,64)	3,00 (2,09)	2,90 (1,97)
NI	3,76 (2,22)	3,54 (2,20)	2,97 (2,13)

\*FARIAS et.al., 2012. (EI - Experiências Incomuns; DC - Desorganização Cognitiva; AI - Anedonia Introversiva; NI - Não-Conformidade Impulsiva)

## **6.2. Esquizotipia, Personalidade e Religiosidade em relação a Transtornos Mentais e Qualidade de Vida**

### **6.2.1. Experiências Incomuns podem não ser indicadores de TMs**

Os resultados encontrados nesse estudo mostraram que Anedonia Introversiva (AI) e Transtornos Psicóticos obtiveram uma correlação positiva e significativa. Esses dados estão de acordo com a literatura, onde a ausência ou superficialidade de afeto, características dessa dimensão de Esquizotipia, têm estado diretamente relacionado à

presença de processos patológicos e ao desenvolvimento de Esquizofrenia (GOULDING, 2004; NETTLE, 2006; HOLT; SIMMONDS-MOORE; MOORE, 2008; SCHOEFIELD; CLARIDGE, 2007).

No mesmo sentido, a correlação encontrada entre Não-Conformidade Impulsiva e presença de Transtorno Bipolar também foi positiva e significativa. Nesse caso, a teoria que fundamenta a dimensão de NI pode oferecer uma explicação para essa associação. Conforme a literatura observa, NI é estruturada sobre o 4º. Fator de Esquizotipia: comportamento associal, o qual representa “Psicoticismo” na escala de Hans Eysenck (McCREERY; CLARIDGE, 2002). As características desse fator são impulsividade, agressividade e comportamento imprudente (HOLT; SIMMONDS-MOORE; MOORE, 2008 e McCREERY; CLARIDGE, 2002). Assim, a fase maníaca do Transtorno Bipolar parece apresentar características semelhantes, segundo o DSM – IV – TR (2003) e a interpretação da entrevista padronizada (SCID I – FIRST et.al., 2002).

Dois estudos encontraram relações entre impulsividade e hipomania (SCHULDBERG, 1990; RICHARDSON; GARAVAN, 2010), mas um terceiro observou que a impulsividade não esteve substancialmente associada com a presença de sintomas de hipomania (BLECHERT; MEYER, 2005). Cada um desses estudos utilizou medidas diferentes tanto para impulsividade quanto para hipomania, o que torna difícil avaliar comparativamente seus resultados. Pode-se, então, propor que os resultados encontrados no presente estudo sugerem mais investigações sobre a relação entre a dimensão de NI, do O-Life e o Transtorno Bipolar.

Observamos que EI (EAs) não apresentou correlações significativas com nenhuma variável do SCID I. Isso chama a atenção porque nossa amostra apresentou altos índices dessa dimensão. Como vimos, altos escores de EI já eram esperados, desde

que a característica principal dos participantes desse estudo era a presença de EAs. Por esses motivos, podemos dizer que os dados sugerem que o fato de apresentar Experiências Incomuns ou Anômalas (EAs), parece não ser um critério indicador para a presença ou a ausência de TMs. Isso pode indicar que altos escores em EI (EAs) se associarão a TMs apenas quando o indivíduo apresentar alto escore em AI e NI. Mas, alta prevalência de EI (EAs), isoladamente, não parece ser um critério para a presença de TMs.

Tal informação corrobora com a literatura sobre Esquizotipia Positiva, especialmente sobre a chamada Esquizotipia Benigna, onde diversos estudos encontraram indicadores positivos de saúde em pessoas que apresentavam somente alta EI (EAs) entre as dimensões para esquizotipia (GOULDING, 2004; SCHOEFIELD; CLARIDGE, 2007; MCCREERY; CLARIDGE, 2002; WILLIAMS; IRWIN, 1991; KENNEDY; KANTHAMANI, 1995; PARRA, 2008; PARRA E PAUL, 2010; HERGOVICH; SCHOTT; ARENDASY, 2008; YUNG et.al., 2006; FARIAS; UNDERWOOD; CLARIDGE, 2012).

### **6.2.2. Alta Experiências Incomuns não está relacionado à pior QV**

Esse estudo apontou inúmeras correlações entre as dimensões de esquizotipia e qualidade de vida. Inicialmente, podemos ver a correlação inversa e significativa entre Desorganização Cognitiva e QV Psicológica. Tal associação significa que quanto maior a DC de um sujeito, menor QV Psicológica ele terá. Assim sendo, vê-se que DC está fundamentada no 2º. Fator ou traço da esquizotipia, o qual é associado à ansiedade e diz respeito a falhas cognitivas, problemas na forma e no curso dos pensamentos, bem como à ansiedade social.

Desse modo, é provável que os indivíduos com tais características, não apresentem bem-estar psicológico. Lembrando que a QV Psicológica é mensurada justamente pela presença de sintomas de ansiedade e depressão (sentimentos negativos) e também pela análise de habilidades cognitivas de raciocínio, aprendizagem, memória e concentração (FLECK, 2000). Por esses motivos, as relações entre Desorganização Cognitiva e baixa QV Psicológica eram esperadas entre os desfechos dessa pesquisa.

Além disso, AI obteve correlações negativas e inversas com todas as dimensões de qualidade de vida. Essa relação parece complementar à observada anteriormente, onde AI associou-se positivamente à presença de Transtorno Psicótico. Assim sendo, segundo tais resultados, observa-se que a dimensão de Anedonia Introversa é aquela que acarreta piores prognósticos e prejuízos emocionais e sociais importantes.

A correlação inversa e significativa entre Não-Conformidade Impulsiva e QV Psicológica também foi outro resultado presente nesse estudo. Pode-se observar que, da mesma forma que ocorreu com AI, a forte associação positiva entre NI e Transtorno Bipolar, parece mostrar seu impacto na redução do bem-estar psicológico dos sujeitos.

Por fim, novamente houve ausência de correlações significativas entre EI e QV. Como foi mencionado anteriormente, ao que tudo indica, é possível que a presença de alta EI (EAs) (como observada em nossa amostra), isoladamente, não possa servir como um parâmetro para o diagnóstico de TMs. Em outras palavras, como ter alta EI (EAs) não esteve associado a pior QV, pode significar que apresentar experiências incomuns, por si só, não seja patológico.

### **6.2.3. Autotranscendência pode não indicar presença de TMs.**

As dimensões de Personalidade que apresentaram correlações significativas com o SCID I, foram apenas Busca por Novidade e Dependência de Gratificação. Ambas

estiveram fortemente associadas à presença de Transtorno Bipolar, sendo que alta BN aumentou em 37,8% a chance de um indivíduo apresentar esse transtorno. Alta Dependência de Gratificação, por sua vez, está associada a 12,9% mais chance de desenvolver Transtorno Bipolar. Como se sabe, BN é descrita como parte do Sistema Comportamental de Ativação e suas principais características são: tendência hereditária a iniciar atividades exploratórias, impulsividade e extravagância ao entrar em contato com estímulos de recompensa (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993; CLONINGER, 1994 e 2004).

Por outro lado, Dependência de Recompensa é caracterizada por sentimentalidade, apego social e dependência da aprovação dos outros (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993; CLONINGER, 1994). Desse modo, vemos que, de acordo com Cloninger, Svrakic e Svrakic (1997), altos percentuais de DR e de BN descrevem indivíduos com personalidades impulsivas e sensíveis, o que parece estar ligado ao quadro de sintomas do Transtorno Bipolar, tipo II (Depressão e Hipomania). Os estudos encontrados identificaram as dimensões de caráter e suas associações com transtornos do humor, mas pouco foi encontrado em relação às dimensões de temperamento (CLONINGER; SVRAKIC; SVRAKIC, 1997; CLONINGER; BAYON; SVRAKIC, 1998). No entanto, parece não haver dúvidas quanto aos traços ligados à impulsividade (BN) e à sentimentalidade (DG) do TBH, já observados desde Kraepelin (STROPPA, 2010; CLONINGER; BAYON; SVRAKIC, 1998; AKISKAL, 1995).

Foi possível observar a ausência de correlações significativas entre Autodirecionamento, Autotranscendência e TMs, embora comparativamente os percentuais de AT tenham sido elevados em relação aos outros estudos que também utilizaram a versão reduzida e revisada do ITC (Tabela 27) (CLONINGER; ZOHAR, 2011; ELEY; YOUNG; PRZYBECK, 2009; GUTIÉRREZ-ZOTES et.al., 2005). Isso

pode indicar duas possibilidades: a) que os sujeitos, apesar de pontuarem alto em AT, tiveram níveis razoáveis de AD, o que controlou a associação entre AT e presença de TMs; b) a presença de alta AT, sozinha, pode não ser um indicador para psicopatologia.

Os estudos sobre o tema têm mostrado que o perfil de personalidade que está ligado à Esquizofrenia, por exemplo, mostra, ao mesmo tempo, baixo AD e alta AT (HORI et.al., 2008; GONZALEZ-TORRES et.al., 2009; Gutierrez-Zotes et.al., 2005). Outros estudos mostram que alta AT está ligada à maturidade de caráter (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993; CLONINGER; SVRAKIC; SVRAKIC, 1997; CLONINGER, 2004). Em nosso estudo ambos os achados apresentados pela literatura foram verificados.

#### **6.2.4. Autodirecionamento e bem-estar psicológico e social**

O Inventário de Temperamento e Caráter apresentou um número maior de correlações com Qualidade de Vida, do que com Transtornos Mentais. Segundo Cloninger e Zohar (2011), sabemos muito sobre as relações entre psicopatologia e personalidade, mas bem pouco sobre as relações entre personalidade e saúde, especialmente enquanto bem-estar físico, mental e social. Cloninger (2004) também afirma que quando se interessou por investigar felicidade e bem-estar, seus colegas julgaram que estivesse se afastando do campo de estudos da Psicologia, enquanto ciência de rigor. Contudo, o autor argumenta que mesmo estudantes de medicina aprendem como é o funcionamento de um corpo saudável, para depois compreender as doenças. No entanto, a psicologia e a psiquiatria parecem negligenciar o estudo da saúde e bem-estar mentais (CLONINGER, 2004).

Assim sendo, podemos observar os resultados do estudo, que mostraram as correlações significativas entre as dimensões de Esquiva de Danos e menor QV Física; Autodirecionamento e maiores QV Psicológica e Social e Cooperatividade e maior QV

Social. Esquiva de Danos apresentou uma correlação inversa e significativa com QV Física. Como se sabe, ED faz parte do Sistema Comportamental de inibição e suas principais características são preocupação antecipatória pessimismo, medo, incerteza, timidez e rápida fatigabilidade (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993; CLONINGER, 1994 e 2004). Por outro lado, QV Física mede, entre outras coisas, fadiga, capacidade de mobilidade, atividades da vida cotidiana e capacidade para o trabalho (FLECK, 2000).

Dessa forma, podemos pensar que uma pessoa com alta ED, apresentando altos níveis de ansiedade (CLONINGER; SVRAKIC; SVRAKIC, 1997), pode encontrar maior dificuldades para sair de casa ou para trabalhar e funcionar adequadamente em relação às atividades cotidianas. Não por acaso, alta ED aparece em inúmeros estudos como um marcador biológico importante para a presença de Transtornos Psicóticos, de personalidade e de humor (BAYON et.al., 1996; BORA; VEZNEDAROGLU, 2007; DANELUZZO; STRATTA; ROSSI, 2005; GONZALEZ-TORRES et.al., 2009; SMITH; RILEY; PETERS, 2009; SVRAKIC et.al, 2002; HORI et.al., 2007). Pode ser que a Esquiva de danos em níveis altos atue na dificuldade de sair de casa e nos graves prejuízos ocupacionais, observados nos pacientes com Esquizofrenia.

Além disso, vemos que, conforme esperado, Autodirecionamento esteve associado positiva e significativamente a QV Psicológica e Social, mostrando a associação mais significativa encontrada em todo o estudo. Sendo assim, vemos que quanto mais Autodirecionada uma pessoa for, maior será seu bem-estar psicológico. Lembrando que AD é a primeira dimensão do caráter, no Modelo Psicobiológico desenvolvido por Cloninger, Svrakic e Przybeck (1993), estando relacionado à aprendizagem baseada em *insight* (conceitual) e à memória semântica. Isso significa que AD é uma característica desenvolvida ao longo da história de vida, e está relacionada à

capacidade de se adaptar e se reorganizar em experiências que exijam respostas imediatas (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993).

Nesse Modelo, Autodirecionamento é compreendido como a maturação do auto-conceito associado à autonomia (o quanto uma pessoa é capaz de se ver como um indivíduo autônomo), à capacidade de assumir responsabilidade pelos próprios atos, admitir seus erros e aceitar a si mesmo da forma que se é (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993). Indivíduos Autodirecionados apresentam noção de identidade, conseguem adiar gratificações para atingir suas metas e buscam superar desafios. Tais características estão profundamente ligadas ao bem-estar psicológico e ao afeto positivo (CLONINGER, 2004).

Tais achados reforçam a hipótese lançada pelo presente estudo, em relação à maturidade do caráter, essencialmente ligada à responsabilidade, resolução, autonomia (AD). Sendo assim, AD seria o fator diferencial para que uma pessoa que apresente EAs possa desenvolver qualidade de vida psicológica. Além disso, como também observamos correlações significativas e positivas entre AD e QV social, podemos pensar que quanto mais Autodirecionada uma pessoa for, ainda que ela apresente EAs, ela tende a ter mais qualidade em suas relações pessoais, a perceber mais suporte social e a ter mais chance de desenvolver relacionamentos duradouros.

A QV social relacionada à AD, parece se confirmar também nas correlações encontradas entre C de e QV Social. As duas variáveis mostraram associações positivas e significativas, sugerindo que pessoas que apresentam EAs podem ter sucesso em suas relações pessoais quando são cooperativas, capazes de identificar-se e de aceitar outras pessoas, sendo tolerantes, empáticas, solícitas e compassivas (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993).

Para compreender melhor essas relações entre personalidade e qualidade de vida (bem-estar subjetivo), é importante observar o estudo desenvolvido por Cloninger e Zohar (2011). Os autores investigaram personalidade e a percepção de saúde e de felicidade em 1102 voluntários (população não-clínica) em Israel. Os participantes preencheram escalas de Afeto Positivo e Negativo, de Satisfação com a Vida, de Suporte Social Percebido e de Saúde Geral, além do ITC.

Os resultados mostraram que Autodirecionamento esteve fortemente associado com todos os aspectos e medidas de bem-estar e de saúde e que isso era indiferentemente das outras dimensões de Caráter (CLONINGER; ZOHAR, 2011). Por outro lado, Cooperatividade correlacionou-se fortemente com Suporte social percebido, mas, ainda assim, as configurações de personalidade que mostravam alta C e baixo AD resultavam em piores índices de saúde e de afeto positivo.

Esses resultados oferecem esclarecimento para o presente estudo, pois vemos que o Autodirecionamento ainda é a medida mais relevante no que diz respeito ao impacto no bem-estar subjetivo. Assim sendo, podemos concluir que as pessoas que apresentam EAs e são cooperativas (C) e possuem autonomia e capacidade de assumir responsabilidade (AD) tendem a ter melhor QV nas dimensões sociais e psicológicas.

#### **6.2.5. Religiosidade e bem-estar nas relações sociais**

Esse estudo também observou correlações positivas e significativas entre os perfis de religiosidade da amostra e sua qualidade de vida: RO e RI estiveram associadas com QV Social.

Assim sendo, observamos que ambas RO e RI, quando altas, indicam maior bem-estar nas relações sociais. Logo, parece que indivíduos que experimentam EAs podem se beneficiar da religiosidade, seja ela organizacional ou intrínseca. Uma possível

explicação pode ser que essas pessoas encontram na religião um ponto de apoio para o que estão vivenciando. Em outras palavras, no meio religioso, as pessoas com EAs podem encontrar “pares” ou outras pessoas que vivenciam algo semelhante ao que elas experimentam. A fé e as explicações religiosas para suas EAs, também as levam a buscar contextos sociais-religiosos, que oferecem um sentido para suas EAs.

Como vimos anteriormente, Schoefield e Claridge (2007) desenvolveram um estudo com pessoas que apresentavam experiências paranormais e referiram pertencer a uma religião, tendo um sistema de crenças, um *framework* cognitivo. Estes sujeitos relataram mais experiências paranormais “agradáveis” (SCHOEFIELD; CLARIDGE, 2007). Assim sendo, não por acaso as pessoas do presente estudo, com EAs, foram escolhidas justamente em um contexto religioso (R/E). A relação entre RO e RI e alta QV social, parece nos mostrar objetivamente o que observamos qualitativa e fenomenologicamente, em nossas saídas a campo.

Observamos pessoas que buscavam suporte social, traduzido no encontro com outras pessoas que as ouviam e que ofereciam uma rede de sentido e de apoio para o que elas estavam vivenciando. Assim sendo, RO e RI estão equiparadas, no caso desses indivíduos com EAs, posto que eles parecem necessitar tanto da organização religiosa, quanto do *framework* cognitivo oferecido por ela, para não se sentirem isolados em suas percepções incomuns.

Além do que, essa associação (RO, RI com QV Social), também aponta para o aspecto saudável da experiência e da ausência de TMs graves (como o psicótico). Isso porque o embotamento afetivo e a anedonia, os quais são marcadores de grave desajuste social e funcional, não correspondem à busca em estabelecer parcerias e relações sociais para compreender suas EAs.

Assim sendo, como diz Gordon Claridge (2010) em seu capítulo intitulado “*Spiritual Experience: Healthy Psychoticism?*” (“Experiência Espiritual: Psicoticismo Saudável?”), as experiências e crenças espirituais são fenomenologicamente semelhantes à visão de mundo psicótica. Contudo, não podemos optar por explicações extremistas, como concluir que a religião é apenas uma forma de loucura ou decidir que pessoas diagnosticadas como psicóticos são “visionários incompreendidos”.

A compreensão do papel que a busca religiosa (R/E) possui na vida de pessoas com experiências incomuns (EAs) é essencial para o diagnóstico diferencial entre EAs e TMs, bem como para o desenvolvimento de futuras pesquisas sobre o tema.

### **6.3. Esquizotipia, Personalidade e Religiosidade em relação à Qualidade de Vida no seguimento (T1).**

As medidas de Personalidade, Esquizotipia e Religiosidade encontradas nas análises dos dados da primeira coleta, no chamado Tempo 0, foram comparadas aos resultados da segunda coleta, realizada um ano depois no Tempo 1. Os resultados do cruzamento entre as variáveis preditoras (T0) com os desfechos, um ano depois (T1), foram analisados no intuito de observar se as mesmas associações ocorreriam no seguimento de 1 ano. Além disso, o intuito seria verificar quais variáveis estariam apontando para a maior qualidade de vida de cada pessoa. Por fim, o objetivo maior da realização dessa coorte foi identificar critérios que poderiam ser utilizados pelos profissionais da saúde mental para auxiliá-los no diagnóstico diferencial entre EAs e TMs, bem como para a realização de prognósticos mais fundamentados e para a escolha de condutas mais adequadas.

#### **6.3.1. Autodirecionamento e melhor QV psicológica e social, T1.**

Como se pôde observar, alguns resultados encontrados nas análises do T0 foram repetidos no T1, mas outros não. No que tange às relações entre Esquizotipia e Qualidade de Vida, foram encontradas correlações inversas e significativas entre Desorganização Cognitiva e QV Psicológica. Como verificamos, parece que a DC é um importante preditor para o bem-estar psicológico, no que diz respeito a um indivíduo que apresenta EAs. Em outras palavras, a presença de falhas cognitivas, problemas na forma e no curso dos pensamentos e ansiedade social parecem relacionar-se a pior QV Psicológica, um ano depois.

Importante ressaltar que o 1º. Fator da Esquizotipia – Experiências Incomuns (EAs) – não obteve correlações significativas com ambas as variáveis de desfecho no T0 (QV e presença de TM) ou com a QV no T1. Ainda não temos uma explicação para esse dado, mas o que podemos sugerir é que, sendo assim, pode ser que a simples presença de EI (EAs) não seja uma característica decisiva para o diagnóstico diferencial entre EAs e TMs. De modo inverso, é provável que apresentar altos escores em DC e AI sejam indicadores mais consistentes para um prognóstico ruim relacionado à saúde mental do indivíduo.

No T0, AI apresentou correlações inversas e significativas com todas as dimensões de QV. Já no T1, AI obteve correlações significativas e inversas apenas com QV Ambiental. No WHOQOL, QV Ambiental avalia a medida em que a pessoa percebe-se como tendo segurança, proteção, recursos financeiros adequados às suas necessidades, disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde, lazer, transporte e ambiente sem poluição, barulho e clima ruim. Nesse sentido, podemos supor que pessoas com altos escores em AI, um ano depois, apresentem maiores prejuízos na qualidade percebida do ambiente em que vivem.

É provável que a ausência de prazer nas relações interpessoais, observada como característica fundamental de AI apareça de forma mais concreta na percepção de mal-estar no ambiente em que a pessoa vive. Podemos nos questionar se a alta AI, ao longo do tempo, acaba dessensibilizando o indivíduo no que tange à percepção de suas necessidades emocionais, sociais e até físicas. Estando a questão do contexto onde vive e dos recursos que seu ambiente oferece para suprir suas necessidades, enquanto aquilo que ele é capaz de perceber como insuficiente.

Ainda assim, podemos sugerir que uma pessoa que apresenta EAs e que possui alta Desorganização Cognitiva e Anedonia Introversa possui maiores chances de apresentar pior qualidade de vida, um ano depois. E, como o mesmo não foi observado em relação a EI (EAs), também sugerimos que esse fator não seja indicador de pior ou de melhor prognóstico para a saúde mental do indivíduo. Assim sendo, nos parece que apresentar experiências e crenças incomuns (EAs) ou mesmo experiências alucinatórias e delirantes, poderá indicar um prognóstico ruim caso venha acompanhado de DC e/ou de AI. Como insistimos anteriormente, por si só, não pode ser indicativo de presença de transtorno mental ou de pior qualidade de vida.

As análises do seguimento e, novamente, a ausência de associações significativas entre alta EI (EAs) e pior QV, corroboram com diversos estudos que apresentam amostras de pessoas que possuem experiências paranormais, experiências e crenças religiosas, mas que não possuem os aspectos negativos da esquizotipia (GOULDLING, 2004; SCHOEFIELD E CLARIDGE, 2007; McCREERY; CLARIDGE, 2002; WILLIAMS; IRWIN, 1991; KENNEDY; KANTHAMANI, 1995; PARRA, 2008; PARRA; PAUL, 2010; HERGOVICH; SCHOTT; ARENDASY, 2008; YUNG et.al., 2006; FARIAS; UNDERWOOD; CLARIDGE, 2012). Tais indivíduos,

assim como os participantes do presente estudo, mostram, ao contrário, níveis de bem-estar, afeto positivo e níveis adequados de apego.

### **6.3.2. Autodirecionamento: principal critério prognóstico de bem-estar psicológico e social**

Os resultados encontrados no Tempo 0, que mostraram correlações significativas entre alta Esquiva de Danos e menor QV Física; alto Autodirecionamento e maiores QV Psicológica e QV Social, permaneceram como significativos nas análises entre T0 e T1. Apenas Cooperatividade não obteve associações significativas na relação entre T0 e QV Social, no T1.

Dessa forma, de acordo com os resultados, observamos a importância das variáveis de personalidade ED e AD na previsão do bem-estar subjetivo e da qualidade de vida física, psicológica e social dos sujeitos que possuem EAs. Importante lembrar que essas dimensões no ITC mostram associações com presença ou ausência de transtornos mentais em todos os estudos conhecidos sobre o assunto (BAYON et.al., 1996; BORA; VEZNEDAROGLU, 2007; DANELUZZO; STRATTA; ROSSI, 2005; GONZALEZ-TORRES et.al., 2009; SMITH; RILEY; PETERS, 2009; SVRAKIC et.al.,2002; HORI et.al., 2008). Em outras palavras, alta Evitação de Danos e baixo Autodirecionamento apresentam correlações significativas com desfecho de pior saúde mental e presença de Esquizofrenia e de Transtornos de Humor em todos os estudos encontrados na revisão de literatura dessa pesquisa (BAYON et.al., 1996; BORA; VEZNEDAROGLU, 2007; DANELUZZO; STRATTA; ROSSI, 2005; GONZALEZ-TORRES et.al., 2009; SMITH; RILEY; PETERS, 2009; SVRAKIC et.al.,2002; HORI et.al., 2008). AD esteve diretamente relacionado com bem-estar percebido e com felicidade, no estudo desenvolvido por Cloninger e Zohar (2011).

Os dados dessa pesquisa parecem confirmar as associações encontradas em outros estudos, agora em uma amostra de indivíduos que apresentavam diversas EAs. Isso reforça a hipótese central desse estudo, evidenciando a importância da análise da personalidade desses indivíduos para que se possa realizar um diagnóstico diferencial entre uma experiência saudável e outra não saudável.

Um ano depois, o Autodirecionamento foi a dimensão de personalidade que mais fortemente conseguiu prever desfechos associados à qualidade de vida psicológica e social, em pessoas que experimentam EAs. Desse modo, podemos sugerir que o profissional da saúde mental que estiver lidando com pessoas que referem EAs realize uma análise da personalidade desse indivíduo. Para fazer um diagnóstico diferencial adequado e para estabelecer conduta e intervenções corretas, o profissional precisa observar se o indivíduo que apresenta EAs possui capacidade de assumir responsabilidade pelos seus atos (mesmo por seus erros), capacidade de auto-crítica, autonomia, noção de identidade, consegue adiar gratificações para atingir suas metas e busca superar seus desafios.

#### **6.4. Propensão à Psicose ou à Saúde?**

Ao reunirmos os achados encontrados por esta pesquisa, parece-nos haver uma inadequação entre as terminologias utilizadas para definir tanto “propensão à psicose”, quanto “Esquizotipia Feliz”. Frente a isso, podemos pensar numa pessoa que apresenta EAs e “Esquizotipia Positiva”, possuindo também fortes indicadores de saúde mental, tais como: bem-estar psicológico e social; capacidade de desenvolver autonomia, de assumir responsabilidade pelos próprios atos, de admitir seus erros e aceitar a si mesmo da forma que é; noção de identidade, capacidade de adiar gratificações para atingir suas

metas; busca de superação de desafios, capacidade para se relacionar com os outros, entre outros.

Nesse contexto, não seria adequado considerar uma pessoa com tais características de saúde mental como alguém “propenso à psicose”, à esquizotipia (ainda que “Feliz”) ou mesmo à esquizofrenia, baseado somente na informação de que exista a presença de experiências anômalas e crenças incomuns (EAs). Como citamos na revisão de literatura, segundo Moreira-Almeida e Cardeña (2011), as associações entre experiências espirituais ou anômalas (EAs) com níveis adequados ou até elevados de saúde mental e ajustamento social não parecem estar de acordo com a ideia de que tais experiências sejam necessariamente “sintomas menos graves” em um *continuum* da psicose.

Os resultados desse estudo também não corroboram com tal visão, tendo sido observado que a simples presença de EAs não pode ser necessariamente associada à psicopatologia ou à pior qualidade de vida. Até porque, pessoas com altos índices de EAs tendem a possuir bem-estar psicológico e social quando possuem altos níveis de Autodirecionamento. Como mostram diversos estudos, baixo AD é um dos mais importantes indicadores de transtornos psicóticos e de humor (BAYON et.al., 1996; GONZALEZ-TORRES et.al., 2009; SMITH; RILEY; PETERS, 2009). Ainda assim, seria adequado considerar uma pessoa autodirecionada como propensa à psicose, somente porque ela possui EAs? Não é o que as evidências têm sugerido (BAYON et.al., 1996; BORA; VEZNEDAROGLU, 2007; DANELUZZO; STRATTA; ROSSI, 2005; GONZALEZ-TORRES et.al., 2009; SMITH; RILEY; PETERS, 2009; SVRAKIC et.al.,2002; HORI et.al., 2008).

Por tudo isso, vale chamar a atenção para o caráter possivelmente pejorativo daqueles termos. Quando definimos um indivíduo como “Esquizotípico Feliz”, provavelmente estamos ignorando um importante indicador de saúde mental – a felicidade – e priorizando somente o fato de que esse indivíduo apresenta experiências e crenças anômalas (EAs), e com isso considerando-os “doentes”.

Apesar disso, não é possível ter certeza sobre a melhor maneira de compreender toda a gama de relações existentes entre psicose e EAs, bem como não há, ainda, uma nomenclatura adequada para abranger as características saudáveis das EAs. Contudo, teoricamente, é possível lançar três hipóteses para serem testadas em pesquisas futuras:

a) Existe uma propensão à psicose que poderia – ou não – evoluir, de acordo com a maturidade do caráter (Autodirecionamento);

b) O que se chama de propensão à psicose é na realidade um grupo heterogêneo, onde se encontram tanto as pessoas com real propensão à psicose quanto aquelas com experiências anômalas (EAs) que não estão relacionadas com possíveis quadros de psicose;

c) A terceira hipótese pode integrar as outras e ir além. O termo “propensão à psicose” nesse caso seria depreciativo, vilipendioso, já que indica “propensão à doença” e não à saúde. Assim, mesmo pessoas mentalmente saudáveis, seriam consideradas como “propensas à doença”, apenas por apresentarem EAs, as quais, sozinhas, não parecem apontar para presença de TMs.

Como foi visto, vários estudos que utilizam o Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter, indicam que alta AT (que descreve uma pessoa intuitiva, imaginativa e não-convencional) (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993), fornece uma medida quantitativa para os perfis de personalidade de indivíduos que

possuem pensamento divergente, encaminhando-os para a criatividade ou para a psicose, dependendo da maturidade ou da imaturidade das outras características do caráter (AD e C). Desse modo, os estudos têm apontado para o papel do AD, que definiria se uma pessoa com alta AT irá desenvolver-se de forma saudável ou psicótica (BAYON et.al., 1996; DANELUZZO; STRATTA; ROSSI, 2005; GUILLEM et.al., 2002).

Diante disso, essa terceira hipótese que oferece uma alternativa para o termo “propensão à psicose”, seria pensar se não haveria uma “propensão à Autotranscendência”. Esta sim estaria num *continuum* na população geral. Numa escala, poderíamos pensar que pessoas com pouca AT não apresentam risco para psicose, embora também desenvolvam dificuldades em relação às questões existenciais de suas vidas (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993; BAYON et.al., 1996). Em outro extremo estariam as pessoas com EAs, não psicóticas, mas também aquelas que apresentam alucinações de conteúdo paranóide, que podem ser confundidas com EAs (em contexto R/E ou não), embora sejam de cunho psicótico. Assim, dois indivíduos podem apresentar “tendência à Autotranscendência”, embora um deles, com maturidade de caráter, autodirecionado, seja capaz de integrar as EAs de forma saudável em sua vida; o outro, sem Autodirecionamento (ego frágil), possivelmente não consiga traduzir suas EAs de forma madura, as vivenciando enquanto experiências psicóticas. Além disso, esse indivíduo, ou um grupo social, pode(m) interpretar seus delírios desorganizados enquanto autênticas EAs, o que pode não ser factual.

Os estudos futuros poderão buscar mais evidências a fim de verificar essas hipóteses e direções de pesquisa.

## 7. CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos levantados por esse estudo, as conclusões foram as seguintes:

- ✓ As características de personalidade se constituem como um critério para o diagnóstico diferencial entre experiência anômala (EA) e transtorno mental (TM);
- ✓ O Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter e o instrumento ITC se constituem como ferramentas úteis para diferenciar experiências relacionadas à doença mental, de outras experiências não patológicas, saudáveis;

Associações encontradas entre dimensões de Esquizotipia e TMs:

- ✓ Experiências Incomuns não estiveram associadas a nenhum TM;
- ✓ Alta Anedonia Introversa está associada à presença de Transtorno Psicótico;
- ✓ Alta Não-Conformidade Impulsiva está associada à presença de Transtorno Bipolar;

Associações encontradas entre dimensões de personalidade e TMs:

- ✓ Altas Busca de Novidade e Dependência de Gratificação estão associadas à presença de Transtorno Bipolar;
- ✓ Autodirecionamento e Autotranscendência não estão associados à presença de nenhum TM;

Associações encontradas entre Religiosidade e TMs:

- ✓ Nenhuma dimensão de religiosidade está associada à presença de TMs;

Associações encontradas entre as dimensões de Esquizotipia e QV:

- ✓ Alta Experiências Incomuns não está relacionado à pior QV em T0 e T1;
- ✓ Alta Desorganização Cognitiva está associada à pior QV Psicológica em T0 e T1;
- ✓ Alta Anedonia Introversa está associada à piora em todos os domínios de QV (físico, psicológico, social e ambiental) em T0 e à pior QV física em T1;
- ✓ Altos escores em Não-Conformidade Impulsiva estão associados à pior QV psicológica;

Associações encontradas entre as dimensões de personalidade e QV:

- ✓ Altos escores na dimensão de Autodirecionamento estão associados à melhor qualidade de vida psicológica e social em T0 e em T1;
- ✓ Altos escores de Evitação de Danos estão associados à pior Qualidade de Vida Física em T0 e em T1;

Associações encontradas entre religiosidade e QV:

- ✓ Religiosidade Organizacional e Religiosidade Intrínseca estão associadas a melhor QV Social no T0.

### **Principais resultados:**

- ✓ Alta EI não esteve associada à presença de TMs e nem à pior QV;
- ✓ Alto Autodirecionamento foi o principal indicador de QV psicológica e social em T0 e T1.

### **7.1. Hipóteses confirmadas:**

- b) Altos escores na dimensão de AD (caráter – ITC) estão associados à melhor pontuação na qualidade de vida psicológica e social;
- g) Altos escores na dimensão de AD (Tempo 0) estão associados à melhor pontuação na qualidade de vida psicológica e social, do Tempo 1;

A hipótese f) foi parcialmente confirmada, pois RI esteve associada à melhor pontuação na qualidade de vida psicológica e social.

- f) Baixa RO e altas RNO e RI estão associadas à melhor pontuação na qualidade de vida psicológica e social;

### **7.2. Considerações finais**

As conclusões desse estudo sugerem que a análise das características de personalidade (temperamento e caráter) de um indivíduo que apresenta EAs pode servir como um critério importante para o diagnóstico diferencial entre uma experiência não

patológica e um transtorno mental. Além disso, a mera presença de EAs como medidas pela dimensão de Experiências Incomuns (O-Life-R) parece não implicar, necessariamente, em riscos para o desenvolvimento de transtornos mentais, a não ser quando acompanhado de altos níveis de Desorganização Cognitiva, Anedonia Introversa e Não-Conformidade Impulsiva. Pessoas com EAs, que são Autodirecionadas provavelmente não possuem indicadores para a presença de psicopatologias, principalmente se tiverem alta Cooperatividade. Entre indivíduos com EAs, Autodirecionamento parece ser o principal indicador de QV psicológica e social, prevendo resultados positivos associados a bem-estar, mesmo um ano depois.

Em pessoas com EAs, um perfil de personalidade parece estar associado à melhor qualidade de vida e à ausência de transtornos mentais graves (Psicótico e Bipolar): menores escores em DC, AI e NI; maiores escores em AD e C. A alta prevalência de transtornos de Ansiedade e Depressão encontrada em pessoas com EAs, provavelmente poderá ser reduzida com a maior compreensão desse tipo de experiências. Além disso, o treinamento de profissionais de saúde mental poderá aumentar o número de diagnósticos corretos, bem como de indicações mais adequadas de tratamento.

Finalmente, esse estudo sugere que futuras pesquisas possam investigar tanto os critérios diagnósticos para TMs quanto as terminologias utilizadas para se referir a EAs não patológicas. Os resultados apontam fortemente para a necessidade de rever os critérios estabelecidos pelas associações internacionais de saúde mental, particularmente dos manuais do CID e do DSM.

Encerro citando as palavras de Jung, em sua tese de doutoramento, defendida em 1902, mais de um século atrás, intitulada: “Sobre a psicologia e a patologia dos fenômenos ditos ocultos”:

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 [deboche]; 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.

## 8. REFERÊNCIAS

AGOSTINHO. **A Cidade de Deus**. 7ª ed. Trad. Oscar Paes Lemes. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002. Parte I.

AKISKAL, H.S. Toward a temperament-based approach to depression: implications for neurobiologic research. **Adv. Biochem. Psychopharmacol.**, v. 49, p.99 – 112, 1995.

ALLPORT, G.W. **Personalidade: padrões de desenvolvimento**. São Paulo: EPU, Editora da Universidade de São Paulo, 1974.

ALLPORT, G.W. **The individual and his religion**. New York : Macmillan, 1950.

ALLPORT, G.W., ROSS, J.M. Personal religious orientation and prejudice. **J. Pers. Soc. Psychol.**; v. 5, n. 4, p. 432–43, 1967.

ALMEIDA, A. A. S. **Uma fábrica de loucos: psiquiatria x espiritismo no Brasil (1900– 1950)**. 2007. 232 f. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, 2007.

ALMEIDA, A. M. **Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia dos médiuns espíritas**. 2004. 205 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

ALMEIDA, A. M.; LOTUFO NETO, F. Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. **Rev. Psiq. Clin.** 2003; 30, 21-28.

ALMEIDA, A.M; LOTUFO NETO, F. A mediunidade vista por alguns pioneiros da área da saúde mental. **Rev. Psiq. Clin.**, v. 31, p. 132–141, 2004.

ALMEIDA FILHO, N. *et.al.* Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Rev. ABP-APAL.**, v.14, n. 3, p. 93-104, jul.-set. 1992.

ALMINHANA, L.O.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Personalidade e religiosidade/espiritualidade R/E. **Rev. Psiq. Clín.**; v.36, n.4, p.153-61, 2009.

ALVARADO, C. et al. Perspectivas históricas da influência da mediunidade na construção de idéias psicológicas e psiquiátricas. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, supl 1, p. 42-53, 2007.

ALVES, R. **O enigma da religião**. Petrópolis, Vozes, 1975.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV: DSM IV**. Washington: APA, 1994.

ANDERSON, K.K.; FUHRER, R.; MALLA, A.K. The pathways to mental health care of first-episode psychosis patients: a systematic review. **Psychol. Med.**, v. 40, n. 10, p. 1585-97, Oct. 2010.

ANDRADE, F. B. *et al.* Saúde mental na atenção básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.62, n. 5, p. 675-680, set-out, 2009.

BAIRRÃO, J.F.M.; ROTTA, R.R. Mulheres médiuns e caboclas espirituais. **Arq. Bras. Psicol.**, v. 62, n. 2, p. 169-177, 2010.

BARSKY, A.J.; ORAV, E.J.; BATES, D.W. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. **Arch. Gen. Psychiatry.**, v. 62, p. 903-10, 2005.

BATEY, M.; FURNHAM, A. The relationship between measures of creativity and schizotypy. **Pers. Indivi. Differ.**, v. 45, p. 816-82, 2010.

BAYON, C. *et.al.* Dimensional Assessment of Personality in an Out-patient Sample: relations of the systems of Millon and Cloninger. **J. Psychiat. Res.** v. 30, n. 5, p. 341-352, 1996.

BEAUCHAINE, T.P.; LENZENWEGER, M.F.; WALLER, N.G. Schizotypy, taxometrics, and disconfirming theories in soft science. **Pers. Indivi. Differ.**, v. 44, p. 1652-1662, 2008.

BELL V.; HALLINGAN, P.W.; ELLIS, H.D. The Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS): A New Validated Measure of Anomalous Perceptual Experience. **Schizophr. Bull.**, v.32, n. 2, p. 366-377, 2006.

BENTALL, R.P. Hallucinatory Experiences. In: CARDEÑA, E.; LYNN, S.J.; KRIPPNER, S. (Ed). **Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence.** Washington DC: American Psychological Association, 2000.

BERRÍOS, G.E.; MARKOVÁ, I.S. Insight in the Psychoses: a conceptual history. In: AMADOR, X.F.; DAVID, A.S. **Insigth and Psychosis**. New York: Oxford University Press, 1998.

BLECHER, J.; MEYER, T.D. Are measures of hypomanic personality, impulsive nonconformity and rigidity predictors of bipolar symptoms? **Brit. J. Clin. Psychol.**, v. 44, p. 15-27, Mar, 2005.

BLOCH, K.V.; COUTINHO, E.S.F. Fundamentos da Pesquisa Epidemiológica. In: MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia**. 2ª. Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

BOBSIN, O. Fenômeno Religioso e suas linguagens: revisitando conceitos elementares. **Protestantismo em Revista**, São Leopoldo, v. 26, set-dez, 2011.

BOEKER, H. *et.al*. Executive dysfunction, self, and ego pathology in schizophrenia: an exploratory study of neuropsychology and personality. **Compr. Psychiat.**, v. 47, p. 7–19, 2006.

BORA, E.; VEZNEDAROGLU, B. Temperament and character dimensions of the relatives of schizophrenia patients and controls: The relationship between schizotypal features and personality. **Eur. Psychiat.**, v. 22, p. 27-31, 2007.

BPS - BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY (2011). **The BPS response to the American Psychiatric Association: DSM-5 development**. Disponível em: <http://apps.bps.org.uk/publicationfiles/consultation-responses/DSM-5%202011%20-%20BPS%20response.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2012.

CAMPBELL, J. **Myths to Live By**. San Anselmo: Joseph Campbell Foundation, 1972.

CARDEÑA E.; LYNN S.J.; KRIPPNER S. (Ed.). **Varieties of anomalous experience: examining the scientific evidence**. Washington: APA, 2000.

CAVANAUGH, W.T. The Invention of Fanatism. **Mod. Theol.**, v. 27, n. 2, p. 226-237, april, 2011.

CELIKEL, F.C. *et.al.* Cloninger's temperament and character dimensions of personality in patients with major depressive disorder. **Compr. Psychiat.**, v. 50, p. 556-561, 2009.

CLARIDGE, G. *et.al.* **The factor structure of 'schizotypal' traits: A large replication study**. Disponível em: [http://epublications.bond.edu.au/hss\\_pubs/66](http://epublications.bond.edu.au/hss_pubs/66). 1996. Acesso em 23 dez. 2012.

CLARIDGE, G. Spiritual Experience: Healthy Psychoticism? In: Clarke I (Ed). **Psychosis and Spirituality: Consolidating the New Paradigm**. Oxford: Willey-Blackwell. 2nd. ed. 2010.

CLARIDGE, G. (Ed). **Schizotypy: Implications for illness and health**. Oxford: Oxford University Press, 1997.

CLARIDGE, G. *et.al.* The factor structure of 'schizotypal' traits: A large replication study. **Brit. J. Clin. Psychol.**, v. 35, p. 103-115, 1996.

CLONINGER, C.R. **Feeling Good: The Science of Well-Being**. New York: Oxford University Press, 2004.

CLONINGER, C.R. Temperament and Personality. **Curr. Opin. Neurobiol.**, v. 4, p. 266-273, 1994.

CLONINGER, C.R. A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants: A Proposal. **Arch. Gen. Psychiatry.**, v. 44, n. 6, p. 573-588, 1987.

CLONINGER, C.R.; BAYON, C.; SVRAKIC, D.M. Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. **J. Affect. Disorders.**, v. 51, p. 21-32, 1998.

CLONINGER, C.R.; SVRAKIC, N.M.; SVRAKIC, D.M. Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. *Dev. Psychopathol.*, v. 9, p. 881-906, 1997.

CLONINGER, C.R.; SVRAKIC, D.M.; PRZYBECK, T.R. A psychobiological model of temperament and character. **Arch. Gen. Psychiatry.** v. 50, p. 975-990, 1993.

CLONINGER, C.R.; ZOHAR, A.H. Personality and the perception of health and happiness. **J. Affect. Disorders.** v. 128, p. 24-32, 2011.

COELI, C.M.; FAERSTEIN, E. Estudos de Coorte. In: MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia.** 2ª. Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

COLBERT, S.M.; PETERS, E.R.; GARETY, P.A. Delusions and belief flexibility in early psychosis. **Psychol. Psychother.**, v. 83, p. 45-57, 2010.

COTTON, S.M. *et.al.* Quality of life in patients who have remitted from their first episode of psychosis. **Schizophr. Res.**, v. 121, p. 259–265, 2010.

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

DALBEM, J.X.; DELL'AGLIO, D.D. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. **Arq. Bras. Psicol.**, v. 57, n. 1, p. 12-24, 2005.

DANELUZZO, E.; STRATTA, P.; ROSSI, A. The contribution of temperament and character to schizotypy multidimensionality. **Compr. Psychiat.**, v. 46, p. 50-55, 2005.

DAY, S.; PETERS, E. Incidence of schizotypy within new religious movements. **Pers. Indiv. Differ.**, v. 27, n. 1, p. 55-67, 1999.

DES JARLAIS, D.C.; LYLES, C.; CREPAZ, N.; TREND GROUP. Improving the Reporting Quality of Nonrandomized Evaluations of Behavioral and Public Health Interventions: The TREND Statement. **Am. J. Public. Health.**, v. 94, n. 3, p. 361-366, Março, 2004.

DOORE, G. **Explorações Contemporâneas da Vida Depois da Morte**. São Paulo: Cultrix, 1990.

DOYLE, A.C. **História do espiritismo**. Pensamento, São Paulo, 2002.

DUARTE, F.M.; WANDERLEY, K.S. Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 27, n. 1, p. 49-53, 2011.

DURKHEIM, E. As formas elementares da vida religiosa: introdução e conclusão. In: **Os pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

ELEY, D.; YOUNG, L.; PRZYBECK, T.R. Exploring the Temperament and Character Traits of Rural and Urban Doctors. **J. Rural Health.**, v. 31, p. 79-84, 2009.

ELIADE, M. **Origens: história e sentido na religião**. São Paulo: Edições 70, 1989.

ELIADE, M. **História das idéias e das crenças religiosas**. Tomo 1, v.1 e 2. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

EVREN C. *et.al.* Temperament and Character Model of Personality Profile of Alcohol- and Drug-Dependent Inpatients. **Compr. Psychiat.**, v. 48, p. 283– 288, 2007.

FADIMAN, J. & FRAGER, R. **Teorias da personalidade**. São Paulo: Harbra, 1986.

FARIAS, M.; UNDERWOOD, R.; CLARIDGE, G. Unusual but sound minds: Mental health indicators in spiritual individuals. **Brit. J. Psychol.**, 2012. Disponível em: [www.wileyonlinelibrary.com](http://www.wileyonlinelibrary.com). Acesso em: 14 nov. 2012.

FEUERBACH, L. **Princípios da filosofia do futuro: e outros escritos**. Trad. Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 1988.

FILORAMO, G.; PRANDI, C. **As ciências das religiões**. São Paulo: Paulus; 2003.

FIRST, M.B. *et.al.* **Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition**. (SCID-I/NP) New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, nov., 2002.

FISHER, J.E. *et.al.* Neuropsychological evidence for dimensional schizotypy: Implications for creativity and psychopathology. **J. Res. Pers.**, v. 38, p. 24-31, 2004.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; et al. **A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK, M.P. *et.al.* Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). **Rev. saúde pública.**, v. 33, n. 2, p. 198–205, 1999.

FLECK, M.P. *et.al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento abreviado da avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF). **Rev Saúde Pública**, 34(2):178 - 183, 2000.

FODOR, E.M. Subclinical manifestations of psychosis-proneness, ego strength, and creativity. **Pers. Indivi. Differ.**, v. 18, n. 5, p. 635-642, 1995.

FRANK, J.D.; FRANK, J.B. **Persuasion and healing: a comparative study of Psychotherapy**. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1991.

FULLER, R.C. **Spiritual, but not religious: Understanding unchurched America**. Oxford: Oxford University Press, 2001.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GILLESPIE, N.A. *et.al.*. The genetic and environmental relationship between Cloninger's dimensions of temperament and character. **Pers. Indivi. Differ.**, v. 35, p. 1931-1946, 2003.

GONÇALVES, D.M.; CLONINGER, C.R. Validation and normative studies of the Brazilian Portuguese and American versions of the Temperament and Character Inventory — Revised (TCI-R). **J. Affect. Disorders.**, v. 124, p. 126–133, 2010.

GONÇALVES, D.M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n. 9, p. 2043-2053, 2008.

GONZALEZ-TORRES, M.A. *et. al.* Temperament and Character Dimensions in Patients With Schizophrenia, Relatives, and Controls. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 197, p. 514–519, 2009.

GOULDING, A. Schizotypy models in relation to subjective health and paranormal belief and experiences. **Pers. Indivi. Differ.**, v. 37, p. 157-167, 2004.

GREEN, M.J.; BOYLE, G.J.; RAINE, A. **Schizotypal personality models**. Humanities & Social Sciences papers. paper 296, 2008. Disponível em: [http://epublications.bond.edu.au/hss\\_pubs/296](http://epublications.bond.edu.au/hss_pubs/296). Acesso em: 25 nov. 2012.

GROF, S.; GROF, C. (Ed). **A Tempestuosa Busca do Ser**. São Paulo: Cultrix, 1989.

GROF, S.; GROF, C. (Ed). **Emergência Espiritual: crise e transformação**. São Paulo: Cultrix, 1988.

GUILLEM, F. *et.al.* The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. **Schizophr. Res.**, v. 56, p. 137-147, 2002.

GUTIÉRREZ-ZOTES, J.A. *et.al.* Psychometric properties of the abbreviated Spanish version of TCI-R (TCI-140) and its relationship with the Psychopathological Personality Scales (MMPI-2 PSY-5) in patients. **Actas Esp. Psiquiatr.**, v. 33, n. 4, p. 231-237, 2005.

HALL, C.S.; LINDZEY, G.; CAMPBELL, J.B. **Teorias da personalidade**. Porto Alegre: Artmed; 2000.

HEATH, A.C.; CLONINGER, C.R.; MARTIN NG. Testing a Model for the Genetic Structure of Personality: A Comparison of the Personality Systems of Cloninger and Eysenck. **J. Pers. Soc. Psychol.**, v. 66, n. 4, p.762-775, 1994.

HERGOVICH, A.; SCHOTT, R.; ARENDASY, M. On the relationship between paranormal belief and schizotypy among adolescents. **Pers. Indivi. Differ.**, v. 45, p. 119-125, 2008.

HOLT, N.J.; SIMMONDS-MOORE, C.A.; MOORE, S.L. Benign Schizotypy: **Investigating differences between clusters of schizotype on paranormal belief, creativity, intelligence and mental health.** Proceedings of presented papers of the 51<sup>st</sup> Annual Convention of the Parapsychological Association. 2007.

HORI, H. *et al.* Personality in schizophrenia assessed with the Temperament. **Psychiatry Res.**, v. 160, p. 175–183, 2008.

HUFFORD, D.J. **An analysis of the field of spirituality, religion and health.**

Disponível em:

<http://www.metanexus.net/archive/templetonadvancedresearchprogram/pdf/TARP-Hufford.pdf>. Acesso em: 3 de maio 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010.**

Disponível em:

[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=2170&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2170&id_pagina=1). Acesso em: 28 out. 2012.

JAMES, W. **As variedades da experiência religiosa.** São Paulo: Cultrix, 1991

KARDEC, A. **O Livro dos Médiuns.** Rio de Janeiro: FEB, 1993.

KENNEDY, J.E.; KANTHAMANI, H. Association Between Anomalous Experiences and Artistic Creativity and Spirituality. **ASPR.**, v. 89, p. 333-343, 1995.

KENNEDY, J.E.; KANTHAMANI, H.; PALMER, J. Psychic and Spiritual Experiences, Health, Well-Being and Meaning in Life. **Journal of Parapsychology.**, v. 58, p. 353-383, 1994.

KOENIG, H.G. Religion, Spirituality, and Mental Health: Current Controversies and Future Directions. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 200, p. 852-855, 2012.

KOENIG, H.G. Concerns About Measuring "Spirituality" in Research. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 196, n. 5, p. 349-355, 2008.

KOENIG, H.G.; KING, D.E.; CARSON, B.E. **Handbook of religion and health.** Second Edition. New York: Oxford University press, 2010.

KOENIG, H.G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D.B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed.** New York: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H.G.; MEADOR, K.G.; PARKERSON, G. Religion index for psychiatric research. **Amer. J. Psychiat.**, v. 154, p. 885-886, 1997.

LU, F.G. *et.al.* Religious or spiritual problems. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 183, n. 7, p. 435-44, 1995.

LU, F.G.; LUKOFF, D.; TURNER, R. Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. **Psychiatr. Clin. North. Am.**, v. 18, n. 3, p. 467-85, 1995a.

LUCCHETTI, G. *et.al.* Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). **J. Relig. Health.**, v. 51, p. 579–586, 2012.

LUKOFF, D.; LU, F.G.; TURNER, R. Toward a More Culturally Sensitive DSM-IV: Psychoreligious and Psychoespiritual Problems. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 180, n. 11, p. 673-682, 1992.

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

MARTINEZ, E.Z.; ALMEIDA, R.G.S.; CARVALHO, A.C.D. Propriedades da Escala de Religiosidade de Duke em uma amostra de pós-graduandos. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 39, n. 5, p. 180-188, 2012.

MAS-EXPÓSITO, L. *et.al.* The World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version: a validation study in patients with schizophrenia. **Qual. Life Res.**, v. 20, p. 1079–1089, 2011.

MASON, O.; CLARIDGE, G. The Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-Life): Further description and extend norms. **Schizophr. Res.**, v. 82, 203-211, 2006.

MASON, O.; CLARIDGE, G.; JACKSON, M. New Scales for the Assessment of Schizotypy. **Pers. Indivi. Differ.**, v. 18, n. 1, p. 7-13, 1995.

MASON, O.; CLARIDGE, G.; WILLIAMS, L. Questionnaire measurement. In: CLARIDGE, G. (Ed.). **Schizotypy: Implications for illness and health**. New York: Oxford University Press, 1997.

MASON, O.; LINNEY, Y.; CLARIDGE, G. Short scales for measuring schizotypy. **Schizophr. Res.**, v. 78, p. 293– 296, 2005.

McCREERY, C.; CLARIDGE, G. Healthy schizotypy: the case of out-of-the-body experiences. **Pers. Indivi. Differ.**, v. 32, p. 141-154, 2002.

McCULLOUGH, M.E.; WILLOUGHBY, B.L.B. Religion, Self-Regulation, and Self-Control: Associations, Explanations, and Implications. **Psychol Bull.**, v. 135, n. 1, p. 69-93, 2009.

McDONALD, D.A.; HOLLAND, D. Examination of the psychometric properties of the temperament and character inventory self-transcendence dimension. **Pers. Individ. Dif.**, v. 32, p. 1013-27, 2002.

MENEZES JÚNIOR, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 36, n. 2, p. 75-82, 2009.

MENEZES JÚNIOR, A. **Estudo prospectivo sobre o diagnóstico diferencial entre experiências mediúnicas e transtornos mentais de conteúdo religioso.** 2012. 160 f. Tese (Doutorado em Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora/MG, 2012.

MENEZES JÚNIOR, A.; ALMINHANA, L.O.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Perfil sociodemográfico e de experiências anômalas em indivíduos com vivências psicóticas e dissociativas em grupos religiosos. **Rev. Psiquiatr. Clín.** Rev Psiq Clin, v. 39, n. 6, p. 203-7, 2012.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Research on Mediumship and the Mind-Brain Relationship. In: MOREIRA-ALMEIDA, A.; SANTOS, F.S. **Exploring frontiers of the mind-brain relationship.** New York: Springer, 2012.

MOREIRA-ALMEIDA, A. **Allan Kardec and the Development of a Research Program in Psychic Experiences**. The Parapsychological Association & The Society for Psychical Research Convention 2008. Winchester - UK. Proceedings of Presented Papers v.51, p. 327-332, 2008a.

MOREIRA-ALMEIDA, A. *et.al.* Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 37, n. 1, p. 12-5, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A. *et.al.* Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008b.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; CARDEÑA, E. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 33, n. 1(supl.), p. s21-s28, maio 2011.

MOREIRA-ALMEIDA, A; LOTUFO NETO F.; GREYSON, B. Dissociative and psychotic experiences in Brazilian spiritist mediums. **Psychother. Psychosom.**, v. 76, n. 1, p. 57-8, 2007. Erratum in: **Psychother. Psychosom.**, v. 76, n. 3, p. 185, 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H.G. Religiousness and mental health: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 28, n. 3, p. 242-50, 2006.

MULDER, R.T.; JOYCE, P.R. Towards an understanding of defense style in terms of temperamento and character. **Acta Psychiatr. Scand.**, v. 99, p. 99-104, 1996.

NEGRO JUNIOR, P.J. A natureza da dissociação sobre experiências dissociativas associadas a práticas religiosas. **Tese de Doutorado**. São Paulo: Faculdade de Medicina, USP, 1999.

NEGRO JÚNIOR, P.J.; PALLADINO-NEGRO, P.; LOUZÃ, M.R. Do Religious Mediumship Dissociative Experiences Conform to the Sociocognitive Theory of Dissociation? **J. Trauma Dissociation.**, v. 13, n. 4, p. 478-89, 2012.

NETTLE, D.E. Schizotypy and mental health amongst poets, visual artists, and mathematicians. **J. Res. Pers.** 40, 876-890, Dec, 2006.

NETTLE, D.E., CLEGG, H. Schizotypy, creativity and mating success in humans. **Proc. Biol. Sci.**, v. 7, p. 611-615, March, 2006.

NUEVO R. *et.al.* The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. **Schizophr. Bull.**, v. 38, n. 3, p. 475-85, 2012.

PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D.R. Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (escala CRE): Elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo, Maringá.**, v. 10, n. 3, p. 507-516, 2005.

PARRA, A. Efectos de las experiencias espirituales/paranormales en la vida de las personas y su bien estar psicológico. **Rev. Argent. Clín. Psicol.**, v. 17, p. 233-44, 2008.

PARRA, A.; PAUL, L.E. Comparación entre la esquizotipia positiva y perturbadora con la espiritualidad y las experiencias paranormales en población noclínica. **Rev. Argent. Clín. Psicol.**, v. 19, p. 163-72, 2010.

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

PAUNONEN, S.V.; JACKSON, D.N. What is beyond The Big Five? Plenty! **J. Personality.**, v. 68, n. 5, 2000.

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

PERKINS, D.O. *et.al.* Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. **Am. J. Psychiatry.**, v. 162, p. 1785-804, 2005.

PETERS, E.R. *et.al.* Delusional ideation in religious and psychotic populations. **Brit. J. Clin. Psychol.**, v. 38, p. 83–96, 1999.

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

PIMENTA, P.E. **As origens do fenômeno religioso**. Belo Horizonte: São Vicente, 1980.

RAINE, A. The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. **Schizophr. Bull.**, v. 17, p. 555-564, 1991.

RAINE, A. *et.al.* Cognitive-Perceptual, Interpersonal, and Disorganized Features of Schizotypal Personality. **Schizophr. Bull.**, v. 20, n. 1, p. 191-201, 1994.

RAWLINGS D, *et.al.* Taxometric analysis supports a dimensional latent structure for schizotypy. **Pers. Indivi. Differ.**, v. 44, p. 1640-1651, 2008.

RICHARDSON, T.; GARAVAN, H. **Relationships between hypomanic symptoms and impulsivity and risk-taking propensity in an international sample of**

**undergraduate students.** URJHS; 2010, 9. Disponível online: <http://www.kon.org/urc/v9/richardson.html>. Acesso em 30 nov. 2012.

SACKS, S.A.; MAMANI, A.G.W.; GARCIA, C.P. Associations between cognitive biases and domains of schizotypy in a non-clinical sample. **J. Psychiatr. Res.**, v. 196, p. 115-122, 2012.

SALDANHA, V. - **Psicologia Transpessoal**, Ed Universitária, 2008 - Tese de Doutorado em Psicologia Transpessoal UNICAMP

SANCHO, C.; ARIJA, M.V.; CANALS, J. Personality in Non-Clinical Adolescents with Eating Disorders. **Eur. Eat. Disorders Rev.**, v. 16, p. 133–138, 2008.

SANTOS, F.S.; INCONTRI, D. **A Arte de morrer: visões plurais**. 2ª. Ed. São Paulo: Comenius, v. I, 2009.

SANTOS, F.S. **A Arte de morrer: visões plurais**. São Paulo: Comenius, v. III, 2007.

SAUCIER, G.; GOLDBERG, L.R. What Is Beyond The Big Five? **J. Personality.**, v. 66, n. 4, 1998.

SCHOEFIELD, K.; CLARIDGE, G. Paranormal experiences and mental health: Schizotypy as an underlying factor. **Pers. Indivi. Differ.**, v. 43, p. 1908-1916, 2007.

SHAH, J. *et.al.* Multivariate prediction of emerging psychosis in adolescents at high risk for schizophrenia. **Schizophr. Res.**, v. 141, p. 189-196, 2012.

SHANER, A.; MILLER, G.; MINTZ, J. Schizophrenia as one extreme of a sexual selected fitness indicator. **Schizophr. Res.**, v. 70, p. 101-109, 2004.

SCHULDBERG, D. Schizotypal and Hypomanic Traits, Creativity and Psychological Health. **Creativity Res J.**, v. 3, n. 3, p. 218-230, 1990.

SCHUMANN, C.; STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. The contribution of faith-based health organizations to public health. **Int. Psychiatry.**, v. 8, n. 3, p. 62-4, 2011.

SILVA L.B.E. *et.al.* Prevalência de Hipertensão Arterial em Adventistas do Sétimo Dia da Capital e do Interior Paulista. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 98, n. 4, 2012.

SMITH, L.; RILEY, S.; PETERS, E.R. Schizotypy, Delusional Ideation and Well-Being in an American New Religious Movement Population. **Clin. Psychol. Psychoter.**, v. 16, p. 479-484, 2009.

SMITH, W.C. **The Meaning and End of Religion.** New York, NY: Macmillan, 1962.

SPITTLEHOUSE, J.K. *et al.* Measures of temperament and character are differentially impacted on by depression severity. **J. Affect. Disorders.** 126: 140–146, 2010.

STEVENSON, I. Do We Need a New Word to Supplement "Hallucination"? **Am.J. Psychiatry.**, v. 140, p. 1609-11, 1983.

STEWART, W.F. *et.al.* Cost of lost productive work time among US workers with depression. **JAMA**, v. 289, p. 3135-44, 2003.

STROPPA, A. **Religiosidade na Evolução do Transtorno Bipolar do Humor.** 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2010.

SUHR, J.A.; SPITZNAGEL, M.B. Factor versus cluster models of schizotypal traits. I: A comparison of unselected and highly schizotypal samples. **Schizophr. Res.**, v. 52, p. 231-239, 2001.

SVRAKIC, D.M. *et.al.* Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. **Acta Psychiatr. Scand.**, v. 106, p. 189-195, 2002.

TARNAS, R. **A epopéia do pensamento ocidental: para compreender as idéias que moldaram nossa visão de mundo.** Trad. Beatriz Sidou. 6 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

TART, C.T. States of Consciousness and State-specific Sciences. **Science.**, v. 176, p. 1203-1210, 1972.

TAUNAY, T.C.D. *et. al.* Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Rev. Psiq. Clín.**, v. 39, n. 4, p. 130-5, 2012.

TILLICH, P. **Teologia Sistemática.** 5 ed. São Leopoldo: Sinodal; 2005.

TONELLI, H. *et.al.* Versão em Português do Questionário da Personalidade Esquizotípica – SPQ. **Rev. Psiq. Clin.**, v. 36, n. 1, p. 34-37, 2009.

UNIVERSIDADE DE GOTHENBURG. Disponível em:

<http://psy.gu.se/english/current/news/newsdetail//professor-robert-cloninger---new-honorary-doctor-of-psychology-at-the-university-of-gothenburg..cid1079158>. Acesso em: 29 nov. 2012.

UNIVERSIDADE DE WASHINGTON. Disponível em:

<http://wuphysicians.wustl.edu/physician2.aspx?Physnum=1026>. Acesso em: 27 nov. 2012.

ZANGARI, W. Experiências Anômalas em médiuns de Umbanda: uma avaliação fenomenológica e ontológica. **Bol.- Acad. Paul. Psicol.**, v. 002, p. 67-86, julho-dezembro, 2007.

ZANGARI, W.; MARALDI, E.O. Psicologia da Mediunidade: do intrapsíquico ao psicossocial. **Bol.- Acad. Paul. Psicol.**, v. 77, p. 233-252, 2009.

ZINNBAUER, B. *et.al.* Religion and Spirituality: Unfuzzing the Fuzzy. **Journal for the Scientific Study of Religion**. v. 36, n. 4, Dec, 1997.

ZOHAR, A.H.; CLONINGER, C.R. The Psychometric Properties of the TCI-140 in Hebrew. **Eur. J. Psychol. Assess.**, v. 27, n. 2, p. 73-80, 2011.

WALSH, R.; VAUGHAN, F. **Além do Ego: Dimensões Transpessoais em Psicologia**. São Paulo: Cultrix, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders**. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull. World Health Organ.*, v. 78, p. 413-25, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Development of the World Health Organization WHOQOL BREF quality of life assessment. The WHOQOL group. **Psychol Med.**, v. 28, p. 551-8, 1998.

WILBER, K. **O Espectro da Consciência**. São Paulo: Cultrix, 1990.

WILBER, K. A Falácia Pré/Trans. In: WALSH, R.; VAUGHAN, F. **Caminhos além do Ego: uma visão transpessoal**. São Paulo: Cultrix, 1993.

WILBER, K. **O Projeto Atman: uma Visão Transpessoal do Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Cultrix, 1999a.

WILBER, K. **Transformações da Consciência**. São Paulo: Cultrix, 1999b.

WILBER, K. **The Collected Works of Ken Wilber: Integral Psychology, Transformations of Consciousness, Selected Essays.** v.4, p. 458. Boston & Shaftesbury: Shambhala, 1999c.

WILLIAMS, L.M. The multidimensional nature of schizotypal traits: a cluster analytic study. **Pers. Indivi. Differ.**, v. 16, n. 1, p. 103-112, 1994.

WILLIAMS, L.M.; IRWIN, H.J. A study of paranormal belief, magical ideation as an index of schizotypy and cognitive style. **Pers. Indivi. Differ.**, v. 12, n. 12, p. 1339-1348, 1991.

WOORTMANN, K. **Religião e ciência no Renascimento.** Brasília: UNB, 1997.

WULFF, D.W. **Psychology of religion. Classic and contemporary views.** New York: Wiley, 1996.

YUNG, AR. *et.al.* Psychotic-Like Experiences in Nonpsychotic Help-Seekers: Associations With Distress, Depression, and Disability. **Schizophr. Bull.**, v. 32, n. 2, p. 352-359, 2006.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE BRASILEIRA –

NUPES – NÚCLEO DE PESQUISAS EM ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: LETÍCIA OLIVEIRA ALMINHANA

ENDEREÇO: RUA DR. JOSÉ BARBOSA, 115/1101 – SÃO MATEUS

CEP: 36025-270 – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32) 3216 6820

E-MAIL: [leticiaalminhana@yahoo.com.br](mailto:leticiaalminhana@yahoo.com.br)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “A PERSONALIDADE COMO CRITÉRIO PARA O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNO MENTAL E EXPERIÊNCIA ESPIRITUAL”. Neste estudo pretendemos observar se a estrutura de personalidade pode ser entendida como um critério para a diferenciação entre um transtorno mental e uma experiência espiritual.

O motivo que nos leva a estudar este tema é a ausência de pesquisas que evidenciem o papel da personalidade no diagnóstico diferencial entre psicopatologia e experiência espiritual e a necessidade de conhecer melhor a personalidade humana.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: Em cada Centro Espírita serão encaminhadas pessoas para participarem do estudo. Caso as pessoas encaminhadas aceitem participarem deste estudo, elas irão responder a dois questionários sobre personalidade, um questionário sobre transtornos mentais e outro sobre qualidade de vida. Além disso, os participantes também preencherão um questionário sócio-demográfico e responderão a uma entrevista sobre o motivo que os levaram a buscar o atendimento do Centro Espírita e sobre como percebe as experiências que tem tido ultimamente ou ao longo de toda a sua vida.

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

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

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

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

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

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo “A PERSONALIDADE COMO CRITÉRIO PARA O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNO MENTAL E EXPERIÊNCIA ESPIRITUAL”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas.

*Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.*

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

*Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 .*

---

<i>Nome</i>	<i>Assinatura participante</i>	<i>Data</i>
-------------	--------------------------------	-------------

---

<i>Nome</i>	<i>Assinatura pesquisador</i>	<i>Data</i>
-------------	-------------------------------	-------------

---

<i>Nome</i>	<i>Assinatura testemunha</i>	<i>Data</i>
-------------	------------------------------	-------------

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

*CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF*

*CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF*

*PRÓ-REITORIA DE PESQUISA*

*CEP 36036.900*

*FONE:32 3229 3788*

## APÊNDICE B

### ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA

**Entrevistador:** \_\_\_\_\_

**Número:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Dados Demográficos:

1. Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

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

3. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. Idade: \_\_\_\_ anos

5. Nível Educacional

(1) Fundamental Incompleto    (2) Fundamental Completo    (3) Médio Incompleto

(4) Médio Completo    (5) Superior Incompleto    (6) Superior Completo

(7) Pós-graduação

Perfil Sócio-Econômico:

6. Situação Conjugal atual

(1) Solteiro

(2) Casado/União estável

(3) Separado/Divorciado

(4) Viúvo

7. Com quem vive atualmente

(1) Sozinho

(2) C/ pais

(3) C/ cônjuge

(4) C/ filhos

(5) Em instituição

## 8. Ocupação

- (1) Estudante
- (2) Desempregado
- (3) Do Lar
- (4) Empregado
- (5) Autônomo/Profissional liberal
- (6) Aposentado(a) por tempo de serviço
- (7) Aposentado(a) por invalidez
- (8) Afastado(a)

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

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

Transtorno psicológico Prévio

11. Algum problema psicológico/psiquiátrico anteriormente?

- (1) Sim; Qual? \_\_\_\_\_
- (2) Não

12. Preciou de tratamento?

- (1) Não
- (2) Psicoterapia
- (3) Psicofármacos
- (4) Outros: \_\_\_\_\_

13. Medicação.

(1) Se sim, qual? \_\_\_\_\_

(2) Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

(3) Qual dose? \_\_\_\_\_

(4) Porque parou? \_\_\_\_\_

#### Doença física

(1) Sim; Qual? \_\_\_\_\_

(2) Não

#### Perfil Religioso

##### 13. Religião

(1) Sem religião

(2) Católico Praticante

(3) Católico Não-praticante

(4) Evangélico

(5) Pentecostal

(6) Neo-pentecostal

(7) Espírita

(8) Umbandista

(9) Outra: \_\_\_\_\_

(10) Tem uma segunda religião? Qual? \_\_\_\_\_



## ANEXOS

### ANEXO A

#### **Índice de Religiosidade da Universidade Duke**

IDENTIFICAÇÃO:

Entrevistador:

Número:

Nome:

Data:

***Marque um "X" na frase que, para você, melhor responde cada pergunta.***

**Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?**

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana

3. Duas a três vezes por mês
  4. Algumas vezes por ano
  5. Uma vez por ano ou menos
  6. Nunca
- 

**Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?**

1. Mais do que uma vez ao dia
  2. Diariamente
  3. Duas ou mais vezes por semana
  4. Uma vez por semana
  5. Poucas vezes por mês
  6. Raramente ou nunca
- 

***A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.***

**Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).**

1. Totalmente verdade para mim
  2. Em geral é verdade
  3. Não estou certo
  4. Em geral não é verdade
  5. Não é verdade
- 

**As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.**

1. Totalmente verdade para mim
  2. Em geral é verdade
  3. Não estou certo
  4. Em geral não é verdade
  5. Não é verdade
- 

**Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.**

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

## ANEXO B

### INVENTÁRIO OXFORD-LIVERPOOL DE SENTIMENTOS E EMOÇÕES

IDENTIFICAÇÃO:

Entrevistador:

Número:

Nome:

Data:

Por favor, leia s instruções antes de continuar:

Este questionário contém questões que podem se relacionar com seus pensamentos, sentimentos, experiências e preferências. Não existem respostas certas ou erradas ou questões ardilosas, então, por favor, seja tão

honesto quanto possível. Para cada questão coloque um círculo em volta do “SIM” ou do “NÃO”. Não gaste muito tempo deliberando sobre as questões, mas coloque a resposta mais próxima do que você sente. Por favor, não discuta o questionário com pessoa alguma que poderia vir também a completá-lo, pois isto poderia afetar suas respostas. Ele é melhor preenchido à sós, sem necessidade de pressa.

1	Quando você está no escuro, vê frequentemente figuras e formas embora não exista nada lá?	SIM	NÃO
2	Você fica confuso(a) facilmente se muitas coisas acontecem ao mesmo tempo?	SIM	NÃO
3	Você é do tipo independente demais para se envolver com outras pessoas?	SIM	NÃO
4	Você às vezes tem vontade de fazer uma coisa destruidora ou chocante?	SIM	NÃO
5	Você sempre gostou de experimentar novos pratos?	SIM	NÃO
6	Você acha que conseguiria aprender a ler a mente dos outros se quisesse?	SIM	NÃO
7	Você alguma vez já teve a vontade de se machucar?	SIM	NÃO
8	Dançar ou a idéia de dançar parece algo bobo para você?	SIM	NÃO
9	Você tem receio de entrar em algum ambiente sozinho(a) onde outras pessoas já estão reunidas e estão conversando?	SIM	NÃO
10	Você sente que os acidentes que lhe acontecem são causados por forças misteriosas?	SIM	NÃO
11	Você frequentemente tem o impulso de gastar dinheiro que sabe que não tem?	SIM	NÃO
12	Você algumas vezes sente que sua fala é difícil de entender porque as palavras estão bagunçadas e não fazem sentido?	SIM	NÃO
13	Você com frequência se excede no álcool ou na comida?	SIM	NÃO
14	Você se sente frequentemente desconfortável quando seus amigos tocam em você?	SIM	NÃO
15	Você já teve um senso de vago perigo ou temor súbito por razões que você não entende?	SIM	NÃO

16	Você é uma pessoa cujo estado de humor se altera com facilidade?	SIM	NÃO
17	Você frequentemente tem dificuldade em controlar seus pensamentos?	SIM	NÃO
18	Idéias e compreensões súbitas às vezes vêm tão rápidos à sua mente, que você não consegue expressá-las completamente?	SIM	NÃO
19	Você se sente muito próximo aos seus amigos?	SIM	NÃO
20	Você gostaria que as outras pessoas tivessem medo de você?	SIM	NÃO
21	Você prefere assistir televisão a sair com pessoas?	SIM	NÃO
22	Você acha difícil ficar interessado(a) na mesma coisa por muito tempo?	SIM	NÃO
23	Algumas pessoas fazem você ficar conscientes delas apenas por elas pensarem em você?	SIM	NÃO
24	Você pára para pensar antes de fazer alguma coisa?	SIM	NÃO
25	Existem pouquíssimas coisas que você gostou muito de fazer até hoje?	SIM	NÃO
26	Quando você está em um ambiente cheio de pessoas, você tem dificuldade em acompanhar uma conversa?	SIM	NÃO
27	Um pensamento passageiro às vezes parece tão real que te assusta?	SIM	NÃO
28	Você gosta de receber massagem nas suas costas?	SIM	NÃO
29	Quando você se olha no espelho, sua face às vezes parece bem diferente do que é normalmente?	SIM	NÃO
30	Você normalmente está de humor estável, nem tão bem e nem tão mal?	SIM	NÃO
31	Você acha as luzes brilhantes de uma cidade fascinantes de se olhar?	SIM	NÃO
32	Seu sentido de olfato às vezes se torna excepcionalmente forte?	SIM	NÃO
33	Seus pensamentos às vezes são tão fortes que você quase consegue ouvi-los?	SIM	NÃO
34	Você gosta de se relacionar com as pessoas?	SIM	NÃO

35	Você com frequência têm vontade de fazer o contrário do que as pessoas sugerem embora saiba que elas estão certas?	SIM	NÃO
36	Você fica facilmente distraído(a) quando você lê ou conversa com alguém?	SIM	NÃO
37	Você alguma vez tem vontade de quebrar ou esmagar coisas?	SIM	NÃO
38	Você já pensou alguma vez que tivesse poderes especiais, quase mágicos?	SIM	NÃO
39	Você tem com frequência dificuldade para começar a fazer as coisas?	SIM	NÃO
40	Você às vezes sente uma presença maligna à sua volta embora não consiga vê-la?	SIM	NÃO
41	Você é facilmente distraído(a) do seu trabalho por estar sonhando acordado(a)?	SIM	NÃO
42	Você se considera uma pessoa tão bonita quanto as outras?	SIM	NÃO
43	É difícil para você tomar decisões?	SIM	NÃO

## ANEXO C

### Questionário WHOQOL

#### IDENTIFICAÇÃO

**Aplicador:**

**Número:**

**Nome:**

**Data:**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida,

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

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

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

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

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

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

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

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

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

	saúde?					
--	--------	--	--	--	--	--

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

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

9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

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

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a- dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos,	1	2	3	4	5

	colegas)?					
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem	1	2	3	4	5

	sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					
--	---	--	--	--	--	--

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**



**ANEXO D** – Artigo submetido à Revista de Psiquiatria Clínica (MENEZES JÚNIOR, A.; ALMINHANA, L.O.; MOREIRA-ALMEIDA, A., no prelo).

**Perfil sociodemográfico e de experiências anômalas em indivíduos com vivências psicóticas e dissociativas em grupos religiosos**

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

Adair Menezes Jr, Letícia Alminhana e Alexander Moreira-Almeida.

NUPES - Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora, MG

Contato:

Adair Menezes Jr.

Rua Barão de Cataguases 420/701

36015-370 Juiz de Fora, MG

e-mail: [adair.menezes@ufjf.edu.br](mailto:adair.menezes@ufjf.edu.br).

#### **RESUMO:**

**Contexto:** Vivências psicóticas e dissociativas não patológicas são comuns na população geral, especialmente em grupos religiosos. Há poucos estudos sobre o perfil da população não clínica com estas vivências, bem como há dúvidas sobre critérios para o diagnóstico diferencial destas experiências.

**Objetivos:** Identificar o perfil sociodemográfico e de experiências anômalas (EAs) entre pessoas que buscaram ajuda em centros espíritas. **Métodos:** Foram entrevistadas 115 pessoas que procuraram auxílio em seis centros espíritas de Juiz de Fora/MG devido a vivências psicóticas e/ou dissociativas.

Entrevista semi-estruturada investigou dados sociodemográficos, experiências anômalas apresentadas e a presença de critérios propostos para identificar experiências espirituais não patológicas. **Resultados:** predomínio de mulheres (70%), de meia idade, com alta escolaridade, ativas ocupacionalmente e cujas EAs começaram na infância (65%) ou adolescência (23%). As EAs mais frequentes foram alucinações visuais (63%), auditivas (54%), “percepção espiritual” (53%), “sonhos paranormais” (38%) e experiências fora do corpo (31%). Para a maioria da amostra estas EAs não traziam prejuízos socio-ocupacionais, eram curtas, episódicas e benéficas; entretanto referiram sofrimento emocional e falta de controle sobre elas. **Conclusões:** a alta frequência e diversidade de EAs encontradas, bem como suas implicações teóricas, clínicas e de saúde pública, indicam a urgência de maior atenção a este tópico.

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

## **ABSTRACT**

**Background:** Non-pathological psychotic and dissociative experiences are frequent in the general population, particularly in religious groups. There are few studies on the profile of non-clinical populations with these experiences, and on criteria for differential diagnosis. **Objectives:** To identify the sociodemographic

profile and anomalous experiences (AE) among people who sought help in spiritualist groups. **Methods:** We interviewed 115 people who sought assistance in six spiritualist groups in the city of Juiz de Fora / MG due to psychotic and/or dissociative experiences. Semi-structured interviews investigated sociodemographic data, AEs reported and presence of criteria that have been proposed to identify non-pathological spiritual experiences. **Results:** sample was mostly composed by women (70%), middle age, high educational level, whose AEs started in childhood (65%) and adolescence (23%). The most frequent AEs were visual (63%) and auditory (54%) hallucinations, “spiritual perception” (53%), “paranormal dreams” (38%) and out-of-body experiences (31%). Most of the sample reported that these AEs were not related to socio-occupational impairments, were short, episodic, and beneficial; however, reported emotional distress and lack of control over the experiences.

**Discussion:** the high frequency and diversity of AEs reported, as well as their theoretical, clinical, and public health implications point to the urgency need of more attention to this topic.

Key words: psychotic disorders, diagnosis, mediumship, religion and psychology, spirituality.

## 1. INTRODUÇÃO

Embora as experiências psicóticas e dissociativas tenham sido habitualmente consideradas pela psiquiatria como sintomas de transtornos mentais, tem havido um crescente reconhecimento que estas vivências são muito freqüentes na população não clínica. Tem se buscado explorar a distribuição destas vivências na população, bem como características que permitam distinguir o quanto estas são indicadoras ou não da presença de um transtorno mental. Grupos religiosos, por freqüentemente fomentarem experiências psicóticas e dissociativas como tranSES, êxtases e alucinações, constituem-se em populações privilegiadas para a investigação de tais fenômenos em populações não clínicas (1). Estudos têm demonstrado, entretanto, que há muitas vezes dúvidas se uma dada experiência que aconteça nestes grupos é uma experiência espiritual não patológica ou um transtorno mental com sintomas de conteúdo religioso (2).

Grof e Grof (1989) criaram o conceito de emergências espirituais (*"Spiritual emergencies"*) para nomear "crises psico-espirituais" em que experiências espirituais poderiam desabrochar tanto de uma forma tranqüila (*"spiritual emergence"*) quanto de uma forma perturbadora (*"spiritual emergency"*) (3). O DSM-IV criou a categoria "problemas religiosos e espirituais" para estimular pesquisas que clarifiquem a distinção entre experiências espirituais e transtornos mentais (4). Problemas espirituais foram definidos como conflitos envolvendo o relacionamento com questões transcendentais ou provenientes de práticas espirituais, incluindo a manifestação súbita de experiências consideradas paranormais (5, 6, 7).

Experiência Anômala (EA) é um termo que tem sido proposto para nomear, sem assumir implicações psicopatológicas, vivências incomuns ou que

se acredita diferentes do habitual ou das explicações usualmente aceitas como realidade: alucinações, sinestesia e vivências interpretadas como telepáticas etc (8). Estas EAs podem ser investigadas sem que se compartilhe das crenças que as envolvem, podendo ser pesquisadas enquanto experiências subjetivas (9).

Uma revisão recente sobre critérios propostos na literatura identificou nove critérios possíveis para distinção entre experiências espirituais não patológicas e transtornos mentais, mas que ainda carecem de maior validação empírica. Assim, seriam sugestivos de uma EA não patológica: ausência de sofrimento, de prejuízos sociais e ocupacionais, de co-morbidades, a experiência ser curta e ocorrer episodicamente, ser controlada, ser compatível com uma tradição cultural, gerar crescimento pessoal, ser centrada nos outros e existir uma atitude crítica sobre a realidade objetiva da experiência (2).

O espiritismo, por ser uma religião que enfatiza fortemente as EA, torna-se um importante objeto de estudos sobre experiências dissociativas e psicóticas na população não clínica. Frequentemente pessoas procuram Centros Espíritas devido a EA que venham apresentando que são muitas vezes ressignificadas como mediunidade (13). A mediunidade pode ser definida como um conjunto de experiências nas quais um indivíduo (o médium) alega entrar em contato com ou estar sob o controle da personalidade de uma pessoa já falecida ou outro ser imaterial (13). O espiritismo, assim como outras religiões pelo mundo, se constitui em um importante, mas pouco estudado provedor de cuidados em saúde mental (14,15).

Há estudos já realizados que investigam médiuns em atividade em centros espíritas (10,11,12). Estes estudos indicam uma população predominantemente feminina, com bons níveis de escolaridade, saúde mental e ajustamento social. No entanto, não identificamos, até o presente momento, nenhum estudo que investigue o perfil das pessoas que buscam auxílio em centros espíritas devido às suas vivências psicóticas ou dissociativas. Assim, este estudo tem como objetivo traçar o perfil sociodemográfico e das EAs vivenciadas por indivíduos que procuram apoio em centros espíritas devido à presença de experiências psicóticas e dissociativas. Também foi investigada a presença dos nove critérios que foram propostos para a caracterização de uma EA como não patológica.

## **MÉTODO**

Este é um estudo transversal, parte de uma pesquisa longitudinal sobre Diagnóstico Diferencial entre Experiências Espirituais e Transtornos Mentais. Entre maio de 2009 e agosto de 2010 foram investigadas pessoas que apresentavam vivências psicóticas e/ou dissociativas e procuraram ajuda em seis centros espíritas da cidade de Juiz de Fora/MG e lá foram identificadas como médiuns. Cento e cinquenta indivíduos foram abordados e destes, cento e vinte indivíduos concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento informado, e deste total, obtivemos dados válidos de 115 sujeitos. A abordagem e as entrevistas foram realizadas por dois psicólogos (A.M. e L.A.).

### **2.1. Instrumentos utilizados:**

- Entrevista sociodemográfica: idade, sexo, cor, escolaridade, condição laborativa, estado civil, religião, histórico de saúde mental (com a pergunta: Você teve algum problema psicológico/psiquiátrico anteriormente?).
- Entrevista de Avaliação das Experiências Anômalas: Entrevista qualitativa semi-estruturada que explora as experiências anômalas que os sujeitos apresentavam (tais como alucinações visuais e auditivas, vivências de despersonalização e desrealização), que foram ressignificadas como mediunidade no contexto religioso. Também explora qualitativamente a presença dos nove critérios considerados sugestivos de EA não patológica.

### **2.3. Análise dos Resultados:**

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

Os dados qualitativos das entrevistas sobre as EAs foram analisados utilizando o método de “Análise de Conteúdo”, de L. Bardin (16): foi feita uma primeira leitura dos textos, que possibilitasse levantar as primeiras hipóteses interpretativas do material, os temas que se repetiram com maior frequência foram identificados como índices para identificação de categorias temáticas e as categorias identificadas foram classificadas e contadas. Os sujeitos foram identificados com um código alfanumérico constituído do sexo do entrevistado (F ou M), idade (números) e letras minúsculas (a,b,c,d) quando necessário, para diferenciar sujeitos do mesmo sexo e idade.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Dados sociodemográficos

Tabela 1. Variáveis Sócio-demográficas (n=115)

<b>VARIÁVEL</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>	
Mulheres	70,4%
<b>Grau de Instrução</b>	
Ensino Fundamental (completo e incompleto)	9,4%
Ensino Médio (completo e incompleto)	35%
Ensino Superior (completo e incompleto)	39,3%
Pós-graduação	16,2%
<b>Estado Civil</b>	
Solteiros	40%
Casados/União Estável	44,3%
Separados/divorciados	13,9%
Viúvos	1,8%
<b>Com quem mora</b>	
Com cônjuge/companheiro (a)	40%
Com pais	33%
Sozinhos	13,9%
Com filhos	11,4%
Com irmãos	1,7%
<b>Situação Ocupacional</b>	
Empregados	58,2%
Estudantes	19,4%
Do lar	11,1%
Desempregados	6,1%
Aposentados	5,2%
<b>Renda Individual</b>	
Sem renda pessoal	30,4%
Até dois salários mínimos	33%
Até dez salários mínimos	33,9%
Acima de dez salários mínimos	2,6%

A amostra estudada se constitui em sua maioria por mulheres com elevada escolaridade, ativas ocupacionalmente (trabalho ou estudo) e com

idade média de 37 anos, variando entre 18 e 73 anos. Dois terços relataram renda individual igual ou inferior a dois salários mínimos (Tabela 1).

#### 4.2. Experiências anômalas relatadas:

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

Tabela 2. Frequência das experiências anômalas relatadas (n=115)

Experiência anômala	n	%
Vidência	73	63,5%
Audição espiritual	62	53,9%
Percepção espiritual	61	53,0%
Sonhos anômalos	43	37,7%
Experiência fora do corpo	36	31,3%
Pressentimentos	24	20,9%
Perda inexplicável de energia	23	20,0%
Incorporação	22	19,1%
Intuição	21	18,3%
Percepção espiritual de cheiros	18	15,7%
Efeitos físicos de causa espiritual	11	9,6%
Psicografia	10	8,7%
Telepatia	7	6,1%
Cura espiritual	5	4,3%

1 - **Vidência**: relatada como a experiência de ver espíritos. A maioria dos sujeitos relatou que suas visões eram nítidas: “via e conversava com uma pessoa com o uniforme de uma empresa, achando que era uma pessoa de

carne e osso” (F53a). Outros percebiam apenas vultos: brancos (F31b), escuros (F52a) e até amarelados (F39b). Algumas visões eram grotescas: “um demônio” (F44) e “um homem na parede sem pernas e desfigurado” (F25b). Outras visões foram mais fragmentadas: “duas mãos batendo palmas” (M46) e “uma cabeça de vaca” (F22).

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

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

4 – **Sonhos anômalos:** sonhos aos quais os sujeitos atribuíram um caráter paranormal. Os sonhos foram relatados como premonições sobre acidentes que ocorreram posteriormente (M21a, M37, F53c, F42c, F24a, F22 e F52b), como possíveis episódios de saída de corpo nos quais os sujeitos se

perceberam levados para locais desconhecidos (M39c, F25b e F20a), tiveram um encontro com um mentor espiritual (M39b e F25b) ou com parentes falecidos (M45). Alguns sonhos foram relatados como recordações de vidas passadas (M43a e F21c).

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

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

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

Também foram relatados sintomas psicológicos: “não saber o que estava fazendo” (M26, M34 e F36b), sensação de “não estar ali” (F21b), estar “desconectada” (F32).

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

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

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

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

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

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

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

#### **4.3. Critérios para EA não patológicas:**

I - **Ausência de sofrimento:** 59,1% dos sujeitos relataram que as experiências ao ocorrerem não eram agradáveis, pois referiam ficar com medo,

assustados, angustiados e/ou fisicamente desconfortáveis, experimentando, portanto, sofrimento com elas.

**II - Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais:** 55,7% dos sujeitos não relataram problemas nos seus relacionamentos. Dos 44,3% dos sujeitos que tiveram problemas com relacionamentos, os mais prejudicados foram os relacionamentos amorosos, os sociais e os familiares, nesta ordem. Quanto ao desempenho ocupacional, 56,6% não relataram interferências nas suas atividades cotidianas. As atividades mais prejudicadas foram os estudos, a atividade doméstica e o trabalho, tendo alguns sujeitos relatados muito desânimo e mal estar para cumpri-las.

**III - A experiência é curta e ocorre episodicamente:** Em termos de duração, para 23,5% dos sujeitos a experiência dura segundos, para 49,6% dura minutos, para 18,3% dura horas e para 7,8% dos sujeitos dura dias. Em termos de frequência, para 22,2% dos sujeitos acontece diariamente, para 55,7% acontece semanalmente e para 20,0%, mensalmente.

**IV – Existe uma atitude crítica sobre a realidade objetiva da experiência:** Dentre todos os sujeitos, 84,3% afirmaram ter certeza que as experiências eram objetivamente verdadeiras, que não eram fruto de sua imaginação.

**V – A experiência é compatível com uma tradição cultural:** O critério de seleção para o presente estudo foi ter as EA interpretadas como mediunidade pelos centros espíritas. 78,1% dos sujeitos relataram terem se beneficiado com os esclarecimentos e orientações recebidos nos centros espíritas, sendo que considerando este total, 50% relataram uma melhor compreensão das experiências vividas por eles, 17,5% dos sujeitos relataram terem aprendido a

ter um melhor controle das suas experiências, 17,5%, relataram terem aprendido atitudes mais positivas para com a vida e 15% relataram terem adquirido uma compreensão mais ampla da vida espiritual em geral.

**VI – Ausência de co-morbidades (outras perturbações):** 78,3% dos sujeitos relataram perturbações emocionais não diretamente relacionadas à ocorrência das EAs: considerando estes 78,3%, a ansiedade e preocupação foram relatadas por 56,5%, a tristeza e a depressão por 36,5%, a angústia por 11,3% e a irritabilidade por 8,7%.

**VII - A experiência é controlada:** 54,8% dos sujeitos relataram não ter controle sobre a experiência; 19,1% relataram ter um controle parcial e 26 % relataram ter controle total sobre a experiência. Os que tinham controle, freqüentemente utilizavam a oração para isso.

**VIII – A experiência gera crescimento pessoal:** 66,1% dos sujeitos relataram terem tido benefícios com suas experiências, pois a partir delas e de uma nova compreensão espiritual da vida passaram a se sentir mais preparados para conduzirem a própria vida e a se tornarem pessoas melhores.

**IX – A experiência é centrada nos outros:** 62,6% dos sujeitos relataram que suas experiências trouxeram benefícios para outras pessoas através de conselhos dados a parentes e amigos e ajuda prestada nos trabalhos sociais oferecidos pelos centros.

## 5. DISCUSSÃO

O melhor entendimento do perfil desta amostra tem grande utilidade clínica, pois trata-se de um grupo de indivíduos que buscaram ajuda religiosa para lidar com EAs, notadamente de caráter psicótico e dissociativo. Tais EAs podem tanto ser indicativas de um transtorno mental, como podem ser vivências não patológicas e até mesmo potencialmente benéficas (5,6,7,10,11,12). Por se tratar de indivíduos que buscaram ajuda para lidar com experiências psíquicas, é útil comparar o perfil desta amostra com pacientes de unidades de saúde mental na comunidade. Observou-se que a amostra era composta predominantemente por mulheres de meia idade com elevado grau de instrução. Casados ou em relações estáveis foram 44%, sendo que 52% estavam empregados. A renda ficou igualmente distribuída entre aqueles que não recebiam salário (30%), os que ganhavam até 3 salários mínimos (33%) e os que recebiam até 10 salários mínimos (34%). Com exceção da baixa renda, o perfil sociodemográfico se assemelha bastante ao da população espírita brasileira e de outros estudos com médiuns no Brasil (10,11,12). Observa-se um percentual alto de indivíduos que chegaram ao nível superior de instrução nesta amostra em comparação tanto com a população geral brasileira (17) quanto com pessoas que buscaram serviços de atenção secundária em saúde mental no Brasil (18, 19, 20). As taxas de atividade remunerada desta amostra equivalem à população brasileira (58%) (21) e estão acima da de pacientes em serviço de saúde mental (18,19,20). Estes dados indicam que, embora buscando ajuda devido a estas EAs, os indivíduos estudados apresentavam bons indicadores de funcionamento social (escolaridade, ocupação, estado civil), bem melhores que de pacientes em unidades ambulatoriais de saúde mental.

A amostra apresentou uma alta frequência e diversidade de EA, sendo mais frequentes as que envolvem alterações nas percepções sensoriais, notadamente visuais e auditivas. Em um estudo da Organização Mundial de Saúde, envolvendo 52 países, 32% da população geral brasileira relatou pelo menos uma vivência psicótica nos últimos 12 meses, sendo que 16% referiram ocorrências estranhas que outros teriam dificuldade em acreditar, 14% alucinações e 10% controle por uma força externa (23). Grande parte das EAs identificadas já havia sido relatada em estudos anteriores com médiuns espíritas em atividade (13,22). A presente amostra, diferentemente, se constitui de um grupo pessoas que estavam buscando ajuda espiritual devido às suas EAs. Uma parcela deste grupo, provavelmente se tornará médiuns atuantes nestes centros espíritas. No estudo de EAs, é importante analisar separadamente pessoas que começam a apresentá-las das que já as possuem há muito tempo e já integraram estas EAs em suas vidas. Um principiante está aprendendo a lidar com a EA, o que inclui dúvidas, medos e desconhecimento (13,22). Há uma grande necessidade de maior exploração destes dois grupos de pessoas com EAs na população não clínica.

Em relação aos critérios que têm sido propostos para a determinação do caráter não patológico de uma EA, foram relatados pela maioria dos indivíduos no presente estudo: ausência de prejuízos sociais e ocupacionais, a experiência ser curta e episódica, compatibilidade da experiência com uma tradição cultural, a experiência gerar crescimento pessoal e a experiência ser voltada para os outros.

O sofrimento emocional associado às EAs referido pela maioria da amostra pode indicar a falta de um esquema cognitivo que dê sentido e integre

as EAs (24,25). O seguimento prospectivo desta amostra, que está em curso, poderá identificar se este sofrimento com as EAs poderia ser minimizado com a busca de grupos religiosos que ofereçam perspectivas que aceitem e integrem estas vivências.

Sobre a compatibilidade das EAs com a tradição espírita, deve-se lembrar que o critério de seleção neste estudo foi ter a EA ressignificada como mediunidade pelos centros espíritas. No entanto, deve-se ressaltar que, mesmo para o grupo religioso, as EAs relatadas poderiam não ser consideradas experiências espirituais saudáveis, mas casos de emergências espirituais (*spiritual emergency*) de Grof (3) ou de problemas espirituais propostos pelo DSM-IV (4).

A co-morbidade se fez presente principalmente pelos relatos de “ansiedade” e “depressão” da maioria dos sujeitos. Deve-se notar que estes relatos não significam diagnósticos clínicos, podendo ser desde transtornos depressivos e ansiosos até reações depressivas e ansiosas a EAs não patológicas, mas ainda não bem integradas. De qualquer modo, estes dados são compatíveis com a alta prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, entre usuários de serviços ambulatoriais de saúde, onde é encontrada uma prevalência entre 27,9 a 36,1% de transtornos de humor nestes serviços (18,19,20).

Por último, observa-se que mais da metade dos sujeitos da pesquisa relatou não ser capaz de controlar suas EAs, o que foi um dos motivos que os levaram a buscar orientação em um centro espírita. Um estudo com médiuns

identificou que a participação em cursos de treinamento mediúnico não se associou com maior frequência de EA, mas com maior controle sobre elas (13).

Este estudo mostra a complexidade e a diversidade das EAs de caráter psicótico e dissociativo vivenciadas por indivíduos da população não clínica que buscam auxílio em grupos religiosos. A presente amostra provavelmente é composta tanto por indivíduos com EAs não patológicas e potencialmente positivas, quanto por indivíduos que apresentam transtornos mentais que necessitam de atenção por profissionais de saúde. O melhor entendimento desta população permitirá conhecer melhor as EAs e investigar critérios que nos permitam diferenciar estes dois grupos. Além disso, devido ao fato de muitas pessoas com transtornos mentais procurarem auxílio em grupos religiosos, estes podem se tornar uma ferramenta importante no rastreio e no apoio aos portadores de transtornos mentais (14,15,26). Destacamos algumas áreas que nos parecem prioritárias para pesquisas neste tema: 1) perfil das EAs na população geral, 2) características das EAs entre os diversos grupos religiosos, não religiosos e clínicos, 3) testar critérios para avaliar o caráter patológico ou não das EAs e 4) papel que grupos religiosos podem desempenhar na triagem ou tratamento das EAs.

## 6. REFERÊNCIAS

- 1 - Moreira-Almeida A, Cardeña E. Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. [Rev Bras Psiquiatr.](#) 2011;33,Suppl1:S21-36.
- 2 - Menezes Jr. A, Moreira-Almeida A. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais. *Rev Psiq Clín.* 2009; 36,(2):75-82.
- 3 - Grof S, Grof C, Eds. *A Tempestuosa Busca do Ser.* São Paulo: Cultrix, 1989.
- 4 - DSM-IV-TR: Manual estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- 5 - Lukoff D, Lu FG, Turner R. Toward a More Culturally Sensitive DSM-IV: Psychoreligious and Psychoespiritual Problems. *J Nerv Ment Dis.* 1992; 180(11):673-682.

- 6 - Lu FG, Lukoff, D, Barnhouse RT, Turner R. Religious or spiritual problems. *J Nerv Ment Dis.* 1995;183(7):435-44.
- 7 - Lu FG, Lukoff D, Turner R. Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *Psychiatr Clin North Am.* 1995; 18(3):467-85.
- 8 - Cardeña E, Lynn, SJ, Krippner S. (Ed.). *Varieties of anomalous experience: examining the scientific evidence.* Washington: APA, 2000.
- 9 - Almeida AM, Neto FL. Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. *Rev Psiquiatr Clin.* 2003;30:21-28.
- 10 - Negro Jr PJ, Palladino-Negro P, Louzã MR. Do Religious Mediumship Dissociative Experiences Conform to the Sociocognitive Theory of Dissociation? *J Trauma Dissociation.* 2012;13(4):478-89.
- 11 - [Dissociative and psychotic experiences in Brazilian spiritist mediums.](#) Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Greyson B. *Psychother Psychosom.* 2007;76(1):57-8. Erratum in: *Psychother Psychosom.* 2007;76(3):185.
- 12 - [Comparison of Brazilian spiritist mediumship and dissociative identity disorder.](#) Moreira-Almeida A, Neto FL, Cardeña E. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196(5):420-4.
- 13 - Almeida AM. Fenomenologia das Experiências mediúnicas, Perfil e Psicopatologia dos Médiuns Espíritos. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2004.
- 14 - Schumann C, Stroppa A, Moreira-Almeida A. [The contribution of faith-based health organizations to public health.](#) *International Psychiatry.* 2011;8(3): 62-4.
- 15 - [Lucchetti G, Aguiar PR, Braghetta CC, Vallada CP, Moreira-Almeida A, Vallada H.](#) Spiritist Psychiatric Hospitals in Brazil: Integration of Conventional Psychiatric Treatment and Spiritual Complementary Therapy, *Cult Med Psychiatry.* (2012); 36:124-135.
- 16 - Bardin L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.
- 17 - Censo 2010 IBGE - acessado em [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=2125&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2125&id_pagina=1).
- 18 - Pelisoli CL, Moreira AK. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2005; 27(3):270-7.
- 19 - Carvalho MDA, Silva HO, Rodrigues LV. Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do Município de Iguatu, CE. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog, (Ed port.) (Internet). 2010;6(2):337-49.
- 20 - Paula, CTC. Perfil Epidemiológico dos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na Cidade de Recife. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.* 2011;2(4-5):94-105.
- 21 - IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Acessado em: <http://www.ipea.gov.br/portal/>.
- 22 - Negro Júnior, PJ. A natureza da dissociação sobre experiências dissociativas associadas a práticas religiosas. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina, USP, 1999.
- 23 - Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. [The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study.](#) *Schizophr Bull.* 2012;38(3):475-85.
- 24 - Parra A. Efectos de las Experiências Espirituales/Paranormales em La Vida de las Personas y su Bienestar Psicológico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica.* 2008;17(4):233-242.

25 - Lukoff D. From Spiritual Emergency to Spiritual Problem: The Transpersonal Roots of the New DSM-IV Category. *Journal of Humanistic Psychology*. 1998;38(2):21-50.

26 - Wang PS, Berglund PA, Kessler RC. Patterns and correlates of contacting clergy for mental disorders in the United States. *Health Serv Res*. 2003;38(2):647-73.

**ANEXO E** – Artigo submetido ao *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (ALMINHANA, L.O.; MENEZES JÚNIOR, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A., em processo de revisão).

**Personalidade, Religiosidade e Qualidade de Vida em indivíduos que apresentam experiências anômalas em grupos religiosos.**

Personality, Religiosity, and Quality of Life in individuals with anomalous experiences in religious groups.

Letícia Oliveira Alminhana<sup>1</sup>, Adair Menezes Jr.<sup>2</sup> e Alexander Moreira-Almeida<sup>3</sup>.

NUPES - Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde, Faculdade de Medicina,  
Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora, MG

Contato:

Letícia Oliveira Alminhana

Rua Waldomiro Schapke, 665.

91530-390 Porto Alegre/RS.

e-mail: leticiaalminhana@yahoo.com.br.

## RESUMO

**Contexto:** Há alta prevalência de Experiências Anômalas (EAs), como as vivências chamadas de psicóticas, na população geral. Existe pouca informação a respeito das características de pessoas que apresentam EAs de caráter não patológico e que buscam auxílio em instituições religiosas. **Objetivos:** Investigar os perfis de personalidade, qualidade de vida e religiosidade em pessoas que apresentam EAs. **Métodos:** 115 sujeitos que procuraram centros espíritas de Juiz de Fora/MG e que apresentavam EAs foram entrevistados: dados sociodemográficos; ITC-R (140) – (Inventário de Temperamento e Caráter, revisado e reduzido); DUREL - P (Duke University Religious Index, versão em português), e WHOQOL- BREF (Avaliação da

---

<sup>1</sup> Psicóloga e doutoranda em Saúde Brasileira – Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF/MG

<sup>2</sup> Professor Adjunto da Faculdade de Educação - UFJF e doutorando em Saúde Brasileira – Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF/MG

<sup>3</sup> Professor Adjunto da Faculdade de Medicina-UFJF e coordenador do Núcleo de Estudos em Espiritualidade e Saúde – NUPES-UFJF/MG.

Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde-versão brasileira abreviada).

**Resultados:** Cooperatividade foi a dimensão de personalidade que obteve a maior média ( $77,0 \pm 11,2$ ); Religiosidade Não-Organizacional obteve médias altas em 77% da amostra; 58,9% dos sujeitos eram Espíritas; QV psicológica obteve a média mais baixa ( $61,1 \pm 19,4$ ) e a mais alta foi QV física ( $67,1 \pm 18,2$ ). **Conclusões:** Os indivíduos com EAs, que buscam auxílio, parecem constituir uma população de risco para transtornos mentais ou problemas emocionais em geral, sendo preciso desenvolver abordagens adequadas e mais estudos sobre o tema.

**Palavras chave:** Experiências Anômalas, Personalidade, Religiosidade, Qualidade de Vida e Transtornos Mentais.

### Abstract

**Context:** There is a high prevalence of Anomalous Experiences (AEs), as psychotic experiences, in the general population. There is little information about characteristics of people with non-pathological AEs seeking religious institutions. **Objectives:** To investigate personality profiles, quality of life (QoL) and religiosity in people with EAs. **Methods:** 115 subjects who sought Spiritist Centers in Juiz de Fora/MG, Brazil, and who had AEs were interviewed: sociodemographic data; ITC-R (140) - (Temperament and Character Inventory, revised), Durel - P (Duke Religious Index, Portuguese version), and WHOQOL-BREF (Assessment of Quality of Life of the World Health Organization-Brazilian abbreviated version). **Results:** Cooperativity was the personality

dimension with the highest mean ( $77.0 \pm 11.2$ ). High non-organizational religiousness was reported by 77% of the sample; 58.9% were affiliated to Spiritism; psychological dimension of QoL had the lowest mean ( $61.1 \pm 19.4$ ) and physical domain the highest ( $67.1 \pm 18.2$ ). **Conclusions:** Individuals with AEs who seek help seem to be a population at risk for mental or emotional problems in general, being necessary to develop appropriate approaches and more studies about the topic.

**Keywords:** Anomalous Experiences, Personality, Religiosity, Quality of Life and Mental Disorders

## 2. INTRODUÇÃO

Existem experiências religiosas e espirituais que se assemelham a sintomas psicóticos e dissociativos, mas que muitas vezes não estão associadas a transtornos mentais (1,2,3). Alguns autores usam o termo “Experiência Anômala” (EA) para nomear, sem assumir implicações psicopatológicas, algumas vivências incomuns ou diferentes das explicações usualmente aceitas como realidade (4,5). Alguns exemplos dessas experiências são: alucinações, experiências interpretadas como telepatia, experiências de quase-morte, de saída do corpo, entre outras (4). Estas EAs podem ser investigadas enquanto experiências de caráter subjetivo, sem que se compartilhe das crenças que as envolvem (5).

Nesse sentido, recentemente a OMS realizou um levantamento sobre a presença de sintomas psicóticos na população geral, envolvendo 256.445 pessoas em 52 países (6). Em média, 12,5% da população mundial e 32% dos brasileiros relataram ter ao menos uma vivência psicótica (ocorrendo “quando não estava sonolento, sonhando ou sob influência de álcool ou drogas) no ano anterior (6).

Uma questão que tem sido cada vez mais investigada é o perfil da população não clínica que apresenta experiências psicóticas e dissociativas. Estes estudos são necessários, tanto para conhecer melhor este tipo de experiência, como para aprimorar os meios de avaliar se e quando estas experiências são indicadoras de um transtorno mental e quando são saudáveis.

Um modo de avaliar se estas vivências têm significado clínico é investigar suas relações com marcadores de saúde positiva (5) como a Qualidade de Vida (QV) (7). QV é considerado um conceito transcultural e multidimensional, podendo oferecer informações muito importantes a respeito das implicações das EAs nos aspectos psicológicos, sociais, ambientais e físicos de uma pessoa (7).

Outro modo para investigar as implicações clínicas destas EAs é sua relação com características da personalidade, no entanto, a maior parte das teorias de personalidade, não contempla os aspectos relacionados à R/E (8, 9). Desse modo, Cloninger et al.(9) propuseram um modelo de personalidade que inclui a dimensão de espiritualidade entre seus componentes (10). No Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter, o Temperamento (base biológica), possui 4 dimensões: Busca por Novidade (BN); Evitação de Danos (ED); Dependência de Recompensa (DR) e Persistência (PE). E o caráter (base adquirida), apresenta 3 dimensões: Autodirecionamento (AD); Cooperatividade (C) e Autotranscendência (AT) (9, 11, 12) (ver tab. 1).

Como diversos grupos religiosos (espíritas, católicos carismáticos, protestantes pentecostais e religiões afro-brasileiras) fomentam e valorizam EAs, estes são locais privilegiados para investigar estas experiências na população não clínica. Com bastante frequência, pessoas com EAs buscam auxílio nestes grupos religiosos, mas o perfil destas pessoas e de suas EAs ainda não foi bem investigado. Assim, as características relacionadas ao perfil religioso e aos aspectos da religiosidade dos indivíduos que buscam grupos religiosos também são relevantes para a compreensão do fenômeno como um todo.

Desse modo, o principal objetivo desse estudo é investigar os perfis sociodemográficos, de personalidade, qualidade de vida e religiosidade em pessoas que buscaram auxílio em Centros Espíritas e que apresentavam EAs. Mais especificamente, é compreender melhor que tipo de população com EAs busca ajuda em centros espíritas, verificando se essa população possui características que a aproximam mais de uma população não clínica ou de populações portadoras de transtornos mentais.

Tabela 1. Características de pessoas com escores altos e baixos nas dimensões do Inventário de Temperamento e Caráter - ITC (13).

DIMENSÕES DE PERSONALIDADE	ESCORE
<b>Busca por Novidade (BN)</b>	<b>Baixo</b> = reservada, rígida, frugal, estóica; <b>Alto</b> = Exploratória, impulsiva, extravagante, irritável
<b>Esquiva de Danos (ED)</b>	<b>Baixo</b> = Otimista, ousado, extrovertido, enérgico <b>Alto</b> = pessimista, medroso, tímido, fatigável
<b>Dependência de Recompensa (DR)</b>	<b>Baixo</b> = crítico, indiferente, desapegado, independente <b>Alto</b> = sentimental, aberto, terno, simpático
<b>Persistência (PE)</b>	<b>Baixo</b> = Apático, mimado, sem objetivos, pragmático <b>Alto</b> = trabalhador, determinado, ambicioso, perfeccionista
<b>Autodirecionamento (AD)</b>	<b>Baixo</b> = culpa os outros, sem propósito, inapto, vaidoso <b>Alto</b> = Responsável, intencionalidade, resoluto, perfeccionista
<b>Cooperatividade (C)</b>	<b>Baixo</b> = preconceituoso, insensível, hostil, vingativo

---

**Autotranscendência (AT)****Alto** = sensato, empático, prestativo, compassivo**Baixo** = sem discernimento, empírico, dualista, prático**Alto** = Intuitivo, inventivo, transpessoal, espiritual

---

**2. MÉTODO**

Esta pesquisa apresenta dados transversais, que fazem parte de um estudo longitudinal sobre a diferenciação entre experiências religiosas e transtornos mentais. Entre maio de 2009 e agosto de 2010, 150 pessoas que procuraram Centros Espíritas da cidade de Juiz de Fora/MG foram convidadas a participar do estudo. Os indivíduos apresentavam EAs (vivências psicóticas e/ou dissociativas) e foram reconhecidos como portadores de “mediunidade” pelos membros dos Centros Espíritas. Destes, 120 indivíduos concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento informado, aprovado pelo Comitê de Ética da UFJF. Foram obtidos dados válidos de 115, que é a amostra final. Dois psicólogos (A.M. e L.A.) realizaram as abordagens e as entrevistas.

Detalhes sobre as EAs vivenciadas por esta amostra foram descritas em outro artigo (14), sendo, principalmente: experiência alucinatória – visão (63%); experiência alucinatória – audição (53,9%); “percepções espirituais” (53%); sonhos anômalos (37,4%); experiências fora do corpo (31,4%); pressentimentos (20,9%); perda de energia (20%); incorporação (19,1%); intuição (18,3%); efeitos físicos (9,6%); psicografia (8,7%).

**2.1. Instrumentos utilizados:**

- **Entrevista Sociodemográfica:** idade, sexo, escolaridade, condição laborativa, estado civil, religião, segunda religião, histórico de saúde mental.

- **ITC-R (140)** – (Inventário de Temperamento e Caráter, revisado e reduzido). O ITC foi desenvolvido por Cloninger e colegas (9) a fim de acessar as 7 dimensões de personalidade, tendo sido amplamente usado em diversos países na investigação das relações entre personalidade e saúde (9, 11, 12, 15, 16, 17, 18). O ITC-R (140) é uma versão reduzida do ITC-R (240), com 140 itens com respostas numa escala Likert de 1 a 5 pontos (de 1 = Definitivamente Falso a 5 = Definitivamente verdadeiro). A versão em português do ITC-R (240) foi traduzida e validada, apresentando consistência interna satisfatória para todas as dimensões (Alpha de Cronbach acima de 0,7) (18).

- **DUREL - P** (Duke University Religious Index – versão em português): versão validada em português(19, 20, 21) da Duke Religious Index (22). É uma escala com 5 itens que investigam três dimensões de religiosidade: Religiosidade Organizacional (RO) (“Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?”); Religiosidade Privada ou Não Organizacional (RNO) (“Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?”) e três itens de Religiosidade Intrínseca (RI) (ex: “As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.”). A P-Durel apresentou alta consistência interna (alphas variando entre 0,733 - para os escores totais - e 0,758 para RI). As correlações entre as subescalas (validade discriminante) variaram de 0,36 a 0,46, indicando sobreposição significativa entre as escalas sem marcar redundância. Sendo assim, a P-Durel pode ser considerada uma escala válida e confiável (20). Neste estudo foi feita uma inversão na pontuação de forma que os escores maiores reflitam maior religiosidade. Além disso, para fins de comparação com outros estudos, a variável Religiosidade foi dicotomizada em: RO – BAIXA: menor ou igual a algumas vezes/ ano; RO - ALTA: maior ou igual a duas a três vezes por mês. RNO – BAIXA:

uma vez por semana ou menos; RNO - ALTA: duas ou mais vezes por semana. RI – BAIXA: menor ou igual a “não estou certo”; RI – ALTA: maior ou igual a “em geral é verdade”.

- **WHOQOL- BREF** (Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - versão abreviada) (7). O WHOQOL-bref é um instrumento genérico de QV, composto por 26 questões que investigam 4 domínios: físico, psicológico, social e ambiental. Cada item possui escores de 1 a 5, em escala Likert e depois são transformados numa escala linear que vai de 0 a 100 (0 = QV menos favorável e 100= a mais favorável QV). A validação da versão brasileira mostrou boa consistência interna (Alpha de Cronbach de 0.77, nos domínios e 0,91 para as questões), boa validade discriminante e confiabilidade no teste e re-teste (coeficientes de correlação variaram de 0.69 a 0.81) (23, 24).

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Características sociodemográficas da amostra.

A média de idade da população estudada foi de  $36,8 \pm 12,5$  (desvio padrão - DP) anos. Como pode se ver na tabela 2, a maioria dos participantes eram mulheres (70,4%), com elevada escolaridade. Eram casados 44, 3% e empregados ou autônomos 58,2%, com renda em até dez salários mínimos (33,9%). Referiram como sua religião o Espiritismo, 58,9% dos sujeitos.

Tabela 2. Variáveis sócio-demográficas (n=115)

VARIÁVEL	%
<i>Gênero</i>	

Mulheres 70,4%

***Grau de Instrução***

Ensino Fundamental (completo e incompleto) 9,4%

Ensino Médio (completo e incompleto) 35%

Ensino Superior (completo e incompleto) 39,3%

Pós-graduação 16,2%

***Estado Civil***

Solteiros 40%

Casados/União Estável 44,3%

Separados/divorciados 13,9%

Viúvos 1,8%

***Situação Ocupacional***

Empregados 58,2%

Estudantes 19,4%

Do lar 11,1%

Desempregados 6,1%

Aposentados 5,2%

***Renda Individual***

Sem renda pessoal 30,4%

Até dois salários mínimos 33%

Até dez salários mínimos 33,9%

Acima de dez salários mínimos	2,6%
<b><i>Religião</i></b>	
Espírita	58,9%
Católico	20,5%
Umbandista/Afro-brasileiro	7,6%
Protestante/Evangélico	0%
Sem religião	3,5%
Outra	4,2%

2ª. Religião	15,2%
--------------	-------

### 3.2. Características de Personalidade, Religiosidade e Qualidade de Vida.

A tabela 3 apresenta as médias e percentuais de personalidade, religiosidade e qualidade de vida que foram encontrados na presente amostra. Em relação ao perfil de personalidade dos sujeitos com EAs, como se pode observar, a média mais alta foi em Cooperatividade. Por outro lado, a religiosidade privada ou não-organizacional (RNO), obteve médias altas em 77% da amostra. E a qualidade de vida (QV) dos sujeitos, mostrou menor média em QV psicológica ( $61,1 \pm 19,4$ ) e maior em QV física ( $67,1 \pm 18,2$ ).

TEMPERAMENTO E CARÁTER	Média e DP	%
Busca de Novidade	57.5 (9.8)	
Esquiva de Danos	61.7 (12.6)	
Dependência de Gratificação	68,8 (11,7)	
Persistência	66,5 (12,9)	
Autodirecionamento	68,2 (13,0)	
Cooperatividade	77,0 (11,2)	
Autotranscendência	56,2 (11,3)	
<b>RELIGIOSIDADE</b>		
RO	4,5 (1,2)	58,0% - Alta
RNO	4,8 (1,0)	77,7% - Alta
RI	12,9 (2,2)	68,2% - Alta
<b>WHOQOL BREF</b>		
Físico	67,1 (18,2)	

Psicológico	61,1 (19,4)
Social	63,4 (24,0)
Ambiental	63,9 (15,0)

Tabela 3. Características de Temperamento e Caráter (ITC-140); de Religiosidade Organizacional (RO), Não-Organizacional (RNO) e Intrínseca (RI) e de Qualidade de Vida (Whoqol-Bref) (N=115)

#### 4. Discussão

O presente estudo buscou compreender melhor o tipo de população que busca ajuda em grupos religiosos, no Brasil e que apresenta EAs. Como se sabe, as instituições religiosas possuem um importante papel no impacto e efetividade de atendimentos de saúde (25,26). Estima-se haver atualmente 12.290 Centros Espíritas no Brasil (27), os quais oferecem algum tipo de acolhimento a pessoas sofrendo problemas físicos e emocionais. Esses atendimentos são gratuitos e, entre outras coisas, acolhem pessoas que apresentam EAs (28). Muitas vezes, essas pessoas são classificadas como “médiuns”, o que, segundo o Espiritismo, seriam indivíduos que servem como intermediários entre os Espíritos e as pessoas (29). Este tipo de interpretação pode, em certos casos, permitir uma melhor aceitação e integração da EAs, que antes era muitas vezes tida como caótica e ameaçadora (1).

A seguir, serão observadas as semelhanças e diferenças entre as características dos sujeitos que apresentam EAs e as de populações gerais, amostra de médicos, populações com diagnóstico de transtornos mentais, pessoas idosas e grupos religiosos.

##### 4.1. Características de Temperamento e Caráter (ITC R – 140)

Compararemos nossos achados com os três estudos que identificamos por utilizarem o ITC- R (140) e também apresentarem seus escores médios (tab.4). Um estudo realizado em Israel, que investigou uma amostra não clínica (n=1102) (30); outro estudo feito na Espanha, com 97 pacientes psiquiátricos internados (31). E o terceiro, realizado na Austrália, com 214 médicos clínicos gerais (32).

No que tange às dimensões do ITC-R (140), os estudos apontam para uma configuração de personalidade, onde as dimensões de temperamento e caráter interagem para indicar presença ou ausência de transtornos mentais. Sendo assim, um perfil de personalidade onde há alta Esquiva de Dano (ED), alta Autotranscendência (AT) e baixo Autodirecionamento (AD), geralmente aparece em pacientes com quadros de Transtornos Psicóticos (16,17,31).

Assim sendo, pode-se observar que os sujeitos de nossa amostra, parecem possuir médias mais baixas de ED e mais altas de AD e AT em comparação aos pacientes diagnosticados. No entanto, comparados com a população geral, a presente amostra sugere ter altas ED e AT e baixo AD. Isso parece indicar que os sujeitos com EAs podem estar entre a população geral e a população diagnosticada, quanto ao perfil de personalidade e risco para desenvolver transtornos mentais. Logo, a presente amostra parece não apresentar o mesmo perfil de personalidade que está associado à presença de transtornos mentais. Contudo, é provável que as pessoas com EAs se caracterizem enquanto uma “população de risco” para tanto, necessitando de atenção.

Tabela 4. Características de Temperamento e Caráter. Comparações entre as médias do presente estudo (pessoas com EAs) e amostras com população geral (30); com médicos (32) e com pacientes diagnosticados (31).

<b>TEMPERAMENTO E CARÁTER</b>	<b>Sujeitos com EAs  (Brasil)</b>	<b>População geral  (Israel)</b>	<b>Médicos (Austrália)  (N=214)</b>	<b>Pacientes diagnosticados  (Espanha)</b>
-----------------------------------	---	--	---	--

	(N=114)	(N=1102)	(N=107)	
<b>Busca de Novidade (BN)</b>	57.5 (9.8)	55.3 (7.0)	51,5 (7,38)	58.5 (12.2)
<b>Esquiva ao Dano (ED)</b>	61.7 (12.6)	52.7 (11.0)	53,9 (11,82)	66.13 (15.15)
<b>Dependência de Gratificação (DG)</b>	68,8 (11,7)	66.3 (8.9)	65,18 (9,7)	68.36 (11.71)
<b>Persistência (PE)</b>	66,5 (12, 9)	66.2 (9.2)	71,0 (8,5)	62.88 (13.79)
<b>Autodirecionamento (AD)</b>	68,2 (13,0)	72.7 (10.7)	78,6 (9,2)	61.50 (15.18)
<b>Cooperatividade (C)</b>	77,0 (11, 2)	75.9 (7.9)	80,8 (7,3)	76.17 (11.17)
<b>Autotranscendência (AT)</b>	56,2 (11,3)	40.3 (10.7)	40,1 (10,8)	45.88 (15.45)

#### 4.2. Características de religiosidade (P-DUREL)

Com relação às características de religiosidade da amostra (tab. 2), era esperado que a grande maioria afirmasse ser da religião espírita, como ocorreu. Mas, por outro lado, mais de 40% dos que buscaram ajuda nos centros espíritas não se declararam espíritas, mas de outras religiões, principalmente catolicismo, umbanda e religiões afro-brasileiras. Este pode ser entendido como um reflexo do sincretismo religioso da população brasileira (33) e do papel que os grupos espíritas têm no oferecimento de cuidados em saúde no Brasil (25).

A ausência da religião Protestante poderia ser explicada por um maior distanciamento entre estas religiões e o espiritismo no Brasil (tab.2). O maior percentual de adeptos da Umbanda e das Religiões Afro-brasileiras faz sentido pois se

tratam das chamadas “religiões mediúnicas” no Brasil (Candomblé, Umbanda e Espiritismo) (1, 34). Elas costumam oferecer explicações religiosas para as EAs, dentro de uma visão de mundo que pode dar sentido para a experiência vivida (1,34).

Conforme se observa na tabela 5, os sujeitos da pesquisa parecem apresentar características de religiosidade mais próximas às de pacientes com TBH (35) do que com uma população não diagnosticada (20). Além disso, a presente amostra sugere apresentar baixa religiosidade intrínseca se comparada à população de baixa renda (20); à amostra de Adventistas (36) e de idosos (37). Segundo Allport (38), a religiosidade intrínseca descreve uma pessoa que coloca sua crença religiosa acima de tudo em sua vida, adequando sempre que possível, suas necessidades a ela.

Sendo assim, é possível que a população geral consiga integrar melhor sua religiosidade às suas ações e escolhas de vida, do que as pessoas que começam a apresentar EAs. Talvez, a fase de surgimento de experiências anômalas possa provocar alguns questionamentos relacionados à fé e às crenças mais íntimas dessas pessoas. De outra forma, os maiores níveis de religiosidade privada em nossa amostra poderiam estar apontando um maior uso deste modo de coping religioso-espiritual para lidar com as EAs.

Tabela 5. Comparações das características de religiosidade (R) dos sujeitos com EAs (M e DP): em relação à população geral (20) e ao estudo com pacientes com diagnóstico de TBH (35). Percentuais de religiosidade entre os sujeitos com EAs, Adventistas (36) e idosos (37).

	<b>Sujeitos com EAs</b> <b>N=117</b> <b>(M e DP)</b>	População Geral baixa renda N=383 (M e DP)	Pacientes Bipolares N= 168 (M e DP)	<b>Sujeitos com EAs</b> <b>N=117</b> <b>(%)</b>	Adventistas N=264 (%)	Idosos N=30 (%)
<b>RO</b>	4,5 (1,2)	3,7 (1,5)	4.2 (1,5)	58,0% - Alta	99,3% - Alta	33% - Alta
<b>RNO</b>	4,8 (1,0)	3.9 (1,5)	4,4 (1,5)	77,7% - Alta	97,3% - Alta	100% - Alta
<b>RI</b>	12,9 (2,2)	13.2 (2,8)	12,4 (2,8)	68,2% - Alta	98,0% - Alta	85,3% - Alta

### 4.3. Características de Qualidade de Vida

As características de qualidade de vida podem ser observadas em comparação a outros três estudos brasileiros que utilizaram o WHOQOL-bref: um estudo realizado com amostra da população geral (24); outro com indivíduos com o Primeiro Episódio de Psicose (PEP) (40) e o terceiro com pacientes com Esquizofrenia, em sua maioria há mais de 10 anos (41). Com relação à QV psicológica e social (tab.6), parece que nossa amostra se encontra novamente abaixo de uma população sem diagnóstico e acima de populações clínicas.

Nesse sentido, pior QV psicológica e social, em relação à população geral (24), pode ser explicado pelo fato de que os indivíduos da amostra foram selecionados justamente por buscarem ajuda devido às EAs. Tal comportamento de busca de ajuda, provavelmente reflete algum tipo de sofrimento psicológico e social decorrente dessas EAs (4,5,14). Vale destacar que alguns estudos apontam que a falta de um sistema cognitivo de crenças que ofereçam sentido às EAs está associada a mais sofrimentos e incapacitação (42,43).

Tabela 6. Comparações entre as médias de cada dimensão do WHOQOL – Bref, entre os sujeitos com EAs; a população geral (24); indivíduos PEP (40) e pacientes com Esquizofrenia (41).

DOMÍNIOS WHOQOL BREF	Sujeitos com EAs N=117	População Geral N=700	PEP N=37	Pacientes Esquizofrenicos N=219
Físico	67,13 (18,25)	58.9 (10.5)	67.8 (17.5)	13,25 (2,42)
Psicológico	61,15 (19,39)	65.9 (10.8)	59.1 (20.5)	12,18 (2,86)
Social	63,41 (24,07)	76.2 (18.8)	57.7 (26.6)	10,54 (3,26)
Ambiental	63,89 (15,05)	59.9(14.9)	65.4 (17.2)	13,24 (2,26)

### 4.4. Características Sociodemográficas

Em relação aos dados sociodemográficos da presente amostra, comparando-se com as demais pesquisas, pode-se agrupar os estudos em dois blocos, pela semelhança de características: o 1º. Bloco seria formado pela pesquisa com indivíduos com EAs, pelos estudos com população geral (30, 20, 24) e com grupos religiosos (36). Em todos, a maioria dos sujeitos era do sexo feminino, casada e empregada.

No 2º. Bloco, estariam os estudos com pacientes PEP (40), pacientes com TBH (35) e pacientes com Esquizofrenia há mais de 10 anos (41). Nesses, ambas as amostras se caracterizam por pessoas do sexo masculino, desempregadas e solteiras. Dessa forma, parece possível que as pessoas que procuraram auxílio em Centros Espíritas possuam características sociodemográficas mais próximas as de uma população não-clínica.

#### **4.5. Limitações**

Entre as limitações deste artigo está que as comparações das diferenças de nossos achados com os dos demais estudos devem ser analisadas com cuidado, pois não foram realizados testes estatísticos para avaliar a significância estatística das diferenças encontradas. É preciso também cautela na extrapolação dos nossos achados para o total de pessoal com EAs na população geral. Primeiro, porque nossa amostra é a de pessoas que buscaram ajuda devido a EAs, o que não reflete todo o conjunto de pessoas com EA, especialmente as que integraram bem as EAs em suas vidas e, provavelmente, são mais saudáveis (1, 44). Além disso, é difícil saber o quanto a nossa amostra pode se assemelhar às pessoas que buscam auxílio em outras religiões devido às suas EAs. Assim, seria muito importante investigar as populações que, devido às suas EAs, buscam auxílios em outros grupos religiosos e mesmo em outros grupos de apoio em nossa sociedade.

## 6. Conclusão

Esse estudo apresentou características de personalidade, religiosidade e qualidade de vida em pessoas que buscaram instituições espíritas e apresentavam experiências anômalas (EAs). Além disso, também investigou comparativamente, se a população estudada possuía características mais próximas de populações gerais ou de amostras de pacientes psiquiátricos. O principal achado desse estudo foi observar que em todas as características (sociodemográficas, perfil de personalidade, religiosidade e QV), os indivíduos com EAs parecem se encontrar em uma espécie de “limiar” entre os dados obtidos de uma população geral e os de amostras com transtornos mentais.

Assim, uma hipótese seria que os indivíduos que buscaram auxílio religioso para EAs, constituem uma população de risco para transtornos mentais e necessitam de atenção para explorar a existência de um transtorno mental e/ou para um melhor entendimento e integração da EA. Por outro lado, as características de nossa amostra podem refletir uma população heterogênea, onde um subgrupo teria EAs efetivamente relacionadas a transtornos mentais e outro subgrupo teria EAs não patológicas.

O fato de 40% dos que buscaram auxílio nos centros espíritas não se declararem espíritas reflete que este tipo de assistência é buscada por um público mais amplo. Isso aponta para o perfil religioso sincrético do brasileiro, bem como para a importância do papel que os grupos espíritas têm no cuidado em saúde do país (25). Os altos níveis de religiosidade organizacional e privada podem refletir estratégias de coping religiosos com as EAs. A relativamente menor religiosidade intrínseca pode se dever a crises em relação às crenças mais íntimas causadas pelas EAs.

Finalmente, foi possível oferecer uma visão geral sobre as características encontradas em uma população de pessoas que apresentam EAs e que buscam

auxílio em grupos espíritas. Em se tratando, provavelmente, de uma população de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais ou de problemas emocionais em geral, é preciso desenvolver abordagens adequadas para lidar com essa demanda. Sendo assim, o melhor atendimento das necessidades desta população passa, não só pelo maior conhecimento de seu perfil, mas de suas crenças e valores também.

Além disso, a melhor identificação de critérios que ajudem a diferenciar quando uma EA é sintoma de um transtorno mental, de quando ela é uma experiência não patológica e até mesmo associada a melhor saúde e bem estar. Além disso, é preciso desenvolver e aprimorar abordagens que integrem e aproveitem a capilaridade oferecida pelos grupos religiosos para a triagem e, conforme a situação, condução do caso ou encaminhamento para profissional de saúde mental.

## 7. Conflito de Interesses

Não houve nenhum conflito de interesses.

## 8. Referências

1. Almeida AM; Lotufo Neto, F e Greyson, B. Dissociative and Psychotic Experiences in Brazilian Spiritist Mediums. *Psychother Psychosom.* 2007;76:57-58.
2. Menezes AJ, Moreira-Almeida A. O diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso. *Rev Psiq Clín.* 2009; 36(2):75-82.
3. Moreira-Almeida A, Cardeña E. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2011; 33,Suppl1:S21-36.
4. Cardeña E, Lynn SJ, Krippner S. (Ed.). *Varieties of anomalous experience: examining the scientific evidence.* Washington: APA, 2000.
5. Almeida AM, Neto FL. Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. *Rev Psiq Clin.* 2003;30:21-28.
6. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. [The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study.](#) *Schizophr Bull.* 2012;38(3):475-85.
7. WHO. Development of the World Health Organization WHOQOL BREF quality of life assessment. The WHOQOL group. *Psychol Med.* 1998;28:551-8.
8. Alminhana LO, Moreira-Almeida A. Personalidade e religiosidade/espiritualidade R/E. *Rev Psiq Clín.* 2009; 36(4):153-61.
9. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50: 975-990.
10. McDonald DA, Taylor A. Religion and the five factor model of personality: An exploratory investigation using a Canadian university sample. *Pers Individ Dif.* 1999; 27:1243-59.
11. Cloninger CR. *Feeling Good. The Science of Well-Being.* Oxford University Press, New York, NY; 2004.
12. Cloninger CR, Svrakic NM, Svrakic DM. Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. *Dev Psychopathol.* 1997; 9: 881-906.

13. Dragan M, Svrakic NM, Cloninger RC. Epigenetic perspective on behavior development, personality, and personality disorders. *Psychiatr Danub*. 2010; 22 (2): 153–166.
14. Menezes AJ, Alminhana LO, Moreira-Almeida A. Perfil sociodemográfico e de experiências anômalas em indivíduos com vivências psicóticas e dissociativas em grupos religiosos. *Rev Psiq Clin*, no prelo.
15. Spittlehouse JK, Pearson JF, Luty SE, Mulder RT, Carter JD, McKenzie JM et al. Measures of temperament and character are differentially impacted on by depression severity. *J Affect Disorders*. 2010; 126: 140–146.
16. Hori H, Noguchi H, Hashimoto R, Nakabayashi T, Saitoh O, Murray RM et al. Personality in schizophrenia assessed with the Temperament. *Psychiatry Res*. 2008; 160: 175–183.
17. Gonzalez-Torres MA, Inchausti L, Ibáñez B, Aristegui M, Fernandez-Rivas A, Ruiz E et. al. Temperament and Character Dimensions in Patients With Schizophrenia, Relatives, and Controls. *J Nerv Ment Dis* 2009;197: 514–519.
18. Gonçalves DM, Cloninger CR. Validation and normative studies of the Brazilian Portuguese and American versions of the Temperament and Character Inventory — Revised (TCI-R). *J Affect Disorders*. 2010;124: 126–133.
19. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig H. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. *Rev. Psiqu. Clín.* 2008; 35(1): 31-32.
20. Lucchetti G, Lucchetti AL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health*. 2012; 51:579–586.
21. Taunay TCD, Gondim FA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LM et. al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev Psiqu. Clín.* 2012;39(4):130-5.
22. Koenig, H.G.; Meador, K.G.; Parkerson, G. Religion index for psychiatric research. *Amer. J. Psychiat*. 1997; 154: 885-886.
23. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich, E, Vieira G, Santos L et al. Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). *Rev saúde pública*. 1999; 33(2): 198–205.
24. Cruz LN, Polanczyk CA, Comey AS, Hoffmann JF, Fleck MP. Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample. *Qual Life Res*. 2011; 20:1123–1129.
25. Schumann C, Stroppa A, Moreira-Almeida A. The contribution of faith-based health organizations to public health. *International Psychiatry*. 2011; 8 (3): 62-64.
26. DeHaven MJ, Hunter IB, Wilder L, Walton JW, Berry J. Health programs in faith-based organizations: are they effective? *Am J Public Health*. 2004; 94: 1030–1036.
27. ADE- SP (Associação de Divulgadores do Espiritismo de São Paulo) Disponível em: [http://www.adesaopaulo.org.br/pdf/Institui%C3%A7%C3%B5es\\_Esp%C3%ADritas\\_no\\_Brasil%E2%80%93Cadastro\\_da\\_ADE-SP-2.pdf](http://www.adesaopaulo.org.br/pdf/Institui%C3%A7%C3%B5es_Esp%C3%ADritas_no_Brasil%E2%80%93Cadastro_da_ADE-SP-2.pdf).
28. Franco DP. Atendimento Fraternal. Rio de Janeiro: FEB, 1990.
29. Kardec A. O Livro dos Médiuns. Rio de Janeiro: FEB, 1993.
30. Zohar AH, Cloninger CR. The Psychometric Properties of the TCI-140 in Hebrew. *Eur J Psychol Assess*. 2011; 27(2):73–80.
31. Gutiérrez-Zotes JA, Cortés MJ, Valero J, Peña J, Labad A. Psychometric properties of the abbreviated Spanish version of TCI-R (TCI-140) and its relationship with the Psychopathological Personality Scales (MMPI-2 PSY-5) in patients. *Actas Esp Psiquiatr* 2005;33(4):231-237.
32. Eley,D; Young, L; Przybeck, TR. Exploring the Temperament and Character Traits of Rural and Urban Doctors. *J Rural Health*. 2009; 31: 79-84.
33. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiqu. Clín.* 2010;37(1):12-5.
34. Bairrão JFM, Rotta RR. Mulheres médiuns e caboclas espirituais. *Arq Bras Psicol*. 2010; 62 (2): 169-177.
35. Stroppa A. Religiosidade na Evolução do Transtorno Bipolar do Humor. Dissertação de Mestrado. Juiz de Fora: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG, 2010.
36. Silva LBE, Silva SSBE, Marcílio AG, Pierin AMG. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adventistas do Sétimo Dia da Capital e do Interior Paulista. *Arq Bras Cardiol*. 2012; [online].ahead print, PP.0-0. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br>.

37. Duarte FM, Wanderley KS. Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2011; 27 (1): 49-53.
38. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol.* 1967; 5 (4): 432-43.
39. Censo 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=2170&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2170&id_pagina=1).
40. Cotton SM, Gleeson JFM, Alvarez-Jimenez M, McGorry PD. Quality of life in patients who have remitted from their first episode of psychosis. *Schizophr Res.* 2010; 121: 259-265.
41. Mas-Expósito L, Antonio J, Amador-Campos, Gómez-Benito J, Lalucat-Jo L. The World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version: a validation study in patients with schizophrenia. *Qual Life Res.* 2011; 20:1079-1089.
42. Schofield K, Claridge G. Paranormal experiences and mental health: Schizotypy as an underlying factor. *Pers Individ Differ.* 2007;43:1908-16.
43. Frank JD, Frank JB. *Persuasion and healing: a comparative study of Psychotherapy.* 1991; Baltimore: Johns Hopkins Press.
44. Negro PJ Jr, Palladino-Negro P, Louzã MR. Do religious mediumship dissociative experiences conform to the sociocognitive theory of dissociation? *J Trauma Dissoc.* 2002; 3: 51-73.

**ANEXO F – Revisão de Literatura (ALMINHANA, L.O.; MOREIRA-ALMEIDA A., 2009)**

## Personalidade e religiosidade/espiritualidade (R/E)

Personality and religiousness/spirituality (R/E)

LETÍCIA OLIVEIRA ALMINHANA<sup>1</sup>, ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora.

Recebido: 30/9/2008 – Aceito: 4/12/2008

---

### Resumo

**Contexto:** Embora existam muitos estudos relacionando o contexto religioso com a saúde física e mental, há poucas pesquisas sobre a interface entre religiosidade/espiritualidade (R/E) e personalidade. **Objetivos:** O objetivo principal foi revisar as evidências empíricas de investigações sobre a relação entre religiosidade, espiritualidade e personalidade. **Métodos:** Foi realizado um levantamento da produção acadêmica por meio das bases de dados virtuais: PubMed e PsychInfo, com artigos indexados até janeiro de 2008 e utilizando as combinações: “*personality and spiritu\**” e “*personality and religio\**” Além disso, foram pesquisados os artigos presentes em uma metanálise sobre o tema. **Resultados:** Alta Religiosidade está associada a baixo Psicoticismo e a alta Amabilidade e Conscienciosidade. Conscienciosidade em adolescentes pode ser um preditor significativo para a maior religiosidade na adultez jovem. E a dimensão de Religiosidade é mais provável candidata a residir além dos cinco grandes fatores de personalidade. **Conclusão:** A crença em uma dimensão de Religiosidade, em uma realidade transcendente ou em um Deus pessoal, em alguns casos, parece não possuir correspondências entre quaisquer dos cinco fatores de personalidade. Isso parece indicar que a R/E seja um potencial sexto fator de personalidade que não está presente nos modelos de personalidade atuais.

*Alminhana LO, Moreira-Almeida A / Rev Psiq Clín. 2009;36(4):153-61*

**Palavras-chave:** Personalidade, religiosidade/espiritualidade, psicoticismo, amabilidade e conscienciosidade.

---

### Abstract

**Background:** Although there are many studies linking the religious context with physical and mental health, there is little research on the interface between religiousness/spirituality and personality. **Objectives:** The main goal was to review the empirical research on the relationship between religiosity, spirituality and personality. **Methods:** A survey of the academic production through virtual databases: PubMed and PsychInfo, published until January of 2008 and using the combinations: “*personality and spiritu\**” and “*personality and religio\**” was conducted, in addition to articles presented in a meta-analysis about the subject. **Results:** High Religiousness is associated with low Psychoticism and high Agreeableness and Conscientiousness. Conscientiousness in adolescents can be a significant predictor for the higher religiosity in the early adulthood. And the dimension of Religiosity seems to be a potentially candidate to be beyond the Big Five. **Discussion:** The belief in a dimension of Religiosity, in a transcendent reality or in a personal God, in some cases, does not seem to show associations between any of the five factors of personality. This can indicate that the R/E is a potential sixth factor of personality that is not present in the current models of personality.

*Alminhana LO, Moreira-Almeida A / Rev Psiq Clín. 2009;36(4):153-61*

**Keywords:** Personality, religiosity/spirituality, psychoticism, agreeableness and conscientiousness.

## Introdução

A personalidade tem sido estudada pela psicologia, no Ocidente, desde o século XIX<sup>1</sup>. Contudo os aspectos ligados à religiosidade/espiritualidade (R/E) foram pouco explorados ou até mesmo patologizados por algumas teorias de personalidade e pela psicologia e psiquiatria como um todo<sup>1,2</sup>. Entretanto, atualmente, a relação entre R/E e saúde foi examinada em publicação que revisou mais de 1.200 estudos realizados ao longo do século XX: a *The handbook of religion and health*<sup>4</sup>. Nele, os autores afirmam que a religião continua tendo um papel significativo na vida das pessoas, mesmo depois de importantes avanços em áreas como educação, psicologia e medicina. A exemplo disso, estudos mostram que as crenças e as práticas religiosas são estratégias eficientes de muitos pacientes para lidar com as doenças; 80% dos estudos revisados por Koenig *et al.*<sup>4</sup> apontam para relações positivas entre religiosidade e bem-estar. Estudos prospectivos, semiexperimentais e experimentais, sugerem que atividades religiosas e/ou espirituais levam à redução dos sintomas de depressão e que psicoterapias seculares e de orientação religiosa apresentam a mesma efetividade<sup>4</sup>.

Nesse sentido, recentemente os fenômenos relacionados à esfera religiosa e espiritual do comportamento humano foram incluídos em classificações como o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*<sup>3,5</sup> e, também, a Organização Mundial da Saúde incluiu um domínio denominado religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais em seu instrumento de avaliação de qualidade de vida, o WHOQOL<sup>6</sup>. Além disso, há muitos estudos que relacionam o contexto religioso com a saúde física e mental, embora existam poucas pesquisas sobre a interface entre R/E e personalidade<sup>7-9</sup>.

Atualmente, pesquisadores de diversas áreas começam a ver a R/E como área de crescente potencial para a teoria e a pesquisa em personalidade<sup>10</sup>. E, diante disso, este artigo objetiva revisar as evidências empíricas de investigações sobre a relação entre religiosidade, espiritualidade e personalidade.

## Método

Foi realizado um levantamento da produção acadêmica por meio das seguintes bases de dados virtuais: PubMed e PsychInfo, com artigos indexados até janeiro de 2008. As pesquisas em tais fontes de dados foram realizadas com as combinações: “personality and spiritu\*” e “personality and religio\*”; e foram encontrados 530 artigos no PubMed e 350 na PsychInfo. Os artigos foram selecionados a partir de seus títulos, quando estes incluíam o estudo da personalidade e R/E, e, depois, dos resumos, entre os quais foram incluídos apenas aqueles que faziam revisões sobre a relação entre R/E e personalidade e que apresentavam resultados com dados originais. Além disso, foram pesquisados os artigos presentes

em uma metanálise sobre o tema<sup>11</sup> e foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos obtidos, com o objetivo de encontrar outros cujo tema fosse relevante para o conteúdo abordado na presente revisão.

## Resultados

Nas últimas décadas, a fim de investigar as relações entre personalidade e religiosidade/espiritualidade, muitos pesquisadores utilizaram as taxonomias de traços de personalidade descritas em dois grandes modelos<sup>10,11</sup>. O primeiro é conhecido como “Três Grandes” (*Big Three*) fatores ou P-E-N de Hans Eysenck; o segundo é o modelo dos “Cinco Grandes” (*Big Five*) ou Modelo de Cinco Fatores, que foi impulsionado pelas pesquisas léxicas de Cattell<sup>1,11</sup>.

De acordo com Hall *et al.*<sup>1</sup>, o modelo de Hans Eysenck apresenta dois aspectos centrais para o estudo da personalidade: um descritivo, taxonômico e biológico, responsável pelas diferenças individuais e fundamentais da personalidade; outro causal, que resulta da aprendizagem e do ambiente.

No modelo de Hans Eysenck, *Psicoticismo* é o fator associado a egocentrismo, frieza, agressividade, impessoalidade, impulsividade, falta de empatia, criatividade, obstinação e antissociabilidade; *Extroversão* associa-se a sociabilidade, vitalidade, atividade, assertividade, busca de sensações, dominância; *Neuroticismo* está ligado a características como ansiedade, depressão, sentimentos de culpa, baixa autoestima, tensão, irracionalidade, timidez, tristeza e emotividade<sup>12</sup>. A partir dessa teoria, foram desenvolvidos posteriormente o *Eysenck Personality Inventory* (EPI), que avalia a introversão e o neuroticismo, e o *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ), que inclui o psicoticismo<sup>1</sup>.

O segundo modelo, dos Cinco Grandes fatores de personalidade ou *Big Five*, teve como base o trabalho de R. B. Cattell, que pode ser considerado seu “pai intelectual”<sup>1</sup>. Suas análises fatoriais da personalidade utilizaram a chamada “hipótese léxica”, que consistia em colher informações a partir de expressões encontradas na linguagem natural das pessoas, encontrando em torno de 16 fatores que descreviam a personalidade<sup>13,14</sup>.

Utilizando método semelhante ao de Cattell, alguns estudos posteriores analisaram a estrutura da personalidade e chegaram a apenas cinco fatores que eram obtidos com confiabilidade<sup>1,13,15</sup>. A nomenclatura de cada fator utilizada no manual do Inventário de Personalidade NEO versão brasileira, revisado (NEO PI-R), originalmente desenvolvido por Costa e McCrae<sup>15</sup>, apresenta: Extroversão, Neuroticismo, Abertura à Experiência, Conscienciosidade e Amabilidade.

*Extroversão* e *Neuroticismo* correspondem aos fatores E e N da escala de H. Eysenck<sup>1,16</sup>. *Abertura à Experiência* está associada à flexibilidade de pensamento, à fantasia e à imaginação, à abertura para novas experiências e interesses culturais<sup>14</sup>. *Conscienciosidade* refere-se ao senso

de contenção, ao sentido prático, à responsabilidade, ao zelo, à disciplina, à honestidade, à engenhosidade, à cautela, à organização e à persistência<sup>14,17</sup>. *Amabilidade* está ligada a atitudes e a comportamentos pró-sociais, a características como altruísmo, cuidado, amor, apoio emocional, docilidade, generosidade e lealdade<sup>14,17</sup>. Conscienciosidade e Amabilidade correspondem a polos opostos à escala de psicoticismo de Eysenck<sup>10,11,15,16</sup>.

### R/E e os Três Grandes fatores da personalidade (PEN)

Teoricamente, as hipóteses de Michael Eysenck<sup>18</sup> sobre o modelo dos Três Grandes fatores de personalidade afirmam que extroversão e psicoticismo possuem associações negativas com religiosidade, enquanto neuroticismo apresentaria associações positivas. Nesse sentido, uma metanálise de 12 estudos sobre R/E e os Cinco Grandes fatores de personalidade afirma que, em várias culturas e denominações religiosas, convergem para a resultante associação entre religiosidade e baixo psicoticismo<sup>11,19-21</sup>.

Contudo, é importante ressaltar nestes estudos qual dimensão religiosa está sendo estudada. A dimensão mais utilizada na presente revisão é a “orientação religiosa” proposta por Gordon Allport<sup>22</sup>, psicólogo de Harvard que também estudou a personalidade. De acordo com ele, a orientação religiosa de uma pessoa pode ser Extrínseca ou Intrínseca. A religiosidade extrínseca está associada a comportamentos religiosos que visam a benefícios exteriores, de *status*, segurança e distração, em que a pessoa se volta ao sagrado ou a Deus, mas sem desapegar-se do *self*. Por outro lado, a religiosidade intrínseca está associada a um sentimento de significado último da vida, em que a pessoa busca harmonizar suas necessidades e interesses às suas crenças, esforçando-se por internalizá-las e segui-las completamente<sup>22</sup>. Como diz Allport, ao estabelecer uma comparação entre as duas orientações: “os extrínsecos usam sua religião enquanto os intrínsecos a vivenciam”<sup>23</sup>.

Utilizando essa diferenciação, Maltby<sup>24</sup> encontrou resultados significativos que apresentaram associações negativas entre religiosidade e psicoticismo. O estudo aplicou a Escala Modificada de Orientação Religiosa (GORSUCH e VENABLE, 1983 – *Age-Universal*, Escala I – E – Intrínseca-Extrínseca) e o Questionário de Personalidade de Eysenck (EPQR – A – R) em duas amostras de estudantes universitários da Irlanda (n = 172) e da Inglaterra (n = 213). Nos resultados, a orientação religiosa intrínseca, mas não a extrínseca, esteve associada negativamente a psicoticismo<sup>24</sup>.

Michael Eysenck<sup>18</sup> apresenta três alternativas para explicar a consistente relação negativa entre psicoticismo e religiosidade: a primeira seria que pessoas com baixo psicoticismo seriam mais atraídas para a religião, possuindo mais atitudes positivas relacionadas a esta do que pessoas com alto psicoticismo; a segunda explicação seria o oposto, ou seja, pessoas que adotam atitudes e

práticas religiosas tendem a apresentar como resultado baixo psicoticismo e a última alternativa seria considerar que baixo psicoticismo e alta religiosidade são características socialmente desejáveis; logo, espera-se que pessoas com altos índices de sociabilidade apresentem menos psicoticismo e mais religiosidade.

Com relação a isso, McCullough *et al.*<sup>10</sup> consideram que, embora os pesquisadores tenham sido bem-sucedidos em descobrir uma correlação básica entre religiosidade e personalidade, estando as medidas de uma relacionadas às medidas da outra, isso não explica por que tais medidas estão relacionadas. Sendo assim, as duas primeiras alternativas de explicação de Michael Eysenck<sup>18</sup> carecem de mais estudos longitudinais para que se saiba a direção dessa associação.

A terceira hipótese de Michael Eysenck<sup>18</sup> para explicar a relação negativa entre psicoticismo e religiosidade foi examinada por Lewis<sup>21</sup>, em dois estudos com o intuito de observar se essa relação estaria “contaminada” pela expectativa social. No primeiro estudo, mesmo controlando para os escores da Escala de Mentira, as únicas correlações significativas encontradas foram a associação negativa entre psicoticismo e religiosidade e a associação positiva entre psicoticismo e obsessividade<sup>21</sup>.

No segundo estudo, a aplicação dos instrumentos ocorreu em dois tempos: no primeiro momento os sujeitos responderam aos questionários sob condições normais, mas no segundo, eles foram conectados a um “detector de mentira” (*bogus pipeline*). Os resultados não apresentaram diferenças significativas entre os escores obtidos sob condições normais e sob a segunda condição, com o “detector de mentira”<sup>21</sup>. A conclusão da revisão foi de que os dois estudos sustentam que a associação entre religiosidade e traços de personalidade de obsessividade e de psicoticismo não estão em função da expectativa ou deseabilidade social<sup>21</sup>.

Hills *et al.*<sup>25</sup> utilizaram o *Religious Life Inventory*, incluindo escalas que mediam as dimensões de religiosidade intrínseca, extrínseca e busca (*quest* – busca religiosa/espiritual) e o *EPP (Eysenck Personality Profiler)*, para avaliar os traços de personalidade. Sua amostra foi de 400 estudantes universitários (110 homens e 290 mulheres). Os resultados não encontraram associações significativas entre extroversão e religiosidade. Contudo, neuroticismo esteve associado positivamente com religiosidade extrínseca e busca e não apresentou associações com religiosidade intrínseca e com as variáveis comportamentais de frequência à igreja e oração pessoal<sup>25</sup>. Psicoticismo esteve associado negativamente a todas as variáveis religiosas, comportamentais e psicométricas, sendo todas as associações de magnitude similares, embora a relacionada à religiosidade extrínseca seja a mais fraca<sup>25</sup>. Também foi observado que as relações entre psicoticismo e religiosidade não podem ser atribuídas a diferenças unicamente de gênero (no caso o masculino), sendo, então, a associação negativa com psicoticismo uma característica geral da religiosidade.

As observações mais importantes do estudo são de que sentimento de culpa está associado a cada uma das orientações religiosas, constituindo-se como um forte preditor de religiosidades intrínseca e de busca; de que os intrínsecos parecem ser mais felizes, mais dogmáticos, não agressivos e independentes; de que o comportamento religioso está associado com todos os fatores de maior ordem do PEN Eysenckiano (Psicoticismo, Extroversão e Neuroticismo), em contraste com os achados anteriores que afirmavam que o psicoticismo era o único preditor mais evidente de religiosidade<sup>25</sup>.

Dessa forma, a análise dos dados deste estudo sustenta a concepção de que as crenças religiosas estão associadas a sentimentos de culpa, como se observa em Freud e em Pratt<sup>25</sup> ao tratarem da natureza da religião. No entanto, os resultados não apoiam a visão de que indivíduos religiosos são, por outro lado, neuróticos, o que também afirmava Freud. Ao contrário, segundo os autores, os intrínsecos tendem a ser mais felizes e independentes<sup>25</sup>.

Resumindo, os estudos que relacionam R/E e os Três Grandes fatores da personalidade convergem para uma associação negativa entre religiosidade e psicoticismo<sup>11,18,24,25</sup>, que não é explicada pela desejabilidade social<sup>21</sup>, pelas diferenças de gênero<sup>25</sup>.

### R/E e os Cinco Grandes fatores da personalidade (*Big Five*)

A revisão sistemática com metanálise de 13 estudos sobre religiosidade e os cinco fatores de personalidade, realizada por Saroglou<sup>11</sup>, analisou diferentes dimensões de religiosidade. As religiosidades geral/intrínseca e aberta-madura estiveram correlacionadas, principalmente, com Amabilidade e Conscienciosidade (igual a baixo psicoticismo), conforme esperado pelo autor. De acordo com Saroglou<sup>11</sup>, a religião está relacionada com os cinco fatores de personalidade, mas essa relação depende claramente da dimensão de religiosidade que é medida. Para ele, os futuros artigos deveriam permitir que as metanálises investigassem o impacto de variáveis moderadoras, como idade, gênero, denominação e populações religiosas gerais *versus* específicas.

McDonald e Taylor<sup>16</sup> conduziram um estudo com 1.129 estudantes universitários de Psicologia, no Canadá, e obtiveram resultados semelhantes àqueles apontados por Saroglou<sup>11</sup>. Uma das limitações do estudo, apontada pelos autores, é o fato de que estudantes universitários podem não constituir uma amostra apropriada para estudar as relações entre personalidade e religiosidade<sup>16</sup>.

McCullough *et al.*<sup>10</sup> afirmam que a maioria dos estudos sobre personalidade e religiosidade são transversais e com instrumentos de autoavaliação. Segundo eles, as pesquisas longitudinais mais amplas, bem como estudos que avaliem de forma mais completa a inter-relação da personalidade e dos fatores sociais na formação da religiosidade, serão passos lógicos no sentido de dar

seguimento à visão de Allport para uma psicologia da personalidade que ofereça uma luz à dimensão religiosa do funcionamento humano.

A única pesquisa longitudinal encontrada nesta revisão é o estudo conduzido por McCullough *et al.*<sup>10</sup>, que examinou a associação entre os Cinco Grandes fatores de personalidade e religiosidade, sob a perspectiva do desenvolvimento. Os autores analisaram 492 adolescentes superdotados (QI = ou > 135), entre 12 e 18 anos, por um período de 19 anos. Os adolescentes foram avaliados em intervalos entre 5 e 10 anos, e seus pais e professores também preencheram uma escala de personalidade relacionada à sua percepção sobre cada participante. Em seus resultados, os adolescentes que foram apontados pelos pais e professores como mais abertos à experiência se tornaram mais religiosos na adultez, o que contraria as expectativas, pois a Abertura à Experiência está relacionada à tendência a considerar novas ideias e a questionar valores e crenças. Contudo, como os temas ligados à R/E são amplos no que tange a ideias, crenças e valores, é possível que a Abertura à Experiência possa predispor os adolescentes a considerarem as dimensões de R/E da vida<sup>10</sup>.

Os resultados obtidos após o controle para as correlações entre os Cinco Grandes por meio de regressões multivariadas apontam para a Conscienciosidade em adolescentes como o único preditor significativo para a maior religiosidade na adultez jovem<sup>10</sup>. Segundo os autores, isso parece sugerir processos de desenvolvimento em que a Conscienciosidade seria uma tendência biológica e a religiosidade, uma característica adaptativa que pessoas com alta conscienciosidade estariam propensas a adotar. Ainda assim, a associação Conscienciosidade-religiosidade parece atingir os adolescentes em geral, sem diferenças entre seus graus de educação religiosa<sup>10</sup>.

Além disso, a pesquisa também observou que adolescentes que mostravam maior instabilidade emocional estavam mais sujeitos a adotar, na maioridade, níveis de religiosidade semelhantes aos de seus pais. Para os autores, isso pode significar que o adolescente emocionalmente instável pode adotar a religião dos pais como forma de manter o bem-estar afetivo e evitar conflitos com a família<sup>10</sup>.

Em resumo, os resultados encontrados nos estudos apresentam associações positivas entre alta Conscienciosidade, alta Amabilidade e religiosidade<sup>10,11,15,16</sup>, e a Conscienciosidade aparece como preditor de religiosidade na adultez, independentemente da educação religiosa recebida<sup>10</sup>.

### R/E para além dos Cinco Grandes

De acordo com Saucier e Goldberg<sup>26</sup>, um corpo considerável de pesquisas tem demonstrado o poder de síntese dos cinco amplos fatores de personalidade, tanto em autodescrições quanto em descrições feitas por outros.

No entanto, alguns pesquisadores têm sugerido que um grande número de conteúdo descritivo da personalidade não está incluído de forma adequada no Modelo de Cinco Fatores<sup>26</sup>.

No estudo conduzido por Hills *et al.*<sup>25</sup>, as análises fatoriais entre dimensões de religiosidade e fatores de personalidade preditivos observaram que as dimensões de religiosidade formavam um discreto e substancial segundo fator que não estava associado com nenhum dos fatores primários ou de maior ordem de personalidade. Assim sendo, os autores afirmam que as diferentes dimensões de religiosidade parecem possuir mais em comum umas com as outras do que com quaisquer dos fatores primários de personalidade. Sendo assim, segundo Hills *et al.*<sup>25</sup>, pode-se concluir que ser religioso está associado com algum aspecto da personalidade que não está representado nos 21 fatores primários do EPP (*Eysenck Personality Profiler*) ou que a “consciência espiritual” é, ela mesma, uma diferença individual da personalidade que está faltando nos modelos mais tradicionais. Esta última possibilidade parece ser consistente com a sugestão de Piedmont<sup>27</sup>, de que a transcendência espiritual pode ser um fator adicional que não está incluído no modelo de cinco fatores da personalidade.

Outro estudo realizado por Kosek<sup>28</sup>, na Polônia, investigou a utilidade do Modelo de Cinco Fatores como um instrumento interpretativo para avaliar constructos religiosos. Segundo o autor, os resultados sugerem que uma predisposição pessoal em direção aos outros (alta Amabilidade e Conscienciosidade) está associada a uma crença positiva em relação a Deus<sup>28</sup>. As análises de regressões múltiplas sugeriram que os cinco domínios de personalidade explicaram 4% da variedade na qualidade da relação com Deus de uma pessoa, enquanto a orientação religiosa explicou 35% dessa variedade. Este estudo é uma adaptação do paradigma de Piedmont e Hendrick<sup>28</sup> e é o primeiro a trazer essas questões ao contexto polonês.

Na Bélgica, Duriez *et al.*<sup>17</sup> realizaram um estudo com estudantes de Psicologia (n = 335) com o objetivo de analisar as relações entre duas dimensões de religiosidade (Inclusão *versus* Exclusão de Transcendência e Literalismo *versus* Simbolismo) e dois modelos de personalidade: os Cinco Grandes e o *Identity Style Inventory*<sup>17</sup>. Nos resultados, Duriez *et al.*<sup>17</sup> afirmam que não há nenhum tipo de relação entre quaisquer dos cinco fatores de personalidade e a crença ou não em uma realidade transcendente ou um Deus pessoal. Os resultados apontados por eles estão em concordância com os achados de Piedmont<sup>27</sup> e Paunonen e Jackson<sup>29</sup>, os quais sustentam que a religiosidade e a espiritualidade estão além dos fatores representados no Modelo de Cinco Fatores de personalidade.

Nesse sentido, o estudo conduzido por Saucier e Goldberg<sup>26</sup>, da Universidade de Oregon, identificou 53

grupos de adjetivos que pareciam não estar inseridos na classificação dos Cinco Grandes e os administrou em uma amostra de 694 adultos, 57% mulheres, com idade média de 50 anos. Utilizando como ponto de corte uma relação de 0,3 para adjetivos serem considerados independentes dos Cinco Grandes, apresentou os seguintes resultados: Religiosidade, Valência Negativa e vários aspectos da Atratividade<sup>26</sup>. Assim sendo, segundo os autores, tais resultados apontam para a necessidade de suplementação dos Cinco Grandes, caso se procure entender de modo mais abrangente os traços de personalidade.

De modo ainda mais explícito, a análise de Paunonen e Jackson<sup>29</sup>, com relação à questão – “O que está além dos Cinco Grandes?” –, lança a resposta – “Muita coisa!”. Esta conclusão está apoiada no exame, feito pelos autores, dos dados oferecidos por Saucier e Goldberg<sup>26</sup>, apresentados acima. Paunonen e Jackson<sup>29</sup> consideraram os critérios de Saucier e Goldberg<sup>26</sup> muito liberais e decidiram reavaliar os 53 grupos de adjetivos que pareciam não estar inseridos na classificação dos Cinco Grandes, analisados anteriormente por Saucier e Goldberg<sup>26</sup>. Eles escolheram, então, como ponto de corte uma relação de 0,2 para adjetivos independentes dos Cinco Grandes, a qual consideraram mais razoável, porém ainda liberal. Os resultados apresentaram 26 grupos considerados relativamente independentes dos Cinco Grandes. Destes, foram encontradas nove dimensões bipolares, e, de todas elas, aquelas que identificavam o grupo “Religioso, devoto, venerado” apresentaram as correlações mais baixas com os Cinco Grandes.

Conforme Paunonen e Jackson<sup>29</sup>, esse resultado confirma a afirmação de Saucier e Goldberg<sup>26</sup> de que a dimensão de religiosidade é a mais provável candidata a residir além dos cinco grandes fatores tradicionais de personalidade.

### **Espiritualidade como um sexto fator de personalidade**

Piedmont<sup>27</sup> apresenta três critérios empíricos que seriam necessários para demonstrar que as variáveis espirituais representam algo diferente das dimensões que abrangem o Modelo de Cinco Fatores: 1º. A nova dimensão de personalidade precisa mostrar ser independente das cinco já existentes; 2º. Precisa estar num nível de generalidade e abrangência comparável às outras cinco, assumindo muitas facetas menores; 3º. Ela deve ser recuperável, sobrevivendo às múltiplas fontes de informação, ou seja, por meio de fontes de classificação e de medidas.

A pesquisa de Piedmont<sup>27</sup> foi realizada no intuito de desenvolver uma escala que pudesse conter medidas que capturassem aspectos do indivíduo que sejam independentes das qualidades contidas no Modelo de Cinco Fatores de personalidade. O instrumento é denominado de “Escala de Transcendência Espiritual”,

sendo “transcendência espiritual” definida como: a) Um senso de conectividade com toda a raça humana; b) Universalidade, crença na natureza unitiva de toda a vida; c) Rezar, ter sentimentos de alegria e contentamento que resultam de encontros pessoais com uma realidade transcendente.

A pesquisa utilizou duas amostras: uma de desenvolvimento, com 277 mulheres e 102 homens, e outra de validação, que contou com 265 mulheres e 91 homens; cada participante indicou duas pessoas que o conheciam há, no mínimo, três meses para responder a escalas sobre eles. Os resultados confirmaram que a Transcendência Espiritual mostrou-se: 1º. Independente das medidas do Modelo de Cinco Fatores; 2º. Evidenciou boa convergência interobservada; 3º. Conseguiu prever um amplo alcance de resultados psicológicos salientes, mesmo depois do controle dos efeitos preditivos dos Cinco Fatores da personalidade<sup>27</sup>. Desse modo, segundo Piedmont<sup>27</sup>, a Transcendência Espiritual representa uma dimensão distinta no funcionamento psicológico e deve ser considerada uma potencial sexta dimensão da personalidade.

Na mesma direção, McDonald<sup>30</sup> buscou explorar a existência de uma estrutura fatorial significativa que fundamentasse a espiritualidade e a associação desta com a personalidade (Modelo de Cinco Fatores). Os resultados apontaram para a existência de cinco dimensões robustas de espiritualidade: 1. Orientação Cognitiva em relação à Espiritualidade (inclui crenças, atitudes e percepções a respeito da natureza e da importância da espiritualidade); 2. Dimensão Experiencial/Fenomenológica da Espiritualidade (experiências que são descritas como espirituais, religiosas, místicas, de pico, transcendentais e transpessoais); 3. Bem-Estar Existencial (sensação de sentido e propósito para a existência e a percepção de si mesmo como sendo competente e capaz de lidar com as dificuldades da vida e com as limitações da existência humana); 4. Crenças Paranormais (crenças em precognição, psicocinese, espiritualismo, fantasmas e aparições); 5. Religiosidade (expressão da espiritualidade por meio de significados e símbolos religiosos). Para medir essas dimensões, foi validado o Inventário de Expressões de Espiritualidade<sup>30</sup>.

As associações entre o Inventário de Expressões de Espiritualidade e o NEO PI-R apresentaram altas correlações entre a Dimensão Fenomenológica/Existencial e Abertura para a Experiência, seguida por Extroversão; Crenças Paranormais também obtiveram notáveis associações com Abertura; Religiosidade esteve associada mais claramente com Amabilidade e Conscienciosidade e menos com Abertura; Orientação Cognitiva em relação à Espiritualidade esteve relacionada com Amabilidade e Conscienciosidade, seguida por Abertura e Extroversão e Bem-Estar Existencial, apresentou correlações negativas com Neuroticismo, enquanto obteve correlações

significativamente positivas com Conscienciosidade, Extroversão e Amabilidade<sup>30</sup>.

No entanto, segundo McDonald<sup>30</sup>, apesar dessas associações, os elementos mais importantes da espiritualidade apresentam-se conceitualmente únicos, apontando para a possibilidade de existirem grandes aspectos da personalidade que não estão representados no Modelo de Cinco Fatores.

Finalmente, Cloninger *et al.*<sup>31</sup> desenvolveram o Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter. De acordo com os autores, o Modelo de Cinco Fatores não captura algumas dimensões consideradas indispensáveis para a compreensão de transtornos de personalidade e os aspectos ligados à Autoatualização, descrita na Psicologia Humanista e na Psicologia Transpessoal. Além disso, as análises fatorial e estatística não são capazes de definir a estrutura causal subjacente à variabilidade biológica e social dos traços de personalidade<sup>31</sup>. Assim sendo, os autores propõem um modelo alternativo aos Cinco Grandes, que considera os determinantes biológicos e sociais subjacentes, incluindo quatro dimensões de temperamento e três dimensões de caráter. As dimensões de temperamento, de base hereditária, são: *Busca pelo novo; Evitação de sofrimento; Dependência de Recom-pensas e Persistência*.

As dimensões de caráter, ligadas a questões sociais, ao autoconceito e ao aprendizado são: *Autodiretividade* (relacionada à autonomia e à presença ou ausência de transtorno mental); *Cooperatividade* (relacionada ao sentimento de fazer parte da humanidade como um todo) e *Autotranscendência* (relacionada à sensação de fazer parte do universo como um todo e à espiritualidade). A Autotranscendência, especificamente, é considerada um processo de desenvolvimento relacionado à aceitação da espiritualidade, à identificação com aquilo que está além do *self* individual e, em última instância, à perda das fronteiras entre o *self* e os outros por meio da identificação com o conceito de um Deus imanente, que está em tudo<sup>31</sup>. Os autores subdividem a Auto-transcendência em cinco estágios: 1. Esquecimento do *self vs.* egocentrismo; 2. Identificação transpessoal *vs.* individualismo; 3. Aceitação espiritual *vs.* materialismo racional<sup>31</sup>; 4. Iluminação *vs.* objetividade e 5. Idealismo *vs.* praticidade<sup>32</sup>.

Cloninger *et al.*<sup>31</sup> desenvolveram o Inventário de Temperamento e Caráter (ITC), o qual também auxilia no diagnóstico diferencial. Segundo os autores, baixos escores nas escalas de caráter, como Autodiretividade, estão associados com irresponsabilidade, baixo controle de impulsos e transtornos de personalidade; baixa Cooperatividade é associada a déficits de empatia, hostilidade, agressividade e oportunismo, e baixos escores de Autotranscendência estão associados a comportamentos materialistas com pouca ou nenhuma preocupação com ideais como bondade e harmonia universal<sup>33</sup>.

### Tabela de associações e resultados encontrados

- Alta Religiosidade associada a:
  1. baixo Psicoticismo
  2. alta Amabilidade e Conscienciosidade<sup>10,11,16,19,20,24,25,28</sup>
- Orientação Religiosa Intrínseca associada a baixo psicoticismo<sup>20</sup>
- Alto Neuroticismo associado a:
  1. Baixa Religiosidade Intrínseca
  2. Alta Religiosidade Extrínseca
  3. Busca
- Culpa – forte preditor de Religiosidade Intrínseca e Busca
- Intrínsecos parecem ser mais felizes, possuir menos riscos, ser dogmáticos, não agressivos e independentes<sup>25</sup>
- A religião está relacionada com os fatores de personalidade, mas essa relação depende claramente da dimensão de religiosidade que é medida<sup>11,20</sup>
- Conscienciosidade em adolescentes – único preditor significativo para a maior religiosidade na adultez jovem
- Adolescentes com maior instabilidade emocional – mais sujeitos a adotar níveis de religiosidade semelhantes aos de seus pais<sup>10</sup>
- A dimensão de Religiosidade é a mais provável candidata a residir além dos cinco grandes fatores de personalidade<sup>26,29</sup>

### Discussão

Como afirmam McCullough *et al.*<sup>10</sup>, os estudos transversais podem apenas sugerir associações entre personalidade e R/E, mas não explicam o porquê de tais associações. Apenas os resultados do estudo longitudinal conduzido por McCullough *et al.*<sup>10</sup> apresentam dados mais conclusivos a esse respeito, apontando para a primeira explicação de Michael Eysenck<sup>18</sup>, em que a alta conscienciosidade é preditora de religiosidade em adultos.

Por outro lado, além de afirmar que há relações entre personalidade e religiosidade, é imprescindível apontar para a dimensão de religiosidade que está sendo associada a algum fator de personalidade. Maltby<sup>24</sup>, Maltby *et al.*<sup>19</sup>, Hills *et al.*<sup>25</sup> e Koseck<sup>28</sup> diferenciam as dimensões de religiosidade, encontrando resultados como a associação negativa entre a religiosidade intrínseca (RI) e o psicoticismo (P), mas não entre P e religiosidade extrínseca (RE)<sup>19</sup>; alta RE e busca associadas a altos índices de neuroticismo (N), bem como baixa RI a alto N<sup>25</sup>; e RI e busca associadas positivamente à Amabilidade e Conscienciosidade (A e C)<sup>28</sup>. Koseck<sup>28</sup> ainda afirma que pessoas com RI e busca possuem maior A e C, em outras palavras, de acordo com o autor, pessoas com uma crença positiva em relação a Deus apresentam predisposição pessoal em direção aos outros.

Um dos resultados que mais chamam a atenção nesta revisão parece ser o fato de que a religiosidade mostra mais relações entre suas diferentes dimensões (intrínseca, extrínseca e busca) do que com os fatores de personalidade investigados (PEN ou Cinco Grandes). Além disso, Saucier e Goldberg<sup>26</sup> e Paunonen e Jackson<sup>29</sup>

apresentam resultados que corroboram com Hills *et al.*<sup>25</sup>, apontando para as baixas correlações entre as dimensões de religiosidade e os Cinco Grandes. Segundo os autores, a religiosidade é a mais provável candidata a residir além dos Cinco Grandes fatores de personalidade.

Assim sendo, diante da provável necessidade de se analisar e investigar melhor a religiosidade ou a espiritualidade como dimensões da personalidade, as pesquisas de Piedmont<sup>27</sup>, McDonald<sup>30</sup> e Cloninger *et al.*<sup>31</sup> podem estar apresentando resultados importantes para a maior compreensão dessas dimensões.

Nesse sentido, ao analisar as dimensões de caráter (Autodiretividade; Cooperatividade e Autotranscendência) propostas por Cloninger *et al.*<sup>31</sup>, pode-se pensar se não apresentam alguma semelhança com a Transcendência Espiritual de Piedmont<sup>27</sup>. Isso porque Cloninger *et al.*<sup>31</sup> relacionam as três dimensões de caráter à maturação de autoconceito, ou seja, quando a pessoa se sente: 1°. Um indivíduo autônomo; 2°. Parte da humanidade como um todo e 3°. Parte do universo como um todo. Para Piedmont<sup>27</sup>, Transcendência Espiritual pode ser definida como: 1°. Um senso de conectividade com toda a raça humana; 2°. Universalidade, crença na natureza unitiva de toda a vida; 3°. Rezar, ter sentimentos de alegria e contentamento que resultam de encontros pessoais com uma realidade transcendente.

Além disso, ao especificar algumas das cinco dimensões de espiritualidade, McDonald<sup>30</sup> também apresenta características semelhantes aos outros dois<sup>27,31</sup>. Entre outras, McDonald<sup>30</sup> inclui: sentido e propósito para a existência e a percepção de si mesmo como sendo competente e capaz de lidar com as dificuldades da vida e com as limitações da existência humana e expressão da espiritualidade por meio de significados religiosos.

Cloninger	Piedmont	McDonald
Um indivíduo autônomo		Sentido e propósito para a existência e a percepção de si mesmo como sendo competente e capaz de lidar com as dificuldades da vida e com as limitações da existência humana
Parte da humanidade como um todo	Um senso de conectividade com toda a raça humana	
Parte do universo como um todo	Universalidade, crença na natureza unitiva de toda a vida	
	Rezar, ter sentimentos de alegria e contentamento que resultam de encontros pessoais com uma realidade transcendente	Expressão da espiritualidade por meio de significados religiosos

## Conclusão

Os principais achados desta revisão foram: Alta Religiosidade associada a baixo P e altas A e C<sup>10,11,16,19,20,24,25,28</sup>. Essa relação entre religiosidade e personalidade depende claramente da dimensão de religiosidade que é medida<sup>11,20</sup>. Assim, observa-se que RI está associada a baixo P<sup>20</sup>; Baixa RI, alta RE e Busca estão associadas a alto N; e o sentimento de culpa aparece como forte preditor de RI e Busca, embora os intrínsecos pareçam ser mais felizes, ser dogmáticos, não agressivos e independentes<sup>25</sup>.

O único estudo longitudinal encontrado apresenta C em adolescentes como único preditor significativo para a maior religiosidade na idade adulta<sup>10</sup>. Isso sugere que a hipótese de Michael Eysenck<sup>18</sup> esteja correta ao afirmar que pessoas com baixo índice de P (ou alto índice de A e C) seriam mais atraídas para a religião. McCullough *et al.*<sup>10</sup> também concluem, a partir de seus resultados, que adolescentes com maior instabilidade emocional estão mais sujeitos a adotar níveis de religiosidade semelhantes aos de seus pais. Finalmente, a associação positiva entre A e C, segundo Kosek<sup>28</sup>, significa que uma predisposição pessoal em direção aos outros está associada a uma crença positiva em relação a Deus.

No entanto, embora tenham sido encontradas associações significativas entre religiosidade e personalidade, alguns autores sustentam que a crença em uma dimensão de Religiosidade, em uma realidade transcendente ou em um Deus pessoal parece não possuir correspondências entre quaisquer dos cinco fatores de personalidade<sup>11,17,19,27,29</sup>. Dessa forma, a dimensão de Religiosidade é apresentada como a mais provável candidata a residir além dos cinco grandes fatores de personalidade<sup>26,29</sup> e a Transcendência Espiritual, segundo Piedmont<sup>27</sup>, pode ser considerada uma sexta dimensão da personalidade. Por fim, essa revisão também analisou duas importantes contribuições para a avaliação e para o diagnóstico diferencial entre psicopatologia e R/E: as Cinco Dimensões de Espiritualidade e o Inventário de Expressões de Espiritualidade, desenvolvidos no estudo de McDonald<sup>30</sup>, e as Três Dimensões de Caráter e o Inventário de Temperamento e Caráter, desenvolvidos por Cloninger *et al.*<sup>31</sup>.

As diretrizes para futuras pesquisas são:

- avaliar a R/E como uma possível dimensão de personalidade;
- desenvolver um modelo que possa reunir as semelhanças encontradas entre os estudos de Piedmont<sup>27</sup>, McDonald<sup>30</sup> e Cloninger *et al.*<sup>31</sup>;
- conduzir um estudo longitudinal que possa avaliar a relação entre R/E e personalidade.

Finalmente, ao que tudo indica, o estudo das relações entre personalidade e R/E tem aumentado e sua investigação possui relevância, principalmente porque muitos dados apontam para sua relação com o bem-estar e a saúde.

## Referências

1. Hall CS, Lindzey G, Campbell JB. Teorias da personalidade. Porto Alegre: Artmed; 2000.
2. Palmer M. Freud e Jung sobre a religião. Loyola: São Paulo; 1997.
3. Lukoff D, LU F, Turner R. Toward a More Culturally Sensitive DSM – IV – Psychoreligious and Spiritual Problems. J Nerv Ment Dis. 1992;180(11).
4. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of Religion and Health: a century of research reviewed. New York: Oxford University Press; 2001.
5. DSM – IV, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Trad. Dayse Batista. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1995.
6. Fleck MA, Borges ZN, Bolognesi G. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Rev Saude Publica. 2003;37(4):446-55.
7. Moreira-Almeida A. Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.
8. Negro PJ, Palladino-Negro P, Louzã MR. Do religious mediumship dissociative experiences conform to the sociocognitive theory of dissociation? J Trauma Dissociation. 2002;3(1).
9. Moreira-Almeida A, Lotufo FN, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. Artigo Especial. Rev Bras Psiquiatr. 2006.
10. McCullough ME, Tsang JA, Brion S. Personality traits in adolescents as predictors of religiousness in early adulthood: findings from the Terman Longitudinal Study. Society for Personality and Social Psychology. 2003;29(8):980-91.
11. Saroglou V. Religion and the five factors of personality: a meta-analytic review. Pers Individ Dif. 2002;32:15-25.
12. Pervin LA, John OP. Personalidade: teoria e pesquisa. Porto Alegre: Artmed; 2004.
13. Goldberg LR. An Alternative "Description of Personality": The Big-Five Factor Structure. J Pers Soc Psychol. 1990;59(6):1216-29.
14. Silva RS, Schilottfedt CG, Rozenberg MP, Santos MT, Lelé AJ. Replicabilidade do Modelo dos Cinco Grandes Fatores em medidas da Personalidade. Mosaico, estudos em psicologia. 2007;1(1):37-49. Disponível em: www.fafich.ufmg.br/mosaico.
15. Costa PT, McCrae RR. Primary Traits of Eysenck's P-E-N System: Three- and Five-Factor Solutions. Personality Processes and Individual Differences. 1995;69(2):308-17.
16. McDonald DA, Taylor A. Religion and the five factor model of personality: An exploratory investigation using a Canadian university sample. Pers Individ Dif. 1999;27:1243-59.
17. Duriez B, Soenens B, Beyers W. Personality, Identity Styles and Religiosity: An Interactive Study Among Late Adolescents in Flanders (Belgium). J Per. 2004:72-5.
18. Eysenck MW. Personality and the psychology of religion. Mental Health, Religion and Culture. 1998;1(1).
19. Maltby J, Talley MI, Cooper C, Leslie JC. Personality effects in personal and public orientations toward religion. Pers Individ Dif. 1995;19(2):157-63.
20. Maltby J, Lewis CA. Religiosity and Personality Among US Adults. Pers Individ Dif. 1997;19(2):157-63.
21. Lewis CA. Is the relationship between religiosity and personality 'contaminated' by social desirability as assessed by the Lie Scale? A methodological reply to Michael W. Eysenck (1998). Mental Health, Religion and Culture. 1999;2(2).
22. Allport GW, Ross MJ. Personal Religious and Prejudice. J Pers Soc Psychol. 1967;5(4):432-43.
23. Argyle M, Francis L, Hills P, Jackson C. Primary personality trait correlates of religious practice and orientation. Pers Individ Dif. 2004;36:61-73.
24. Maltby J. Religious orientation and Eysenck's personality dimensions: The use of the amended religious orientation scale to examine the relationship between religiosity, psychoticism, neuroticism and extroversion. Pers Individ Dif. 1999;26:79-84.
25. Hills P, Francis LJ, Argyle M, Jackson CJ. Primary Personality Trait Correlates of Religious Practice and Orientation. Pers Individ Dif. 2004;36:61-73.
26. Saucier G, Goldberg LR. What Is Beyond The Big Five? J Personality. 1998;66(4).

27. Piedmont RL. Does Spirituality Represent the Sixth Factor of Personality? Spiritual Transcendence and the Five-Factor Model. *J Personality.* 1999;67(6).
28. Kosek RB. Adaptation of the Big Five as a hermeneutic instrument for religious constructs. *Pers Individ Dif.* 1999;27:229-37.
29. Paunonen SV, Jackson DN. What is beyond The Big Five? Plenty! *J Personality.* 2000;68(5).
30. McDonald DA. Spirituality: Description, measurement and relation to the Five Factor Model of Personality. *J Personality.* 2000;68(1).
31. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50.
32. McDonald DA, Holland D. Examination of the psychometric properties of the temperament and character inventory self-transcendence dimension. *Pers Individ Dif.* 2002;32:1013-27.
33. Cloninger CR, Svrakic NM, Svrakic DM. Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. *Dev Psychopathol.* 1997;9:881-906.