



**Influências da Religião  
sobre a  
Saúde Mental**

**Francisco Lotufo Neto  
Zenon Lotufo Jr.  
José Cássio Martins**

**ESETec**



# **Influências da Religião sobre a Saúde Mental**



# **Influências da Religião sobre a Saúde Mental**

## **Francisco Lotufo Neto**

Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

## **Zenon Lotufo Jr.**

Pastor presbiteriano independente e analista transacional. É  
doutorando em Ciências da Religião pela Pontifícia  
Universidade Católica de São Paulo.

## **José Cássio Martins**

Psicólogo, pastor presbiteriano, Mestre em Teologia e  
Psicologia

**ESETec  
2009**









# Introdução

A religião é importante na vida do brasileiro, determinando nosso calendário e presente nos marcos de nossa existência. Participa das principais áreas da vida: política, legislação e educação, para dar apenas alguns exemplos.

Pouco se discute, entretanto, sobre seu papel na saúde, particularmente na saúde mental. Graves problemas impactam nossa saúde mental, prejudicando-a: miséria, violência, criminalidade, uso inadequado do álcool, tráfico e consumo de drogas e muitas outras mazelas.

As religiões praticadas pelos brasileiros, sem dúvida, têm se posicionado à respeito, mas que papel podem ter para a solução dessas questões?

Os estudos científicos sobre este tema precisam ser realizados e ter sua metodologia aprimorada. Os dados já existentes mostram que a religião tem um impacto sobre a saúde e a saúde mental. E este impacto é positivo.

Este livro resume os principais achados sobre a influência da religião sobre a saúde mental, esperando estimular mais estudos e aplicação desses conhecimentos.



# Capítulo 1

---

## Religião, Fé, Crença e Espiritualidade

Religião é, provavelmente, a instituição humana mais antiga e duradoura, sendo praticamente impossível separá-la da história da cultura. Sua influência é ambígua, tendo inspirado o que há de melhor no ser humano, e também o que há de pior. Estas práticas têm duração tão prolongada porque exercem função importante para o indivíduo e para a sociedade (CAMPBELL (1975)).

Ao viajarmos, visitamos templos e catedrais, ouvimos embevecidos às músicas compostas com base em temas religiosos, admiramos as obras de arte por ela inspiradas. Os diversos escritos religiosos são a base do nosso código moral, orientam-nos e consolam-nos em tempos de aflição. Se nos focarmos apenas no século XX, nos deparamos com as vidas de homens e mulheres religiosos como Albert Schweitzer, Dietrich Bonhoeffer, Martin Luther King Jr., Malcolm X, Gandhi, Madre Teresa de Calcutá, Janusz Korczak, Irmã Dulce, Betinho que nos edificam e mostram a possibilidade de nos tornarmos seres humanos melhores.

Ao mesmo tempo, a religião pode ser associada à opressão dos que seguem suas doutrinas, e à perseguição dos que seguem outras crenças ou dos que, simplesmente, em nada crêem. Há um imenso golfo entre as ideias religiosas e a prática: escravidão, pogroms, inquisição,

perseguição religiosa, caça às bruxas, discriminação baseada em diferentes costumes, crenças, cor da pele, gênero, orientação sexual e origem nacional. Nos últimos vinte anos, assistimos chocados a verdadeiros conflitos tribais na Europa, manifestando ódios seculares entre católicos e protestantes, cristãos e muçulmanos; fatos como o suicídio coletivo nas Guianas ou a morte pelo incêndio da comunidade adventista em Waco chocam por acontecerem entre o povo mais rico e poderoso que a história conheceu. Importantes movimentos sociais no Brasil, como as revoltas de Canudos e do Contestado, possuem características de movimentos messiânicos nasceram da religiosidade popular, fruto da miséria, do isolamento e de líderes provavelmente portadores de psicopatologia. Mais recentemente, nos defrontamos com o terrorismo fundamentalista, responsável pela execução de atrocidades em nome de Deus.

Estudar e escrever sobre religião envolve perigo:

- A experiência de Salmon Rushdie, por muito vivendo em segredo, condenado à morte pelos muçulmanos xiitas.
- FREUD (1961) em “O Futuro de uma Ilusão” declarou: “A pessoa que esta publicação pode ferir é a mim mesmo. Terei que ouvir reprimendas das mais desagradáveis...”
- BATSON e VENTIS salientaram os riscos que o estudo da religião oferece à própria fé.
- “O pior ódio é o ódio teológico”, meu pai ensinou inúmeras vezes a seus filhos, sempre procurando mostrar como respeitar o modo de ser religioso das outras pessoas.

Religião é um fenômeno paradoxal. Vivemos na era tecnológica, mas sempre observamos nossos líderes, principalmente em momentos de grande perigo, guerra iminente ou decisão delicada, solicitarem que todos se voltem a Deus e solicitem o seu auxílio.

A impossibilidade de avaliar cientificamente a verdade das afirmações religiosas torna difícil formular proposições gerais para pesquisa. Em consequência, grande quantidade de opiniões divergentes existe em todos os tópicos desta área de estudo.

Em culturas não afetadas pela racionalidade ocidental moderna, a interpretação da patologia mental ainda permanece religiosa. Para a medicina isto pode parecer pueril ou supersticioso, mas por detrás do mágico há a dimensão humana da doença mental. A religião através de seus símbolos situa o patológico dentro de uma visão integral do homem (VERGOTE, 1988).

Você é uma pessoa religiosa?

Esta é uma das perguntas mais difíceis de responder..

Com a resposta “sim” você pode estar se identificando com maneiras de ser e pensar que absolutamente nada têm a ver consigo. Pessoas que respondem “não”, revelam-se muitas vezes profundamente religiosas, quando a investigação é feita com um pouco mais de profundidade.

A experiência religiosa é única, diferente das vivências do dia a dia, afeta as percepções centrais sobre si próprio e sobre a vida, pode mudar as noções sobre quem você é e o sentido ou significado da sua vida. A experiência religiosa é complexa do ponto de vista psicológico, envolvendo emoções, crenças, atitudes, valores, comportamentos, e ambiente social. Ela transcende estas categorias psicológicas e dá ao indivíduo um sentido de integridade. Não há uma característica comum na experiência religiosa, nem mesmo o crer em Deus, pois algumas religiões não possuem este conceito. A tradição religiosa, a igreja organizada, também não é o princípio organizador; pois, principalmente hoje, muitas pessoas são religiosas sem possuírem esta identificação.

Inúmeras palavras são utilizadas para expressar esta complexa dimensão da experiência humana: religião, fé, teologia, crença e espiritualidade. Muitas vezes os modos como cada uma dessas palavras é utilizada se sobrepõem, com um determinado autor usando o termo religião no mesmo sentido em que outro usa fé ou espiritualidade.



# Capítulo 2

---

## Conceitos importantes para o estudo da influência da Religião sobre a Saúde Mental

### 1. Estágios de Desenvolvimento da Fé

A tipologia da experiência religiosa foi muito enriquecida pelo trabalho de FOWLER (1981) que mostrou ser a fé um processo dinâmico, com características específicas em cada estágio do desenvolvimento humano. O movimento de um estágio a outro não é automático; nem fruto da maturação biológica, da idade cronológica, do desenvolvimento psicológico ou da idade mental. Estes fatores estabelecem a prontidão do indivíduo, mas a transição só ocorre se o equilíbrio em um estágio é alterado pelo encontro com crises, novidades, experiências de abertura e desafios que ameacem os limites do padrão atual de conhecimento da pessoa. Assim, uma mudança no contexto social, político, ou econômico pode contribuir para esta transição. Baseando-se em Erikson, Piaget e Kohlberg, Fowler desenvolveu 41 perguntas abordando experiências religiosas da infância, práticas religiosas atuais, conceito e vivência de Deus, oração, conversão, questões existenciais e experiência com textos e vivências religiosas que permitiram determinar e descrever sete diferentes estágios de desenvolvimento da fé:

### **1.a. Fé Primal ou Indiferenciada**

É a fé do recém-nascido, que antecede a linguagem. É uma disposição de confiança e lealdade em relação ao ambiente, que toma a forma de mutualidade no relacionamento com quem nos proveu os primeiros cuidados.

### **1.b. Fé Intuitiva-projetiva**

Correlaciona-se com o estágio pré-operacional de Piaget e com o estágio de punição e desobediência de Kohlberg. A falta de operações lógicas estáveis, e as capacidades limitadas de diferenciar a própria perspectiva da dos outros, conduz ao reinado livre da imaginação, e dá à experiência da criança um caráter episódico. Neste estágio, formam-se imagens profundas e com longa duração que, para o bem ou para mal, imprimem um colorido emocional à fé.

### **1.c. Fé Mítico-litera**

As novas operações lógicas adquiridas na infância tornam possível a compreensão de relações de causa e efeito, mas há ainda dificuldades em diferenciar a própria perspectiva da dos outros. O mundo é construído linearmente; de modo previsível. A bondade é recompensada, e a maldade castigada e o uso de símbolos e conceitos permanecem, em geral, concretos e literais. É a fé característica da criança escolar, embora muitas vezes seja vista em adolescentes e adultos. Tudo é tomado literalmente e os símbolos são unidimensionais. Algumas formas de fundamentalismo encorajam a permanência neste estado. A doença mental pode ser vista como diabólica e sujeita à cura através da religião. Em terapia o paciente descreve seus sintomas e problemas em termos religiosos e não aceita formulações alternativas acerca do significado de sua experiência. Correlaciona-se com o estágio operacional concreto de Piaget e com o estágio de Troca Instrumental de Kohlberg.

### **1.d. Fé Sintético-convencional**

Emerge, tipicamente, no início da adolescência, a preocupação com a identidade e interioridade de si mesmo e dos outros. Os valores, compromissos e relacionamentos são vistos como centrais para a identidade e para o valor próprio. Este depende da aprovação e da afirmação de outras pessoas importantes. Este estágio mantém um frágil equilíbrio entre a maneira de ser interior que está se formando, ao mesmo tempo em que procura manter conexões e trocas com todos aqueles a quem parece estar conectado. Requer o estágio das primeiras operações formais de



Piaget e se correlaciona com o estágio de Concordância Interpessoal de Kohlberg. É típico de adolescentes, mas muitos adultos param por aqui. É caracterizado por conformismo, dependência das opiniões e julgamentos dos outros. Têm uma ideologia, mas não param para refletir sobre ela. A autoridade emana de alguma figura tradicional ou do consenso de um grupo.

### **1.e. Fé Individuativo-reflexiva**

O sistema de valores, as crenças e os compromissos devem ser criticamente examinados e substituídos ou reorganizados num sistema de significado mais explícito. O sentido de *self*, derivado dos papéis e relacionamentos, deve agora ser baseado em escolhas, e assumir por si só autoridade e responsabilidade. Desenvolve-se em adultos jovens, em geral entre os 20 e 40 anos. É o período desmitologizante, quando a capacidade para reflexão crítica da própria identidade e de ideologias se desenvolve. A racionalidade e a ciência são valorizadas. É característica das classes seculares educadas que abandonaram o simbolismo teológico, mantendo a reflexão sobre sentido e Ética, e um forte senso de responsabilidade social. As pessoas neste estágio tendem a se sentir superiores aos outros que estão em outras fases, inclusive aos que estão nos estágios descritos adiante. A maioria dos médicos, psiquiatras e psicólogos estão nesta fase, daí sua dificuldade em compreender a linguagem e vida religiosa.

### **1.f. Fé conjuntiva**

Neste estágio a verdade deixa de ser polarizada. Procura-se descobrir maneiras de unificar aparentes oposições. O significado dos símbolos é melhor compreendido. A fé neste período aprende a ser receptiva, a esperar, a ser parte do movimento maior do espírito. Desenvolve-se uma humildade diante da complexidade e riqueza do mistério. Usa múltiplos nomes e metáforas para o sagrado. Está à vontade com os paradoxos, com a verdade das contradições, capaz de reconciliar os opostos na mente e na experiência. Está aberto às estranhas verdades dos outros. É raro que este estágio seja atingido antes da meia idade. As transições são, em geral, precipitadas por uma desilusão, e pelo reconhecimento de que a vida é mais complexa do que a lógica do estágio anterior.

O pensamento deixa de ser baseado em operações formais, para se tornar dialético e correlaciona-se com os estágios de *Direitos à priori* e *Contrato Social*, e *Princípios éticos universais* de Kohlberg, apesar de não ser limitado a essas duas opções.

## **1.g. Fé universalizante.**

A partir da consciência dos paradoxos e, abraçando as tensões polarizadas do estágio anterior, ocorre um processo radical de descentralização do “self” como ponto de referência epistemológico e dos valores para construção do mundo. A identificação e participação com a Essência traz uma transformação na qual se começa a amar e a atribuir valor a um centro nesta localizado. Muito raro de ser atingida, apenas por algumas pessoas a quem muitas vezes nos referimos como santos.

## **2. Tipos de Orientação Religiosa**

ALLPORT (1950) revisou a tentativa de diversos pensadores em encontrar a principal característica do sentimento religioso. O sentimento de absoluta dependência, a consciência do mistério, a necessidade de pertencer e de segurança, o medo, o amor, o maravilhar-se, a alegria, os desejos múltiplos, a busca por significado....

Além das múltiplas definições, a complexidade do fenômeno religioso levou a diversas tentativas de classificação. Aqui estão algumas das principais, com ênfase nas que têm relação com a saúde mental:

### **2.a. Classificações dicotômicas**

Diversas são as dicotomias estabelecidas para a religião: instável e estável, convencional e devocional, sistema de valor elevado e baixo, pessoal e ritual, e saudável e não saudável ou neurótica.

Adorno diferenciou religião neutralizada da séria. A primeira é usada para obter alguma vantagem prática imediata ou para ajudar na manipulação de outras pessoas, a segunda envolve uma crença baseada numa experiência pessoal.

Fromm dividiu a religião em humanista e autoritária. A humanista seria mais saudável por focalizar a força do ser humano e a autorrealização. Na autoritária as pessoas deixam-se controlar por um deus que é visto como merecendo reverência, adoração e obediência.

Spilka classificou a religião em funcional ou disfuncional. É funcional se satisfaz as necessidades da pessoa por significado, autoestima, sensação de controle pessoal. A disfuncional é a que leva ao dogmatismo, restringe o pensamento e limita a liberdade e oportunidades, distorce a realidade, separa as pessoas e desperta medo e ansiedade.

James, em 1902, classificou a religião em saudável (“healthy mindness”) e doentia (“sick-soul”). A primeira fornece à vida uma visão

positiva, enquanto a segunda caracteriza-se por gerar falta de autoconfiança, desespero, desconfiança, ansiedade e medo.

## **2.b. A religião Intrínseca e Extrínseca de Allport**

ALLPORT e ROSS (1967) classificaram a experiência religiosa em extrínseca e intrínseca, a primeira sendo um meio apenas para se atingir determinado fim, e a segunda uma estrutura que realmente atribui significado à vida de uma pessoa.

A **religião intrínseca** estabelece uma estrutura que fornece significado através do qual tudo é compreendido. A motivação principal para a vida é a religião. Outras necessidades, por mais fortes que sejam, são vistas como secundárias e são, dentro do possível, harmonizadas com as crenças e prescrições religiosas. Tendo abarcado um credo, a pessoa se esforça para internalizá-lo e segui-lo totalmente. Ela vive sua religião.

A pessoa com o tipo intrínseco tem grande compromisso religioso, vendo a religião como um fim em si mesma, vivida de modo não egoísta, preocupando-se mais com os princípios que com as consequências. Ela segue padrões morais, tem disciplina, consistência, consciência e resistência à pressão externa para se desviar.”

Allport disse: “Sinto-me seguro em afirmar que saúde mental é facilitada por uma orientação religiosa intrínseca”.

**Religião extrínseca**, ao contrário, é a religião de conforto e convenção social, é utilitária, serve a si próprio, subordina a religião a objetivos não religiosos. A religião pode ser útil de diversas maneiras: dar segurança e consolo, sociabilidade, distração, status e autojustificação. O credo abraçado é seguido levemente, ou seletivamente modelado para atender às próprias necessidades.

A religião extrínseca caracteriza aquele tipo de religiosidade que dá à religião um mau nome. Correlaciona-se positivamente com preconceito, dogmatismo, ansiedade do tipo traço, medo da morte e se correlaciona negativamente com altruísmo.

A pessoa motivada extrinsecamente usa sua religião, enquanto que a que é motivada intrinsecamente a vive.

Estudos sobre preconceito racial mostraram com grande impacto, que ele está relacionado à religiosidade extrínseca.

Esta classificação de Allport é a melhor estudada e a que maior contribuição trouxe aos estudos sobre religião. Em 1985, o *Journal for the Scientific Study of Religion* publicou um simpósio dedicado a ela, e mais de 70 artigos que a utilizavam haviam sido publicados.

O conceito de religião intrínseca é excelente medida do compromisso (dedicação) religioso; sua falta de conteúdo doutrinário e definições abertas de religião tornam-na útil e utilizável em qualquer grupo cristão, e, talvez até entre não cristãos.

Críticas a esta classificação referem-se a que alguns itens têm a tendência de apresentarem maior probabilidade de serem assinalados porque são mais valorizados pela cultura, e tendência a responder de maneira positiva a material religioso sem levar em consideração a sua coerência.

### **2.c. A religião do tipo meio, fim e busca**

Na opinião de Batson e Ventis (1982), a classificação intrínseca/extrínseca deixa de lado aspectos importantes da experiência religiosa. Redefiniram estes dois conceitos ampliando-os para religião do tipo meio e religião tipo fim e incluíram o tipo interacional ou de busca. A religião do tipo meio é aquela que é utilizada para atingir outras finalidades (é bom para os negócios, ou dá status social mais elevado). Exemplos de religião-meio: judeus convertidos à força durante a inquisição espanhola, ou conversão para casar com alguém de outra fé. A religião do tipo fim envolve a verdadeira crença, a religião é realmente vista como a resposta final ao ser humano. A religião do tipo busca envolve o enfrentar das questões existenciais em toda a sua complexidade, resistindo às respostas simples e concretas. A religião busca seria um tipo de religião mais madura, cética em relação às crenças ortodoxas tradicionais e suas respostas, aberta à sensação de incompletude e a novas experiências.

### **2.d. Religião compromissada e consensual**

ALLEN e SPILKA (1967), estudando a relação entre religião e preconceito, demonstraram a complexidade do fenômeno religioso. Procuraram estudar como a pessoa formula e estrutura a crença religiosa e como crenças íntimas são focalizadas e organizadas. Examinaram e entrevistaram 497 estudantes universitários norte-americanos (335 protestantes) e descreveram cinco dimensões do ser religioso:

- conteúdo - se o indivíduo utiliza os conceitos religiosos de modo abstrato ou concreto-literal;
- clareza - precisão e coerência das crenças, se são sólidas ou vagas;
- complexidade - número de categorias, elementos ou aspectos da religiosidade, se a aborda de modo diferenciado, ou apenas dicotômico, considerando, por exemplo, que sua religião tem o monopólio da verdade;
- flexibilidade - qualidade da adaptação ou acomodação a ideias, cren-

- ças ou atitudes diferentes de outros;
- importância - força e valor das crenças religiosas na vida diária.

Estas dimensões irão compor as formas compromissada e consensual de ser religioso. A primeira seria mais saudável por dar sentido à vida, ser uma saída para a expressão de emoções e resolução terapêutica aos conflitos pessoais ou situacionais. A pessoa se utiliza de uma perspectiva abstrata e filosófica, as múltiplas ideias religiosas têm significado claro, e são abertas e flexíveis, relacionando a religião com as atividades diárias. A consensual resultaria numa visão superficial e conformista da vida, é tipologizada, concreta, restritiva, conforma-se aos valores e ideias tradicionais, mas estes são vagos, indiferenciados, neutralizados, ou adotados de modo seletivo. O preconceito está relacionado a esta maneira de ser religioso.

## **2.e. Dimensões religiosas de GLOCK (1962)**

Glock definiu cinco fatores ou dimensões básicas da religião: ritual, vivencial, ideológica, intelectual e consequencial. A seguir uma descrição mais detalhada das mesmas:

### **2.e.1. A dimensão ritual**

Abrange as práticas religiosas específicas esperadas dos adeptos daquela tradição. A dimensão ritualística enfatiza a frequência a serviços religiosos ou de práticas religiosas. Por exemplo, ser membro de uma igreja, frequência a cultos, participação em sacramentos, jejum, recitar orações. Uma limitação desta dimensão é que se valoriza o que as pessoas fazem, e não o significado que isto tem para elas.

### **2.e.2. A dimensão vivencial**

Todas as religiões têm expectativas de que a pessoa, em algum momento, terá conhecimento direto de uma realidade essencial ou experimentará uma emoção religiosa. A emoção pode variar, a ênfase no sentimento também, mas sempre algum valor será atribuído a esta experiência subjetiva. Exemplos são a conversão, a glossolalia, o batismo pelo Espírito Santo, além de experiências mais sutis e menos públicas como a fé, a confiança em Deus e a comunhão.

Estas experiências podem ser inefáveis, às vezes difíceis de serem colocadas em palavras, públicas ou privadas. Podem ser vividas com medo, reverência, terror; preocupação com a necessidade de sentir a emoção religiosa; consciência do divino que pode ser intensa no caso de uma con-

versão, ou suave diante da beleza da natureza; confiança ou fé pois a vida está nas mãos de um poder divino amoroso em quem se pode confiar.

### **2.e.3. A dimensão intelectual**

A expectativa que a pessoa religiosa seja bem informada sobre o conteúdo básico da sua fé e sobre suas escrituras sagradas.

As diferentes tradições religiosas requerem diferentes níveis de conhecimento e visão crítica. Algumas pessoas leem os textos sagrados de modo literal, outras através de técnicas epistemológicas e de hermenêutica, com interpretações históricas, sociológicas e científicas.

### **2.e.4. A dimensão consequencial**

Todas as prescrições acerca do que a pessoa deve fazer e as atitudes que deverá tomar como consequência de sua religião. As implicações da religião quanto à conduta são claras em algumas orientações, e obscuras em outras. Por exemplo, as recompensas e responsabilidades esperadas, as atitudes e valores individuais, efeitos da educação, subscrição a padrões morais e éticos.

### **2.e.5. A Dimensão ideológica**

A expectativa que a pessoa religiosa tenha certas crenças, cujo conteúdo pode ser variável.

## **2.f. Religião vertical, horizontal e consoladora**

BENSON (1992) definiu as seguintes orientações religiosas: a religião vertical (grau de ênfase de um sistema religioso no estabelecimento de uma relação pessoal com deus); religião horizontal (grau de ênfase na ação em favor de outros, através de ajuda interpessoal ou envolvimento na promoção de paz e justiça) e religião consoladora (grau em que os sentimentos religiosos provêm consolo e conforto).

## **2.g. Classificação de Alston (LEVIN e VANDERPOOL, 1987)**

### **2.g.1. Religiões sacramentais**

Focalizam o sagrado, expresso ou simbolizado através de coisas naturais (objetos, lugares, personagens, comida, bebida) e através das ações e comportamentos humanos. O ritual ao valorizar as ações dos

participantes durante o serviço religioso é o centro energizador da religião sacramental. Na vida diária, aquilo que é sagrado, profano e proibido é expresso pelos tabus e regras (Catolicismo tradicional, Ortodoxos Gregos e Russos e religiões populares).

### **2.g.2. Religiões proféticas**

O sagrado está localizado na expressão verbal humana (A Palavra Sagrada). As ações, características, e ensinamentos de pessoas inspiradas são capturados em textos sagrados e a resposta esperada é a aceitação (fé e confissão) e a obediência. Os rituais são centrados no recitar, refletir e no celebrar o significado da palavra. Isto alimenta atitudes normativas e sentimentos e reflexão ética. (Judaísmo, islamismo, mormonismo, luteranos, calvinistas reformados, metodistas).

### **2.g.3. Religiões místicas**

Rituais, credos, livros sagrados e objetos naturais são vistos como substitutos desprezíveis às experiências inefáveis do sagrado. Exercícios contemplativos com o objetivo de conseguir a união e identificação com o divino são mais importantes que a doutrina, criticismo ético e ritos sociais. (Por exemplo: Quakers e religiões orientais).

## **3. Conceitos de Saúde Mental**

### **Dificuldades e controvérsias**

À primeira vista, não parece difícil responder à pergunta, “Que é uma pessoa normal?”. Embora os indivíduos que nos cercam apresentam comportamentos bastante variados, embora saibamos que cada pessoa é diferente de outra, que cada qual tem suas peculiaridades que o fazem único, todos nós pretendemos saber distinguir as pessoas normais das anormais.

Mas a coisa, como veremos, não é tão simples quanto parece, sobretudo quando nos referimos aos aspectos psicológicos da natureza humana.

Normal, de uma maneira geral, é aquilo que está de acordo com determinadas normas, regras ou padrões. Esse acordo não significa identidade absoluta. Se, com relação a peças de maquinaria e outros objetos inanimados, pode-se exigir que sejam rigorosamente iguais para que sa-

tisfaçam os padrões de qualidade, o mesmo não se dá com criaturas mais complexas como são os seres vivos. Os padrões, neste caso, são elásticos, dando margem a certa diversidade, o que é particularmente verdadeiro com relação ao homem.

Mesmo no que se refere às características físicas, mais fáceis de observar e medir do que as psicológicas, não está isento de obstáculos o estabelecer critérios de normalidade. Suponhamos por exemplo que nosso alvo seja definir a normalidade no que toca à estatura dos indivíduos adultos masculinos nossos contemporâneos. O que temos a fazer é medir alguns milhares de homens, escolhidos ao acaso e calcular a média. Normais seriam os casos que se aproximassem dessa media e anormais os que dela se afastassem. Veremos, porém, que há algumas circunstâncias que não permitem a aplicação imediata desse critério.

O primeiro problema que poderíamos mencionar, com relação a esse procedimento estatístico, quantitativo, diz respeito à colocação dos limites. Se é ponto pacífico considerar anormal uma estatura muito pouco comum, há outros casos que, por não serem nem muito raros nem muito frequentes, ocupam uma posição limítrofe entre o normal e o anormal. Não há, pois, limites nítidos que nos permitam uma catalogação fácil em todos os casos. Se os colocarmos serão, em certa medida, arbitrários.

Outra questão que surge é a de que a altura média varia de etnia para etnia, de sorte que um critério universal seria inadequado para grupos em que a maioria está acima ou abaixo da média geral.

Ora, as coisas são ainda mais complicadas quando queremos conceituar a normalidade psicológica. R. M. Goldenson, em sua "The Encyclopedia of Human Behavior" aponta cinco tipos de dificuldades: Primeiro, não se pode traçar uma linha divisória nítida entre o comportamento normal e o anormal; há, isto sim, uma gradação continua que vai do bom ajustamento e completa ausência de sintomas, até a mais extrema e evidente patologia. "Mutatis mutandis", aplica-se o que foi dito, acima, sobre a estatura. Segundo, o mesmo indivíduo, no decurso de sua existência, passa por altos e baixos no que se refere a seu ajustamento. Terceiro, tão variada é a natureza humana que se torna impossível estabelecer um padrão ou modelo ideal que a todos satisfaça. As normas morais e, mesmo, as leis civis, apontam para uma conduta ideal e creio que, em última instância, não se pode prescindir de um modelo de bases filosóficas e, sobretudo, religiosas. É claro que dificilmente haverá um consenso universal em torno desse modelo. É bom que se diga, contudo, que nem sempre se confundem o normal e o bom; é normal que sejamos falhos em



uma série de aspectos, o que não significa que isso seja bom. Quarto, o critério estatístico de normalidade praticamente identifica normal com medíocre, deixando de lado os gênios, os santos, os heróis. Quinto, uma definição em termos de adaptação leva em conta, principalmente, o ajustamento a uma determinada sociedade sem considerar que o normal para um grupo ou uma época pode não o ser para outros grupos e outras épocas.

Do que foi dito, um fato se evidencia: carece de sentido falar de normalidade ou anormalidades sem que se tenha em mente a finalidade para a qual queremos distinguir uma da outra. Assim é que o antropólogo busca critérios universais e, diante das variações que encontra, de cultura para cultura, chega a duvidar de sua existência enquanto que o psiquiatra e o psicólogo orientam-se em relação ao meio em que exercem suas atividades, e o filósofo e o teólogo, por sua vez, preocupam-se mais com padrões ideais.

Quando, nas primeiras décadas do século XX, começou a se avolumar a massa dos dados oriundos das pesquisas etnológicas, viram-se os psiquiatras e, sobretudo, os antropólogos, na contingência de rever seus próprios conceitos de normal e anormal. Tornou-se patente que: 1º) comportamentos tidos como anormais em nossa cultura são considerados normais em outras; 2º) há certos tipos de anormalidade peculiares a determinadas culturas e 3º) comportamentos considerados normais em nossa cultura são anormais para outras.

A questão que se colocou foi: Será o conceito de normal algo totalmente relativo? Será que normal e anormal é apenas aquilo que cada cultura considera como tal?

Na verdade, como o demonstrou, entre outros, H. J. Wegrocki, não é o comportamento, em si, que merece atenção ao se tratar de problemas, mas, antes, suas causas. O fato de um chefe indígena, por exemplo, apresentar manifestações paranoides, não significa que sua personalidade esteja desequilibrada. De acordo com o autor citado, excluindo-se as anomalias do comportamento de origem orgânica – que deveriam ser enquadradas em grupo diferente – “poderíamos declarar que a quinta-essência da anormalidade é a tendência a escolher um tipo de reação que representa uma fuga de uma situação produtora de conflito, ao invés de enfrentar o problema”. (Wegrocki, 1965) .

Os comportamentos anômalos advindo de perturbações orgânicas devem ser, evidentemente, colocados em grupos à parte, quando se consideram as causas de anormalidade; nesse caso não cabe discutir sobre como conceituá-lo.

Os antropólogos, portanto, buscam critérios de aplicação universal, já que o objeto de seu estudo é a humanidade como um todo. Por seu turno, embora aos psiquiatras e psicólogos interessem muitas das descobertas da pesquisa antropológica, suas preocupações têm cunho mais prático. Esses profissionais têm diante de si determinado grupo de pessoas, sua clientela, e é com relação a elas que precisam estabelecer um critério de normalidade. Em sua maioria, esses critérios são negativos, isto é, descrevem as características da anormalidade, considerando normais àqueles que não se apresentam (se bem que parece impossível falar de anormalidade sem que se tenha uma ideia do que é normal).

“Personalidades anormais – escreve Kurt Schneider – são variações, desvios de um campo médio, imaginado por nós, mas não exatamente determinável, das personalidades humanas. Desvios para mais ou para menos, para cima ou para baixo. É indiferente, pois, que esses desvios da normalidade média correspondam a valores positivos ou negativos no aspecto ético ou social. Partindo dessa normalidade média, é exatamente tão anormal o grande poeta ou o santo, quanto o criminoso: os três caem fora do termo médio das personalidades. É evidente que todas as personalidades de alguma maneira singulares ou estranhas, especialmente destacadas por um traço de seu modo de ser, têm de ser incluídas nesse conceito. Personalidades psicopáticas são aquelas personalidades anormais que sofrem por sua anormalidade ou fazem sofrer, sob ela, à sociedade. Essa delimitação é arbitrária e se baseia apenas em razões práticas” (Schneider, 1943).

Uma convivência mais ou menos prolongada com as pessoas pode revelar-nos uma série de aspectos de sua personalidade, inclusive eventuais anormalidades. Esse tipo de observação é quase sempre impossível para os profissionais da saúde mental; nos casos em que têm de emitir um parecer sobre o estado mental de um indivíduo, normal ou não, servem-se de testes específicos e de entrevistas, fazendo determinadas perguntas cujas respostas eventualmente revelam o que se quer saber.

Há pessoas que aparentam perfeita normalidade em determinadas ocasiões para, em outras, manifestarem nítido desequilíbrio. Lembro-me de um caso sucedido há tempos no interior do Estado de São Paulo quando os familiares de um homem mentalmente enfermo solicitaram a um conhecido que levasse o parente para ser internado em um hospital psiquiátrico. Já bem perto do destino, vira-se o doente para o acompanhante e diz com um sorriso irônico: “Agora é que eu quero ver qual de nós dois vai passar por louco”. Chegados à instituição, não houve remédio senão internar os dois. Só depois de certo tempo é que puderam chegar a uma conclusão, no hospital, sobre quem devia ser realmente tratado.

Em congresso de psiquiatria havido há alguns anos em São Paulo, o chefe de equipe psiquiátrica de hospital interiorano contava que o critério estabelecido para o atendimento dos enfermos mentais era o mais simples e prático possível: “louco é aquele que a comunidade considera como tal”. Apesar dos pesares, é dos critérios mais usados em todo o mundo.

Do ponto de vista do leitor, por outro lado, as questões a considerar são outras. Um dos pensamentos mais aflitivos para um ser humano é o que põe em dúvida a própria normalidade. Não é nada raro que, diante das ideias que lhe ocorrem, dos impulsos que sente dentro de si, que alguém chegue a questionar. Também é comum que uma mãe se mostre preocupada com o desenvolvimento mental de seu filho, julgando que ele tenha alguma deficiência. Em todos esses casos traz grande alívio uma palavra autorizada garantindo que tal ou qual manifestação é perfeitamente normal. No dizer de Peter Hofstatter, “Em psicologia clínica recomenda-se a maior das cautelas antes de classificar um sujeito de “anormal”. Semelhante classificação que, em geral, nenhuma explicação efetiva fornece das particularidades que configuram uma situação individual, induz o sujeito a ensimesmar-se em papel social fora do comum. A obra de conselho que o psicólogo presta ao doente, a fim de o reconciliar com o seu mundo, consegue frequentemente o primeiro efeito vantajoso ao convencê-lo de que os seus problemas não são de modo algum tão excepcionais como ele julga. Quem vive em desacordo consigo mesmo e com o mundo tende geralmente a exagerar as distâncias que o separam do próximo”. (“Psicologia”, Enciclopédia Meridiano Fischer, Ed. Meridiano, Lisboa, 1966).

Por outro lado, o fato de algo ser normal não implica que seja bom. É normal ter-se resfriados, gripes, pequenas contusões etc. Nem por isso, deixamos de evitá-las e de buscar remédio quando as sofremos. Na esfera dos padecimentos psicológicos devemos raciocinar de forma análoga; há uma série de problemas emocionais, defeitos de personalidade, desavenças conjugais e outros atritos no relacionamento humano em geral, os quais, embora muitíssimo frequentes a ponto de constituírem-se na regra, necessitam de tratamento adequado. Contudo, muita gente arrasta, pela vida afora, problemas dessa natureza sem procurar resolvê-los por serem “normais”.

Todo e qualquer critério de normalidade, é bom lembrar, pressupõe certas ideias metafísicas sobre a natureza do homem. Esse ponto é muitas vezes mal compreendido, sobretudo quando se pretende elaborar uma imagem “exclusivamente científica” que não passa, de filosofia ingênua,

de cientificismo. Ser religioso, por exemplo, será normal ou não? Para Freud, não passa a religião de uma neurose coletiva enquanto que para outros, ela é um aspecto básico do ser humano. Ambas as posições envolvem pressupostos filosóficos, nada de propriamente científico existe nelas.

Alguns autores de destaque têm manifestado sua insatisfação para com a ideia de normalidade, especialmente quando tende a se identificar com a de mediocridade.

“Nada será mais útil e necessário – escreve Jung – do que ser um homem normal. Mas, na própria noção de ‘homem normal’, como no conceito de adaptação, está implícita a restrição a uma média que só se apresenta desejável àquele que tem dificuldades em lidar com as exigências cotidianas, ao homem, por exemplo, que, por neurose, é incapaz de uma existência normal. Ser “normal” é a meta ideal dos fracassados, de todos os que se acham ainda abaixo do nível geral de adaptação. Mas para as pessoas cujas possibilidades vão além da média, para aqueles que nunca encontram dificuldades em obter sucesso e cumprir sua parte nas tarefas do mundo, a compulsão moral a ser unicamente normal representa o suplício do leito de Procusto, um tédio insuportável, um inferno estéril e sem esperança. Consequentemente, existem tantos neuróticos que estão doentes por terem sido apenas normais, quantos neuróticos que ficaram doentes por não terem atingido a normalidade”. (Carl Gustav Jung”, citado por Nise da Silveira em “Perspectivas da Psicologia de C. G. Jung”, revista “Tempo Brasileiro”, Rio de Janeiro, nº 21/22).

Tudo isso mostra a dificuldade de se conceituar a normalidade e o quanto são incompletas as definições tentadas. De qualquer forma, pode-se deixar de lado as conceituações de “normal” para se fixar nas condições anormais ou, por outra, procurar descrever as características da saúde mental.

## **Saúde Mental**

A Constituição da Organização Mundial da Saúde define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Um folheto preparado pela Associação Nacional para a Saúde Mental, norte-americana, e largamente distribuído, intitulado “Saúde Mental é: 1, 2, 3” salienta as seguintes características da pessoa mentalmente saudável: 1) Vivem satisfeitas consigo mesmas; 2) Sentem-se bem com relação às demais pessoas e 3) Podem fazer frente às exigências da vida. Ao

que acrescenta: “As pessoas mentalmente saudáveis são bons amigos, bons trabalhadores, bons pais, bons companheiros, bons cidadãos”.

Verifica-se que, de acordo com essas condições, a saúde mental caracteriza-se não pela ausência, mas pela presença de certos elementos.

O texto explica melhor cada uma dessas características:

*“1 – Vivem satisfeitas consigo mesmas: Não se deixam dominar por suas emoções – seus temores, ira, amor, ciúmes, sentimento de culpa ou preocupações. Podem suportar as decepções e os contratempos da vida sem se deixarem afetar demasiadamente. Adotam uma atitude tolerante e benigna, tanto com relação a eles mesmos quanto com relação aos demais; podem rir-se deles mesmos. Não consideram suas capacidades nem melhores nem piores de que realmente são. Sabem reconhecer seus defeitos. Tem amor-próprio e sentem-se com disposição para enfrentar as múltiplas situações que se lhes deparam. Sabem desfrutar dos pequenos prazeres do viver diário.*

*2 – Sentem-se bem com relação às demais pessoas: Sabem ter amor e consideração para com os demais e seus interesses. Mantêm relações pessoais agradáveis e duradouras. Apreciam as demais pessoas e nelas confiam, e estão seguras de que os outros apreciarão e retribuirão a confiança. Respeitam as muitas diferenças que encontram nas outras pessoas. Não pretendem impor-se aos demais nem permitem que os demais se lhes imponham. Sentem-se parte do grupo ao qual pertencem. Tem senso de responsabilidade para com seus vizinhos e companheiros.*

*3 – Podem fazer frente às exigências da vida: Procuram resolver os problemas à medida que estes se apresentem. Aceitam suas responsabilidades. Modificam seu meio ambiente quando possível; adaptam-se a ele quando necessário. Fazem planos com antecipação, mas não temem o futuro. Aceitam com prazer novas experiências e novas ideias. Aproveitam suas habilidades naturais. Têm aspirações que podem ser realizadas; estabelecem para si mesmos metas realistas. Sabem pensar por si mesmos e tomar suas próprias decisões. Fazem sempre o melhor que podem e experimentam satisfação com suas realizações.”*

A autoestima é, de fato, por demais importante. O Dr. Herbert A Carroll, Professor Emérito de Psicologia da Universidade de New Hampshire, diz que, “Um dos requisitos básicos de uma saúde mental normal é que a pessoa estime a si mesma. Por outro lado, uma intensa

aversão para consigo mesmo é sintoma típico de desequilíbrio” (Mental Hygiene – The Englewood Cliffs, 4ª. edição, 1967). Esse mesmo autor acrescenta que, se um psicólogo necessitasse fazer um diagnóstico em uma entrevista rápida, deveria incluir as seguintes perguntas: 1) As outras pessoas ao apreciam? 2) Você aprecia as pessoas em geral? 3) Você se estima? Se as respostas forem sinceras, muita luz será lançada sobre o equilíbrio social e emocional do entrevistado. Indivíduos mentalmente saudáveis responderão de forma afirmativa às perguntas enquanto que os desajustados declararão que gostam das outras pessoas, mas que não são correspondidos; que chegam a ter ódio de si mesmos.

No trato com as pessoas, é muito importante – escreve Carroll – ter em mente esse aspecto. “Se levarmos em conta que a falta de respeito próprio é a base de toda a alteração emocional, é lógico que toda a experiência que alimenta o sentimento do próprio valor ajuda a evitar desequilíbrios”. Assim, pais, educadores, chefes, líderes militares etc. deveriam cuidar de jamais diminuir ou amesquinhar aqueles que estão sob sua direção, procurando, ao contrário, desenvolver cada vez mais neles o sentimento de dignidade.

Temos reparado, por outro lado, que uma diminuição da autoestima manifesta-se, frequentemente pela preocupação de comparar-se com as demais pessoas; logo no primeiro contato, muitas pessoas tendem a ficar refletindo se serão “inferiores” ou “superiores” aos seus interlocutores. Das conclusões a que chegarem, vai depender a maneira de tratá-los. Ora, o indivíduo que tem uma imagem de si mesmo estável e positiva reconhece que é diferente dos demais, mas não se julga nem pior nem melhor do que ninguém, no cômputo geral de qualidades e defeitos.

É interessante notar que a “regra áurea” do cristianismo não recomenda que amemos o próximo mais ou menos, mas tanto quanto a nós mesmos.

A maneira como tratamos os demais tem, por sua vez, muito a ver com a ideia que fazemos de nós mesmos. Nem poderia ser diferente. Em sua obra “A Mente Hostil – as Fontes e as Consequências da Raiva e do Ódio”, Leon Saul mostra como sentimentos de inferioridade dão origem à hostilidade para com os demais. Essa hostilidade, pelo mecanismo conhecido como “projeção”, é atribuída aos outros.

A maior parte dos problemas emocionais – se não todos – surge em decorrência de más experiências no relacionamento humano, na infância muito especialmente, com os pais e outros familiares. Se uma criança se sente rejeitada pelos pais, se não encontra, no ambiente em que vive, a

atenção carinhosa de que necessita, muito dificilmente se sentirá mais tarde aceita pelos demais; é provável que se torne incapaz de nutrir uma afeição profunda e duradoura. Essa incapacidade para relações satisfatórias com outras pessoas, por sua vez, dá origem a novos conflitos e padecimentos que contribuem para agravar ainda mais a situação.

## **Vulnerabilidade à doença mental**

Quando se fala em boa saúde física, em geral se tem em mente, entre outros fatores, aquilo que se poderia chamar de robustez ou, por outra, a resistência natural à enfermidade. O mesmo sucede no plano psíquico; deve-se levar em conta, ao tratar da saúde mental, a maior ou menor vulnerabilidade ao desequilíbrio. Assim é que certas pessoas, apesar de certa fraqueza constitucional, se forem favorecidas pelo meio ambiente, podem atravessar toda a existência sem apresentar qualquer distúrbio. Outros, ao contrário, apesar de bem constituídos psicologicamente, podem sofrer colapsos quando as pressões a que são submetidos se tornam demasiadamente fortes. Pode-se dizer que todos os homens têm o seu “ponto de fusão”, ou seja, que ninguém é totalmente imune aos desequilíbrios emocionais. Isso chama a atenção para dois aspectos importantes relacionados à saúde mental.

O primeiro diz respeito às medidas de ordem social, isto é, àquelas que visam tornar o ambiente o mais propício possível à manutenção da saúde psíquica; o segundo relaciona-se às medidas preventivas individuais, aos cuidados que se deve ter com a saúde mental, tão importantes quanto omitidos em uma civilização cada vez mais voltada para o conforto apenas material.

## **Saúde mental e conformismo**

Não é raro encontrar críticas ao critério de saúde mental chamado pejorativamente de “critério da vaca satisfeita”, ou seja, a um critério que considera saudáveis os indivíduos que se acomodam satisfatoriamente ao ambiente em que vivem, aceitando suas normas e padrões e atravessando os dias livres de tensões e ansiedades. Sua ênfase, portanto, está no conformismo e na adaptação mais ou menos passiva. Se levarmos em conta, contudo, determinados valores, verificaremos que o conformismo nem sempre é bom e nem sempre é sinônimo de saúde e vigor mentais. É evidente que as sociedades humanas, por melhores que sejam, são bastante imperfeitas e mesmo injustas. O conformismo absoluto, nesse caso, geralmente implica o sacrifício de valores morais ou mesmo na inexistência

de padrões de conduta independentes, pessoais; é o caso do homem massificado cujas opiniões dependem, em tudo, das sustentadas pelo grupo a que pertence. Ao que tudo indica, por outro lado, essa excessiva acomodação ao grupo está ligada a certa vulnerabilidade às desordens emocionais, especialmente quando as crises que têm de enfrentar são pessoais e não de toda a coletividade.

Uma certa tensão, assim, pode ser considerada como parte natural da vida e, mesmo, como benéfica. Aliás, não é a tensão em si que tem importância, no caso, mas a forma pela qual se reage a ela. Muitas das grandes conquistas da humanidade decorreram de reações positivas as tensões, aos obstáculos.

## **Saúde Mental e Desenvolvimento Humano**

Em contraste com o critério da “vaca satisfeita”, surgem os critérios que consideram o pleno desenvolvimento das potencialidades individuais como essenciais à saúde mental, em três pontos ao menos há geral acordo: a) ela não é sinônimo de contentamento ou paz de espírito; b) não exclui conflitos emocionais e aborrecimentos e c) não significa adaptação e ajustamento no sentido de conformidade e convencionalismo.

Essas posições com relação à saúde mental estão ligadas a certos valores, a determinados princípios filosóficos dos quais decorrem os critérios de normalidade..

### **O movimento do potencial humano**

Em seu discurso presidencial proferido em dezembro de 1966 diante da American Philosophical Association na Universidade de Columbia, William James lançou as bases do movimento que mais de meio século depois iria florescer sob o amplo rótulo de “potencial humano”. Disse James em sua fala: “Via de regra, os homens usam habitualmente apenas uma pequena parte dos poderes que realmente possuem e que poderiam usar sob condições apropriadas. (...) a maioria de nós sente como que uma nuvem pairando sobre nossas cabeças, conservando-nos abaixo do nosso mais alto grau de clareza de discernimento, de segurança de raciocínio, de firmeza de decisão. Comparando com o que poderíamos ser, estamos apenas meio despertos. (...) Estamos fazendo uso de apenas uma pequena parte de nossos recursos físicos e mentais. De um modo geral a criatura humana vive, assim, muito aquém dos seus limites. Possui poderes de vários tipos que, habitualmente, deixa de usar.” (James, 1962).

Abraham Maslow – psicólogo norte-americano cujas ideias estão na



base das correntes psicológicas humanista e transpessoal - faz eco a James quando escreve, em 1967:

“Toda a evidência que nós temos (sobretudo evidência clínica, mas já algumas outras formas de evidência de pesquisa) indica que é razoável presumir em praticamente cada ser humano, e certamente em quase todo bebê recém-nascido, que há uma vontade ativa em direção à saúde, um impulso em direção ao crescimento, ou em direção à realização das potencialidades humanas. Mas ao mesmo tempo somos confrontados com a percepção muito triste de que tão poucas pessoas o fazem. Somente uma pequena proporção da população humana chega ao ponto de identidade, ou de personalização, plena humanização, autorrealização etc., mesmo em uma sociedade como a nossa, que é uma das mais afortunadas da face da terra. Esse é o nosso grande paradoxo. Temos o impulso para o pleno desenvolvimento de nossa natureza humana. Então por que isso não acontece mais frequentemente? Que o bloqueia?” (Maslow, 1967).

Pouco adiante, Maslow critica o modelo de normalidade vigente nas ciências do comportamento: “Do ponto de vista que eu delinee, normalidade seria antes a espécie de doença ou aleijão ou atrofia que compartilhamos com todos os demais e de que portanto não nos damos conta.”

## **Impulso para crescer**

*“Dentro das ciências do comportamento, podemos distinguir, grosso modo, duas maneiras bastante diferentes de se encarar o ser humano e suas motivações.*

*A primeira dessas correntes afirma que:*

*– Todo o nosso comportamento, aquilo que fazemos ou deixamos de fazer, tem por objetivo o restabelecimento do equilíbrio do organismo, a assim chamada homeostase. Assim, se aparece a fome, vamos nos movimentar até conseguir o alimento e, então, nos acomodamos; se nos sentimos ameaçados, vamos lutar ou fugir até desaparecer o perigo e, então, nos acomodamos. Dessa forma,*

*– o homem seria sempre determinado pelas circunstâncias. Quando pensa estar fazendo escolhas por sua própria vontade, não estaria senão obedecendo a impulsos inconscientes ou a condicionamentos sociais mais ou menos complexos. Nestes casos,*

*– se quisermos motivar alguém a produzir mais, teremos de alterar as circunstâncias, oferecendo prêmios ou ameaçando com punições.*

*A outra corrente diz mais ou menos o seguinte:*

*– não se pode negar a enorme influência que a busca da homeostase*

e que as circunstâncias exercem sobre o comportamento. Mas isso não é tudo, ou seja:

– existe dentro de cada ser humano um impulso espontâneo, natural para crescer. Da mesma forma como existe uma força natural promovendo o crescimento físico e transformando o óvulo fertilizado em um adulto, existe também uma energia que nos impulsiona ao crescimento psicológico, emocional, espiritual e à realização de nossas potencialidades. Se isso é verdade, então:

– existiria uma relativa independência das circunstâncias, isto é, seria possível ao homem exercer seu livre arbítrio e transcender ao meio em que vive. Somente nesse caso, haveria sentido em falar-se em liberdade e responsabilidade, em verdadeiras escolhas.”

### O conceito de autorrealização

Uma forma de entender as ideias de Maslow sobre autorrealização – um conceito central em seu pensamento – é atentar para as qualidades que, ao ver dele caracterizam uma pessoa autorrealizadora:

1. “percepção mais eficiente da realidade e relações mais confortáveis com ela.”
2. “aceitação (de si mesmo, dos outros, da natureza)”
3. “espontaneidade; simplicidade; naturalidade”
4. “centralização nos problemas” por oposição à centralização no ego
5. “a qualidade de desapego de pessoas; a necessidade de privacidade”
6. “autonomia; independência da cultura e do ambiente; vontade; agentes ativos”
7. “continua renovação da apreciação”
8. “a experiência mística; a experiência culminante”  
“Experiência culminantes são momentos de especial júbilo e excitação nas vidas de todo indivíduo.”  
“A maioria de nós teve certa quantidade de experiências culminantes, embora nem sempre as tenhamos rotulado como tal.”
9. “gemeinschaftsgefühl” (o sentimento de familiaridade com os outros)
10. “relações interpessoais mais íntimas e mais profundas”
11. “estrutura de caráter democrática”
12. “discriminação entre meios e fins, entre bom e mau”
13. “senso de humor filosófico, não hostil”

14. “criatividade autorrealizadora”

15. “resistência à enculturação; a transcendência de qualquer cultura particular” (Maslow, 1970).

Maslow chama a atenção para o que intitula “cognição do ser” nas experiências culminantes.

A partir de entrevistas com cerca de 80 indivíduos e de respostas escritas por 190 estudantes universitários, de cartas não solicitadas e de pesquisa na literatura sobre misticismo, religião, arte, criatividade, amor etc., esse autor relacionou características importantes das experiências culminantes. As instruções que deu aos participantes da pesquisa foram as seguintes:

Gostaria que você pensasse na experiência ou experiências mais maravilhosas da sua vida: momentos de suprema felicidade, momentos de êxtase ou de arrebatamento, talvez decorrentes de estar apaixonado, ou de escutar uma determinada música, ou de ser subitamente “atingido” pela mensagem de um livro ou de uma pintura, ou de algum grande momento criador. Primeiro, redija uma lista. Depois, tente explicar-me como se sente nesses momentos de extrema intensidade, como se sente diferente do seu modo de sentir em outras alturas, como é, em certos aspectos, uma pessoa diferente nesse momento.

Maslow explica que

*“Essa análise dos estados do Ser (temporários, metamotivados, não-ativos, não egocêntricos, não-propositais, autovalidantes, experiências terminais e estados de perfeição e de realização de metas) surgiu, primeiramente, de um estudo das relações de amor de pessoas individuacionantes e, depois, também de outras pessoas; e, finalmente, de um mergulho nas literaturas teológica, estética e filosófica. (...)*

*No estado de S-amor (pelo Ser de outra pessoa ou objeto), encontrei uma espécie particular de cognição para a qual os meus conhecimentos de Psicologia não me haviam preparado, mas que, depois, tenho visto bem descrita por certos autores sobre questões de estética, religião e filosofia. A isso chamarei Cognição do Ser ou, abreviadamente, S-Cognição. Está em contraste com a cognição organizada pelas necessidades por deficiência do indivíduo, a que chamarei D-cognição. O S-amante está apto a perceber realidades no ser amado, para as quais os outros estão cegos, isto é, ele pode ser mais aguda e penetrantemente perceptivo (Maslow, s/data).*

Existiria, para Maslow, um tipo particular de conhecimento, S-cognição, ou conhecimento do Ser, que ele assim caracteriza:

1. *Na S-cognição, a experiência ou o objeto tendem a ser vistos como um todo.*
2. *Quando existe um S-cognição, o objeto da percepção é exclusiva e plenamente atendido (atenção total).*
3. *“As pessoas capazes de individuação estão mais aptas a perceber o mundo como se este fosse independente não só delas, mas também dos seres humanos em geral.”*
4. *A repetição da S-cognição tende a tornar a percepção mais rica.*
5. *A percepção pode ser relativamente egotranscendente, altruística e carente de ego.*
6. *A experiência culminante é sentida como um momento autovalidante e autojustificante, que comporta o seu próprio valor intrínseco.*
7. *Desorientação no tempo e no espaço.*
8. *A experiência culminante é unicamente boa e desejável, e nunca é experimentada como má ou indesejável.*
9. *São mais absolutas e menos relativas (à história e à cultura).*
10. *É muito mais passiva e receptiva do que ativa.*
11. *“A reação emocional na experiência culminante tem um sabor especial de espanto, de reverência, de humildade e rendição diante da experiência como diante de algo verdadeiramente grande.”*
12. *Paradoxo: à vezes se vê o mundo como unidade, à vezes como se uma parcela fosse o mundo todo. Em ambos os casos a percepção é de unidade.*
13. *Simultaneidade: Capacidade de abstrair sem abdicar do concreto e de ser concreto sem renunciar à abstração.*
14. *São transcendidas, resolvidas ou fundem-se muitas dicotomias, polaridades e conflitos.*
15. *A pessoa que atingiu um ponto culminante assemelha-se a um deus (aceitação completa, extremos, benevolente, compassiva e, talvez, divertida, do mundo e da pessoa)*
16. *Tende a ser idiográfica e não classificatória.*
17. *Completa, ainda que momentânea perda do medo, ansiedade, inibição, defesa e controle.*
18. *Uma espécie de paralelismo dinâmico entre o interior e o exterior (a pessoa fica mais próxima, ao mesmo tempo, do Ser essencial do mundo e do seu próprio Ser).*
19. *Fusão do ego, id, superego e ego-ideal, etc. (Maslow, s/data).*

Os seguintes efeitos desse tipo de conhecimento podem, segundo o autor, ser observados:

1. Efeitos terapêuticos
2. Melhora na concepção de si própria.
3. Melhora conceito sobre os outros e as relações com eles.
4. Altera visão do mundo.
5. Liberação para maior criatividade e espontaneidade.
6. Experiência desejável; procura repeti-la.
7. Sente que a vida, em geral, é digna de ser vivida.

### **A questão do cientificismo**

Em 1957, Viktor Frankl, psiquiatra austríaco criador da escola psicoterápica conhecida como Logoterapia, foi convidado para proferir uma série de conferências na Semana de Escolas Superiores de Salzburg. Elas foram publicadas em espanhol sob o título “La Idea Psicologica del Hombre”. Seu objetivo, declara de início, é “denunciar a *origem dos perigos e erros* que são comuns a todos (os grandes sistemas psicológicos). Espero que ao longo de minhas explicações fique claro até que ponto deve-se ver em um *psicologismo dinâmico* a origem dos perigos e erros inerentes à Psicoterapia de hoje.” (pág. 12) (grifos de V. F.; Frankl, 1965).

Mais adiante, lança a seus ouvintes um desafio: “... esse é o nosso papel de médicos: não apenas reconhecer e, se preciso, tratar, mas também prevenir, quando possível, as enfermidades, e as enfermidades do espírito e as do espírito do tempo, e por isso é nosso dever elevar nossa voz de advertência.” (p. 55)

O “psicologismo”, a que se refere Frankl, é o uso impróprio e abusivo da psicologia e que constitui uma ramificação daquilo que, abrangendo as ciências, em geral, costuma ser chamado de cientificismo ou cientismo.

Quando se fala de “ciência” - um termo que, em si, adquiriu caráter um tanto mítico - podemos estar nos referindo, grosso modo, a três entidades diferentes: 1) A um conjunto de conhecimentos avalizados por determinada epistemologia. É a ciência propriamente dita. 2) À aplicação desses conhecimentos com finalidades práticas; a técnica e 3) A generalizações que transbordam os limites científicos, envolvendo a natureza do mundo e do homem bem como os valores a eles relacionados; o cientificismo ou cientismo. É à sua vertente psicológica que Frankl se refere como “psicologismo”.

A ciência, em si, nada tem de perigosa. Como conhecimento valida-

do por certos critérios, pode ser considerada sempre boa. Não se opõe à fé religiosa inteligente.

A tecnologia pode ou não ser nociva. É neutra; depende do uso que dela se faz. Deve estar subordinada a valores humanos elevados. Atualmente, a grande questão relacionada à técnica é a tendência a crer que, para resolver todo e qualquer problema, basta dispor da técnica apropriada.

O cientificismo é sempre perigoso. Trata-se de má filosofia, filosofia ingênua. Costumeiramente se opõe à fé religiosa na medida em que ele próprio se assenta em um tipo de crença.

*“Aí está, justamente, o grande perigo – escreve o filósofo J. M. Bocheski. Existem setores inteiros da realidade que ainda não foram investigados e nem sequer foram abertos para a investigação científica exata - e, sobretudo, quando se trata do homem. Mesmo lá onde a investigação científica já está em andamento, sabemos incrivelmente pouco. Acontece, porém, que os homens querem preencher as grandes lacunas do saber científico por sua própria filosofia, a qual é em geral, crassamente ingênua e falsa, mas que é apregoada como a última palavra em ciência. E isto é feito não só por alguns cientistas mas por muitos outros homens. Gozando a ciência de um tão grande prestígio, os seus representantes são, sob este aspecto, os mais perigosos quando começam a filosofar fora de suas especialidades.” (Bochesky, 1961)*

René Dubos, conhecido biólogo francês, tem opinião semelhante:

*“Podem crer (os cientistas), pela fé, que a vida é expressão de algum espírito vital divino, ou aceitar - também pela fé - que os processos vitais não são senão expressão de tal ou qual molécula química que esteja na moda. Para a ação é necessária alguma forma de crença, mas é perigoso não se dar conta dos pressupostos subjacentes que condicionam nossos próprios pensamentos e nossa conduta.” (Los Sueños de la Razón).*

Frankl chama esses conceitos reducionistas sobre a natureza humana de “homunculismos” e, em um de seus textos mais veementes, aponta o porquê de sua periculosidade:

*“De todo modo, e segundo meu modo de ver, de qualquer uma dessas concepções “homunculistas” do homem à câmara de gás,*

somente há um passo, o passo da consequência lógica. Creiam-me, senhores e senhoras, nem Auschwitz, nem Treblinka, nem Maidanek foram preparados fundamentalmente nos ministérios nazistas de Berlim, mas, muito antes, nas escrivatinhas e nas salas de aula dos cientistas e filósofos niilistas.” (Frankl, 1965)

## Exemplos de ideias científicas

Em seguida, relacionamos alguns exemplos de ideias científicas.

“A ciência não se preocupa somente com o ‘obter os fatos’, depois do que se poderia agir, de maneira não científica, com mais sabedoria. A ciência fornece a sua própria sabedoria.” (pág. 12) “Se vamos usar os métodos da ciência no campo dos assuntos humanos, devemos pressupor que o comportamento é ordenado e determinado.” (...) “Sugerir que abandonemos essa noção é ameaçar muitas crenças acalentadas e destruir o que parece ser uma concepção produtiva e estimulante da natureza humana.” (...) “Ameaça nossas aspirações, quer materiais, quer espirituais.” (...) “Nós, simplesmente, não queremos esta ciência.” (pág. 13) (...) “A hipótese de que o homem não é livre é essencial para a aplicação do método científico ao estudo do comportamento humano.” (...) “... a concepção do indivíduo que emerge de uma análise científica é desagradável à maioria daqueles que foram afetados pelas filosofias democráticas.” (pág. 251; Skinner, 1967; grifos nossos) (Observe o leitor: a ideia de que o homem não tem livre-arbítrio é colocada como pressuposto, no fim torna-se conclusão.)

“... o famoso químico Marcelin Berthelot afirmou, em 1901, que “a ciência está hoje em condições de aspirar a ser guia das sociedades, não apenas no que toca às questões materiais, mas também nos problemas intelectuais e morais... É a ciência que estabelecerá a base autenticamente humana da moral e da política no porvir” (Dubos, 1967).

“... somos constituídos por robôs (...), somos cada um de nós, uma coleção de máquinas macromoleculares. E todas essas são, em última análise, descendentes das macromoléculas autorreplicantes originais” (Dennett, Daniel C. apud Wrigley, 1978).

“Uma consequência notável dessa perspectiva é que é plenamente possível a existência de robôs com intencionalidade e, nesse sentido, não haveria uma diferença fundamental entre um robô suficientemente complexo e a mente humana.” Wrigley, 1978).

“Os sentimentos religiosos fazem parte da vida das pessoas... Por outro lado, o sentimento religioso está ligado à atividade cerebral. Hoje, temos sérias suspeitas de que seja consequência de certo tipo de epilepsia na chamada área temporal do cérebro. Pessoas com esse tipo de epilepsia têm um comportamento religioso exagerado. Uma

*figura histórica como São Paulo foi quase certamente epilético. Em tempos mais recentes, Dostoiévski foi, com certeza, epilético. Muitos experimentos estão sendo feitos para ver se é possível induzir experiências religiosas excitando-se o cérebro.”(Crick, Francis, biólogo britânico co-responsável pela descoberta da estrutura do DNA e ganhador do Nobel de Medicina em 1962, citado por Giannetti, 1998).*

## **As objeções de Popper ao cientificismo**

Um dos mais lúcidos opositores do cientificismo é o filósofo austríaco Karl Popper (1902-1994). Preocupado em estabelecer um critério que permitisse distinguir teorias “respaldadas por elementos de juízo empírico” daquelas de “caráter religioso ou metafísico, ou simplesmente pseudocientífico” (Popper, 1967), estabeleceu o que veio a ser conhecido como critério da “refutabilidade” ou “falseabilidade”. Diz ele, em essência, que um enunciado, para ser admitido como científico, precisa fornecer elementos para que seja possível, eventualmente, demonstrar sua falsidade. Em outras palavras, uma teoria, para ter status científico deve “proibir” certos acontecimentos; deve fazer determinadas previsões que, ao não se concretizarem, demonstram ser ela falsa.

Vejamos um exemplo: durante muitos séculos e até época não muito remota, as pessoas recorriam aos livros de Aristóteles para saber como se movimentam os corpos. O filósofo grego afirmava, entre outras coisas, que corpos pesados caem mais depressa que os leves. Poderíamos dizer que a teoria de Aristóteles era científica – embora hoje se saiba que é falsa - na medida em que podia ser testada e refutada. Essa refutação coube a um estudioso da Mecânica da cidade de Bruges, na Bélgica, chamado Simon Stevin (1548-1620). Ele escreveu:

“A experiência contra Aristóteles é esta: Tomemos duas bolas de chumbo, uma, dez vezes mais pesada do que a outra, e deixemo-las cais juntas de uma altura de trinta pés sobre uma prancha ou algo que emita um som claro; notar-se-á, então, que o tempo da queda da mais leve não é dez vezes maior, mas sim que ambas caem tão igualmente sobre a prancha, que os dois ruídos dão a sensação de serem um único” (Mason, 1964). A coisa é relativamente simples; Stevin faz uma previsão: os ruídos das bolas devem soar em uníssono; ele “proibia” que houvesse intervalo entre os impactos das bolas; caso positivo, a teoria teria sido refutada.

Em contraste, teorias não científicas têm sempre uma explicação para o que quer que ocorra. Popper menciona como exemplo a psicanálise; ela é “inatacável”; nenhuma observação empírica pode derrubar nenhum de seus pressupostos. É impossível imaginar uma experiência que,



eventualmente, pudesse demonstrar a falsidade de alguma ideia freudiana porque estas não “proíbem” nada.

Observe-se, contudo, que o critério proposto por Popper diz respeito à delimitação que é teoria científica do que não o é; não se refere ao que é ou não verdadeiro. Nas palavras do filósofo:

*“Creio, pois, que se uma teoria não é científica, se é ‘metafísica’ (como poderíamos afirmar), isto não quer dizer, de modo algum que careça de importância, de valor, de ‘significado’ ou que ‘careça de sentido’. Mas ao que não pode aspirar é a estar respaldada por elementos de juízo empírico, no sentido científico, conquanto possa facilmente ocorrer que, em um sentido genético, seja ela ‘resultado de observação’”*

*“Por conseguinte, o problema que procurei resolver ao propor o critério de refutabilidade não foi um problema de sentido ou de significado, nem um problema de verdade ou aceitabilidade, mas sim o de traçar uma linha divisória (na medida em que isso pode ser feito) entre os enunciados, ou sistema de enunciados, das ciências empíricas e todos os outros enunciados, sejam de caráter religioso ou metafísico, ou simplesmente pseudocientífico.”*

A grande importância do critério proposto por Popper esta em - considerando plethora de textos escritos por biólogos, neurologistas, psicólogos e outros cientistas, nos quais pretendem ter explicações para a vida em todas as suas manifestações, para o comportamento humano em todas as suas nuances e expressões, pontificando, muito à vontade, no terreno dos valores – que ele permite distinguir o que é teoria científica com razoável corroboração experimental, daquilo que é apenas opinião filosófica, cientificista na medida em que tenta se fazer passar por verdade científica.

## **Definições usadas nos estudos sobre religião e saúde mental**

Assim como é difícil operacionalizar religião, diversos são os conceitos de saúde mental, o que torna complexo comparar os trabalhos a respeito.

BATSON e VENTIS (1982), revisando os estudos sobre religião e saúde mental, encontraram sete tipos diferentes de conceitos sobre saúde mental. Estes podem ser divididos em dois grupos, as definições que afirmam “o que saúde mental não é”, e as “que descrevem características positivas da personalidade”, ou seja, “que afirmam o que é”.

## **1. Características negativas de saúde mental**

### **1.a. Saúde mental pode ser considerada como ausência de psicopatologia**

Define a saúde mental negativamente, ao invés de especificar o que ela é. É a ausência de doença mental. É a definição com que o psiquiatra clínico com mais frequência trabalha. A ênfase é em sintomas, síndromes ou padrões apresentados pelos pacientes.

### **1.b. Comportamento social adequado**

É a visão adotada por algumas correntes comportamentais (BANDURA, 1969). A presença de comportamento inadequado torna mais fácil detectar algum transtorno. A limitação desta visão está no fato que o conceito de normalidade sofre influência cultural, e o que é considerado comportamento normal em uma cultura pode não o ser em outra.

### **1.c. Liberação de preocupação e culpa**

Saúde mental é considerada quando a pessoa está livre de conflitos psicológicos, ansiedade e culpa. É o modo de conceituar da psicanálise.

## **2. Características positivas da saúde mental**

### **2.a. Competência pessoal e controle**

Os indivíduos precisam ter a sensação de que são competentes para lidar efetivamente com o ambiente. Por exemplo, SELIGMAN (1975) demonstra que a falta da sensação de controle ou desesperança é importante componente da depressão.

### **2.b. Unificação e organização**

Conceito desenvolvido por ALLPORT (1937) de que personalidade é a organização dinâmica dentro do indivíduo dos sistemas psicofísicos que determinam seu ajuste singular ao ambiente. No indivíduo saudável estes sistemas estariam organizados hierarquicamente. Para ALLPORT, uma pessoa madura teria sempre uma filosofia de vida unificada, um padrão integrador.

## **2.c. Mente aberta e flexibilidade**

ADORNO (1950) e ROKEACH (1960) enfatizaram a importância para a saúde mental do ser capaz de adaptar-se a informações novas e novas experiências. Quem responde de modo aberto e flexível é mais saudável psicologicamente do que quem é rígido e não se abre para novas experiências. Estar aberto para novas experiências e ser flexível é resultado de maior diferenciação, integração e complexidade das estruturas cognitivas.

## **2.d. Autoaceitação e autorrealização**

Ter saúde é ser capaz de aceitar-se a si mesmo como se é realmente, sem discrepância entre a visão de si mesmo real e o que se acha que deveria ser. E a visão de ROGERS (1951) e HORNEY (1951).

A experiência de autorrealização (MASLOW, 1954) definiria o ápice da saúde mental, quando o ser humano desenvolve seu estilo pessoal e único, desenvolvendo-se a partir de si mesmo, e não segundo agendas determinadas por necessidades. Poucos a experimentam.

A pessoa autêntica aceita responsabilidade pelos seus atos e vida, reconhece os riscos de escolher o futuro, que o inevitável e a dor podem acontecer. Reconhece os limites da condição humana e se firma na porção de liberdade que ainda é nossa. Age com dignidade e exerce seu poder de amplificar a experiência, criar escolhas e se conscientizar de que é capaz de modelar a vida ao invés de ser modelada por ela. Tem a capacidade de transcender, adquirir nova fonte de referência e nova forma de agir (TELLIS NAYAK, 1982).

## **4. Saúde Mental, Psiquiatria e Religião**

A necessidade de uma prática psiquiátrica e psicológica mais sensível à cultura tem sido extensamente debatida. As dimensões religiosa e espiritual estão entre os fatores mais importantes na estruturação da experiência humana, das crenças, valores, padrões de comportamento e de doença. Apesar disto, a psiquiatria e a psicologia tendem a ignorar ou a ver como patologia as dimensões religiosa e espiritual da vida. Por exemplo, na terceira edição revista da Classificação Norte Americana de Transtornos Mentais (DSM-III R), todas as 12 referências à religião estão sendo utilizadas para ilustrar psicopatologia.

A literatura clínica descreve a experiência mística como sintoma de regressão do ego, psicose *borderline*, episódio psicótico, e disfunção do lobo temporal. As tendências positivistas da psiquiatria e psicologia rejeitam qualquer subjetivismo ou ideias mentalistas, o que resulta no desvalorizar da religião.

A quarta edição da Classificação Norte Americana de Transtornos Mentais (DSM-IV) procura consertar a falta de atenção prévia à dimensão espiritual dos problemas, incluindo uma categoria “Problemas psicorreligiosos ou psicoespirituais”.

- Problema psicorreligioso é definido como experiências que a pessoa sente como estressantes ou perturbadoras, e que envolvem a crença e práticas de uma igreja organizada ou instituição religiosa (perda ou questionamento da fé, mudança de denominação religiosa, conversão a uma nova fé, intensificação da aderência a uma prática religiosa e ortodoxia).
- Problemas psicoespirituais são experiências que a pessoa acha estressantes ou perturbadoras e que envolvem o seu relacionamento com um ser ou força transcendente, não necessariamente ligado a crenças e práticas de uma igreja organizada ou instituição religiosa (experiências de morte próxima ou místicas, uma pessoa que começa a praticar meditação e sente mudanças perceptuais).

A incorporação desta categoria não patológica tornou necessário diferenciar os seguintes tipos de problemas:

- Problemas puramente religiosos ou espirituais, que devem ser abordados por um capelão, conselheiro religioso, ministro religioso, ou pessoa proficiente nas práticas e ensinamentos espirituais em questão.
- Sintomas psicopatológicos com conteúdo religioso, como obsessões ou delírios, que necessitam do diagnóstico e tratamento adequados. A literatura psiquiátrica indica que podem ter valor terapêutico as ideias religiosas neles envolvidos.
- Problemas psicorreligiosos não atribuíveis a transtorno mental, mas que podem ter origem em conflitos abordáveis em psicoterapia.

Que ROBINSON (1986) talvez tenha se precipitado, ao anunciar o divórcio entre psiquiatria e religião, fica claro em livro organizado por MILLER e MARTIN (1988) onde mostram que a paixão ainda não morreu. Neste livro, sobre Terapia Comportamental (talvez o movimento que mais radicalmente procurou afastar a psicologia de qualquer forma de subjetivismo) e Religião, afirmam:

*“O casamento entre as perspectivas comportamentais e espirituais está longe, no futuro; a data do noivado ainda não foi marcada, talvez seja melhor dizer que apenas começaram a namorar. Há os que auguram desastre nesta união. Nós discordamos...”*

# Capítulo 3

---

## Psiquiatria e Religião através da História

Para os médicos, psicólogos e outros profissionais de ajuda é importante conhecer as religiões e sua história. A religião influencia a saúde e a doença e seu conhecimento permite, na prática clínica, entender comportamentos poderosos, complexos, variados e imprevisíveis.

A Psiquiatria e a Psicologia nos seus primórdios, por toda a Antiguidade e Idade Média, estiveram interligadas com a religião. Explicações naturais, somáticas, psicológicas e sobrenaturais coexistiram sem conflito excessivo. Sentimentos religiosos, cerimônias religiosas e profissionais ligados a religião, sempre estiveram presentes quando se é afligido por uma doença.

Psiquiatria e religião separaram-se há pouco mais de cem anos. A separação da Medicina e da Religião é um fenômeno moderno, em desacordo com a opinião da sociedade, que acha que as duas devem caminhar juntas e que sua associação pode ser benéfica para as pessoas.

Este divórcio não trouxe um tratamento mais humanitário para os enfermos da mente e perdeu-se a visão integral da pessoa doente.

Neste resumo da história serão destacados apenas os fatos, lendas

e curiosidades mais pertinentes que ilustram este casamento e suas tempestades e crises: uniões, lutas pelo poder, tentativas de cooperação e separações. O futuro a Deus pertence.

## 1. Antiguidade e Período Clássico

O modo como as pessoas respondem à doença ou desgraça em qualquer cultura está relacionado à estrutura religiosa e filosófica interna através da qual a existência é percebida. As tentativas iniciais de explicar a doença eram intuitivas e, quando, fatores orgânicos ou naturais não eram reconhecidos, surgia a suspeita sobre a operação de forças sobrenaturais. Neste contexto os azares e doenças eram mais frequentemente atribuídos a influências malignas baseadas na perda da alma, intrusão de espíritos e mágica imitativa, e administradas no contexto da feitiçaria. Por exemplo, no Neolítico era realizado o tratamento por trepanação craniana, providenciando-se assim uma pequena abertura para que os espíritos escapassem.

As referências à doença mental são inúmeras, em diversos textos sagrados ou mitológicos, especialmente judaicos, cristãos, greco-romanos e hindus.

### 1.a. Egito, Assíria, Israel e Judá

Um tablete com escrita cuneiforme, datado de 3000 anos AEC (antes da era comum), sobre Marduk, filho de Ea (deusa das profundezas), apresenta uma mensagem de esperança para os insanos:

*“Toma o balde, enche-o com água da boca do rio, adicione o excelso poder mágico, jogue algumas gotas sobre o homem... que a insanidade seja expulsa. Que a palavra de Ea a conduza para fora...”*

No antigo Egito, uma pessoa com doença mental foi descrita como “o homem que está entre as mãos dos deuses”.

Diversos personagens importantes na história de Israel apresentaram comportamentos que podem ser considerados pertencentes ao âmbito da psiquiatria:

- Nabucodonosor, Imperador da Babilônia, conquistador de Judá e responsável pelo exílio de sua elite (586 AEC), isolou-se de seus companheiros e comeu grama como se fosse um boi. Seu cabelo ficava molhado com o orvalho e era abundante como o das águias (Daniel 4:29).

- Saul, o primeiro rei de Israel, provavelmente teve fases de depressão e mania, períodos em que apresentava ideias suicidas e outros com ideação homicida (I Samuel 16:14 - 16, 18:10, 19:23-24).
- David, o segundo rei de Israel, responsável pela consolidação e expansão do reino, iniciador de uma das dinastias mais longas da Antiguidade, comportou-se como louco diante do rei de Gath, que segundo a lenda tinha uma filha doente mental (I Samuel 21: 14-15).
- Ana, mãe do profeta Samuel, era afligida por depressão e ansiedade (I Samuel 1:8,9,16).
- Sansão cometeu suicídio, matando consigo centenas de filisteus (Juizes 16:29-30).
- A função de profeta sempre foi perigosa, pois falavam em nome de Deus, contra as injustiças. O livro de Números (12:6) refere-se a experiências alucinatórias que alguns tiveram:

*“Se um dentre vós é um profeta, eu me farei conhecido através de uma visão, falarei com ele através dos sonhos”.*

Alguns profetas apresentavam comportamentos que podem ser considerados no mínimo bizarros: Ezequiel era coprofágico (Ezequiel 4:15) e Jeremias andava com uma canga para bois pendurada em seu pescoço (Jeremias 28:10).

- Em II Reis há a descrição de um episódio alucinatório coletivo, quando o exército sírio (arameu) ouviu o barulho de carruagens de guerra que não existiam e fugiu, deixando suas tendas e cavalos (II Reis 7:6).
- Obadias fala sobre a consequência do alcoolismo (Obadias 16) e Noé intoxicou-se com álcool, retirando suas vestes e permanecendo nú (Gênesis 9:20-22).
- Insanidade era uma das aflições prometidas no Pentateuco (Deuteronômio 28:28, 34), e pelos profetas (Zacarias 12:4) como punição pela desobediência.
- Antioco Epifânio da família Selêucida (reinou de 175 a 164 AEC). Foi o responsável pelo início da revolta dos Macabeus, ao proibir o culto e prática das leis judaicas, saqueando o templo de Jerusalém, lá sacrificando porcos, e matando quem se recusasse a sacrificar aos deuses pagãos. Em I Macabeus (6:8), há uma descrição clara de uma de suas fases de depressão:

*“Quando o rei ouviu estas notícias foi atingido por profundo desânimo, ficando em seu leito doente de dor pelo fracasso de seus planos... chamou seus amigos e disse: - O sono me abandonou, o peso do cuidado quebrou meu coração... Aqui estou morrendo de dor numa terra estranha...”*

Outras fontes descrevem comportamentos que sugerem fortemente o diagnóstico de Transtorno Bipolar: saía para beber com amigos, distribuía dinheiro na rua, andava coroadado com rosas e vestido de panos dourados. Se alguém o seguia jogava pedras. Ordenou que um vaso de mirra fosse quebrado sobre a cabeça de um popular e ria enquanto as pessoas procuravam sofregamente molhar-se com o valioso unguento. Amava fazer o inesperado, dava ossos de presente, ou coisas preciosas a desconhecidos escolhidos ao acaso na rua, apenas para ver sua reação.

- No Novo Testamento os endemoniados seriam hoje, provavelmente, considerados pacientes psiquiátricos (Lucas 8:2, 27; Marcos 5:3-5; Mateus 8:28, 9:32, 12:22, 15:22; Atos 19:13).
- Não se menciona na Bíblia o destino dos psicóticos, mas é provável que fossem acorrentados ou mortos pela fome ou por açoites (Marcos 5:3; Lv.20:27).

Flavius Josephus relata que os judeus expulsavam demônios através de fórmulas secretas que se originaram da época de Salomão.

Philo de Alexandria, denominado “O Platão judeu”, defendia a ideia que espíritos inumeráveis habitavam o mundo e eram responsáveis pelos transtornos mentais.

No Talmud da Babilônia (Hagiga 3b;) problemas psiquiátricos foram definidos para decidir quem estava isento da prática dos preceitos religiosos:

*“o que sai à noite sozinho, que passa a noite no cemitério, rasga as roupas e destroi tudo o que lhe é dado”.*

Há referências a delírios, psicose puerperal e epilepsia, mas neuroses, escrúpulos, possessão e técnicas de exorcismo não são mencionados. Há a referência explícita “não possuímos medicamentos para os loucos.”

A palavra hebraica para imbecil é “Shoteh”, derivada da raiz Shat (andar sem destino). Era assim considerado quem não tinha posse completa das funções intelectuais. O Talmud não menciona doença mental causada por espíritos (“Ruach”) ou demônios (“Shed”), associando-a apenas a doença física.



Há diferentes categorias de distúrbios psíquicos:

“Sha’amumith” - confusão,

“Teruph da’ath” - distúrbios temporários da mente e do poder de discernimento, que ocorrem durante uma doença aguda,

“Kordiacos” - interpretada por alguns como *Delirium Alcolico*.

O Talmud afirma a necessidade de avaliação criteriosa por parte dos juízes, que deveriam consultar especialistas. A legislação talmúdica foi um avanço para a época, pois protegia a pessoa com incapacidade mental (por exemplo, não permitia o divórcio de uma pessoa deficiente, para evitar o seu abandono), e estabelecia proibição da função sacerdotal.

O Midrash contém algumas histórias interessantes:

*-"Um homem muito rico, mas com uma personalidade má, nunca ofertava aquilo que a lei prescrevia como caridade, por exemplo, o dízimo para os pobres. Um dia ficou doente mental, tomou sua prata e ouro e jogou-as no mar, tomou um martelo e quebrou todos os barris de vinho que possuía. Tudo isto por não ter honrado o Senhor, de cuja graça ele desfrutava".*

*-"Um homem, em seu testamento, afirmou que seu filho deveria receber a herança, só se ele (o pai) ficasse "Shoteh" (tolo, louco). O homem foi visto andando de quatro com uma palha na boca, enquanto seu filho pequeno corria atrás dele. O caso foi levado para julgamento, onde Rabi Josué riu e disse: Observem como uma pessoa fica tola quando tem uma criança."*

Uma anedota mostra que os escrúpulos eram vistos como prática normal da religião (BRAHOT 34a). “Os pupilos do Rabi Eliezer queixaram-se ao seu mestre que a pessoa que liderava as orações demorava muito tempo para terminá-las. Rabi Eliezer replicou “se não estiver tomando mais do que os quarenta dias e noites que Moisés orou no Monte Sinai não pode ser considerado excessivo”. Orações compridas eram consideradas uma virtude e Rabi Eliezer não suspeitou que um processo neurótico poderia estar presente”.

No Judaísmo os votos e juramentos são sagrados. O livro de Números no Velho Testamento aborda esta questão. Espera-se que as pessoas cumpram suas promessas, mas há casos em que cumpri-las pode ser impossível ou prejudicial à pessoa e aos seus relacionamentos familiares e interpessoais.

Vários rituais ou cerimônias permitem a absolvição de pessoas que formularam juramentos inadequados ou impossíveis, e que podem ser utilizadas no tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo:

- Um sábio ou três homens cheios de conhecimento perguntam “Se você soubesse das consequências deste juramento tê-lo-ia feito?” Se a resposta é negativa eles podem pronunciá-lo livre do voto.
- No “Yom Kippur” uma fórmula especial é recitada (“Kol Nidre”) que permite o perdão dos votos que não puderam ser cumpridos.
- Uma cerimônia menos conhecida é “Hatarat Nedarim” feita antes do “Rosh Hashnah”, e permite à pessoa chegar ao dia santo livre das preocupações dos votos feitos e não cumpridos.

É vital que o paciente ou cliente acredite no conceito e na fórmula. Elas são importantes para a libertação dos pensamentos que impedem o desenvolvimento de uma atitude saudável em relação à vida.

Apesar de não mencionar escrúpulos com frequência a literatura talmúdica e judaica contem alguns preceitos que se assemelham às práticas da terapia comportamental. Shammai (50 AEC - 30 EC), um dos principais rabis de sua época tinha atitudes rigorosas particularmente em relação à limpeza e jejum. No Yom Kipur queria que seu filho menor jejuasse, o que era formalmente proibido pelas autoridades rabínicas e Shammai recebeu a ordem de “alimentá-lo com as suas próprias mãos”. Maimônides no século 12 prescreveu “... se ele está em um extremo de comportamento, deve levar a si próprio para o outro extremo e assim se comportar por longo tempo, até atingir o modo adequado, por que para cada traço, há o meio do caminho” (Mishne Tora, Mada, 2,2).

## **1.b. Índia**

No Hinduísmo, o quarto volume do Yajua-Veda, “Buthavidya” trata da doença mental, seguindo as crenças tradicionais na possessão demoníaca. Acreditavam na transmigração das almas e os diversos estados de alteração de consciência (êxtases e estupores) eram considerados manifestações da cooperação ou da perda do companheirismo entre a alma e o corpo, um fenômeno de migração espiritual. Uma das correntes religiosas, que possivelmente deu origem ao Budismo, pregava para as elites o ideal da contemplação, absorção no infinito, abandono aos ideais panteístas que finalmente libertariam a alma para uma migração sem fim. Esta atitude permite compreender a indiferença e o culto à morte, suicídios ritualísticos e de massa, práticas reconhecidas como filosofia de vida, não anormais como nos parecem hoje.

No período pré-védico doenças físicas ou mentais eram consideradas um ato de possessão por demônio ou agente divino, ou vingança por parte do espírito de um morto. Os remédios eram a oração, encantamentos, amuletos e talismãs. Estas práticas mágico-religiosas eram consistentes com as práticas da época no Egito, Mesopotâmia e Creta.

No período védico a principal contribuição está no “Atharva Veda”, na verdade um compêndio de demonologia no qual as doenças e curas estão relacionadas a fantasmas, duendes, mágicas, feitiços e maldições.

O sexto século AEC, o período pós-védico, é o início da medicina científica na Índia.

Os “Upanishads” concebiam a personalidade em diversas dimensões que funcionavam coletivamente, procurando manter um estado de equilíbrio. A “Mandukya Upanishad” descreve diferentes estados de consciência (desperto, dormindo, sonhando, e de bem-aventurança). Um aforisma da Upanishad diz: “Quem deseja, sonha; quem não deseja, não sonha.” O “Ayurveda” sistema hindu antigo de medicina tem sua origem atribuída à revelação divina. Os Vedas e Upanishads no início contêm referências ao suicídio, sancionando-o como um ritual religioso. No período dos Upanishads houve uma revolta contra o suicídio, que passou a ser considerado irreligioso e tolo. Há referências a uma epidemia de suicídios coletivos na cidade de Ayodhya, chocada com a notícia do suicídio do herói Rama, após saber que seu irmão também havia se matado.

No Raghuvansa, um drama em sânscrito, observa-se que depressão afetava diversas pessoas da família real. Relatos semelhantes estão contidos no Yoga Vasishta e no Mahabharata.

O corpo do suicida era exposto a indignidades e insultos públicos, mas as autoridades religiosas permitiam-no nas seguintes circunstâncias:

- “Sati” - autoimolação de uma mulher durante ou após a cremação de seu marido.
- Suicídio por afogamento em lugares de peregrinação ou confluência de rios sagrados.
- Suicídio devido ao sofrimento, dor ou doença incurável, ou incapacitado pela idade que impedia a prática dos deveres religiosos.
- “Sallekhana” - suicídio por ascetas, em geral praticado pela abstenção de alimentos e água. Métodos rápidos de suicídio eram considerados vulgares e maus. Um aforisma diz: “Renunciando toda comida e água, pacientemente espero minha morte.”
- Uma longa viagem no estágio final da vida com intenções suicidas.

Alem desses casos são mencionados:

- “Jauhar” - suicídio em massa de mulheres com o fim de fugir à desonra sexual provocada por um exército invasor. A primeira referência foi na Invasão de Alexandre Magno.
- “Satyagraha” - suicídio por greve de fome, com intenções políticas mas com intenso fervor religioso.

### **1.c. China e Japão**

Na medicina chinesa antiga todas as doenças, particularmente as mentais, eram causadas por um desequilíbrio de duas forças primárias no homem: “Yin e Yang”, que simbolizam os contrários, negativo e positivo, escuro e luz, lua e sol, prejudicial e benéfico, masculino e feminino. Rituais especiais foram desenvolvidos por sacerdotes com o fim de contrabalançar os poderes prejudiciais. Estes rituais pertencem ao “Yang” (luz, vida, elemento positivo), a doença é do âmbito do “Yin”. Alguns desses rituais eram perigosos tanto para o sacerdote quanto para o paciente, envolvendo danças e golpes de espada ou bolas com pontas de ferro, giradas, presas a uma corrente.

Nas camadas culturalmente mais simples e sem educação, a possessão demoníaca e o espírito vingativo de ancestrais e outros fenômenos suprahumanos eram propostos como causadores de doença mental, persistindo estas ideias até hoje. Na China há descrições de epidemias de histeria.

No Japão, a ideia de fantasmas de sacerdotes com vida dissoluta, chamados de “tengu”, foi incorporada ao Budismo, sendo a eles atribuída a causa da loucura.

Tanto no Japão, quanto na China, a raposa tinha um papel maligno, podendo levar a insanidade, morte ou desastre econômico ou político.

### **1.d. Grécia e Roma**

Na mitologia grega, há diversas versões para o episódio da loucura de Herácles. O herói, apresentando visões, confundiu seus filhos e sobrinhos, matando-os com flechas, fogo e espada. Num, Lissa, a deusa da noite e da loucura, foi a responsável, em outra versão o ciúmes de Hera.

Na Ilíada e na Odisseia temos diversos relatos: Ulisses simulando doença mental ao atrelar boi e cavalo e arar a praia, semeando sal. Ajax atacando um rebanho de carneiros pensando que eram seus inimigos, suicidando-se ao ficar consciente. Orestes alucinava com as Fúrias que o

importunavam após ter matado sua mãe. As filhas de Proteus, Rei de Argos opunham-se ao culto de Dionísio, e roubaram ouro da estátua de Hera. O poder divino as fez loucas, e passaram a acreditar que eram vacas. Foram curadas por Melampus, através de rituais báquicos, em troca de dois terços do reino.

Platão definiu dois tipos de doença mental, loucura e ignorância. A primeira podia ser consequência de doença ou ser um dom divino, com qualidades proféticas.

Heródoto relata que Cambises sofria da doença sagrada, como a epilepsia era conhecida; era completamente normal entre seus ataques, mas durante os mesmos seu comportamento era raivoso e feroz.

Hipócrates ao se referir à mesma doença afirmou: “Não parece a mim de nenhum modo ser mais divina, nem mais sagrada que outras doenças...” Ao se referir aos charlatães disse: “... usam o divino como um pretexto, e uma cobertura para sua própria incapacidade de prover qualquer assistência...”

O período pós-hipocrático caracterizou-se por grande progresso, principalmente através da observação clínica acurada. Na época de Galeno, o misticismo oriental minou a substância da ciência clássica. Muitas das crenças demonológicas da antiguidade persistem até hoje e são do âmbito de estudo da psiquiatria transcultural.

## **2. Idade Média**

### **2.a. Ocidente**

A prática de exorcismo por Jesus foi adotada por seus discípulos e pela igreja. Os exorcistas no terceiro século EC eram obrigados a memorizar as fórmulas e impor as mãos sobre os possessos e espíritos maus. Exorcismos bem sucedidos foram atribuídos a muitos santos medievais e era uma das maneiras de se demonstrar santidade.

Na Idade Média ocorreram diversas epidemias psíquicas. Por exemplo, a “Cruzada das Crianças”, na qual a ideia de que Jerusalém continuava em poder dos muçulmanos, e que só podia ser libertada por pessoas puras, levou milhares de crianças (talvez 30.000) a marcharem em direção à Terra Santa, fazendo tudo o que era necessário para isto, por exemplo, fugindo de casa, para morrer miseravelmente logo a seguir.

FOUCAULT (1973) relata o mito que grassava pela Idade Média da “Navis Stultifera”, imortalizado por Bosch em um de seus quadros. O mito originou-se no costume de entregar os doentes mentais a mercadores e

marinheiros, com a finalidade de levá-los a centros de peregrinação ou simplesmente fazê-los desaparecer. Algumas cidades possuíam doentes mentais em excesso, vindos de outros locais e abandonados por esse costume.

Diversos pensadores deste período abordaram a doença mental:

Agostinho (354 a.D.), considerado o precursor das ideias fenomenológicas de Husserl, do existencialismo e da psicanálise, na “Cidade de Deus” discutiu sobre o suicídio, considerando-o um pecado maior, porque tornava o arrependimento impossível. Cem anos após, na cidade de Braga, o suicídio era considerado um crime e a pessoa não podia ser enterrada como cristã. Em Toledo a excomunhão era aplicada a quem o tentasse. No século XII o psicótico que tentasse suicídio estava isento de penas, pois seu comportamento não era voluntário.

Tomás de Aquino manteve o costume da igreja católica de batizar o doente mental e o com mente fraca, classificando-os nas seguintes categorias:

- Os insanos desde a infância sem intervalo lúcido;
- Os insanos desde a infância com períodos lúcidos;
- Os que foram sãos, mas perderam a razão;
- Os que apesar de deficientes mentais podem pensar sobre sua salvação e os sacramentos.

Abelardo, protagonista de um dos romances mais famosos da história, delatado por LoTufo da Lombardia, foi castrado a mando do tio de Heloísa, refugiando-se depois na vida monástica. Negava que o diabo pudesse causar insanidade.

Constantino da África e João de Gaddesden sugeriram um meio de diferenciar epilepsia da possessão demoníaca, através do comando para o diabo sair. Se nada acontecia era epilepsia, mas se o paciente ficasse como se em coma, era possessão. Outros tratamentos eram adotados para a possessão e qualquer outro tipo de problema na Idade Média: Água benta, orações, relíquias, música e ervas.

Há grande controvérsia sobre como psiquiatria e religião se relacionavam durante a Idade Média. Pelo menos três maneiras de analisar o problema são encontradas:

## 1. Religião e demonologia preponderando sobre a visão médica

Os debates religiosos e metafísicos tomaram o lugar das tradições empíricas na medicina e a psiquiatria foi dominada por ideias demonológicas. As pessoas achavam que a doença psiquiátrica tinha uma origem sobrenatural, fruto de pactos com Satanás, ou que eram tomadas ou possuídas por ele ou seus agentes. Muitos doentes mentais eram considerados feiticeiros, bruxos ou enfeitiçados e submetidos à tortura e exorcismo.

Diversos santos eram invocados para curar a doença mental. Por exemplo: São Avertin, São João e São Valentino eram padroeiros dos epiléticos. Sir Walter Scott preservou uma das orações:

*“Thence to Saint Fillan’s blessed well  
Whose spring can frenzied dreams dispel  
and the crazed brain restore.”*

*(De lá, no abençoado poço de São Fillen, as águas podem dispersar sonhos exaltados e restaurar o cérebro enlouquecido).*

## 2. Preponderância da visão “científica” sobre a religiosa

Neugebauer (1979) critica a visão geral que na Idade Média e Renascença, a psiquiatria era dominada por teorias demonológicas, com uma mistura de superstição, crueldade e abuso.

As evidências contra esta visão tenebrosa são inúmeras:

- os textos médicos desde o século 14 são baseados em Galeno e não contêm referências demonológicas.

A psiquiatria era não espiritual, mas baseada em Galeno e acompanhou os mesmos progressos das outras áreas médicas no período, a criação de hospitais, escolas, trabalho municipal, remédios folclóricos. Tudo foi oferecido ao doente mental sem preconceito.

- Há muitos textos evidenciando cuidado popular e institucional ao doente mental.

Textos legais, desde o século XIII, mostram proteção ao doente mental. Por exemplo, “Era dever do rei proteger o doente mental da

exploração e suprir suas necessidades”. Diversas cidades cuidavam dos seus doentes mentais, como mostram os arquivos de despesas. Religiosos mantiveram a tradição da antiguidade de cuidar dos doentes mentais: “Desde o século XII e talvez já antes, os habitantes da cidade de Gheel (Holanda) recebiam em suas casas e cuidavam dos doentes mentais e retardados que eram trazidos ao templo de Santa Dimpna para curas”. Dimpna (650 d.C.), filha de um rei irlandês, fugiu para Gheel perseguida por seu pai enraivecido por sua conversão ao cristianismo. Após descobrir seu paradeiro, não conseguindo movê-la, decapitou-a. A lenda conta que diversos lunáticos assistiram a execução, e pelo impacto da experiência ficaram curados, um milagre que a tornou padroeira de todos os doentes mentais.

Na Inglaterra as pessoas eram examinadas por uma pessoa designada, sua orientação, memória e habilidade intelectual eram avaliadas, embora de maneira rudimentar. Para ser considerado um lunático, a condição deveria ter iniciado após o nascimento, e haver problemas de memória e de compreensão. Não há evidência de explicação sobrenatural. As explicações mais frequentes eram por doença física, ferimentos ou choques emocionais. As causas da doença mental eram atribuídas ao excesso de trabalho, comer muito, muita atividade sexual, condições climáticas, magia e possessão demoníaca. Os medicamentos combinavam partes de animais e ervas, e os tratamentos incluíam rituais, raspar a cabeça, fumigar o púbis, sangria ou sanguessugas. As petições populares para interdição mostram que a explicação “doença mental” era aceita como válida.

No “Hospital Bethlehem” os doentes eram tratados com consideração e quando melhoravam eram levados para casa. Usavam faixas nos braços para serem identificados e trazidos ao hospital em caso de necessidade. Recebiam atenção e simpatia da comunidade e muitos mendigos falsificavam estas faixas para serem confundidos com os antigos pacientes de Bethlem.

Bartholomaeus o inglês (1225), monge franciscano, escreveu uma enciclopédia onde prescrevia o tratamento natural da doença mental, não usando termos espirituais ou demonológicos. Descreve os sintomas da mania e da melancolia e atribui a loucura a regiões do cérebro próximas aos ventrículos laterais.

No período Bizantino, Caelios Aurelianus preservou em latim os escritos de Sorano de Éfeso, pai da ginecologia e da obstetrícia, que proibia seus empregados de açoitarem pacientes com a finalidade de fazê-los obedecer.



### 3. Integrando as duas posições

KROLL (1973) afirma que é injusto a Idade Média ser conhecida como idade das trevas, e se culpar a igreja por isto.

Para entender a história da loucura neste período e como os doentes eram tratados, sem distorção, deve-se adotar a mentalidade da época, vivenciar os fatos como se fôssemos eles, usar os mesmos pressupostos e modelos de organização conceitual, além de ter os fatos históricos determinados com acurácia. A principal característica destes mil anos foi a fé cristã. Na Idade Média, os dois principais sistemas disponíveis para explicação eram a teologia cristã e o empiricismo aristotélico. No cristianismo popular da época o diabo era poderoso, operante e faminto por almas humanas. A alma e não o corpo possuía o maior valor, pois era eterna e não podia ser perdida. É ela que diferenciava o homem do animal, se ela se perdia, não havia mais a obrigação do homem ser tratado como tal. Se a doença mental era vista como doença da alma, tratamentos radicais se tornaram justificados quando o exorcismo e os tratamentos morais falhavam.

Na Idade Média não havia uma demarcação clara entre experiência religiosa (incluindo a possessão demoníaca) e as experiências psicológicas anormais. Grande espectro de comportamentos, que hoje seriam considerados patológicos, era aceito como normal: manias de dançar, grupos que vagavam pelos campos se autoflagelando e convidando as pessoas para a eles se unir, experiências individuais místicas e de natureza transcendental. O critério que determinava a aceitação ou não desses comportamentos não era sua anormalidade, ou o bizarro, mas se estavam ou não a serviço de Cristo ou de Satanás. Nem todo o comportamento desviante era visto como bruxaria ou feitiçaria ou possessão demoníaca. A tolerância para os desvios de comportamento era até maior.

KROLL e BACHRAH (1982a) colecionaram 134 relatos de visões, procurando demonstrar que a sociedade medieval diferenciava insanidade de religiosidade, mas com uma estrutura de referência que nos é estranha. Diversos comportamentos que hoje são definidos e reconhecidos como doença mental, eram percebidos na Idade Média como experiências religiosas ordinárias ou extraordinárias. Apenas um por cento desses relatos foram considerados como vindos de pessoas com algum tipo de problema de saúde. No geral, as visões eram consideradas reais, poucas foram recebidas com ceticismo, e quando isto acontecia, era por motivos políticos. Ninguém foi diagnosticado como doente mental, apesar das evidências sugerirem estados crepusculares, fome, *delirium*, estados terminais, alcoolismo e doença mental.

KROLL e BACHRACH (1982b) compararam estes mesmos relatos de visões com as alucinações de 23 pacientes contemporâneos hospitalizados em Minnesota, Estados Unidos. O objetivo era examinar se a forma dos sintomas psicóticos é diferente ou permanece constante e universal em diferentes sociedades.

Em Minnesota os pacientes foram selecionados por terem alucinações com temas e preocupações principalmente religiosos. Onze receberam o diagnóstico de esquizofrenia ou psicose esquizofreniforme, cinco mania e cinco psicose por drogas. As alucinações eram principalmente auditivas e interpretadas como vindas de anjos ou diabos. Esta procedência podia variar, às vezes era de um anjo, mas se porventura o conteúdo se tornava destrutivo ou crítico, passava a ser de Satanás. As visões eram acompanhadas pela experiência de possessão e por delírios, por exemplo, "Sou Jesus". Esta experiência só foi encontrada em um relato da Idade Média.

Na Idade Média, eram comuns alucinações visuais, que podiam ser ou não acompanhadas por palavras ou sons. Envolviam a visão do céu e do inferno, e a passagem por estas regiões. Isto parece ser um fenômeno ligado à cultura, pois não foi relatado pelos pacientes contemporâneos. Os autores opinam que na Idade Média os pacientes de Minnesota não seriam considerados doentes mentais, talvez fossem vistos como muito piedosos, um pouco excêntricos e exagerados.

Tanto na Idade Média quanto em Minnesota, ocorria a ideia de que anjos ou santos disciplinavam a pessoa por pecados de comissão e omissão, e em ambos períodos apresentavam visões acompanhadas por curas consideradas miraculosas.

Os critérios folclóricos para diagnóstico de insanidade, na Idade Média eram: perder o bom senso ou a razão, balbuciar, recusar-se a falar, desorientação no espaço, vagar sem rumo, negligenciar o cuidado de si mesmo (roupas e comida), morar na floresta e vestir peles de animais, grunhir como uma fera, ficar violento (atirar pedras, agredir, morder a si próprio e aos outros e rasgar). Não se inclui aqui alucinações e possessão, esta última descrita mais frequentemente no contexto da epilepsia. Dois dos principais sintomas de esquizofrenia, a alucinação e experiências de passividade e controle, eram considerados, na Idade Média, como modos aceitos de transcendência, não eram vistos como psicóticos.

A aceitação do mundo espiritual era tão completa na Idade Média, que todo fenômeno alucinatório era aceito como percepção verídica de comunicação com pessoas celestiais ou demoníacas. Nos casos em que a

pessoa foi considerada insana, as alucinações eram vistas como verdadeiras e não eram atribuídas ao estado de insanidade, ou manifestação dele.

Na Idade Média, as pessoas que expressavam de maneira religiosa seus distúrbios de pensamento e comportamento não eram consideradas psicóticas, mesmo que estes distúrbios incluíssem autodestruição, isolamento social (eremitas, reclusos), comportamentos visionários e heréticos.

## **2.b. Os árabes e o Islamismo**

Durante a Idade Média, os mosteiros preservaram o conhecimento dos antigos, e os principais responsáveis pelo avanço do conhecimento foram os árabes. Por serem mais tolerantes quanto ao aspecto religioso, principalmente em relação às religiões monoteístas. Filósofos e “hereges” perseguidos procuraram refúgio nas suas cortes, levando consigo a luz da civilização grega. Isto ocorreu até o período de Averrois (1126-1198), quando a intolerância religiosa voltou a grassar novamente.

POLVAN (1970) da Universidade de Istambul descreveu quatro períodos da história da psiquiatria no Oriente Médio:

- Inicialmente a doença mental era vista como uma punição divina, devido a forças e poderes sobrenaturais e espirituais.
- Após Hipócrates considerações biológicas passaram a ocorrer;
- Após o advento do Islã, doentes mentais passaram a ser tratados com cuidado e consideração, ao contrário do que ocorria na Europa durante a Inquisição. O primeiro hospital para doentes mentais foi construído em Bagdá (792 EC) e logo a seguir outros em Damasco e Alepo.
- Após o século XI os turcos começaram a estabelecer institutos de saúde e escolas médicas. Só pacientes com psicoses extremas eram trazidos ao hospital, os com sintomas mais leves eram tratados em casa.

Os árabes na época estavam livres das teorias demonológicas, mas apesar disso a influência religiosa sobre a medicina e particularmente sobre a psiquiatria continuou a se fazer sentir. Najab ud din Unhammad descreveu diversos tipos de doenças mentais, entre elas a “Nafkae Malikholia”, aparentemente uma doença degenerativa associada ao período involutivo da vida do homem, caracterizada por um calor especial que subia ao cérebro, priapismo e impotência. “Nafkhae” é o nome do ar ou vapor que o Anjo Gabriel soprou ou passou de sua manga para as narinas de Maria, com o fim de fecundá-la.

O Alcorão contém as escrituras sagradas para os muçulmanos e

descreve as revelações feitas ao profeta Maomé por Deus. Estas revelações foram anotadas pelos seguidores de Maomé em peles, pedras, vasos de barro e ossos, e coletadas em sua forma final em 114 capítulos ou “Suras”, pelo terceiro califa Otomano.

O Alcorão é um guia para a iluminação incluindo eventos históricos, histórias de projetos e de figuras ancestrais que servem de encorajamento para que as pessoas adotem um estilo de vida saudável. Um resumo da filosofia de vida islâmica: “A piedade não consiste em voltar sua face para o leste ou para o oeste; mas consiste em crer em Deus, no último dia, nos anjos, no Livro, nos Profetas, dar de suas posses e amar ao próximo, órfãos, desafortunados, viajantes, mendigos e presos, em cumprir o dever da oração e pagar a taxa para as almas, levando adiante suas obrigações, permanecendo paciente na adversidade, sofrimento e perigo” (VOLKAN 1975).

Há diversas referências a temas relacionados a saúde mental no Alcorão:

- Em relação ao suicídio o Alcorão afirma claramente “Não se mate, pois Deus foi misericordioso para consigo”.
- A baixa incidência de alcoolismo nos países muçulmanos é atribuída ao Alcorão, que em diversas passagens proíbe o vinho. Esta proibição é introduzida gradualmente: “Não venha orar quando estiver bêbado”, depois: “Beber vinho é um ato detestável de Satanás” e finalmente a proibição como um comportamento indesejável. Esta proibição foi posteriormente estendida aos narcóticos e a todas as substâncias que poderiam provocar intoxicação.
- O homossexualismo é condenado no diálogo do profeta Lut e seu povo.
- O profeta estabeleceu relação entre fatores psicológicos e doenças somáticas “o que está sobrecarregado de preocupações, terá um corpo doente”. Comentários sobre esta passagem afirmam que ansiedade e infelicidade estavam entre os mais graves sintomas psiquiátricos e eram muito prejudiciais ao corpo.
- Há relatos que o profeta orou por uma mulher epilética.
- Diversas afirmações do Alcorão têm implicações para a saúde mental e tiveram um grande impacto em estabelecer uma forte base para uma sociedade integrada e estável (referentes ao casamento, divórcio, cuidado da família, adoção, prostituição, adultério, virtudes, amor, misericórdia, justiça, fraternidade, modéstia, responsabilidade pessoal).
- A literatura sobre interpretação dos sonhos, inspirada no Alcorão, é imensa, com princípios semelhantes aos da psicanálise e análise jungiana.

A morte de Abu Baker El Siddig, o primeiro califa, é atribuída à sua tristeza pela morte do profeta.

Entre os muçulmanos, as crenças tradicionais atribuem aos “Jinns” (espíritos invisíveis que se movimentam, agressivos, habitantes das ruínas, casas desertas e chaminés), a causa das doenças mentais. A compreensão popular reflete a ideia que toda bondade e todo sofrimento vem de deus (VOLKAN, 1975).

Novos cultos como o Sufismo surgiram no século XIV. O culto aos santos era desconhecido no princípio do Islã e está relacionado ao espalhar das curas religiosas. Estes cultos criaram comunidades religiosas e a emergência de um curandeiro religioso como líder. Diversos doentes mentais procuraram abrigo nestas comunidades. Outro exemplo de culto foi o Zar da Etiópia, descrito pela primeira vez no século XVIII.

Muitas pessoas com psicose não conseguiam se ajustar a atmosfera religiosa do Islã, e buscavam estas outras seitas nas quais podiam achar refúgio em companhia de pessoas com problemas semelhantes em uma sociedade semi-protegida. Estas seitas, em contraste, ofereciam amor, carinho, compreensão e indulgência.

### **3. Renascença, Reforma e Iluminismo**

Durante a renascença surge o celebre “Malleus Malleficarum”, com os critérios diagnósticos para identificar se alguém estava possuído pelo demônio, ou praticava bruxaria. O ritual católico para o exorcismo foi desenvolvido apenas no século XVII.

Martinho Lutero antes da reforma protestante, monge devoto, repetia sua confissão e para estar certo de que havia incluído tudo revisava sua vida inteira até que o confessor exausto o interrompia.

Lutero quando procurado para aconselhar sobre um caso de doença mental sugeriu a oração, mas acrescentou: “Se os médicos não conseguem achar um remédio, pode estar certo de que não é um caso comum de melancolia.”

Nos “Exercícios Espirituais” de Inácio de Loyola há uma descrição de escrúpulos religiosos: “depois de ter pensado, dito ou feito alguma coisa, vem a mim de fora o pensamento de que pequei; sinto-me inquieto, ao mesmo tempo que duvido e não duvido...”.

O termo escrúpulo derivado do latim “scrupulus” identifica uma pedra pequena e afiada desconfortável quando se anda sobre ela. Mais tarde, para o apotecário denotou um peso mínimo (um vigésimo de onça), só

perceptível em balanços muito sensíveis. Hoje o termo denota um pensamento ou circunstância insignificante, que afeta só uma consciência muito sensível. Na terminologia religiosa é “um comportamento meticuloso não saudável e mórbido, que impede o ajuste religioso da pessoa”.

Escrúpulos são descritos desde o século XV, envolvendo preocupação religiosa exagerada e indecisão.

Diversos teólogos católicos e anglicanos discutiram a respeito, Gerson no século XV no tratado “De Pusillanimitate”, Sanchez em 1615 no “Praecepta Decalogi”, Jeremy Taylor em 1660 no “Doctor Dubitantium” e Alfonso Liguori em 1773. O bispo John Moore na sua monografia “Of religious melancholy” descrevia “pensamentos ruins e blasfemos surgem na mente de alguns fieis, apesar da tentativa de suprimi-los e de serem pessoas de boa natureza moral...”

Ocorriam epidemias nos conventos nos séculos XVI e XVII, onde freiras eram possuídas pelo demônio. A epidemia cessava quando o bispo ordenava que ficassem em casa ou as isolavam, mas crescia quando exorcismo era feito em público.

Durante o Iluminismo a metodologia experimental permitiu grande avanço do conhecimento médico. Deus e suas ações não eram negados, mas não era mais necessário introduzir conceitos religiosos para explicar a doença mental. Esta posição não foi aceita sem grande debate, e um movimento pendular entre ênfases biologizantes e psicológicas tem impacto até hoje. No século XVIII, durante o iluminismo, o que separava o homem do animal era a razão. Se esta se perdia, o homem deixava de ser tratado como tal. Tanto que, tortura e a queima de pessoas só foram praticadas após o século XV. A obsessão com demonologia e a inclusão do doente mental como sujeito à inquisição foi um fenômeno da renascença (séculos XV e XVI). O período de confinamento em massa do doente mental começou no século XVII, já em pleno Iluminismo.

## **4. Era Moderna**

Durante os séculos XVIII e XIX houve grande controvérsia entre religião e psiquiatria, em relação ao papel da religião como desencadeante de doenças mentais, e à psiquiatria pelas condições desumanas em que os doentes mentais eram mantidos.

A opinião predominante era que a falta de religião causava insanidade, mas como o período assistiu a proliferação dos movimentos de reavivamento, estes foram acusados pelos psiquiatras de desencadearem transtornos. Brigham, um psiquiatra norte americano que viveu no

século XIX, escreveu para um jornal artigo crítico sobre estes movimentos. A reação foi violenta, obrigando-o a se defender afirmando sua religiosidade.

BURDETT, em 1891, relatou suas observações em asilos que havia visitado ao redor do mundo: “A religião tem sempre um efeito poderoso sobre os insanos, e em geral não para o bem. A mania religiosa é provavelmente a forma de insanidade com menos esperança.”

A opinião da maioria dos psiquiatras era que Satanás não causava insanidade, mas que a religião tinha um efeito prejudicial sobre mentes instáveis. O zelo religioso excessivo era responsável por precipitar doença em pessoas predispostas. As principais críticas eram feitas aos clérigos por desencadearem melancolia ao acusar e ameaçar as pessoas pregando o terror, e aos movimentos de reavivamento que excitavam as mentes instáveis, levando as pessoas à loucura.

Os cleros presbiteriano e quaker preocuparam-se muito com a insanidade, publicando muito a esse respeito. Três eram os tipos de ministros religiosos:

- os com atitude semelhante ao psiquiatra, que participavam do movimento de reforma dos asilos e que ministravam aos doentes internados.
- os que não se preocupavam com o assunto, deixando-o a cargo do especialista.
- os que viam a insanidade somente em termos teológicos, críticos das teorias psiquiátricas.

Até 1815, Bethlehem, o famoso hospital londrino (que na idade Média patrocinava uma atitude humana), exibia os lunáticos e loucos, pela quantia de um *penny*. Pela arrecadação, anotada nos livros contábeis, estimou-se que estas visitas foram cerca de 96.000 por ano. Os doentes também eram confinados, exibidos através de grades acorrentados nos hospícios, e em performances como atores, sendo objeto de riso e insulto por parte dos espectadores. Os acorrentados não eram mais seres humanos, mas animais.

Em 1841, Dorothea Dix, influenciada pelo idealismo social dos Unitarianos, observando o sofrimento dos lunáticos numa cadeia de Massachussetts, deu início a um movimento de reforma que se espalhou pelos Estados Unidos, humanizando o tratamento dos doentes mentais.

Em 1828, Heinroth, na Alemanha, defendia a ideia que doença mental era uma doença da alma, consequência do pecado e da culpa. Foi critica-

do por confundir psiquiatria e categorias morais e religiosas. A posição somaticista triunfou e Griesinger (1872) propôs que as doenças da mente eram doenças do cérebro. A psiquiatria deveria compartilhar o prestígio das ciências naturais. Entretanto logo depois o contramovimento psicanalítico liderado por Freud, trouxe de volta a influência de poderes desconhecidos, não mais demônios externos, mas de origem humana, intrapsíquica.

## **5. Diagnósticos Psiquiátricos com influência religiosa**

Durante os séculos XVIII e XIX, uma das maiores influências da religião sobre a psiquiatria foi, principalmente, no diagnóstico. As duas categorias a seguir estavam entre os mais frequentes da época, e não são mais utilizadas hoje em dia:

### **5.a. Insanidade religiosa**

Psiquiatras achavam que o zelo religioso excessivo podia precipitar a chamada mania ou insanidade religiosa. Bleuler (1924) a define como qualquer doença mental com delírios religiosos, incluindo-a na Demência Praecox. Reconhece, entretanto que alguns também denominam assim a melancolia com delírios de pecado.

Os movimentos de reavivamento foram e são ainda muito concorridos no interior dos Estados Unidos, em tendas armadas nas periferias das cidades, e através dos pregadores da televisão.

Tem grande influência e aceitação no Brasil, como podemos observar hoje nas concorridas reuniões da Igreja Universal do Reino de Deus e do movimento carismático católico.

Os movimentos de reavivamento eram acusados de provocarem desmaios, crises de tipo convulsivo e movimentos musculares anormais, quadros semelhantes a histeria, catalepsia e epilepsia. Os clérigos estavam divididos a este respeito, alguns acusando e outros defendendo.

O movimento reavivalista foi levado à Irlanda pregando a enormidade do pecado e a condenação do pecador. Os pregadores, algumas vezes com 12 anos de idade, identificavam o diabo entre os ouvintes, e as reações eram comumente de desmaio. Carros foram descritos saindo dos locais de pregação levando meninas desmaiadas e outras gritando e chorando de modo histérico. Algumas pessoas eram admitidas nos asilos após estas reuniões, e há relatos de pacientes em êxtase dançando nus,



ou tentando arrancar os próprios olhos porque eles eram ofensivos aos outros.

O diagnóstico de “excitação religiosa” em 1842 em New Hampshire, durante o pico do segundo movimento milenarista adventista na Nova Inglaterra nos Estados Unidos, foi 24% das 100 internações registradas. Em 1848 em diversos estados americanos excitação religiosa chegou a corresponder a 14.7% dos diagnósticos.

Na época da revolução Francesa, este diagnóstico chegou a corresponder a 25% das internações, tendo desaparecido em 1828. Durante um movimento de reavivamento em 1905 no País de Gales, o número de internações por exaltação religiosa subiu de 1 para 6%, enquanto o número de casos de alcoolismo caiu de 16 para 12% e as ocorrências policiais caíram de 10.686 para 5673.

SAVAGE, em 1886, já notava que se confundia forma e conteúdo neste diagnóstico, assinalando que a assim chamada insanidade religiosa era um sintoma e não a causa do transtorno. Descreve que se confundia os pacientes que constantemente falavam e escreviam sobre assuntos religiosos, com os que se queixavam melancolicamente de que suas almas estavam perdidas, com os casos que pareciam ter sido produzidos por um movimento religioso.

Este diagnóstico ainda é feito hoje, como descreve artigo publicado na revista “National Geographic” em 1996 sobre os peregrinos internados por excitação, a “Síndrome de Jerusalém.”

## **5.b. Loucura masturbatória**

A masturbação, também chamada de onanismo (Gênesis 38:8-10) ou o pecado de Onan tem sido prática considerada pecaminosa pela igreja cristã por séculos, ainda o sendo hoje por grupos mais conservadores e fundamentalistas. Não há na Bíblia uma única passagem a respeito da masturbação. O pecado de Onan foi trair a lei do levirato, deitando o sêmen ao chão (“coito interrompitus”, de modo a impedir que sua cunhada viúva engravidasse e perpetuasse o nome do irmão falecido.

No século XVIII, um panfleto anônimo, provavelmente escrito por um sacerdote charlatão, intitulado “Onania or the heinous sin of self-pollution”, a quarta edição é de 1726, preconizava que a masturbação era responsável por diversos problemas de saúde física e mental. Este livro foi editado cerca de oitenta vezes e tornou corrente esta opinião.

HARE (1962) analisa o desenvolvimento dessa ideia, sua forma nos séculos XVIII, XIX e XX, e o porquê da sua manutenção por tanto tempo,

discutindo a implicação disto para o problema da causalidade em psiquiatria.

No século XVIII, a masturbação era considerada responsável por debilidade geral, deterioração da vista, problemas de digestão, impotência, etc. Levava a um aumento de sangue ao cérebro, os nervos ficavam distendidos, menos capazes de resistir a impressões, enfraquecidos, produzindo insanidade, melancolia, catalepsia, imbecilidade, perda das sensações, *tabes dorsalis* e outros distúrbios semelhantes. No século XIX, o tema continuou a ser importante, o que era evidente pelos autores que a discutiram em seus trabalhos: Lallemand, Rush, Esquirol, Griesinger, Morel, Maudsley, Voltaire e Rousseau.

Skae, em 1863, descreveu o quadro clínico associado a masturbação, denominando-o demência. Este quadro muito se assemelha ao descrito posteriormente por Hecker e denominado de hebefrenia. No fim do século XIX, declinou a ideia de que masturbação fosse causa de insanidade, mas passou a prevalecer a ideia da sua relação com quadros neuróticos, principalmente neurastenia. Esta ideia foi aceita pela escola psicanalítica e teve influência na elaboração do conceito de complexo de castração, já que era prática comum ameaçar meninos com tesoura caso persistissem na sua prática. Outras medidas preventivas foram restrição mecânica, infibulação (arames em torno do pênis), e anéis de prata.

Estas ideias só vieram a desaparecer da prática psiquiátrica após a Segunda Guerra Mundial no século XX, embora ainda se encontrem resquícios em ambientes religiosos mais conservadores.

Infelizmente, práticas que têm profundo impacto sobre a saúde mental como a clitoridectomia ainda são adotadas em alguns países islâmicos.

# Capítulo 4

---

## Religião, Psiquiatria, Psicologia e Psicoterapia no Século XX

O século XX assistiu o desenvolvimento de duas maneiras distintas de pensar a relação entre psicologia, psicoterapia, psiquiatria e religião, uma nos Estados Unidos e outra na Europa.

Paiva (1990) mostrou que as duas psicologias tendem a se ignorar, especialmente a norte-americana, que não cita os trabalhos europeus (com exceção dos ingleses). A Psicologia da Religião europeia tem seus próprios modelos teóricos, corpo de pesquisas e intercâmbios internos. Nos Estados Unidos o cristianismo é predominantemente protestante e denominacional, enquanto que na Europa é eclesial. A definição mais pluriforme de religião nos Estados Unidos, conduziu a uma abordagem mais fatorial, correlacional e causal do fenômeno religioso. Na Europa a definição é mais homogênea, tradicional, contextualizada na tradição descritiva, interpretativa e clínica. Nos Estados Unidos o fenômeno da secularização no estudo da religião foi mais intenso, a inexistência de uma instituição religiosa identificada com a instituição social apressou a substituição do quadro de referência religioso. Nos últimos anos tem havido aproximação das duas maneiras de pensar, através da fundação de uma revista, o "*International Journal of the Psychology of Religion*".

# **1. Desenvolvimento da relação entre religião e psiquiatria nos Estados Unidos (PATTISON, 1978a)**

## **a. O período de 1900 a 1920**

A prática psiquiátrica era baseada no hospital e era organicista. O trabalho clerical era realizado na paróquia. Havia colaboração através de tratamentos morais e inspiracionais. A religião era objeto de estudo da psicologia ( influências de William James, Leuba e outros) e da sociologia (influências de Durkheim, Weber e Malinowski).

## **b. O período de 1920 a 1945**

O positivismo lógico estava em ascensão, a psicologia tornou-se uma ciência empírica e experimental. Houve um grande declínio do interesse pelo estudo científico da religião, tornando-se, na verdade, um tabu. Surge o capelão hospitalar, cujo pioneiro foi Anton Boisen. O capelão tornou-se o novo elo entre psiquiatria e religião. A interpretação psicanalítica da religião expandiu-se bastante, a ponto da psicanálise passar a ser vista como anti-religiosa e ateísta, hostil à crença religiosa e aos estabelecimentos religiosos. Muitos segmentos da comunidade religiosa assumiram uma atitude defensiva e atacaram a psiquiatria e a psicanálise.

## **c. O período de 1945 a 1955**

O clima de guerra fria entre psiquiatria e religião e psiquiatras e clérigos começou a amainar. O interesse acadêmico pela religião se renovou (surgiram os trabalhos de Allport, com uma visão mais simpática à religião) e, houve a promoção de uma psicologia mais humanista. A capelania expandiu o conceito do ministério de saúde mental da igreja e Hiltner, em 1948, cunhou o termo conselheiro pastoral. A psiquiatria foi atacada pela má qualidade de seus serviços e negligência diante dos pacientes.

KLAUSNER (1964) estudou o movimento religioso-psiquiátrico, através da literatura a respeito, publicada desde o século XIX até 1957, analisando as condições sociais que levaram ministros e psiquiatras a abandonar maneiras tradicionais de comportamento e pensamento. Identificou 1347 estudos com 780 autores, abordando os seguintes temas: Teorias psicológicas e religiosas sobre desvios de comportamento, teorias de aconselhamento religiosas e psicológicas, papel das instituições e relaci-

ornamento entre elas, treinamento de conselheiros pastorais, história da relação entre religião e saúde mental, trabalhos bibliográficos ou de referência. Chegou às seguintes conclusões sobre o crescimento deste movimento:

- O número de publicações apresentou crescimento exponencial nos últimos anos estudados, principalmente nos países de língua inglesa da América do Norte. Cerca de 70% das publicações têm origem protestante, e dividem-se igualmente entre ministros e psiquiatras.
- Ministros religiosos são recrutados para este movimento em ambientes onde a visão religiosa tradicional sofre o impacto do “ethos” da ciência. Assim em geral são protestantes, pastores de congregações com maior nível sócio econômico, ou com maior educação de nível superior. O controle institucional pode atenuar este impacto, assim episcopais em que a hierarquia é mais rígida são menos atraídos que uma igreja organizada sob a forma congregacional.
- Os psiquiatras atraídos ao movimento estão de alguma forma expostos à religião, ou através de um compromisso pessoal ou porque a igreja exerce alguma forma de controle sobre o recrutamento dos pacientes. Em igrejas hierarquizadas o controle clerical é maior com mais posições doutrinárias sobre questões pastorais. Assim foi mais frequente encontrar psiquiatras de origem católica e episcopal.
- Há três tipos de envolvimento:
  - o não-conformista (trocam ideias e atitudes na periferia de suas instituições),
  - o conformista (são ambivalentes em relação a sua tendência de abandonar a tradição) e
  - o indiferente.

O psiquiatra conformista acusa os não conformistas de serem oportunistas por manterem um “namoro” com terapeutas leigos. O religioso conformista acusa o não conformista de perverter a religião ao introduzir conceitos psicológicos.

O não conformista tende a procurar um grupo fora de sua instituição como padrão de referência. Ao avaliar o próprio comportamento de acordo com os padrões do outro grupo, adotam os alvos deste. Assim, ministros religiosos mencionam o aconselhamento como uma maneira de ajudar o cliente a ter um melhor desempenho. Psiquiatras por sua vez percebem sua tarefa como ajudar a pessoa na sua busca por sentido e valores.

#### **d. O Período de 1955 a 1965**

Uma nova legislação para a saúde mental nos Estados Unidos mobilizou programas de treinamento e recomendou que serviços comunitários passassem a serem responsáveis pelo tratamento psiquiátrico. Um dos estudos, patrocinados pela comissão responsável, documentou múltiplas maneiras através das quais os ministros religiosos e as igrejas poderiam promover saúde mental e prover recursos terapêuticos aos doentes mentais. Os Seminários Religiosos passaram a incluir matérias relacionadas a saúde mental em seus currículos. A “Academia de Religião e Saúde Mental” foi fundada, patrocinando inúmeros simpósios e publicações.

#### **e. O período de 1965 a 1977**

A bibliografia relacionando os dois campos cresceu de maneira substancial, havendo mais de 4000 títulos catalogados. Apesar disso não havia trabalhos conjuntos com as teorias comportamentais, na época o ramo que mais se desenvolvia dentro da psicologia. Clinebell (1966) publica texto ainda hoje considerado fundamental, “Basic Types of Pastoral Care”. Em contraste há praticamente ausência de textos integrando psiquiatria e religião. As únicas áreas abordadas superficialmente foram psicopatologia da religião, e Ética e valores na prática clínica.

Diversas revistas científicas abordando as duas áreas foram iniciadas. Diversas associações profissionais religiosas também foram fundadas: *National Associations of Christians in Social Work*, *Christian Association for Psychological Studies*, *Western Association of Christians for Psychological Studies*, *American Scientific Affiliation*, *Psychiatric Section of the Christian Medical Association* e *Guild of Catholic Psychiatrists*.

Também organizações destinadas aos ministros religiosos que trabalham com aconselhamento: *American Association of Pastoral Counselors*, *American Association of Clinical Pastoral Education*, *Association of Mental Health Chaplains*.

#### **f. 1970 até o presente momento**

Este período assistiu à formação de múltiplas alianças entre psiquiatria e religião, devido às inúmeras visões idiossincráticas do mundo e da condição humana que as sociedades pluralistas comportam. O principal foi o crescimento das Psicoterapias Transpessoais. Agora existem psiquiatras evangélicos fundamentalistas, médicos espíritas, psiquiatras que estudam Zen, enquanto que entre os cléricos há psicanalistas, técnicos em psicanálise e praticantes dos mais diversos tipos de aconselhamento.

Saúde mental tornou-se uma indústria, especialmente através da chamada “psicologia pop”, com os livros de autoajuda e os movimentos de desenvolvimento pessoal.

Houve uma mudança de papéis, alvos, métodos, alianças, estratégias e relacionamentos.

## **2. Desenvolvimento da relação Psiquiatria / Psicologia e Religião na Europa no século XX**

A Europa do século XX assistiu à emergência de quatro movimentos que tiveram profundo impacto sobre a saúde mental e a religião: A psicanálise, a análise Jungiana, a fenomenologia e o existencialismo.

### **a. Psicanálise**

A atitude de Freud diante da religião é ambivalente, moldada por pressupostos positivistas e pela desilusão com o ser humano que se seguiu à Primeira Guerra Mundial. Para Freud a religião tinha uma função e seria uma fase do desenvolvimento humano. Possuía a esperança que o progresso científico, principalmente através do conhecimento psicanalítico, encontraria uma maneira mais eficiente de domar os instintos humanos destrutivos e aprimorar as conquistas da civilização. Critica a religião, argumentando ser ela uma ilusão, e, ao mesmo tempo, defende-a mostrando a importante função que ela imperfeitamente realiza.

Sua ambivalência fica clara neste texto a respeito do Homem-lobo:

*“parte do fenômeno patológico pode ser dito que neste caso a religião atingiu todos os alvos para os quais foi incluída na educação do indivíduo. Colocou um freio nos seus impulsos sexuais...; diminuiu a importância dos seus relacionamentos familiares... A criança indomável e medrosa tornou-se sociável, bem comportada e passível de ser educada.”*

Freud em seus escritos apresentou algumas ideias sobre religião:

1 - Tem a função de ajudar o homem a enfrentar melhor seu destino.

Segundo Freud, a função da religião é auxiliar o homem a exorcizar os temores da natureza, reconciliá-lo com a crueldade do destino, principalmente a morte, e compensar pelos sofrimentos e privações que a vida civilizada nos impôs. A religião tem a função de preservar a civilização.

2 - É uma ilusão.

As ideias religiosas seriam “ensinamentos e afirmações sobre fatos e condições da realidade externa (ou interna) que falam a uma pessoa sobre algo que ela não descobriu sobre si mesma e que servem como base para suas crenças.” A religião é portanto uma ilusão, pois satisfazer um desejo é a base da sua motivação. A religião claramente realizou grande serviço à civilização humana, contribuindo muito para domar os instintos sociais. Mas não foi suficiente, pois inúmeras pessoas estão descontentes e infelizes com a civilização.

3 - É a projeção da necessidade humana por uma figura paterna protetora. Das hipóteses de Freud sobre religião a que pode ser operacionalizada e estudada cientificamente foi a que sugere uma conexão entre a figura paterna e o pai divino. Foi primeiramente formulada em “Totem e Tabu” (1913) e repetida em “O Futuro de uma Ilusão”. Afirma:

*“Deus em todos os casos é modelado a partir da figura paterna, e nossa relação pessoal com Ele é dependente do nosso relacionamento com nosso pai físico, flutuando e mudando com ele, e que no fundo Deus nada mais é que um pai excelso.”*

Os trabalhos científicos que estudaram esta hipótese foram revistos por ARGYLE; BEIT-HALLAHMI (1975) que opinaram haver uso inadequado dos conceitos freudianos nas pesquisas, e que, portanto, deve-se ter cuidado com as conclusões de que esta relação não é válida.

Os estudos que testaram a hipótese da semelhança entre as imagens parentais e divinas podem ser assim resumidos:

- A atitude em relação a deus está mais próxima da atitude para com o pai do sexo oposto, ou com o pai preferido.
- Deus é visto como semelhante a ambos, mãe e pai.
- Católicos veem a Deus como mais semelhante aos pais que protestantes.

4- Representa a neurose compulsiva da humanidade.

Freud (1907) assinalou que há semelhanças entre as neuroses obsessivas e os rituais religiosos. Obsessões seriam versões distorcidas simbólicas de desejos instintivos proibidos pelo superego ou de proibições do próprio superego. As obsessões e as compulsões permitem alguma gratificação substitutiva para o desejo e proibição. Os rituais neuróticos levam a culpa se não realizados, o que é verdade para alguns rituais religiosos. A esquiva do obsessivo-compulsivo se assemelharia aos tabus religiosos. O conflito real do neurótico é deslocado para detalhes



triviais e verbalizações, e na religião os dogmas e rituais tornam-se elaborados com muitos detalhes, sendo que pequenas diferenças neles podem ser motivo de cismas e perseguições. A principal diferença entre os dois é que a neurose é individual e a religião é um fenômeno coletivo. Para Freud a neurose é decorrente da inibição do instinto sexual, enquanto que o ritual religioso é devido à supressão de necessidades egoístas e anti-sociais. Religião seria uma “neurose universal” que nos protegeria de formar uma neurose pessoal.

Do ponto de vista pessoal uma carta de Freud a Oscar Pfister, seu amigo pessoal e pastor protestante de nacionalidade suíça, revela “Tenho uma oração muito secreta...” (Pfister, 1998, mostrando talvez algo sobre sua vida espiritual.

Outros teóricos psicanalistas expressaram ideias paralelas:

ERNEST JONES (1964) acreditava que a psicanálise poderia explicar inteiramente a religião, ficando para o julgamento individual de quem crê decidir sobre a verdade filosófica do significado religioso.

Outra teoria derivada das ideias freudianas foi proposta por FLUGEL (1945). Postula que o constructo do superego é projetado em Deus. Deus e a instituição religião servem ao adulto como se fossem pais transformados na consciência, que punem e recompensam. A criança seria punida por seus pais fisicamente ou pela retirada de amor, experimentando ansiedade ao antecipar a punição. O requerido pelos pais fica internalizado e a criança sente culpa mesmo quando eles estão ausentes. As predições decorrentes desta teoria foram revistos por ARGYLE e BEIT-HALLAHMI (1975) que encontraram evidências de que o comportamento religioso tem qualidades semelhantes ao superego:

- A maioria dos estudantes achava que deveria ter comportamento mais estrito,
- A religião sempre tem um componente ético,
- Deus é frequentemente percebido como alguém que proíbe ou pune,
- As pessoas religiosas são mais autoritárias e Deus é percebido desta maneira.

PFISTER (1948) achava que a função da religião é o alívio de culpa. Os sentimentos de culpa são interpretados como o direcionamento de agressividade contra si mesmo, sendo isto relacionado a conflitos internos entre o ego e o ego-ideal da consciência. A culpa é tanto mais forte quanto mais rigorosa foi a disciplina no lar e, se a pessoa é do sexo femi-

nino. A culpa é usada pelas igrejas como meio de controle, no interesse da religião e do controle social.

Freud e seus seguidores cometeram dois erros metodológicos: Raciocinar em termos de analogia e reduzir religião ao seu aspecto psicológico, deixando de lado o aspecto cultural e espiritual. Comparando prática religiosa com a neurose obsessiva, pressupondo que a neurose supostamente derivava-se de sentimentos de culpa acerca de insuficiente controle sobre desejos de natureza sexual, concluíram que a religião também se originava da culpa passada pela morte de pai, ou na transferência da necessidade de termos um pai forte. Além da visão ambivalente sobre a religião outro problema da psicanálise foi generalizar suas interpretações a diversos aspectos da cultura humana, uma abordagem reducionista de fatos complexos e com múltiplas causas e dimensões. Por isso a psicanálise não foi aceita em círculos religiosos, apesar de outros como Jung e Fromm, terem procurado uma integração.

Apesar disto diversas foram as tentativas de integração. Destacamos a de VERGOTE (1988) que de uma perspectiva lacaniana buscou explicar tanto o papel de sentimentos e atos religiosos (culpa, pecado, confissão, fé) quanto o de aspectos mórbidos que a religião pode adquirir (obsessões e compulsões, perfeccionismo narcisista, obsessões malignas, psicoses com delírios de cunho religioso, sensação de culpa neurótica), além de outros conceitos e práticas religiosas como fenômenos místicos, estigmas, possessão demoníaca, histeria. Fez isto estudando a vida de alguns santos e místicos. Significados religiosos poderiam mascarar conflitos inconscientes e estes por sua vez obscurecer a verdade dos significados religiosos.

## **b. Fenomenologia**

As fronteiras metodológicas foram melhor respeitadas pela escola fenomenológica. Para ela, a essência religiosa é inacessível, e deveria ser avaliada pela filosofia e teologia. Entretanto, o comportamento e experiências religiosas têm uma dimensão psicofísica, que são acessíveis à pesquisa psicológica e psicopatológica.

SIMS (1994), seguindo Jaspers, define fenomenologia como a observação e categorização de eventos psicológicos anormais, as experiências subjetivas do paciente e o seu comportamento consequente. Tenta-se compreender o evento interno ou fenômeno de modo que o observador possa avaliar para si mesmo como o paciente está sentindo, usando como instrumento a empatia. Quando esta abordagem à psiquiatria é uti-

lizada, as crenças religiosas do paciente assumem imenso significado. Ceticismo ou hostilidade à religião deixam de ter sentido, quando o psiquiatra procura compreender a experiência da pessoa que busca tratar. Os sintomas com conteúdo religioso são experimentados de modo diferente por pessoas de tradições religiosas diferentes, assim é necessário conhecer os pressupostos do grupo religioso. Por exemplo, a maioria das pessoas em sofrimento ora ou reza. Como a oração é utilizada? Qual o seu significado e importância na tomada de uma decisão? Qual o resultado esperado? Há uma perspectiva mágica, supersticiosa ou religiosa? A mágica e supersticiosa assumem que o ambiente pode ser manipulado. Na religiosa, Deus escolhe conceder uma resposta ou não. Há grande necessidade de se conhecer, respeitar e usar no tratamento a própria experiência do paciente. Deve-se investigar não só o transcendental, mas os pressupostos mundanos, as certezas, dúvidas e aspirações do cotidiano de toda pessoa que crê, seus objetivos, direção e valores. O fervor religioso, com ou sem uma fé genuína, pode ser uma força imensa tanto como um fator protetor na recuperação e promoção de saúde, quanto para o mal e a destruição. Por muito tempo a psiquiatria evitou o campo do espiritual, talvez por ignorância, talvez por medo de ferir sensibilidades dos pacientes. As experiências religiosa e espiritual de nossos pacientes devem ser avaliadas para melhor estabelecer a etiologia, diagnóstico, prognóstico e tratamento.

JASPERS (1962) descreveu possíveis caminhos para o relacionamento entre religião e psiquiatria:

- estudar os diversos tipos de doenças, notando quais tipos de experiências religiosas foram nelas observadas,
- procurar na História que indivíduos religiosos proeminentes apresentaram traços anormais e como a doença mental e a histeria tomaram parte nisto, particularmente como o fenômeno religioso individual pode ser aprendido em termos psicológicos,
- perguntar a um sacerdote como ele se comporta quando pessoas apresentam comportamentos religiosos enraizados ou coloridos pela doença, e como a religião pode ajudar o doente.
- avançar além do campo empírico e pesquisar qual o sentido da coincidência entre religião e loucura. A psicose como uma forma extrema de existir, poderia fornecer pistas para esta experiência de busca do significado. Além disso a fé, por ser absurda, possibilita distinguir entre o que está além da compreensão (o conteúdo da revelação) e o que é contrário à razão (o absurdo).

Kurt Schneider, outro expoente do movimento fenomenológico, publicou em 1928 “Zur Einführung in die Religionspsychopathologie” (Introdução à Psicopatologia da Religião). Partindo de uma compreensão orgânica da psicopatologia descreveu fenômenos religiosos anormais que ocorriam em diferentes transtornos clínicos. O livro destinava-se ao treinamento de pastores para reconhecer psicopatologia em determinadas formas de religião, e com isto colaborar com os psiquiatras. Evitou a armadilha em que a psicanálise caiu, não fazendo juízo de valor sobre a religião ou religiosidade, considerando-a uma manifestação da natureza humana.

SIMS (1994), dando continuidade à crítica de Eisenberg sobre a psiquiatria sem mente ou sem cérebro, acusa-a de grave erro ao excluir as considerações espirituais no processo de compreensão do paciente. Pergunta-se ao paciente sobre qual a sua religião, mas não se investiga a questão mais importante, o significado da sua religião ou fé? Pergunta-se sobre o “background” religioso, e não se explora a experiência subjetiva da crença como uma força motivadora.

### **c. A Análise Jungiana**

O estudo dos arquétipos e do inconsciente coletivo levou Jung a concluir que o homem possui uma função religiosa natural que afeta a saúde psíquica e a estabilidade. A religião não é uma ilusão, mas uma força com influência enorme sobre a humanidade. As tradições religiosas através dos dogmas, credos e rituais procuram satisfazer necessidades humanas. Diversos “ismos”, nazismo, comunismo, fascismo, procuraram usar desta necessidade durante o século XX. Um evolucionismo humanista poderia vir a substituir a religião. O estudo dos mitos e símbolos religiosos e dos sonhos foram importantes no desenvolvimento dos principais conceitos jungianos. Abriu a possibilidade de nova compreensão racional e afetiva dos fenômenos religiosos.

O acompanhamento de indivíduos que continuavam sua análise pessoal, apesar de não apresentarem sintomas neuróticos, em busca de desenvolvimento e crescimento espiritual foi importante para a ideia de “individuação.” Estas pessoas buscavam uma completude. Neste estado há paz entre aspectos contraditórios da personalidade ou que não haviam sido levados em conta, uma síntese de aspectos conscientes e inconscientes agora não mais reprimidos. Não é uma posição individualista, mas individualizada, uma integração irmanada com o universo do qual todos fazemos parte. É um ideal da maturidade, poucos jovens se preocupam com isto. O processo de individuação é uma viagem psicológica, onde a pessoa toma contato com sua *sombra*, aspectos terríveis sobre si próprio,

e aprende a viver com isto. Ao longo deste trajeto irá travar contato com outros arquétipos do inconsciente coletivo, sempre sem a certeza de que a viagem será concluída (Fordham, 1966).

Em 1955, numa entrevista à BBC, em Londres, perguntaram-lhe se cria em Deus, ao que respondeu: *“Não necessito crer; eu conheço! Dentro de meu próprio sistema psíquico, eu tenho conhecimento de Deus”*.

Sobre a porta de sua casa uma placa de pedra tinha as palavras: **“INVOCADO OU NÃO, DEUS ESTARÁ PRESENTE”**.

Tudo o que pensou, pesquisou e escreveu girou em torno da *Alma*, que dizia ser algo tão amplo que abarca o corpo, o chamado espírito, a consciência, etc. *“Realmente, não temos uma alma; ela é que nos tem!”*, dizia. O seu enfoque sobre a alma humana é tido por muitos como sua maior contribuição ao estudo psicológico do ser humano.

Em relação à religião, usa o termo latino “religio”, do verbo “religere” (e não “religare”, como costumamos ouvir). Significa “consideração e observação cuidadosa” de certos fatores dinâmicos da vida interior, concebidos como potências.

Nise da Silveira diz que religião é

*“religar o consciente com certos fatores poderosos do inconsciente a fim de que sejam tomados em atenta consideração. Aqueles que os defrontam falam de uma emoção impossível de ser descrita”*.

Jung nunca se filiou a nenhuma igreja, que se saiba. Tinha muitas restrições ao pai e seus sermões (“a coisa mais seca e sem sentido que já ouvi”), mas a mãe, também escritora e pesquisadora, o apoiava sempre.

Religião era, pois, para ele, o envolvimento com o “sagrado”, o “numinoso”, como dizia Rudolf Otto, um “fogo devorador” (citando Nietzsche).

Outra coisa que Jung tomava o cuidado de frisar era que a preocupação psicológica com a religião não é um juízo de valor, e sim, “existência psicológica”. O psicólogo não discutirá a verdade ou não de uma doutrina, e sim, o fenômeno religioso e sua influência na vida dos seres humanos.

Para Jung a religião tinha as seguintes características:

I) NUMINOSIDADE - É, como vimos, o “sublime”, o “inefável”, na medida em que isto produz um impacto na personalidade humana.

- 2) VARIEDADE - Ele falava de uma fase “gótica” da espiritualidade, em que o homem se dirigia para o alto, a Deus, como o atestam bem as grandes catedrais desse estilo; falava depois de uma fase “geográfica”, em que o sentimento religioso se espalhou horizontalmente, quando o homem compartilhou este sentimento com o semelhante; e, por fim, de uma fase “introspectiva” em que o homem, afinal busca a Deus dentro de si mesmo, onde se dá o diálogo com o divino.
- 3) EMPÍRICA - em que é valorizado o comportamento religioso, não as propostas metafísicas ou doutrinárias.
- 4) PERSONALIZADA - Aqui Jung indica haver no centro, ou no fundo da personalidade o “Si Mesmo”, o “Self”, o “Das Selbst”, que seria o centro verdadeiro e absoluto da personalidade. Pois bem, esse é o “lugar de Deus” da personalidade humana; Jung chega a chamá-lo de “imagem de Deus”, a ligação do homem com Deus.
- 5) ARQUETÍPICA - Ela é profundamente trans-racional, trans-cognitiva, trans-educacional, algo inerente ao ser humano no que este tem de mais profundo.
- 6) PSÍQUICA - A psiquê é religiosa por natureza. Jung chega a dizer que “não há problema psicológico que não seja também religioso”. Diz também que em todos os seus pacientes de 35 anos de idade ou mais, isto sempre foi uma realidade inegável.
- 7) SIMBÓLICA - A linguagem corrente não expressa o conteúdo da espiritualidade. Precisamente por ter uma inserção tão forte no inconsciente, a espiritualidade se expressa em símbolos para reunir e utilizar a energia psíquica.
- 8) INTERIOR - Jung considera a alma como uma realidade autônoma, a fonte da vida. Diz também que a própria consciência de si mesmo emana da vida interior (embora sem localização espacial). É a maior contribuição de Jung à psicologia.  
Ele combate a “exterioridade”, ou a “alteridade” de Deus como a única abordagem possível.
- 9) “INSTINTIVA” - Não no sentido de uma força cega, mas de um impulso da personalidade, algo inerente ao ser, não meramente orgânico, físico, biológico.
- 10) DINÂMICA - É algo que tem poder, ou é poder para dar saúde, embora também possa dar doença. A base é que a espiritualidade produz transformações, mudanças, ajustes, adaptações. A própria conversão é um processo contínuo da espiritualidade. Jung chamava isto de “transformação da consciência”.

- 11) EXPERIMENTAL - A espiritualidade é algo que se pode vivenciar, experimentar, e não meramente um conceito, uma ideia. Não é uma abstração, mas sim, um “estado de ser”.
- 12) INTEGRADORA - A espiritualidade deve produzir uma unificação da personalidade, a integração do consciente como inconsciente, da emoção com a razão, das ideias e dos sentimentos. Ter uma personalidade integrada é a grande expressão da saúde psicológica.
- 13) INDIVIDUADORA - O termo “individuação”, característico de Jung, significa “encontrar o eu interior”, um centro de sabedoria, de discernimento, de autoconfiança e fé ao mesmo tempo.
- 14) COLETIVA - A espiritualidade tem um lado exterior, objetivo, que é compartilhado por um grupo, por uma comunidade. Não é algo isolado, desvinculado da vida e da história.
- 15) INCONSCIENTE - Como função do inconsciente, a espiritualidade é oriunda dali. Porém, “inconsciente” não quer dizer cego, imbecil, louco. Quer dizer: fora da percepção do momento, o outro lado da vigília, do estar acordado. É inacessível à memória instantânea, mas não total e definitivamente. A própria dinâmica da espiritualidade é uma forma de acesso e facilitação da expressão do inconsciente.

As contribuições de Jung foram fundamentais para o estabelecer de um novo diálogo entre Religião e Psicologia, abrindo caminho para o desenvolvimento da Psicologia Transpessoal, e de outras influências esotéricas e religiosas sobre a psicoterapia.

#### **d. A Logoterapia de Victor Frankl (Leslie, 1990 e Bulka, 1990)**

Criada pelo psiquiatra vienense Viktor E. Frankl, a Logoterapia pode ser classificada entre as mais importantes escolas de psicologia e psicoterapia, caracterizando-se por propor uma visão do ser humano da qual a dimensão espiritual é parte integrante.

Para Frankl, a motivação que todos temos para encontrar um sentido para a vida e para o que sucede em seu desenrolar é um fator primário e essencial ao ser humano. Assim, ao contrário das linhas terapêuticas cuja preocupação primeira é o passado do paciente, a Logoterapia focaliza sobretudo o futuro, procurando ajudar o indivíduo a encontrar sentido no que lhe acontece no presente e naquilo que tem pela frente no decurso de sua existência.

Se a vontade de sentido é frustrada, pode surgir o que Frankl chamou de “neuroses noógenas” porque têm origem não no psíquico – do

qual resultam as neuroses psicógenas – mas na dimensão “noológica” (do grego *noos*, que significa “mente”). Neuroses noógenas não decorrem de conflitos psicológicos relacionados a complexos e traumas originados na infância; elas surgem de conflitos existenciais nos quais a frustração da vontade de sentido ocupa posição central.

Frankl refere-se com frequência ao “vazio existencial” que caracteriza nossa época; trata-se de uma sensação proveniente da perda dos elementos que, em outras épocas, fundamentavam nossos valores e decisões vitais. Desde o início da civilização, e em função dela, o ser humano foi perdendo contato com aquilo que até então orientava suas escolhas: seus instintos; mais recentemente, as tradições culturais, em geral, e religiosas, em particular, também foram sendo abandonadas de forma que:

*Nenhum instinto lhe diz o que deve fazer e não há tradição que lhe diga o que ele deveria fazer; às vezes ele não sabe sequer o que deseja fazer. Em vez disso, ele deseja fazer o que os outros fazem (conformismo) ou ele faz o que outras pessoas querem que ele faça (totalitarismo).*

Para compensar tal sentimento de vazio - gerado pela frustração da vontade<sup>1</sup> de sentido e que pode ocasionar tanto angústia quanto tédio - é bastante comum que as pessoas busquem sucedâneos que podem, momentânea e aparentemente, preencher sua vida através de um pseudo-sentido. É o que acontece com a busca de poder, a serviço da qual está o acúmulo de dinheiro, e a vontade de prazer, que implica na procura exacerbada de envolvimento sexuais.

Segundo Frankl, o sentido da vida pode ser descoberto sob três diferentes formas: “1. criando um trabalho ou praticando um ato; 2. experimentando algo ou encontrando alguém; 3. pela atitude que tomamos em relação ao sofrimento inevitável” (1991).

Convém ressaltar que, diferentemente de Freud, Frankl não considera o amor como um “efeito colateral do sexo”; ao contrário, “o sexo é um meio de expressar a experiência daquela união última chamada amor” (Frankl, 1991).

Por outro lado, a questão do encontrar sentido no sofrimento ocupa posição importante nas reflexões de Frankl, tendo sido objeto de um dos

---

<sup>1</sup> Convém observar que a palavra “vontade”, em nossa língua, não traduz adequadamente os termos “wille” do Alemão e “will”, do Inglês, na medida de que estas designam algo que vai além e pode se sobrepor ao mero “desejo” .



seus livros (Frankl, 1978). Mesmo diante de uma fatalidade, explica Frankl, é possível “dar testemunho do potencial especificamente humano no que ele tem de mais elevado, e que consiste em transformar uma tragédia pessoal num triunfo, em converter nosso sofrimento numa conquista humana.” (Frankl, 1991).

Frankl utiliza a expressão supra-sentido para se referir a uma outra dimensão além do mundo humano em que “a pergunta pelo sentido último do sofrimento humano encontraria uma resposta” (Frankl, 1991). Para ele, não cabe ao psiquiatra tentar inculcar no paciente esta ou aquela ideia religiosa, mas pode, legitimamente, utilizar-se das convicções religiosas daquele que está a seus cuidados para produzir efeito terapêutico.

A Logoterapia desenvolveu duas técnicas intituladas “Intenção Paradoxal” e “Derreflexão”. A primeira – baseada no fato duplo de que o medo produz aquilo de temos medo e de que a intenção excessiva impossibilita o que desejamos – procura levar o paciente a tentar produzir, intencionalmente, exatamente os sintomas de que tem medo.

Em seu livro, **Teoría y Terapia de las Neurosis**, não traduzido entre nós, Frankl explica como - ao fixar obsessivamente a atenção em atos que só são bem executados quando deixamos que fluam espontaneamente – podemos até inibir completamente sua realização. Diante dessa “hiperreflexão”, ele propõe a “Derreflexão”, ou seja, procurar ignorar-se a si mesmo. Isso requer, naturalmente, que a pessoa tenha, de fato, interesses outros que a si mesmo o que, por sua vez, se relaciona com encontrar um sentido para sua vida.

Quanto às principais obras de Frankl, vale a pena mencionar, além das já citadas: **Psicoterapia e Sentido da Vida**. São Paulo: Quadrante, 1973 e **A Presença Ignorada de Deus** São Leopoldo: Sinodal e Petrópolis: Vozes, 1985.

### **e. A Medicina da Pessoa de Paul Tournier (Collins, 1980; Crapps, 1990; Heckert, 1990)**

Médico, clínico suíço, teve uma experiência de conversão religiosa na adolescência, e, mais tarde, participando de grupos cristãos e aprendendo a meditar percebeu em sua vida pessoal e profissional uma transformação.

Apesar de não ter feito um treino formal em psiquiatria, desenvolveu interesse em ajudar as pessoas, dedicando-se ao aconselhamento e psicoterapia. Escreveu diversos livros, traduzidos para dezenas de línguas, com grande impacto na Europa, Ásia e América.

Trouxe para o aconselhamento pastoral a perspectiva do médico, com intenso respeito pela Bíblia.

Analisou os medos que todos os seres humanos possuem, a maioria em segredo, alguns poucos abertamente: os medos relacionados a nossas fraquezas, a faltas secretas, de outras pessoas, de nós mesmos e de Deus.

Contribuiu para o estudo das reações de fraqueza, fadiga e pensamentos por trás das síndromes neuróticas. Descreveu as quatro características da pessoa neurótica: ansiedade, vida estéril e pouco produtiva, autoderrota e conflitos inconscientes.

Concordou com Jung, de que há um elemento religioso sempre presente na neurose, mas foi além, apontando a causa dos problemas pessoais no pecado. Discutiu, também, as neuroses eclesiogênicas produzidas pela igreja, pelo excesso de formalismo e legalismo.

Diferenciou “personagem” (o aspecto exterior) da “pessoa” (a realidade invisível, feita a imagem de Deus). A tarefa do aconselhamento é buscar a pessoa autêntica e ajudá-la a construir uma personagem adequada.

Buscou entender aspectos psicodinâmicos das doenças, e o significado da enfermidade para a pessoa.

Foi o pai da “Medicina da Pessoa” baseada em competência técnica e preocupação genuína pela pessoa. Para ajudar alguém é necessário ciência e interesse profundo por ela. Para a cura acontecer é necessário um espaço onde se é amado e aceito incondicionalmente. O interesse, aceitação e amor podem ser desenvolvidos “no coração e através da fé”, não pelo intelecto. É a fé pessoal que cria o calor humano e a empatia. Para ajudar é necessário conhecimento científico e a preocupação espiritual de uma mulher ou homem de Deus.

Fez uso eclético das técnicas e colocou como essência da terapia o diálogo. Define-o como “ouvir, longa e apaixonadamente”. Mais importante que o método é a personalidade do conselheiro (paciente, preocupado sinceramente com os outros, desejoso de ouvir, querendo compreender, e expressando confiança, amor, esperança, aceitação e apoio). Este perfil foi, mais tarde, confirmado cientificamente como importante para o sucesso de qualquer terapia.

Crucial para a cura são os relacionamentos entre terapeuta e paciente, e entre o terapeuta e o paciente e Deus. O terapeuta deve desenvolver a dimensão espiritual: Ser obediente ao criador, humilde, com vida de oração e bom conhecimento da Bíblia. Deve honestamente confessar suas falhas a Deus, e às vezes até aos seus pacientes.

Para Tournier, a experiência religiosa genuína é importante para a cura do paciente. Não fazia proselitismo, mas orava por seus pacientes e os orientava a ouvir e obedecer a voz de Deus. Enfatizava, também, a dimensão psicológica, a aceitação de si mesmo e a descoberta das influências inconscientes.

### **3. Principais correntes de Psicologia da Religião na Europa**

Paiva (1990) apresentou quatro das principais correntes ou escolas europeias de Psicologia da Religião, que representam as tendências mais consolidadas atualmente. Descreveu o histórico de cada uma, seu enfoque teórico e metodológico, suas linhas de pesquisa e a definição adotada de psicologia da religião. São elas:

- Centro de Psicologia da Religião de Lovaina (Bélgica). Criado por Vergote em 1950, tendo como principais características a aliança entre a psicanálise como referencial teórico e a investigação empírica.
- Unidade de Psicologia da Religião de Nijmegen (Holanda). A principal linha de pesquisa é o entendimento da relação entre logos e mito. A noção de religião foi ampliada para a de visão da vida ou do mundo.
- Universidade de Uppsala (Suécia). O principal teórico é Sunden que desenvolveu a teoria da adoção de papéis, combinação da psicologia da percepção e do conceito de papel. Estudam principalmente a experiência religiosa na tradição cristã.
- Escola de Dorpat (Letônia) e da Internationale Gesellschaft. No início do século XX a escola se caracterizava pelo uso da introspecção experimental sistemática de Wundt. Após a Segunda Guerra Mundial foi desmantelada e sobrevive através da publicação do “Archiv für Religionspsychologie”, que apesar de mais aberta à psicologia acadêmica, enfatizava a expressão religiosa da psicologia.



# Capítulo 5

---

## Psicologia e Saúde Mental no Brasil

Os primeiros estudos sobre a relação entre psiquiatria e religião no Brasil foram feitos por Nina Rodrigues, que publicou “L’animisme fetichiste des negres bahians”, em 1900. Após sua morte uma coletânea de seus artigos foi publicada com o nome “Os africanos no Brasil”. Nina Rodrigues reflete os preconceitos raciais da época acreditando na inferioridade do negro e na sua incapacidade para integrar a civilização ocidental. Via apenas manifestações de histeria nos transe místicos e nas crises de possessão que caracterizam o público do Candomblé (BASTIDE 1978).

No Brasil, os esforços para integrar psicologia, psiquiatria e religião, apesar de criativos, são esparsos, sofrendo com o denominacionalismo, a falta de rigor científico e de organização da sociedade.

Em 1975, durante congresso da Aliança Bíblica Universitária, foi fundado com a finalidade de congregar profissionais e estudantes da área, o “Corpo de Psicólogos e Psiquiatras Cristãos”. Sua liderança inicial foi Ageu Heringer Lisboa, psicólogo de Belo Horizonte, Uriel Heckert, psiquiatra, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de

Juiz de Fora (MG), Ronald Scott Bruno, psiquiatra, radicado em São Carlos (SP) e Carl Lachler, missionário norte-americano, professor de aconselhamento pastoral da Faculdade Teológica Batista de São Paulo. A maioria dos participantes na época eram estudantes universitários (psicologia) e pastores protestantes interessados em aconselhamento. O CPPC mantém-se organizado desde então, às custas do esforço pessoal de alguns participantes abnegados, tendo contribuição significativa na organização de congressos bianuais, publicações e prestação de serviços. Está representado nas principais cidades brasileiras, com reuniões periódicas em São Paulo, Santos, Juiz de Fora, Belo Horizonte, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Curitiba, Recife e Brasília.

Trouxe diversos profissionais da área, dentre eles:

- Frank Lake, que com sua aluna brasileira Margaret Brepohl, proferiu palestras e dirigiu seminários e sessões de terapia, principalmente acerca de seu trabalho sobre trauma de parto e Teologia Clínica.
- Harold Ellens, presidente da CAPS – Christian Association of Psychological Studies e principal editor da *Journal of Psychology and Christianity*.
- Hans Bürki – teólogo e psicoterapeuta suíço, que trabalhou principalmente entre estudantes universitários e que atualmente dirige seminários de revisão de vida, promovendo crescimento pessoal e espiritual.

Em 1977, foi realizada, em Itaici, a reunião da Fraternidade Teológica Latino Americana, quando a reflexão e a preocupação com os problemas da família em nosso continente levaram a formação da EIRENE. Esta entidade é patrocinada no Brasil pelo CPPC, está presente em diversos países da América Latina, principalmente no Equador, onde está sua sede. Promove treinamento de terapeutas e pastores para trabalharem com famílias e possui excelente material didático para facilitar a disseminação destes conhecimentos; presta serviços importantes em catástrofes naturais atendendo sobreviventes com estresse pós-traumático.

Desde 1990, o CPPC realiza cursos para aperfeiçoar e treinar sacerdotes no aconselhamento.

O departamento de Ciências da Religião da Faculdade Metodista de Ensino Superior busca integração com a psicologia, organizando simpósios comuns, que resultaram em importante publicação no primeiro número de Estudos de Religião.

Na Universidade de São Paulo destacam-se os trabalhos de Paiva (1990) e seu curso de pós-graduação sobre Psicologia da Religião. Mais recentemente, o campo foi enriquecido com o trabalho de outro professor,

Jorge Wolvey Amaro (1996), fruto de longos anos de estudo e reflexão sobre o relacionamento entre Psicoterapia e Religião, que fundou, recentemente, com Alexander Almeida, o Núcleo de Estudos sobre Problemas Espirituais e Religiosos (NEPER), que se reúne quinzenalmente no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, para estudo e análise de projetos de pesquisa. Três trabalhos merecem ser citados: Alexander Almeida e Paulo Negro que estudaram fenômenos dissociativos em médiuns espíritas e Frederico Camelo Leão que pesquisou curas espirituais.

A Universidade de Campinas (Unicamp) possui também um núcleo de estudos com pesquisas sobre pentecostalismo, cuidados paliativos, Santo Daime e visão que ministros religiosos têm da psicologia e do aconselhamento. Patrocinam também cursos para ministros religiosos aperfeiçoarem suas habilidades no aconselhamento.

A Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, com a orientação de Edênio do Valle realiza, também, importantes pesquisas na área de Ciências da Religião.

## **Umbanda e Candomblé**

Tschudi, em 1866, se espantou com o grande número de suicídios entre os escravos, principalmente nas fazendas dos senhores bons, e não na dos cruéis. Faziam isto a fim de tornar a encontrar os antepassados, unindo-se a eles no outro mundo. D'Assier (1867) cita o testemunho oral dos próprios escravos: "Para voltar o mais depressa possível a nossa terra." (No Brasil os mitos dos Candomblés colocam as divindades na África, na "Itu Aige" – a terra da vida. E de lá que os orixás vêm atraídos pelo sangue dos sacrifícios, pelo toque dos tambores, seja para comer ou dançar encarnados no corpo amoroso de suas filhas. As almas dos mortos, embora "fixadas" num santuário contínuo ao Candomblé, deixam o Brasil depois do enterro para se ajuntarem à grande legião dos espíritos ancestrais (BASTIDE, 1978).

D'Assier (1867) conta que vários escravos tinham jurado se matar para voltar à África; mas no último momento só um teve a coragem de se enforcar; o feitor fez descer o cadáver, cortou-lhe a cabeça dizendo: "Se quiser voltar agora para sua terra, que me importa! Mas a cabeça dele ficara aqui, e todo o filho da puta que fizer o mesmo, terá sorte igual: Voltará, mas sem a cabeça."

O escravo que contou esta história trágica a D'Assier acrescentou: "O senhor sabe, ninguém pode reconhecer o caminho de sua casa quando não tem mais a cabeça para guiar a gente."

Os escravos trazidos da África eram batizados na chegada e forçados a frequentar os serviços religiosos católico-romanos. Sabiamente souberam combinar os santos católicos com os orixás (BASTIDE, 1978). Assim Olorum, o deus da criação, tornou-se o Deus Pai católico. Obatalá, deus dos céus e da pureza, tornou-se Jesus Cristo, a Virgem Maria e os seus filhos Ogum, Oxóssi e Oxum tornaram-se São Jorge, São Sebastião e Santa Catarina. Como não havia um equivalente para Satanás, quem mais dele se aproximava eram os exus, mensageiros dos deuses, e os Ifas, guardiões dos templos. Os dois eram travessos e endiabrados, misturavam as orações das pessoas de modo que um recebia o pedido do outro. Em algumas áreas surgiram os Pretos-velhos, imagens arquetípicas dos antepassados e os caboclos. Ambos são importantes nas cerimônias de cura durante as quais os espíritos trabalham através dos médiuns que os incorporam.

A principal causa das doenças são as relacionadas a rompimentos ou grande tensão, raiva, inveja e ciúmes. Um relacionamento harmonioso com a comunidade era necessário para a saúde, também o relacionamento com os ancestrais e com as forças da natureza. O acesso aos poderes sobrenaturais era conseguido através de: ofertas aos orixás, adivinhando ou prevendo o futuro com ajuda de um orixá, incorporando um orixá ou ancestral que prevenia a comunidade sobre possíveis calamidades, diagnosticava doenças e prescrevia curas. A pessoa através da qual os espíritos falam e se movem é o médium, realizando esta tarefa voluntariamente e de nada se lembrando quando termina. Este transe acontece através de danças, cânticos e ritmo de tambores (atabaques). A medicina preventiva consistia do uso de charmes e rituais e viver dentro do prescrito pelas normas culturais. O tratamento inclui ervas, orações e sacrifícios e incorporação de espíritos. Candomblé é o que mais se parece com a religião Yorubá, retendo as crenças e rituais originais. Os rituais são realizados por mulheres, as mães de santo.

## **Espiritismo**

O espiritismo incorporou à doutrina da reencarnação, a importância da incorporação dos guias espirituais nas cerimônias religiosas e de cura. O transe é obtido voltando-se para dentro, ajudado por música suave e presença de um grupo social de apoio. O kardecismo, como este movimento espírita ficou conhecido, afirma que a alma humana é recoberta por um campo semi-material chamado periespírito. Durante a vida, o periespírito toma a forma do corpo material, após a morte a alma se move



para outro corpo para continuar seu desenvolvimento espiritual. O encaminhamento, quando há problemas de saúde, é para homeopatia, pois foi ao redor dela que o espiritismo se iniciou no Brasil (KRIPPNER, 1989).

Os guias espirituais incorporados pelos seguidores de Allan Kardec variam: caboclos, pretos-velhos, professores orientais, parentes falecidos, mestres espirituais de diversas religiões, médicos do passado.

- Jarbas Marinho desenvolveu um programa de três anos na Federação Espírita para treinamento de médiuns. Durante o treinamento, os estudantes purificam seus chacras (centros de energia) e estabelecem contato com os guias espirituais. Aprendem a diferenciar entre mensagens espirituais e aquelas projetadas pelas suas necessidades espirituais. Diferença entre obsessões (um espírito baixo influencia o comportamento da pessoa produzindo pensamentos repetitivos, fobias, comportamento compulsivo ou doença psicossomáticas) e possessão (um espírito baixo toma controle de um indivíduo por períodos de tempo curtos ou longos). Aprendem que muitos problemas não requerem intervenção do mundo espiritual para serem resolvidos.

Diversas comunidades de orientação espírita provêm atividades psicoterápicas:

- América Marques da Fraternidade Rosa Cruz combinou os ensinamentos de Kardec com Yoga e psicologia humanista, especialmente Carl Rogers.
- Eliezer Mendes, médico, ficou interessado no Espiritismo através dos livros de Kardec. Especializou-se em terapia de grupo para epiléticos, esquizofrênicos e personalidade múltipla. Desenvolveu o psicotrãse, em que um médium incorpora os problemas do paciente, permitindo que sejam aliviados e trabalhados.
- Eliane Ignácio, em Belo Horizonte, adaptou técnicas de Candomblé para facilitar a terapia.
- Mário Sassi, no Vale do Amanhecer, em Brasília, organiza grupos de meditação e grupos de cura.

No Brasil, grupos espíritas são força social importante. Os projetos sociais são tão grandes quanto os da Igreja Católica e do Governo Brasileiro. Proveem importante complemento à medicina e psicoterapia especialmente para os indivíduos que não podem pagar. É uma fonte de recursos para os que estão sofrendo de problemas existenciais, doenças psicossomáticas e males para os quais os tratamentos tradicionais não foram eficazes. Não cobra pelas curas e tratamento homeopático oferecidos. O moto é “Dar de graça o que recebeu de graça” (Mateus 10:8).

Diversos hospitais psiquiátricos são patrocinados por instituições espíritas.

## Influências da Religião sobre a Psicoterapia no Brasil

As dimensões culturais não podem ser ignoradas na prática da psicoterapia (TSENG, 1999) e a religião é uma das com mais influência. Adaptando da classificação de Tseng, que relacionou psicoterapia e cultura de três formas, psicoterapia e religião podem interagir da mesma maneira:

1. Práticas de cura imersas na religião ou cultura com efeito sobre a saúde mental;
2. Psicoterapias influenciadas pela religião ou cultura;
3. Psicoterapias relacionadas à religião ou cultura.

Os adjetivos imerso, influenciado e relacionado estão sendo utilizados para designar diferentes graus de relacionamento e natureza. As práticas de cura *imersas* na cultura (ou neste caso na religião) são, por exemplo, as terapêuticas indígenas e do folclore, baseadas em tradições culturais e operando fora do sistema oficial de saúde. Não são consideradas pelos clientes ou por quem as pratica como tratamentos psicológicos, mas como cerimônias religiosas de cura ou exercícios relacionados a poderes sobrenaturais. Entretanto do ponto de vista da saúde mental possuem efeitos psicoterapêuticos.

Por exemplo, os sistemas de cura baseados no transe, entre os quais a mediunidade é o mais frequente entre nós. Esta palavra refere-se à situação em que o curador, ou o cliente ou ambos vivenciam estados alterados de consciência sob a forma de dissociação ou possessão. No xamanismo o feiticeiro é possuído por um ser sobrenatural que o torna capaz de realizar as curas. Em outros cultos é o cliente que vivencia isto, sendo orientado pelo curador. Nos cultos para cura da Igreja Católica e de Igrejas Evangélicas, cerimônias rituais são realizadas para obtenção de cura. Os mecanismos são sugestão, reasseguramento, geração de convicção procurando resolver os problemas dos clientes e dar a sua vida perspectivas morais e religiosas. Nas psicoterapias *influenciadas* pela cultura tanto o terapeuta quanto o cliente as reconhecem como práticas mentais cujo propósito é curar a mente. Estas formas de terapia são fortemente marcadas pelos conceitos filosóficos ou sistema de valores da sociedade em que se desenvolveram. Como exemplo, temos o Mesmerismo no século passado, a Terapia Naikan e a Terapia Morita no Japão, a

Psicoterapia Existencial e o EST (Erhard Seminars Training) no Ocidente.

Estas terapias em geral são aplicadas a um tipo de problema, úteis em um ambiente sociocultural e ateóricas, sem uma explicação abrangente da psicopatologia ou seu modo de ação (Tseng, 1999). Com frequência as explicações são colocadas sob a perspectiva religiosa.

Apesar de todas as terapias serem influenciadas pela cultura, um grupo delas, mais aceito pelos meios acadêmicos, é considerado convencional ou principal, daí a denominação *relacionada* à cultura. São a Psicanálise e suas descendências; a Terapia Centrada no Cliente, as Terapias Familiar e de Grupo e as Terapias Comportamentais-Cognitivas e muitas outras. Este movimento surge no século XIX como uma prática dos neurologistas para atender pacientes neuróticos e infelizes e se expande no início do século passado passando a ser um instrumental importante da psiquiatria. Após a Segunda-guerra Mundial torna-se atividade de diversos profissionais da área da saúde mental. Seu desenvolvimento ocorreu principalmente na Europa e América do Norte, estimulado pelas necessidades criadas pela preponderância de um “si mesmo” individualista.

Serão analisadas agora diversas psicoterapias praticadas no Brasil, algumas aqui criadas, e outras importadas, mas que caíram em terreno fértil e tem penetração e repercussão. Quase todas podem ser classificadas entre as terapias influenciadas pela cultura. Duas como relacionadas à cultura.

Brasil é um cadinho religioso, onde o sincretismo religioso predomina, com os fiéis frequentando diversos tipos de cultos, conforme seu interesse e necessidade. A influência do catolicismo folclórico é a maior, mas com grande penetração dos evangélicos pentecostais e neopentecostais, do espiritismo e das religiões afrobrasileiras, principalmente a Umbanda e o Candomblé.

### **Influências católicas e evangélicas ou do ethos cristão**

Católicos carismáticos e evangélicos fundamentalistas e pentecostais importaram a Cura Interior e o *Nouthetic Counseling*. Estes procedimentos são realizados principalmente no gabinete pastoral, em palestras e em cerimônias especiais nas igrejas, mas também por profissionais ligados a estas correntes religiosas.

#### **Cura Interior**

Divulgada por Ruth Carter Stapleton, irmã do ex-presidente norte-americano Jimmy Carter, tem grande penetração entre nós em setores

evangélicos de classe média, e principalmente no meio carismático católico. Enfatiza o papel da oração e da influência do Espírito Santo e a importância da cura para a comunidade cristã. Usa de algumas ideias freudianas como as experiências da infância influenciando o comportamento e pensamento adulto e de Missildine, ajudar as pessoas a identificar, compreender, respeitar, aprender a lidar com a criança do passado.

Parte dos seguintes pressupostos: problemas atuais surgem de memórias traumáticas, escuras e dolorosas, enraizadas profundamente na mente, influenciando nosso comportamento e interferindo em nossa felicidade. Estas memórias podem ser curadas através de experiências com o Espírito Santo. Para isto ajuda-se as pessoas a encontrar suas memórias dolorosas e a expressá-las. Elas, então, podem ser levadas a Cristo em oração para que ele traga cura, restauração, amor e perdão. Usa de louvor, oração, perdão e de técnicas de visualização, o que cria um estado alterado de consciência, quando se imagina Cristo interferindo na situação traumática dolorosa, trazendo amor, perdão, força e libertação.

### **Aconselhamento Noutético**

Fundado por Jay Adams, pastor fundamentalista norte-americano, tem grande penetração entre os pastores evangélicos brasileiros, que adotam suas ideias e métodos para realizar aconselhamento.

Os pressupostos são:

- As Escrituras, Velho e Novo Testamento, contêm tudo o que é necessário para a vida e para o bem.
- O objetivo do tratamento é mudar o modo como as pessoas vivem suas vidas, e o padrão para mudança é a Bíblia.
- Se a pessoa vive de modo inconsistente com o padrão bíblico, ela precisa mudar (noutesia). O terapeuta deve confrontá-la em amor.
- Amor deve ser a verdadeira motivação do terapeuta.
- Todos os problemas não orgânicos têm origem no pecado, e a vida pecaminosa é o foco central do aconselhamento.
- A pessoa deve converter-se, confessar os pecados, perdoar e ser perdoado e escolher alternativas de comportamento que agradem a Deus.
- O objetivo terapêutico é agradar a Deus, e não aliviar sintomas ou problemas.

A prática possibilita experiências catárticas que produzem alívio e modificações cognitivas e de comportamento que permitem aceitação de problemas às vezes imaginários e integração no grupo religioso. Ajuda

também a pessoa a resolver seus problemas aceitando regras que diminuem a necessidade de tomar decisões, simplificam e evitam conflitos e a torna aceita pela comunidade evangélica.

### **Terapia Comunitária**

Também conhecida por Terapia Comunitária Sistêmica, foi desenvolvida pelo Dr. Adalberto Barreto, médico psiquiatra, professor da Universidade Federal do Ceará. Diante das imensas carências na área de saúde em Fortaleza, criou atendimento em grupo para os moradores da favela do Catumbi, que apresentavam sofrimento psíquico. Atendia todos os que compareciam no Centro Comunitário ancorando seu trabalho na Antropologia Cultural, Teorias Sistêmica e de Comunicação. O trabalho sofreu forte influência das Comunidades Eclesiais de Base, originadas da Teologia da Libertação. Recebeu apoio da Pastoral da Criança, importante ministério desenvolvido por todo o Brasil pela Igreja Católica, responsável pela diminuição importante das taxas de desnutrição infantil. Além da abordagem psicológica, cria uma rede solidária e desperta a cidadania. Os grupos são abertos, com pessoas de diferentes faixas etárias, com problemas gerais ou específicos. São realizados em instituições religiosas, centros comunitários ou de saúde, onde um espaço estiver disponível. A reunião passa pelas fases de acolhimento, aquecimento, escolha do tema, contextualização, problematização, e término. São amplamente utilizados os elementos da religiosidade popular, usando o vocabulário, imagens e cânticos facilmente compreendidos pelas pessoas. Os grupos são dirigidos por profissionais ou leigos treinados em workshops por todo Brasil. A grande maioria destes facilitadores e coordenadores realizam este trabalho em caráter voluntário. Um primeiro congresso foi realizado, em 2004, para discutir as experiências.

### **Influências da Nova Era e da Psicologia Transpessoal**

Professor de diversas gerações de psicólogos, radicado em Minas Gerais, o psicólogo francês Pierre Weil é o patrono destas influências no Brasil.

### **Nova Era**

A “Nova Era” é a herdeira atual dos movimentos gnósticos. Algumas ênfases do movimento são as ideias de que a humanidade está próxima de uma *transformação* econômica, militar, social e de que problemas políticos serão solucionados através da *liberação do potencial humano*. As ideias em geral são monistas ou panteístas. Propõe o abandono de uma

visão materialista e o vivenciar de uma nova consciência. Esta pode ser adquirida ou desenvolvida através de meditação, artes marciais, hipnose, drogas, trabalhos corporais etc. O sobrenatural é herdado e pode ser detectado ou utilizado através de telepatia, percepção extra-sensorial, transmigração de almas, profecias, cura pela fé, energias, vibrações, toques terapêuticos, astrologia, tarô, búzios etc. As relíquias e os objetos sagrados têm grande importância, colecionando-se amuletos, pirâmides, cristais etc. (Luz, 1986, 1989). Fitoterápicos (Florais de Bach, de origem chinesa etc.) são prescritos e manipulados.

Estas práticas cresceram entre diversos terapeutas (psicólogos e médicos) que procuraram integrar seus conhecimentos psicológicos com estes costumes, principalmente astrologia, o que motivou tomada de posição desfavorável dos Conselhos Federais de Medicina e Psicologia brasileiros.

### **Terapia Noosofrológica**

Mais conhecida pelo nome da clínica onde é praticada “Mens Sana”, e pelo seu criador, um sacerdote católico, Frei Albino Aresi, já falecido. Associa métodos psiquiátricos e psicológicos convencionais e poderes paranormais para diagnóstico e cura. Usam como escudo os estudos de parapsicologia desenvolvidos pelo frei, cujos instrumentos, roupas e livros estão guardados em um pequeno museu. Ao se chegar à clínica, em São Paulo, avista-se uma grande pirâmide de vidro, crença comum de que pirâmides e cristais concentrariam energia benéfica. Após uma triagem médica e entrevista psicoterápica feita por profissionais legalmente habilitados o paciente pode ser encaminhado a uma série de serviços:

- *Psicorelax*: Aparelho que produz vibrações suaves, onde o paciente recebe sugestões, musicoterapia e cromoterapia.
- *Psicotron*: Colchão vibratório operado por “pessoa paranormal”, chamada sensitiva, que, ao operar o colchão capta ou detecta fatos do inconsciente. Um relatório é preparado e encaminhado ao terapeuta, o que apressaria o processo psicoterapêutico, ou o tornaria mais eficiente. Nos tempos áureos da clínica o frei selecionava diversas pessoas leigas com esta capacidade. Outras técnicas são o “pulsotron”, a regressão de idade, fisioterapia, cromoterapia, massagem, medicamentos, terapia religiosa, cursos psicoprofiláticos. Apesar de doutrinas não católicas, a clínica é administrada por instituição ligada aos padres camilianos.

Esta forma de tratamento teve maior difusão nas décadas de sessenta e setenta, com clínicas em algumas das principais cidades brasileiras. A

morte do seu carismático fundador fez com que perdesse sua força, embora duas clínicas em São Paulo e Porto Alegre continuem funcionando.

### **Trilogia Analítica**

Fundada por Norberto Keppe, recebeu primeiro o nome de psicanálise integral. Trilogia, porque pretende a união da ciência, da filosofia e da espiritualidade. Analítica, pois são analisados todas as partes ou fatos, para corrigir os erros de cada campo e promover o desenvolvimento de uma ciência mais completa. A Trilogia Analítica, segundo o seu criador, unifica a ciência, a filosofia e a teologia; o sentimento, o pensamento e a ação; visando a unificação dos homens, raças e nações.

Psicoterapia Trilógica é o processo de conscientização da dialética errônea e, a recuperação e desenvolvimento da humanidade dependem dessa percepção. A terapia adota o método dialético, a união do sentimento verdadeiro (amor) com o pensamento verdadeiro, chegando à consciência que possibilitará o agir correto. Além de terapia o movimento idealizado por Keppe propõe uma maior influência renovadora sobre a sociedade através de empresas e residências trilógicas (Pacheco, 1988). Propagandas são frequentemente distribuídas destas atividades (cursos de línguas, serviços de tradutor e intérprete, clínica odontológica e psicológica, editora) sempre com o nome Milenium.

Alguns conceitos fundamentais são:

- A doença é uma privação da saúde, neuroses e psicoses são uma atitude e não tem existência própria. As neuroses surgem quando somos obrigados a viver uma existência fantasiosa em desacordo com nossa vontade genuína. Psicóticos são os que mais desejam poder e vivem essas fantasias de grandeza.
- *Teomania* é a tentativa de sermos como deuses, poderosos e ilimitados. Se o grau de idealização que a pessoa faz de si mesmo for muito grande, sua censura será muito forte e não terá tolerância em admitir seus erros, pois gosta de se crer “Deus ou anjo”. Teomania seria o desejo escondido, em todo coração humano de ser poderoso como um Deus.
- *Inconscientizar*: O que não gostamos de perceber, tentamos esquecer, tirar do campo da consciência, tendo como resultado a alienação. A inconscientização dos sentimentos de culpa por excesso de censura cria doenças físicas, mentais e sociais. A principal razão da negação do sentimento de culpa é a teomania.

Promove cursos diversos sobre temas de saúde mental e conferências sobre anjos e ação demoníaca.

O movimento teve força na década de setenta, foi levado aos Estados Unidos pelo seu fundador, que lá organizou uma Residência Trilógica. Tiveram problemas de ordem legal que os membros explicam como sendo uma perseguição idealizada pela indústria farmacêutica e CIA, motivada pelo medo da eficácia dos tratamentos desenvolvidos pela Trilogia Analítica (Pacheco, 1994).

### **Influência das Religiões Afrobrasileiras**

A influência africana e judaico-cristã deram origem a uma série de cultos praticados por todo Brasil: Umbanda, Candomblé, Catimbó, Tambor de Mina, Xangô e outros. Todas tem em comum a prática do transe cinético, induzido pelos tambores e danças giratórias, e a experiência da possessão onde uma pessoa chamada “cavalo” é possuída por uma divindade que aconselha e orienta os fiéis. Além disso, usam de fumigações, banhos, sortilégios, oferendas, passes e realização de trabalhos especiais e sacrifícios.

### ***Umbanda e Candomblé***

Dois movimentos psicoterápicos se apropriaram ou das técnicas de indução de transe ou das práticas mediúnicas:

### **Psicotranse**

Fundada pelo médico Eliezer Mendes, propõe a cura do equilíbrio energético utilizando os processos mediúnicos. Prega o conhecer o mancebo incalculável para psicoterapia das religiões mediúnicas. Para o autor esquizofrenia e epilepsia são fenômenos parapsicológicos, acometendo indivíduos em viagens por universos paralelos. São ocasionadas por desequilíbrios na captação de energias estranhas subconscientes ou do exterior. Adaptou técnicas de hipnose, parapsicologia, Terapia Reichiana, regressão de memórias a vidas passadas e Terapia Primal. Tem forte influência do Candomblé e da Umbanda, usando técnicas de indução de transe. Utiliza também de médiuns, os *sensitivos*, que captam a loucura do paciente (energias que o perturbam) e através da *transidentificação* vivenciam os pensamentos e sentimentos de uma pessoa viva ou morta. Após captarem o que o paciente sente, expressam isto na sessão do grupo e, simultaneamente transformam os distúrbios que recebeu em algo que não lhe deixará resquícios energéticos. Por este processo, chamado *transmutação* o doente é liberto dos males que o acometem.

Estas ideias foram aperfeiçoadas em um conceito mais recente, o de *Captação*, citado por Eudes Alves. Considera-o “um novo conceito



psicodinâmico das interações da mente”, integrando o processo da comunicação inconsciente. É um processo terapêutico de grande intensidade dramática, no qual o sensitivo vive a história do paciente de uma forma inconsciente, manifestando sem censura tudo aquilo que o paciente sente ou tem dentro de si (conteúdos psicológicos), sem poder verbalizar o que está vivendo ou sofrendo. Deste modo, ao passar essa carga emocional pelo sensitivo, a pessoa se liberta destes conteúdos negativos e sente-se aliviada imediatamente, como se ela estivesse verbalizando tudo aquilo em uma intensa catarse. A pessoa captada identifica os conteúdos como verdadeiros e próprios, cortando assim as ligações energéticas negativas que interagem e interferem no corpo e comportamento, e que muitas vezes a pessoa sozinha não consegue superar. Em muitos casos após a captação, o “paciente” é atendido pelo psicólogo, o psicoterapeuta, ou o psiquiatra, para análise do conteúdo e orientação adequada. Assim, a *captação-transe-terapia* é uma técnica utilizada em terapia breve, não convencional. Os autores a consideram muito útil para aliviar distúrbios emocionais, fobias, depressão, estresse, traumas, síndrome do pânico, etc. A consideram eficiente ainda em crianças muito pequenas, até mesmo em recém nascidos. Eliezer Mendes propõe também uma ação profilática, uma vacinação energética para todo tipo de doença.

### **Terpsicore-transe-terapia (TTT)**

Criada por David Akstein, médico psiquiatra, interessado por hipnose e psiquiatria transcultural, e estudioso do fenômeno de transe dos cultos afrobrasileiros. Frequentou Centros ou Tendões de Umbanda, onde fez contatos e de onde recebeu encaminhamento de alguns pacientes para tratar. Vislumbrou o potencial da indução de transe para o tratamento de problemas neuróticos e psicossomáticos, pois os praticantes, pessoas de condição econômica modesta, referiam manter seu equilíbrio biopsicossocial por estas práticas. Estas liberariam tensão emocional com benefícios psíquicos. Através do transe cinético ocorre liberação emocional e pela dessensibilização uma reestruturação da personalidade e harmonização psicobiossocial. Recebeu o nome da deusa mitológica da dança, usa de técnicas de indução de transe e musicoterapia, integrando-as no tratamento que é eminentemente não-verbal (AKSTEIN, 1994). Akstein descarta na TTT o aspecto místico ou religioso. A TTT é praticada em grupo, com um líder psicoterapeuta e auxiliares. Os pacientes são entrevistados anteriormente, seus problemas discutidos verbalmente e o tratamento explicado. Em um salão grande que permite grande quantidade de movimentos (100 metros quadrados para cinco pessoas), com ilu-

minação indireta e roupas e calçados confortáveis e seguros. Uma pequena orquestra com 6 ou 7 músicos, na qual os tambores são os instrumentos principais cria o clima adequado. Qualquer melodia serve, pois o que importa é o ritmo, para aprofundar e manter o transe. Os pacientes de olhos fechados dançam acompanhando o ritmo. O transe é induzido pelo provocar da hiperventilação, pelos movimentos giratórios, e o assumir uma posição corporal antinatural. As seções de TTT podem ser de duas naturezas, as de dessensibilização e as de reestruturação da personalidade. Na primeira procura-se liberar tensão emocional através de grandes transe cinéticos, sem participação cognitiva. Os pacientes choram, dão risada e apresentam crises emotivo-cinéticas. No segundo tipo, para reestruturação da personalidade, os transe são mais serenos, os movimentos mais harmônicos, sonhos são visualizados, solicita-se recordações, e estimula-se criatividade para resolução de problemas. No final da sessão os pacientes relaxam ao som de música repousante.

## **Influências Espíritas**

### **Espiritismo**

Duas são as principais correntes psicoterápicas de influência espírita, *A Terapia da Vidas Passadas* e a *Terapia Peres*:

### **Terapia de Vidas Passadas**

Importada dos Estados Unidos (Netherton, 1997), é talvez a modalidade que mais se desenvolveu entre nós, pela grande penetração das religiões mediúnicas em nosso meio. É bem organizada, com associações, publicações periódicas, treinamento de terapeutas.

Pesquisa não só as memórias da vida atual, mas também as reminiscências da vida intrauterina e de vidas pregressas. Nessas memórias surgiriam causas e porquês dos sintomas e patologias.

O procedimento técnico inclui anamnese, focalizando sinais de materiais reprimidos: frases incongruentes, repetidas, desesperos absurdos, queixas estranhas. Através de indução hipnótica processa-se *regressão no tempo* à procura de momentos em que os traumas ocorreram. O material não é interpretado, mas *descarregado*. O paciente é induzido a repetir a emoção sentida nos momentos dramáticos da regressão até que a angústia desapareça. Os traumas podem ter ocorrido em diversas vidas, e memórias traumáticas podem ser reavivadas por acontecimentos perinatais, devendo tudo isto ser explorado e trabalhado. As principais indicações seriam as fobias, histeria e sintomas psicossomáticos (Pincherle, 1990).

## Terapia Peres

Também conhecida por Terapia Reestruturativa Vivencial – técnica Peres (TRVP). Foi desenvolvida no Brasil na década de oitenta pela psiquiatra Maria Júlia Peres e preconiza também o trabalho com a regressão de memória. Procura detectar em estado ampliado de consciência, vivências traumáticas, reprimidas no inconsciente, relativas a episódios ocorridos em vida intra-uterina, nascimento, infância ou em outras etapas de vida e até em supostas vidas anteriores. As memórias de vidas passadas são consideradas metaforicamente. Durante anamnese detalhada são definidas com o paciente as dificuldades ou temas que representam padrões de pensamento e comportamento inadequados. O paciente é conduzido a um estado modificado de consciência, através de relaxamento, criando receptividade a seus conteúdos inconscientes. Pede-se para ele fazer conexão com seu inconsciente e a relatar tudo o que se passa em sua mente. Pede-se para identificar vivências acerca do início do seu problema, ou que o reforçaram e, posteriormente, o momento mais traumático. Um conceito importante é o de *decisões*. Estas são padrões defensivos ou negativos de comportamento. O objetivo é ajudar o paciente a elaborar uma *redecisão*, que expressa novos padrões de comportamento e pensamento mais adequados e resolução de seus conflitos. Na fase seguinte é realizada a *desprogramação* da sessão, quando se pede ao paciente que se desvincule das emoções, sensações, pensamentos e imagens vivenciados, e realize uma *programação positiva*, quando irá colocar em prática suas *redecisões*. Em sessões seguintes, essas vivências são discutidas em psicoterapia integrativa, buscando compreensão, elaboração e integração dos conteúdos vivenciados na sessão regressiva.

Como se vê o Brasil é rico nesta interação entre religião e psicoterapia. Como a maioria das práticas são influenciadas pela cultura, às vezes quase que nela imersas, faltam avaliação séria da eficácia destes procedimentos e a compreensão melhor dos seus mecanismos de funcionamento. As explicações são em geral atos de fé, o que atrapalha uma visão isenta desses trabalhos.

Como este sincretismo de terapia e religião deve ser avaliado? Propõe-se adotar os seguintes critérios (LARSON et al, 1997):

### **Critério científico**

Preocupa-se com a avaliação dos resultados e com o estudo do processo terapêutico: Descrição do tratamento se possível com um ma-

nual, especificar os fatores clínicos que serão afetados. Determinar se o tratamento funciona, usando procedimentos de pesquisa adequados? Como o tratamento compara com os outros? Quais são os ingredientes clínicos fundamentais? Como interage com variáveis do tipo qualidades do terapeuta, condições interpessoais? Qual a população alvo? Como medir as mudanças? Nenhuma das psicoterapias descritas satisfaz estas perguntas. Entretanto a maioria das psicoterapias relacionadas à cultura, aceitas no meio acadêmico também não o faz.

### **Critério epistemológico**

Se a terapia está aberta a críticas e evolução, se dialoga com as neurociências e a psicologia, se a análise teórica é baseada nos conhecimentos médicos e psicológicos. Duas destas terapias, a Terapia Comunitária e a Terpsicoretranseterapia, preocupam-se com este critério. Estão entre as relacionadas à cultura.

### **Critério ético**

Se há controle dos terapeutas, se é possível averiguar fatos apregoados, se o tratamento é patenteado, se está envolvido em problemas legais, se a liderança e associados funcionam como culto totalitário, se explora pacientes e terapeutas. Algumas das terapias aqui resumidas têm dificuldades quanto a este critério.

### **Critério administrativo e organizacional**

Como é feito o preparo, formação e credenciamento dos terapeutas, e como é feito o financiamento do movimento. Há uma associação profissional ou acadêmica legalizada, cursos, código de ética etc. As terapias influenciadas pelo espiritismo, a Psicoterapia Comunitária e a Trilogia Analítica preocupam-se com estas considerações.

### **Critério psicopatológico**

Alguns desses sistemas teóricos são bizarros e paranoides, com explicações delirantes sobre os procedimentos terapêuticos, e com saúde mental da liderança questionável. Diversos fundadores de religiões foram portadores de psicopatologia. Isto não desmerece a importância e os frutos de suas ideias e trabalho, mas os riscos de alguns cultos totalitários são preocupantes. Alguns desses movimentos podem correr o risco de caminhar neste sentido.

### **Critério cultural**

Sensibilidade cultural, não elitista, respeito ao conceito de “self” da comunidade, linguagem simbólica adequada, e cuidados com o popularesco são as preocupações deste critério. Os clínicos precisam conhecer melhor o contexto cultural de seus clientes, especialmente sua visão religiosa, ao invés de negar a importância desta maneira de ver o mundo e obrigá-los a usar linguagem e conceitos que lhes são estranhos. Este critério estimula o ampliar nossos horizontes para podermos empatizar com pessoas que vivem de outra maneira. Praticamente todas estas “escolas psicoterápicas” respeitam este critério, algumas por estarem quase que imersas na cultura, outras deliberadamente. É comum o uso de vocabulário pseudocientífico, outro modo de ser influenciado pela cultura, dando aos procedimentos uma auréola acadêmica ou universitária.

### **Critério teológico**

Se a prática está inserida numa tradição teológica. Algumas estão e são aceitas e recomendadas por religiões organizadas, e têm características da religiosidade intrínseca de Alport. Outras aproximam-se mais da religiosidade tipo meio, usando a religião como um fim para satisfazer uma agenda própria.

Nenhuma dessas práticas passa incólume por todos estes crivos. Nenhuma passa pelo crivo da evidência. Entretanto, as práticas psicoterápicas convencionais aceitas pelas academias e conselhos em sua grande maioria também não passam. Algumas das práticas aqui relatadas usam de linguagem pseudocientífica, dando impressão, ao leigo, de estarem integradas e em diálogo com as neurociências, psicologia e psiquiatria. A psicoterapia como conhecida no Ocidente só se desenvolve quando o individualismo se torna a visão de “self” predominante. Algumas dessas práticas respeitam as tradições culturais de nosso povo e um “self” ainda ligado aos valores do passado respeitando a família extensa, a importância da comunidade e principalmente o Sagrado na vida das pessoas. Outras novamente usam apenas de um vocabulário familiar, criando sistemas teóricos e práticas bizarros. Neste campo há muito joio no meio do trigo.



# Capítulo 6

---

## Religião e Saúde: Benefício ou Prejuízo

Se a religião é benéfica ou prejudicial, é controvérsia que continua desde o diagnóstico de “Loucura religiosa” e das ideias de Freud sobre neurose universal.

Diversos são os termos para expressar esta dicotomia: religião instável e estável, convencional e devocional, pessoal e ritualizada (ALLEN; SPILKA, 1967), neutralizada (usada para obter alguma vantagem prática imediata e manipular as pessoas), e séria (envolvendo uma crença baseada em experiência pessoal) (ADORNO et al., 1950), saudável e neurótica (PRUYSER, 1977).

FROMM (1950), fala em religião humanista e autoritária. A primeira seria mais saudável por focalizar a força do ser humano e a sua autorrealização. Na segunda, as pessoas deixar-se-iam controlar por um deus que é visto como merecendo reverência, adoração e obediência.

SPILKA (1989) classifica a religião em funcional e disfuncional. É funcional, se satisfaz as necessidades da pessoa por um sentido, autoestima e sensação de controle pessoal. Disfuncional se leva a dogmatismo, se restringe o pensamento e limita a liberdade e as oportunidades, distorcendo a realidade, separando as pessoas e despertando medo e ansiedade.

BELGUM (1992) define religião funcional como sendo a que facilita o desenvolvimento da personalidade como um todo, ao mesmo tempo em que encoraja relacionamentos construtivos e interdependentes com outras pessoas. Ajuda a pessoa a aceitar e se relacionar com a realidade, ao mesmo tempo em que inspira o uso de todos os recursos que alguém possui para atingir alvos nobres. A religião disfuncional é muito negativa e procura o controle social através da culpa, medo e vergonha. Encoraja os seguidores a adotarem uma atitude de superioridade, de serem o dono da verdade e de julgar os outros. A ortodoxia é base rígida para a exclusão, pequenos temas transformam-se em importantes e exige a suspensão da razão. Infelizmente, muitas pessoas sentem grande apoio e orientação, segurança e clareza neste ambiente, pois não precisam tomar decisões morais, apenas seguir a “linha do partido” com fé e confiança.

Algumas pessoas são ajudadas pela religião e a escolhem como um caminho de crescimento, enquanto que para outros ela é uma fonte de estresse que pode resultar em transtorno mental (FITZ, 1990).

SCHUMAKER (1992) alista os principais argumentos dos dois lados em conflito:

1. Os que afirmam ser a religião prejudicial:
  - a. Gera níveis patológicos de culpa.
  - b. Promove o autodenegrir-se e diminui a autoestima, através de crenças que desvalorizam nossa natureza fundamental.
  - c. Estabelece a base para a repressão da raiva.
  - d. Cria ansiedade e medo através de crenças punitivas (por exemplo: inferno, pecado original, etc.)
  - e. Impede a autodeterminação e a sensação de controle interno, sendo um obstáculo para o crescimento pessoal e funcionamento autônomo.
  - f. Favorece a dependência, conformismo e sugestionabilidade, com o desenvolvimento da confiança em forças exteriores.
  - g. Inibe a expressão de sensações sexuais e abre caminho para o desajuste sexual.
  - h. Encoraja a visão de que o mundo é dividido entre “santos” e “pecadores”, o que aumenta a intolerância e a hostilidade em relação “aos de fora”.
  - i. Cria paranoia com a ideia de que forças malévolas ameaçam nossa integridade moral.
  - j. Interfere com o pensamento racional e crítico.



2. Os que acham que a religião tem um impacto positivo sobre a saúde:
- a.Reduz a ansiedade existencial ao oferecer uma estrutura cognitiva que ordena e explica um mundo que parece caótico.
  - b.Oferece esperança, sentido, significado e sensação de bem estar emocional.
  - c.Ajuda as pessoas a enfrentarem melhor a dor e o sofrimento, através de um fatalismo reasegurador.
  - d.Fornece soluções para uma grande variedade de conflitos emocionais e situacionais.
  - e.Soluciona o problema perturbador da morte, através da crença na continuidade da vida.
  - f. Dá às pessoas uma sensação de poder e controle, através da associação com uma força onipotente.
  - g.Estabelece orientação moral que suprime práticas e estilos de vida autodestrutivos.
  - h.Promove coesão social.
  - i.Fornece identidade, satisfazendo a necessidade de pertencer, ao unir as pessoas em torno de uma compreensão comum.
  - j.Fornece as bases para um ritual catártico coletivo.

A visão dicotômica da relação religião-saúde é enganosa, pois não leva em consideração as diferentes formas de ser religioso e os diferentes conceitos de saúde mental. Algumas maneiras de ser religioso podem ter um efeito benéfico ou prejudicial sobre a saúde. É necessário que teólogos, sacerdotes, psiquiatras ou psicoterapeutas saibam identificar quais são as características das formas de religião que podem conduzir a uma saúde mental madura e saudável e quais as que podem ser prejudiciais ou patológicas.

Diferenciação entre religião saudável ou não, levando em consideração a maneira de ser religioso

## **1. Religiosidade extrínseca-intrínseca**

Uma das melhores distinções entre religião promotora de saúde ou não, é a orientação extrínseca-intrínseca de ALLPORT (1968).

KAHOE (1974), estudando alunos de faculdade, observou que escores intrínsecos estavam positivamente associados com responsabilidade, a sensação de estar em controle da própria vida, motivação e melho-

res notas escolares. Os escores extrínsecos foram associados a dogmatismo e autoritarismo.

WIEBE e FLECK (1980) estudando 158 estudantes universitários canadenses, observaram que os intrínsecos tendem a ter maior preocupação com padrões morais, consciência, disciplina, responsabilidade e consistência, quando comparados com os extrínsecamente religiosos ou não-religiosos. Os intrínsecos eram também mais sensíveis, confiáveis, empáticos e abertos em suas emoções, apresentando atitudes mais tradicionais e conservadoras. Em contraste os extrínsecos, eram inovadores, analíticos e com maior liberdade de pensamento e exibiam mais autoindulgência e indolência.

MASTERS e BERGIN (1992) revisaram trabalhos que relacionaram religiosidade extrínseca e intrínseca com desempenho emocional e dimensões de personalidade, observando que:

- Religiosidade intrínseca correlacionou positivamente, e extrínseca negativamente, com percepção empática, autoconsciência, e estado interior de consciência.
- Religiosidade intrínseca teve correlação negativa, e a extrínseca positiva com medidas de personalidade narcisista, superioridade, arrogância, estar voltado para si mesmo e autoadmiração.

Religiosidade intrínseca apresentou, também, correlação positiva com:

- tolerância, autocontrole, flexibilidade, ser ativo em situações de problema, capacidade de criar alternativas, escores altos em medidas de responsabilidade, e maior preocupação com padrões morais, consciência, e disciplina.
- tendência a negar que o passado é o fator determinante do comportamento atual, sugerindo maior possibilidade de mudanças no comportamento.
- maior capacidade de enfrentar situações de estresse e de adotar uma abordagem integrada do ponto de vista cognitivo.
- sentimento de autoeficácia e autoestima.

A religiosidade intrínseca apresentou correlação negativa com dogmatismo, pensamento irracional, insegurança.

A religiosidade extrínseca apresentou correlação positiva com dogmatismo, pensamento irracional, sentimentos de impotência, medo da morte, e negativa com tolerância.

A principal crítica à ideia de que religiosidade intrínseca está associada à boa saúde mental e que a extrínseca estaria associada à saúde mental precária partiu de Batson e Ventis (1982): As medidas de religiosidade intrínseca não levaram em consideração o desejo de se apresentar bem aos olhos da sociedade, o que pode interferir nos resultados. Em síntese, os relatos subjetivos de indivíduos religiosos não corresponderiam às suas ações.

MASTERS e BERGIN (1992) revisaram as refutações a esta hipótese de BATSON, recomendando que o leitor leia os artigos originais para formar sua opinião. Concluíram:

“Nossa opinião é que a religiosidade intrínseca resistiu ao desafio da desirabilidade social, e a conclusão de que esta orientação está relacionada à melhor saúde mental permanece legítima.”

## 2. Religiosidade tipo meio, fim e busca

BATSON e VENTIS (1982) fizeram a seguinte pergunta: “Ser mais religioso estará associado com mais saúde mental ou mais doença?”

Revisaram 67 achados baseados em 57 estudos diferentes que forneceram evidência empírica a esta relação. Os dados estão resumidos na tabela 1, de acordo com cada definição de saúde mental adotada.

Tabela 1 - Relação entre religião e saúde mental

Concepção de Saúde Mental	Correlação com Saúde Mental			
	Positiva	Nenhuma	Negativa	Total
Ausência de doença	7	2	2	11
Comportamento adequado	3	3	5	11
Libertação de preocupações e culpa	3	1	3	7
Competência pessoal e controle	1	2	10	13
Autoaceitação e autorrealização	1	4	10	15
Unificação e organização	0	1	0	1
Mente aberta e flexível	0	2	7	9
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>37</b>	<b>67</b>

Olhando-se a fileira “Total” na tabela 1, tem-se a impressão de que religião e saúde mental apresentam uma associação negativa, ou seja, que religião seria prejudicial à saúde, pois mais da metade dos trabalhos encontraram este tipo de correlação. Levando-se em consideração os diferentes conceitos de saúde mental, as evidências sugerem que uma re-

lação negativa existe com três das diferentes concepções: “competência pessoal e controle”, “autoaceitação ou autorrealização”, e “mente aberta e flexível”. Há também relação negativa com o conceito “libertação de preocupações e culpa”, onde apenas os idosos mais religiosos relataram menos preocupações (MOBERG, 1965; MOBERG; TAVES, 1965).

Observamos que, para duas das concepções, “comportamento social adequado” e “personalidade unificada e organizada”, não há relação claramente estabelecida.

Para a concepção que resta, “ausência de sintomas”, há uma relação positiva. Entretanto, para os clérigos, esta relação foi negativa (ROE, 1956; WEBSTER, 1967). Entre os leigos, sete estudos encontraram relação positiva, dois foram neutros e nenhum encontrou relação negativa.

BATSON e VENTIS (1982) mostraram a importância de se diferenciar o conceito de saúde mental, pois resultados totalmente opostos podem ser encontrados, se as diferentes definições não forem consideradas.

A seguir assinalaram ser necessário levar em conta as diferentes maneiras de ser religioso, propondo como modo de classificação, um modelo tridimensional: religião como um meio extrínseco para se atingir um fim, religião como um fim em si mesma, e religião como busca ou questionamento.

Consideraram que a religião tipo meio ou extrínseca deveria ter uma relação negativa com virtualmente todas as concepções de saúde mental. Talvez ocorrendo menos “culpa e preocupações” pela noção de que há certa hipocrisia em nossas crenças.

A orientação intrínseca deveria ter relação positiva com quatro concepções de saúde mental:

- a conformidade a prescrições morais ortodoxas deverá levar a um aumento de “comportamento social adequado”;
- a crença de que se possuem as respostas as questões existenciais, à “libertação de culpa e a preocupações”;
- a crença de que se está ao lado de deus e de que deus está do meu lado dá maior sensação de “competência pessoal e controle”;
- o conhecimento de quem eu sou é do que é realmente importante na vida deveria prover “unificação e organização” da personalidade.

Entretanto, a religiosidade tipo fim deveria correlacionar negativamente com “mente aberta e flexível”, pois, se já conheço as respostas, não há necessidade de estar aberto a novas ideias e pontos de vista.

A religião de tipo busca caracteriza-se por complexidade, cepticismo em relação às crenças ortodoxas tradicionais e sensação de incompletude e procura.

Esperavam que esta maneira de ser religioso tivesse uma relação positiva com “mente aberta e flexível”, “autoaceitação e autorrealização” e “competência pessoal e controle” e, negativa com “liberação de preocupação e culpa” e unificação e organização.” Nada conseguiram prever sobre “ausência de doença” e “comportamento social adequado.” A tabela 2 resume estas hipóteses.

Tabela 2: Hipóteses acerca da relação entre diferentes concepções de saúde mental e orientação religiosa

Conceitos de Saúde Mental	Orientação Religiosa		
	Meio	Fim	Busca
Ausência de doença	?	?	?
Comportamento Social Adequado	-	+	?
Liberação de Preocupação e Culpa	-	+	-
Competência Pessoal e Controle	-	+	+
Autoaceitação e Autorrealização	-	?	+
Mente Aberta e Flexível	-	-	+
Unificação e Organização	-	+	-

A seguir, a tabela 3 mostra o que foi realmente observado:

Tabela 3. Relação entre diferentes concepções de saúde mental e diferentes orientações religiosas

Concepção de Saúde Mental	Orientação Religiosa								
	Meio			Fim			Busca		
	+	?	-	+	?	-	+	?	-
Ausência de Doença	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Comportamento Social Adequado	0	0	1	1	0	1	*	*	*
Liberação de preocupação e Culpa	0	1	2	3	0	0	0	1	0
Competência Pessoal e Controle	0	1	3	3	1	1	1	0	0
Autoaceitação e Autorrealização	0	1	0	1	2	1	1	1	0
Unificação e Organização	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Mente Aberta e Flexível	0	0	4	0	3	0	2	0	0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

Observando-se cuidadosamente a tabela 3, nota-se uma tendência a relação positiva com saúde mental para a religiosidade do tipo fim ou intrínseca. A correlação positiva é forte para duas concepções de saúde mental, “Libertação de Preocupação e Culpa” e “Competência Pessoal e Controle.” Não há evidência a favor ou contra para “Unificação e Organização.”

Em relação à orientação meio ou extrínseca, a hipótese inicial de uma relação negativa confirma-se, com dez de treze achados favorecendo esta visão, e nenhum encontrando uma relação positiva.

Em relação à religiosidade do tipo busca, as observações são limitadas, e três dos quatro achados positivos são do laboratório que propôs o conceito. Há sugestão de relação positiva com “Mente Aberta e Flexível”, “Competência Pessoal” e “Autoaceitação” e “Autorrealização”. Não foi encontrada a relação negativa prevista com “Libertação de Preocupação e Culpa” que havia sido prevista.

Destaca-se, na tabela 3, a ausência de trabalhos definindo saúde mental em termos de ausência de psicopatologia.

BATSON e VENTIS (1982) concluem ser dramático o efeito que as diferentes orientações religiosas têm sobre a saúde mental. A associação negativa parece estar relacionada apenas à maneira extrínseca de ser religioso.

## **A Religião imatura ou prejudicial**

A religião pode ser um obstáculo ao crescimento e desenvolvimento genuínos, pelo modo como é praticada. Isto pode ocorrer porque:

- A estrutura da religião (seus ensinamentos formais, leis, formas de culto etc.) não têm mais significado para inúmeras pessoas.
- Dualismos criados pela mente humana (céu-terra, graça-natureza, deus-homem, bem-mal) simplificam, criam falsos opositores e falham no reconhecimento de uma ação intermediária, apresentando um retrato falso da vida (O'MURCHU, 1994).

Sentimentos e atitudes religiosas podem ser expressos de maneiras, e em circunstâncias, que pouco têm a ver com a verdadeira espiritualidade. Por exemplo:

- Como mecanismos planejados ou destinados a explorar ou manipular outros de modo deliberado ou oportunista (SALZMAN, 1965).
- No Transtorno Obsessivo-Compulsivo à aderência rígida, inflexível à palavra literal, ao invés da intenção do princípio teológico, torna a devoção

excessiva, ultrapassando a fronteira do religioso e penetrando no campo do patológico.

- A culpa pode ser genuína (uma tentativa de gerar atividade para refazer ou superar o comportamento que a produziu), ou (patológica, um mecanismo para fugir da responsabilidade e evitar alterar o próprio comportamento).

Uma conversão religiosa pode ser resposta a uma exigência espiritual, à necessidade de superar lutas morais que resultarão em maior integração e maturidade pessoal, ou estar relacionada a outros fatores de personalidade como luta pelo poder, sentimentos de falta de valor, hostilidade, sentimentos de desastre iminente, ou uma resposta a algum conflito extremo, desintegrador da personalidade (SALZMAN, 1965).

As seguintes características indicam uma conversão com raízes patológicas:

- Crença intensa, irracional e de curta duração na nova doutrina.
- Preocupação maior com a forma da doutrina do que com os princípios éticos e morais envolvidos.
- A atitude em relação à crença anterior não é moderada, nem apresenta compaixão; porém, cheia de ódio, desprezo e malevolência.
- Intolerância contra os que “se desviam”.
- Zelo proselitista intolerante, que aliena, ao invés de atrair outros.
- Necessidade de martírio para provar a devoção (SALZMAN, 1965).

## **Perspectivas psicodinâmicas sobre a religião imatura**

Da perspectiva psicanalítica, práticas religiosas patológicas advêm de conflitos da infância não resolvidos (FITZGIBBONS, 1987; MEISSNER 1984).

Os sistemas de crenças podem ser o veículo para a expressão de tendências e necessidades neuróticas. Os seguintes estilos são encontrados:

- O modo histérico: esta característica de personalidade torna a pessoa facilmente reativa à influência do sistema de crenças. Estas pessoas são atraídas aos aspectos mais emocionais e irracionais da experiência religiosa: Certos cultos fundamentalistas, grupos carismáticos, ou formas exóticas de envolvimento religioso, que enfatizam a experiência

emocional intensa, êxtases, transes, comportamentos bizarros e dissociativos. As questões conceptuais e doutrinarias não parecem relevantes, e pouco peso é atribuído à dimensão intelectual ou racional do sistema de crenças. Ficam desconcertados diante de qualquer questionamento ou desafio acerca da validade, integridade ou autenticidade do sistema.

- O modo obsessivo: Na esfera religiosa, a pessoa apresenta dogmatismo e dúvida, relacionados à atenção rígida e estreita da consciência obsessiva; tem dificuldade de adquirir novas informações, ignora aspectos contraditórios ou questionáveis, mas detalhes que são insignificantes aos olhos dos outros dão origem a dúvidas; a experiência religiosa gira em torno da culpa, vive diante da compulsão da necessidade moral. Regras, regulamentos e convenções tornam-se as normas que guiam decisões e comportamentos.
- O modo depressivo-masoquista: a sensação de falta de valor e inferioridade com a convicção religiosa do próprio pecado e maldade. O deus é julgador e condenador, há identificação com o Cristo sofredor que expressa necessidades e conflitos narcisistas e agressivos poderosos. O sofrimento assume a posição central da vida religiosa. Só é amado por Deus se estiver sofrendo; o preço do amor é o sofrimento. O poder esta fora do indivíduo, em um deus onipotente que inflige dor e sofrimento como sinal de amor, sendo que a submissão a este fardo é o preço da salvação.
- O modo narcisista: acha que ocupa uma posição privilegiada na instituição religiosa, ou que é especialmente abençoado e favorecido por Deus. Acha que toda a verdade e bondade está no seu grupo religioso, e que estas faltam nos outros. Poder e um status especial são conseguidos através da aliança com Deus, e Este está do seu lado. Acha que, por isso, está protegido de todos os infortúnios e, quando algo acontece, a reação é depressiva e de desilusão. Patologia narcisista pode tomar a forma de inferioridade e desvalorização - a crença de que se é sem valor, pecador, não amado por Deus, e não merecedor de qualquer favor ou consolação, que falhou em cumprir seus deveres religiosos. Clinicamente, isto se manifesta através de depressão, autoestima pobre e sensação de vergonha, o que mascara uma superioridade narcísica.
- O modo paranoide: Assemelha-se no contexto religioso às características do caráter autoritário (ADORNO et al 1950). Tende a aderir a crenças religiosas convencionais e a valores da classe média, mantém uma atitude de submissão sem crítica a figuras de autoridade idealizadas



(sacerdotes, pastores, rabinos, bispos, papa) e é excessivamente crítico aos que são de fora, ou que rejeitam ou violam os seus padrões. Envolve-se, frequentemente, em argumentos e discussões acerca de assuntos religiosos. Quem tem visão oposta torna-se o inimigo, que deve ser atacado e derrotado. Idealiza e exalta os líderes, defendendo suas faltas, mesmo que estas sejam óbvias. Estas características são evidentes em aderentes fanáticos de cultos e seitas, para quem a obediência cega a um líder faz parte da dinâmica do culto. A experiência religiosa é governada mais por ódio que por amor. Ao contrário do masoquista, renuncia ao amor pelo poder.

O papel do terapeuta não é julgar as crenças religiosas dos seus pacientes, mas é necessário reconhecer compromissos religiosos patológicos ou com aspectos mal adaptados, e ajudá-los a lidar com essas aflições. Se pudermos nos aproximar do paciente religioso com respeito às suas necessidades e lutas com as vicissitudes da existência humana, e com reverência pelas crenças que guiam suas vidas e esperanças, poderemos usar nossas habilidades terapêuticas mais efetivamente para torná-los capazes de levar uma vida religiosa mais satisfatória e plena.

## **Outras perspectivas**

Outros fatores que podem ser problemáticos para a saúde mental envolvem doutrinas religiosas, estritamente legalistas.

Nas igrejas e, particularmente, em seitas e cultos totalitários podem ocorrer disciplina excessiva, manipulação, intimidação, liderança autoritária e controle de informação.

ARTEBURN e FELTON (1991) cunharam os termos fé tóxica e dependência ou vício religioso (“religious addiction”), comparando sistemas de crenças disfuncionais com transtornos que envolvem dependência. Outro rótulo, definido como uma síndrome, é Filhos Adultos de Evangélicos (“Adult Children of Evangelicals”) comparando as famílias evangélicas com o modelo de famílias de alcoolistas.

SCHAETZING (1955) cunhou o termo “neurose eclesiogênica”, para seus clientes religiosos que lutavam com dificuldades na área sexual, achando que eram decorrentes de uma ética sexual cristã restritiva. O termo foi posteriormente generalizado por THOMAS (1964) para transtornos ansiosos e de personalidade, propondo uma relação causal entre ter uma criação religiosa ou compromisso religioso e o desenvolvimento de transtornos neuróticos.

PFEIFFER (1994) critica estes trabalhos, pois neurose não é clara-

mente definida, servindo para qualquer tipo de problema psicológico. Além disso, os dados científicos atuais não apontam para uma maior prevalência de neuroses em nenhum grupo subcultural específico. Critica, também, os terapeutas religiosos cristãos, em geral, por procurarem estabelecer relações de causalidade entre fé e problemas, criando rótulos que implicam causalidade, negligenciando o fato de que estes problemas podem advir a qualquer pessoa não compromissada com a religião.

## Fanatismo religioso

WILLIAM JAMES (1902/1958) fez distinção entre o santo e o fanático. Para o primeiro, a personalidade é integrada, a motivação religiosa é o bem estar dos outros, e a intenção consciente é fazer o bem. Quando se torna compulsiva, baseada em culpa, resulta em abandono da vida, narcisismo, o resultado é o fanatismo.

'ABATE et al. (1992) definem fanatismo religioso como um abuso ou uso inadequado de uma divindade, de ideais ou de valores religiosos em palavras ou ações, controlados pelo comportamento rígido e inflexível de um indivíduo. Este quer controlar outros ao impor seus valores, ou ao requerer que apresentem conformidade absoluta a suas crenças e prioridades.

O fanatismo pode variar de um extremo positivo, uma expressão da própria vitalidade, a um negativo, uma compensação por inadequações negadas a nível consciente. Realidades pessoais dolorosas ou inaceitáveis são evitadas através de mecanismos compensatórios (RUDIN 1969).

As características do indivíduo dominado pela religião são:

- a. Consciência restrita e insensibilidade a sentimentos;
- b. Codependência (um contexto de mútua atração, o egoísta atrai o altruísta) e incapacidade de formulação de limites claros para proteger o "self";
- c. Passividade e atuação sexual quando não consegue viver de acordo com as expectativas;
- d. Não manter responsabilidades conjugais e filiais;
- e. Pensamento rígido e dicotômico, preconceito e discriminação contra qualquer um que não tenha as mesmas crenças.
- f. Exigência de aceitação cega, e de que os outros se conformem às suas crenças (L'ABATE et al 1992)

ENROTH (1977) alista algumas características dos seguidores de cultos e que também podem ser características do fanático religioso:

- a. Vontade de lutar muito por alvos que parecem impossíveis de serem atingidos;
- b. Lealdade e compromisso radical à causa e a seus alvos;
- c. Doação dos bens materiais;
- d. Isolamento e rejeição de valores, hábitos e associações, incluindo família e amigos.

O fanatismo religioso tem a função de preencher uma estrutura interna incompleta, inconsistente, caótica, fraca, é uma tentativa de ordenar o caos. É uma maneira de adquirir importância, pois quanto menos importante a pessoa se sente, maior será a tendência de se basear na religião e nos seus rituais para substituir os sentimentos de incompletude. Muitos fanáticos religiosos vêm de famílias abusivas com regras e costumes irracionais e contraditórios (ENROTH, 1977).

## **Religião Madura e Saudável**

Para PRUYSER (1968), os componentes de uma teologia são idealizados para formar um plano de vida que, se praticado, pode trazer alegria e satisfação ao que crê. Toda religião contém estes elementos e sua integração a um estilo de vida é o determinante da relação positiva entre religião e saúde mental. Estes elementos são multidimensionais, mais complexos que o simples frequentar um serviço religioso e se conformar a certas crenças. MALONY (1988), numa perspectiva cristã denominou-os “teologia funcional”:

- Consciência de Deus: o grau em que a pessoa experimenta uma sensação de deslumbramento e a sensação de ser uma criatura no relacionamento com o divino (i.e. reverência versus idolatria);
- Aceitação da graça e amor incondicional de Deus: o grau em que a pessoa vive e compreende o amor e benevolência de deus (i.e. confiança e sensação da presença da providência divina versus independência e desesperança exagerados);
- Arrepende-se e ser responsável: o grau em que a pessoa assume responsabilidade pelos seus próprios sentimentos e comportamentos (i.e. redenção, justificação, perdão, e mudança versus falta de consciência, irresponsabilidade, amargura e vingança);
- Conhecer a liderança e a direção de Deus: o grau em que a pessoa confia, espera e vive a direção de deus em sua vida (i.e. fé versus desespero);
- Envolvimento com a religião organizada: o grau quantitativo, qualitati-

vo e motivacional em que a pessoa está envolvida com a igreja (i.e. compromisso, participação e associação versus isolamento e solidão);

- Vivenciar comunhão: o grau em que a pessoa se relaciona e tem uma noção de identidade interpessoal (comunhão com outros versus estar centrado em si mesmo e orgulho);
- Ser ético: o grau em que a pessoa é flexível e compromissada à aplicação de princípios éticos na sua vida diária (i.e. noção de vocação e do viver os valores da vida, versus perda de sentido e perda do sentimento de dever).

MALONY (1992) acrescentou uma oitava categoria, pois a pessoa madura do ponto de vista religioso deve ser tolerante e não pré-julgadora: o grau em que a pessoa está crescendo, elaborando e aberta a novidades em sua fé (i.e. humildade e interesse por mudanças versus mente fechada e autoritarismo).

STRUNK (1965), procurando definir crenças, comportamentos e sentimentos religiosos maduros, sugeriu que eles são caracterizados por:

- Estimular preocupações sociais e ação do indivíduo no seu ambiente. Crenças religiosas que promovem maior contato com a sociedade seriam mais maduras que as que estimulam isolamento e solidão.
- Consciência das bases intelectuais e espirituais da religião, evitando simplificação e superficialidade.
- Estímulo à convicção pessoal da existência de um ser maior que nós mesmos, seja esta naturalismo, teísmo, ou humanismo. A crença é um símbolo que, de algum modo, transcende a pessoa.
- Ser capaz de satisfazer a busca por sentido. A religião madura não é compartimentalizada, e deve ser possível repensá-la e reformulá-la à luz dos desenvolvimentos que ocorrem no mundo.

FEINSILVER (apud Lea, 1982), escrevendo de uma perspectiva judaica, defende a ideia de que a religião madura deve passar pelo crivo de três testes:

- O teste da razão - como ela se relaciona com o pensamento moderno? Ela permite uma exploração crítica de seus pressupostos?
- O teste da responsabilidade - Ela gera preocupações sociais? Conforta o aflito, e aflige o confortável?
- O teste do relacionamento - Ela transmite a perspectiva de um plano maior no relacionamento com o universo e outros seres vivos?

BOWMAN (1994) descreveu as características de sistemas religiosos saudáveis e não saudáveis:

<b>Sistemas Religiosos Saudáveis</b>	<b>Sistemas Religiosos Não-saudáveis</b>
<b>Estrutura e Fronteira do Grupo</b>	
Perdão e empatia aos que estão fora do grupo	Ostraciza ou condena os diferentes
Senso de humor, celebração e alegria Participação no mundo real	Seriedade, incapacidade de rir de si próprio Impedem acesso ao mundo
Une as pessoas em comunhão Individualidade e singularidade	Encorajam a dependência Impedem a separação da comunidade
Curiosidade sobre outras maneiras de pensar e ser	Paranoia acerca de outros modos de pensar
Líderes conduzem as pessoas a seguir os próprios valores	Líderes são grandiosos e voltados para o poder
<b>Aspectos Teológicos e Filosóficos</b>	
Investe em valores Universais	Foco em valores pouco duráveis
Lida com os fatos inevitáveis da vida Abertura para a busca	Preocupação com o grupo ou seita Sistema fechado de valores, desencoraja novas verdades
Tolerância a ambiguidade	Pensamento em categorias rígidas
Separa símbolos da realidade	Confunde símbolo e realidade; adoração a realidades finitas
Deus é benévolo	Deus deve ser temido, pune, exige e é difícil de agradar
<b>Individualidade e Crescimento Pessoal</b>	
Permite decisão pessoal responsável	Induz culpa e torna o adepto incapaz de perdoar ou ser perdoado
Encoraja a aceitação do "self" como imperfeito, mas em processo de crescimento	Perfeccionista, não aceita as limitações humanas
Encoraja a liberdade humana e a autodeterminação	Restringe a liberdade, sentimentos de desesperança diante dos problemas da vida
Fornecer conforto aos que sofrem, encoraja o apoio do grupo	Estigmatiza quem sofre, é suspeito ou pecador
Provê esperança e novas alternativas de crescimento	Nosso caminho é o único
Permite diferentes graus de espiritualidade sem que haja rejeição pelo grupo	Crescimento é visto como heresia e leva à exclusão do grupo

SIMS (1994) aponta um critério simples para diferenciar a religião saudável:

*“Se minha religião faz exigências para mim, provavelmente será benéfica para os outros; se minha religião procura controlar o comportamento de outros, é quase certo que é prejudicial.”*

## **Avaliação clínica da maturidade religiosa**

A pesquisa em psicopatologia da religião requer análise em dois níveis: as convicções e comportamentos religiosos comuns de todos os participantes da cultura em questão, e a organização individual da vida dentro do sistema coletivo. Só se pode fazer afirmações sobre um indivíduo em uma cultura específica e histórica, e deve-se estar familiarizado com a estrutura da psique humana e com a cultura em que aquele indivíduo participa. Na posição histórico-psicológica, um veredicto sobre se a religião é patológica, ou não, é feito pela cultura ou comunidade em questão. O profissional de saúde apenas tenta compreender como estes fenômenos desviantes surgiram, e se suas raízes psicológicas, se houverem, são patológicas ou não. Entretanto, de um ponto de vista psicológico, comportamento que é aceito ou até encorajado pela cultura, pode ser estruturado de modo patológico. Talvez isto deva ser deixado aos críticos da cultura e religião e não à psicopatologia da religião (BELZEN, 1993).

Apesar de delimitar seus estudos à tradição judaica-cristã, MALONY (1992) tem a convicção de que o mesmo acontece em outras tradições religiosas, embora os instrumentos para sua avaliação devam ser construídos para a teologia funcional específica de cada uma delas.

No caso da tradição cristã, suas características específicas são:

- Historicidade, baseada num deus que age na história e nas vidas individuais;
- Revelação, baseada numa verdade fornecida (dada) por uma fonte sobrenatural;
- Interpessoal, preocupa-se principalmente com relacionamento humano;
- Transacional, pretende que as pessoas interajam umas com as outras, e com o mundo, de certa maneira;
- Comunitária, requer que as pessoas frequentem juntas a uma igreja.

Baseado principalmente nas premissas de PRUYSER (1968); MALONY (1988, 1992) planejou dois instrumentos (“Religious Status Interview” e “Religious Status Inventory”), para avaliar as dimensões da “teologia funcional” da sociedade ocidental. Estes podem ser utilizados

pelos profissionais de saúde mental e por ministros religiosos para avaliar a maturidade religiosa. Os profissionais de saúde mental avaliam rotineiramente traços de personalidade, tipos de psicopatologia, inteligência, psicodinâmica, interesse vocacional, ajustamento conjugal, desempenho cognitivo, lesão cerebral, estresse ambiental, mas não a maturidade religiosa, apesar da repercussão disto na vida das pessoas. A omissão de um aspecto tão importante não seria tolerada em relação a nenhuma outra área da vida (MALONY, 1988; 1992).

A “Religious Status Interview” e a “Religious Status Inventory” são capazes de prever a maturidade ou imaturidade religiosa de uma pessoa cristã. Discriminam entre pessoas com níveis diversos de patologia, e predizem quem poderá sofrer mais sofrimento (“distress”) e quem exibirá traços positivos de personalidade. Estes instrumentos, ao avaliar a teologia funcional do indivíduo, permitem avaliar se o modo de ser religioso, que está sendo expresso, é adequado ou não. Se a religião desta pessoa é uma força ou um ponto fraco de sua estrutura de personalidade. Se a religião for uma fraqueza, pode estar funcionando como causa de uma patologia, ou a mesma não é forte o suficiente para prevenir a ocorrência de um distúrbio. Se é diagnosticada como uma força, funciona para redirecionar ou conduzir a patologia para sintomas menos sérios, impedindo o distúrbio de ficar pior. Este dado pode ser útil para o tratamento, especialmente se a religião for importante, ativa, boa e útil.

MALONY (1994), diante do papel que a religião tem para a saúde mental e transtornos mentais, desenvolveu método para avaliar como as pessoas usam a sua religião nas suas vidas diárias e como isto pode ser usado no processo de aconselhamento. Avaliação religiosa é um julgamento sobre a extensão da aplicação das regras da tradição religiosa de uma pessoa em sua vida diária. Considera esta avaliação como importante, tanto na fase de diagnóstico, quanto na do exame psíquico, e durante o tratamento. Na fase de diagnóstico deve-se perguntar se a religião está presente ou ausente do problema e, caso seja parte do problema, se funciona de um modo positivo (por exemplo: um homem que procura ajuda por se sentir culpado por molestar a filha sexualmente) ou negativo (por exemplo: delírios com conteúdo religioso ou rituais obsessivos, sendo justificados através da religião, sem uma crítica adequada). Durante o exame psíquico deve-se avaliar se a religião está tendo um papel construtivo ou destrutivo em relação aos sintomas, se a religião é um ponto fraco da pessoa, ou uma contribuição positiva na sua vida.

A religião pode ser:

- importante ou não - (importância é o significado que a pessoa atribui à religião em sua vida);
- ativa ou inativa - (quanto de energia a pessoa coloca em seus pensamentos e ações relacionados a religião);
- boa ou má - (correção da vida individual em relação ao ponto de vista da tradição religiosa seguida por aquela pessoa. As principais religiões têm pensamentos e teorias bem articulados sobre como deve ser a fé e o comportamento para facilitar o ajustamento. Quanto mais a fé de uma pessoa estiver de acordo com estes valores, mais a religião contribuirá para o ajustamento total);
- útil ou prejudicial.

A religião pode ser importante para que a pessoa evoque sua energia (ativa), alinhe-se com o melhor pensamento de uma determinada tradição (boa) e ajude-a a desenvolver autonomia, autoestima e autocontrole (útil) (MALONY 1991; 1992). A religião pode auxiliar uma pessoa a superar suas dificuldades e estresse, e é esperado que os profissionais de saúde mental levem a sério a religião de seus pacientes.

MALONY (1992) resume os resultados de seus trabalhos:

*“nosso trabalho encontrou uma relação positiva entre religião e saúde mental quando estas definições foram levadas em consideração. Estes resultados são contrários aos resultados negativos obtidos por DITTES (1969), e aos ambíguos relatados por BATSON e VENTIS (1982)”.*

MEISSNER (1978) argumenta que três são as condições para estabelecer se uma crença religiosa é saudável:

- Um exame psíquico e do desempenho social e vocacional;
- Apoiar o pertencer e participar em uma comunidade, mantendo conexões culturais; enquanto que, as crenças não saudáveis excluem o indivíduo da comunidade real. Esta ênfase também é colocada pelo “Group for the Advancement of Psychiatry” da Associação Psiquiátrica Americana (1976). Isolamento é um sinal de psicopatologia. Mesmo no século IV EC (era comum), em que comportamentos ascéticos extremados foram adotados pelos pais do deserto, a ausência ao culto no sábado ou domingo era sinal de que algo não estava bem, e alguém era enviado para saber o que ocorria.
- O nível de desenvolvimento da fé do paciente, se é diferente de uma fé anterior, e se conduz a um aumento da criatividade. A perspectiva do desenvolvimento pode ajudar a iluminar a questão da saúde religiosa do indivíduo. A fé evolui durante a vida, com fases desde o mundo-mítico,



cheio de fantasias da infância, passando pelas apreensões e filiação convencionais do adolescente, à visão mais crítica e própria que permite enxergar a verdade das outras tradições religiosas, ao mesmo tempo em que se vive com vitalidade a própria tradição (FOWLER, 1981). Sinais de patologia incluem interrupção e estagnação do desenvolvimento e regressão. A estagnação ocorre quando a fé de uma pessoa permanece em um estágio menor de maturidade, do que é encontrado entre os membros de sua comunidade. A regressão ocorre em quem, em certo período, atingiu um nível de fé mais maduro, mas agora tem seu sentido existencial determinado por uma fé mais primitiva (FALLON; HORWATH, 1993).

Segundo MALONY (1994), há cinco maneiras de o terapeuta utilizar os resultados da avaliação do modo de ser religioso durante o tratamento:

- Não levar em consideração - esta opção assume que a religião funcional de uma pessoa é tão fraca ou malformada, não tendo nenhum impacto, não podendo ser utilizada no tratamento.

Todo o terapeuta deve decidir que partes da experiência da pessoa ele deve abordar ou enfatizar, o que é mais construtivo e econômico, em termos de tempo e energia.

- Aniquilar - assume que a religião funcional das pessoas é completamente destrutiva, é parte da patologia e impede o tratamento. Isto não deve ser feito com base na opinião pessoal do terapeuta, mas com base em uma avaliação padronizada, que demonstre ser a religião funcional da pessoa distante da norma.
- Corrigir - partes da religião funcional são frágeis ou estão erradas e devem ser modificadas, pois podem prejudicar o tratamento. Esta correção também não deve ser baseada na opinião do terapeuta, mas em uma avaliação objetiva. A religião, apesar de não fazer parte da vida do terapeuta, pode ser utilizada no tratamento, assim como outros recursos, interesses e valores do paciente. O terapeuta pode não concordar, mas eles devem ser identificados, respeitados e trazidos para o tratamento. Corrigir significa ajudar o paciente a se conformar mais efetivamente às normas de sua própria fé religiosa, com o pressuposto que isto conduzirá a um maior nível de satisfação pessoal, menos conflitos internos, maior aprovação social e melhor ajustamento. Por exemplo, facilitar a participação do cliente nas atividades organizadas de sua religião, ajudá-lo a ficar mais consciente de Deus e de temas de justiça social; aceitar a graça incondicional e o amor de Deus, tornando-se menos

crítico em relação às suas próprias falhas, sendo capaz de perdoar a si mesmo; experimentar comunhão com outras pessoas, tornando-se menos desconfiado ou menos crítico em relação a outros.

- Reinstalar - assume que a religião funcional é potencialmente benéfica, mas está dormente, não está operando de maneira consciente, devendo ser tornada explícita, consciente e intencional. Requer apoio e reassseguramento para se tornar operacional e ativa.
- Encorajar - implica que a religião funcional de uma pessoa é adequada, ativa; é um fator de fortalecimento que deve ser apoiado e aperfeiçoado.

PFEIFER (1994) recomenda que, antes de decidir que a fé é a causa dos problemas, os seguintes pontos sejam avaliados:

- Psicopatologia e gravidade do transtorno,
- Eventos vitais e capacidades; estresse e tensões em geral,
- A vida religiosa pessoal do cliente (extrínseca e intrínseca),
- Apoio social relacionado a fatores religiosos (frequência à igreja, aconselhamento, oportunidades).
- Aspectos problemáticos da subcultura cristã do cliente (ensinamentos especiais da igreja, controle social),
- Relações interpessoais com pessoas religiosas,
- Estilo atribucional intrapsíquico e sistema de crenças.

Para MALONY (1988, 1992), três são as definições possíveis para saúde mental: negativa (saúde mental definida em termos de ausência de sintomas), normal (saúde mental definida de acordo com critérios estatísticos) e positiva (saúde mental definida através da presença de certas características). Cada uma dessas opções pode ser adequada, desde que explícita. Não é aceitável, entretanto, sempre usar uma definição positiva de saúde mental e concluir que a religião não é funcional, pois é possível que a religião esteja atuando no sentido de evitar, amortecer ou aliviar sintomas do distúrbio emocional o que, na verdade, resultaria numa forte relação entre religião e saúde mental se esta for definida negativamente. Além disso, é possível que a religião contribua para alguém permanecer mais saudável ao ajudá-la a ajustar-se e a se acomodar à realidade em que está vivendo. Haveria, aqui também, uma forte relação entre religião e saúde mental, mas com esta sendo definida pela norma. Assim, nos estudos sobre a relação entre saúde mental e religião é importante ficar explícito que tipo de definição de saúde mental está sendo utilizada, além de se usar um conceito de religião multidimensional e válido.

# Capítulo 7

---

## O Impacto da Religião Sobre a Saúde Física e o Bem Estar

### 1. Religião e Bem Estar

O termo bíblico “Shalom” refere-se a um estado de satisfação resultante da presença de deus e da sua aliança. Em suas raízes estão inclusos os conceitos de completude, totalidade e harmonia. “Shalom” é visto como o bem estar, a experiência integral de uma pessoa que está se comportando segundo a intenção de deus, em relacionamento afinado com ele, com os outros e consigo próprio. “Shalom” descreve a experiência de estar em paz com seu interior e com o exterior. A dimensão espiritual não está isolada de nossa psique e soma, mas provê uma força integrativa, permitindo que a pessoa funcione de maneira integrada e equilibrada. Se esta conceituação estiver correta, dever-se-á encontrar uma correlação positiva entre espiritualidade saudável e medidas de saúde e bem estar subjetivo. Entretanto, nem toda experiência religiosa é “Shalom”, podendo, algumas, trazer problemas de saúde e aumento de mortalidade. (ELLISON e SMITH, 1991).

#### 1.a. Religião e bem estar

CAMPBELL et al. (1976) publicaram trabalho sobre a qualidade de vida do norte-americano. Concluíram que compromisso religioso estava

associado a mal estar. HADAWAY e ROOF (1978) analisando estes dados classificaram o compromisso religioso em duas dimensões: interpessoal (pertencer ou ser membro de uma igreja) e intrapessoal (sentido da religião, como esta ajuda a compreender minha existência). Os resultados foram exatamente opostos. Tanto os que atribuíam importância à sua religião como uma fonte de sentido à vida, quanto os que a praticavam, avaliavam suas vidas como valendo a pena. Isto ficou nítido, quando se observou que entre os que frequentavam regularmente a igreja ou sinagoga uma ou mais vezes por semana, quase 63% avaliaram suas vidas como valendo a pena. Entre os que nunca frequentavam, menos que 40% avaliaram-se desta maneira. A importância atribuída à fé e à frequência a serviços religiosos podia predizer satisfação e sensação de que a vida valia a pena em todas as religiões, com exceção da fé judaica. Explicaram isto por ser a religião judaica um grupo minoritário e com uma herança de associação entre compromisso religioso e sofrimento.

POLOMA e PENDENTLON (1989) assinalaram que os resultados de CAMPBELL et al (1976) foram decorrentes de um erro de codificação de variáveis. Quando este erro foi detectado e corrigido, a análise mostrou que o compromisso religioso tinha, na verdade, um papel benéfico sobre a qualidade de vida.

ACKLIN et al. (1983) procuraram testar a hipótese de que religião intrínseca e sentido na vida melhorariam o bem estar durante uma doença que ameaça a vida, bem como a capacidade de enfrentá-la. Compararam 26 pacientes (77% mulheres) com diagnóstico de Doença de Hodgkin ou Leucemia, com um grupo-controle de 18 pacientes com doenças crônicas não malignas sem risco de vida (cálculo renal, colecistectomia). Além dos dados demográficos, foram utilizadas a “Life Meaning Scale” e a “Escala de Orientação Religiosa de Allport e Ross”. Concluíram que, no grupo com câncer, religiosidade intrínseca correlacionou-se com a vida ter um sentido e com menores níveis de desespero, raiva, hostilidade e isolamento social.

WITTER et al (1985) avaliaram, através de meta-análise, em 556 estudos quantitativos. No geral, a religião esteve positivamente associada a bem estar, apesar do tamanho do efeito ter sido moderado. Quanto maior a idade, maior era o efeito mostrando a importância da religião para uma população particularmente vulnerável que é a dos idosos. Atividades ou práticas religiosas estiveram associadas a bem estar mais frequentemente que medidas de religiosidade. Religião predisse melhor bem estar que idade, gênero e raça, e foi tão potente quanto educação, status

socioeconômico, estado civil, trabalho e atividade social. Apesar destas evidências, religião é muito menos estudada e utilizada que todas estas outras variáveis.

ARGYLE e BEIT-HALLAMY (1975) opinaram, baseados em revisão da literatura, que a religião seria benéfica apenas para os idosos. GARTNER et al. (1991) atualizaram esta revisão e observaram que, desde a década de setenta, diversos outros estudos encontraram relação positiva entre compromisso religioso e sensação de bem estar em diversas faixas etárias. Recomendaram para consulta a revisão de ELLISON e SMITH (1991) por ser a mais aprofundada sobre o assunto. Estes analisaram os trabalhos que utilizaram a “Escala de Bem Estar Espiritual”, encontrando os seguintes resultados:

- Bem estar espiritual correlaciona-se positivamente com autoavaliação e percepção de saúde e peso corporal ideal e negativamente com elevação da pressão arterial.
- Correlaciona-se positivamente com ajustamento à doença física (hemodiálise) e manutenção da esperança em pacientes crônicos (câncer, diabetes, enfisema, hipertensão e insuficiência cardíaca).
- Correlaciona-se negativamente com frequência de dor, incapacitação, isolamento social, desespero, e maior ansiedade ao receber o diagnóstico em pacientes com câncer.
- Em pacientes com AIDS, correlaciona-se positivamente com a percepção de que a saúde física, emocional e espiritual estavam melhor, e com a manutenção da esperança.
- Os que tiveram escore maior em bem-estar espiritual também tiveram escores elevados em autorrealização, e menores níveis de psicopatologia no teste de personalidade MMPI, e em diversas medidas de depressão.
- Bem estar espiritual correlacionou-se positivamente com autoestima, autoafirmação, elogiar, solicitar ajuda e esperança e, inversamente com estresse, agressividade, esquiva de conflitos, dependência e passividade.
- Diversos estudos mostraram que o bem estar espiritual das enfermeiras tem impacto sobre a sua atitude acerca do cuidado espiritual dos pacientes.

Assim, os trabalhos mostram que religiosidade está, em geral, relacionada ao bem estar, e tem o potencial de promovê-lo sendo especialmente importante para a população idosa.

## 2. Religião e Saúde Física

LEVIN e SCHILLER (1987) revisaram estudos epidemiológicos publicados nos últimos 150 anos, procurando estabelecer qual o efeito da religião sobre a saúde. Encontraram 250 artigos abrangendo doença cardiovascular, hipertensão, derrame, colite, enterite, estado geral da saúde, mortalidade, câncer do colo uterino, do útero e em geral, morbidade e mortalidade de clérigos e câncer na Índia. Estes estudos, apesar de em sua maioria definirem apenas filiação religiosa, encontraram uma associação positiva entre compromisso religioso e saúde.

LEVIN e VANDERPOOL (1987) selecionaram destas centenas de estudos os 27 que utilizaram frequência a serviço religioso como medida. Destes, 20 (81%) mostraram uma associação positiva importante da maior frequência com saúde, em 15% o relacionamento foi neutro e em 4%, prejudicial.

A validade destes achados é fortalecida por:

- Não haver flutuação periódica, os resultados são consistentes nos 30 anos pesquisados;
- O mesmo resultado é obtido apesar do modo heterogêneo como frequência religiosa foi operacionalizada;
- O mesmo resultado é obtido quando diversas maneiras de definir saúde são utilizadas;
- O tamanho das amostras, as idades, gênero, etnias também variam consideravelmente e, apesar disto, a associação positiva entre frequência a serviços religiosos e saúde se mantém.

Concluem: “Em resumo, parece claro que ir frequentemente a serviços religiosos é um fator protetor contra grande variedade de doenças...”

SCHILLER e LEVIN (1988), baseados em revisão prévia de 200 estudos sobre doença física e religião, avaliaram 31 em que a utilização dos serviços de saúde (médicos, cuidados primários, serviços de atendimento à mãe e à criança, planejamento familiar, pediatria, psiquiatria etc.) foi avaliada em relação a medidas de religiosidade. A hipótese investigada foi a de que se variáveis religiosas têm uma relação consistente com saúde, isto seria manifesto de maneira observável em diferentes taxas de utilização dos serviços de saúde. Os resultados foram inconclusivos. LARSON (1993), comentando este trabalho, assinala haver evidência de que os religiosos colaboram mais com o atendimento, requerem menos cuidados quando doentes, podendo ter uma melhor resposta às intervenções com menos dias de hospitalização e menores custos.

LEVIN e VANDERPOOL (1991) apresentaram a história da pesquisa empírica sobre o relacionamento entre religião e saúde, revisando estudos analíticos acerca de fatores religiosos e saúde física. A religião foi apresentada como envolvida em diferentes aspectos da vida humana (códigos morais, motivação, emoções, organização social, rituais, cerimônias, oração e meditação). Avaliaram estudos a respeito de doença cardiovascular, gastrointestinal, câncer uterino, outras formas de câncer, mortalidade, hipertensão e derrame. Apresentaram evidência epidemiológica associando compromisso religioso à prevenção e à melhor capacidade para lidar e enfrentar doenças.

CRAIGIE et al. (1990), com o fim de determinar se a relação entre compromisso religioso e saúde é negativa ou positiva, coletaram todas as referências à religião encontradas no “Journal of Family Practice” entre 1976 e 1986. As medidas religiosas foram classificadas em uma de seis categorias, e cada uma delas foi relacionada a benefício ou prejuízo clínico:

- a. Frequência a cerimônias religiosas ou à igreja,
- b. Significado ou experiência religiosa,
- c. Relacionamento com deus e oração,
- d. Influência do apoio social,
- e. Referências religiosas não claras,
- f. Filiação ou denominação religiosa.

Foram revisados, sistematicamente, 1086 artigos. Cinquenta e dois (4.8%) continham 64 referências à religião, denominação religiosa ou compromisso religioso. Destas 64 referências, vinte e cinco apresentavam uma relação positiva com saúde, estando, portanto, associadas a benefício clínico. Nove estavam associadas a prejuízo e trinta foram neutras, sem relacionamento clínico significativo do ponto de vista estatístico. Excluindo-se as variáveis “denominação religiosa” e “referências religiosas não claras”, restaram 42 itens nas outras categorias. “Significado ou experiência religiosa” teve uma associação neutra ou negativa em 14 das 15 referências. Em contraste, frequência a cerimônias ou práticas religiosas, relacionamento com Deus ou oração e apoio social foram benéficos em 24 das 27 referências e neutra nas outras três.

Este trabalho foi paradigmático, pois sintetiza o que é sistematicamente achado nos estudos sobre saúde e religião. Quando uma medida objetiva de comportamento (frequência a serviço religioso, prática de oração, ou apoio social) é utilizada, o resultado é sempre uma associação positiva ou benéfica com saúde.

FERRARO e ALBRECHT-JENSEN (1991) examinaram dados obtidos por um instituto de pesquisa de 1984 a 1987 em adultos norte-americanos. O nível de prática religiosa (frequência de oração e em serviços religiosos) teve associação importante com saúde em todas as faixas de idade. Controlaram a frequência a outros grupos não religiosos (“Rotary Club”, etc.) para verificar se apoio social explicaria esses resultados e, mesmo assim, a associação se manteve.

LEVIN e MARKIDES (1986) estudaram a relação entre frequência a serviços religiosos e uma avaliação subjetiva da saúde, em três gerações de mexicanos-americanos (1.125 pessoas) em San Antonio, Estados Unidos, durante 1981 e 1982. Este estudo foi aperfeiçoado, pois levaram em conta os efeitos do nível educacional, renda mensal, autoavaliação da religiosidade e estado da saúde física. Concluíram que a relação entre frequência a serviços religiosos não está associada à saúde de maneira significativa, especialmente quando a limitação das atividades em idosos é controlada. Pessoas que estão doentes ou, de algum modo incapacitadas, podem frequentar menos a igreja por este motivo.

Apesar da maioria dos trabalhos sugerir uma relação positiva entre religiosidade e saúde física, outros são necessários levando em consideração variáveis intervenientes e o papel da religião praticada solitariamente, através da oração, leitura e ouvir ou assistir a programas religiosos no rádio e televisão.

Não se pode falar, entretanto, que a religiosidade é a causa do benefício, pois a maioria dos estudos não permite determinar isto.

Além disso, muito poucos estudos controlaram variáveis que podem, potencialmente, influenciar os resultados: Atividades que promovem saúde, fumar, beber, ou pessoas que estão fisicamente incapacitadas e, por isto, frequentam menos a igreja.

GARTNER et al. (1991) concluem:

*“Apesar da unanimidade dos dados acima impressionar, eles não são suficientes para conclusões definitivas acerca do benefício à saúde do compromisso religioso”.*

### **3. Religião e Mortalidade**

A ideia de que a religião afeta a duração da vida não é nova, e muitas religiões estabelecem regras e atividades com o propósito de adiar a doença e a morte. Por exemplo, um dos mandamentos mosaicos no Velho Testamento estabelece: *“Honrar a teu pai e tua mãe, para que se prolonguem os seus dias sobre a terra...” (Êxodo 20:12)”*



Dois estudos epidemiológicos nos distritos de Rosetta e Alameda nos Estados Unidos mostraram que a participação em comunidades religiosas diminui a mortalidade. A frequência à igreja prediz menor incidência de morte por doença cardíaca, satisfação com a vida, satisfação conjugal, menor risco de doença cardíaca, enfisema pulmonar, suicídio, cirrose, hipertensão arterial e tuberculose (BRUHN et al 1966; WOLF 1976; BERKMAN e BRESLOW, 1973).

HOUSE et al. (1984) seguiram ao longo do tempo 2700 pessoas. Observaram que o melhor preditor de taxas mais baixas de mortalidade para mulheres foi a frequência a serviços religiosos.

COMSTOCK e PARTRIDGE (1972) examinaram por três anos a taxa de mortalidade em habitantes do condado de Washington, em Maryland (EUA), controlando os efeitos do fumo e nível socioeconômico. O estudo mostrou que o risco de morrer de uma doença cardíaca aterosclerótica foi menor para os homens e mulheres que frequentavam pelo menos semanalmente a igreja, quando comparados com os que não o faziam. Em mulheres, morte por suicídio ou enfisema pulmonar foi duas vezes menor, e por cirrose hepática, quatro vezes menor. Concluem dizendo que o mecanismo desta associação não está explicado, mas pode ser um dado útil para identificar grupos de risco. Este trabalho foi criticado por JARVIS e NORTHCOTT (1987) por não ter levado em consideração educação, idade, saúde física e incapacitação.

JARVIS e NORTHCOTT (1987) revisaram os estudos sobre diferentes taxas de mortalidade nas principais denominações religiosas:

- Protestantes parecem ter maior longevidade que católicos em Mannheim, Alemanha.
- Em Israel, judeus, cristãos, druzos e muçulmanos têm taxas de mortalidade diferentes. Muçulmanos, druzos e cristãos apresentaram uma diminuição da taxa de mortalidade na infância e entre mulheres jovens; entretanto, há um aumento desta entre homens de meia idade e idosos. Apesar disto, a morte por doenças infecciosas e parasitárias continua comum entre muçulmanos e druzos. Judeus têm maior taxa de morte por doença cardíaca isquêmica.
- Em Nova Iorque, homens judeus têm menor incidência de câncer peniano e mulheres menor incidência de câncer uterino que a população geral. Isto foi explicado inicialmente pela prática de circuncisão, mas a tendência é interpretar estes achados como relacionados a costumes sexuais mais conservadores.

LEVIN e VANDERPOOL (1987) em trabalho resumido anteriormen-

te, concluíram que baixa frequência a serviços religiosos é um fator de risco para diversos tipos de morbidade e mortalidade.

GARTNER et al. (1991) identificaram diversos estudos que confirmaram uma relação positiva entre participação religiosa e longevidade. Como grupo, os indivíduos com compromisso religioso têm uma vida mais longa, efeito este mais forte em homens que em mulheres, e consistente com o impacto positivo da religiosidade sobre a saúde.

#### **4. Religião e Hipertensão arterial**

LEVIN e VANDERPOOL (1989) revisaram a literatura epidemiológica e empírica acerca da relação entre fatores religiosos e pressão arterial e encontraram 20 estudos publicados ao longo de 30 anos. As variáveis estudadas incluíam pressão arterial média, pressão arterial sistólica e diastólica, história de hipertensão e mortalidade por doença cardíaca hipertensiva. As medidas de religião incluíam frequência a serviços religiosos, ser membro de uma igreja, filiação religiosa, tradições dentro do judaísmo, ordens monásticas, hierarquia na estrutura clerical, educação religiosa e importância atribuída à religião. Dividiram os estudos em dois grupos: sete trabalhos que avaliaram os efeitos do compromisso religioso (frequência a serviços religiosos, atitude ou religiosidade subjetiva), e doze que comparam filiação ou denominações religiosas (monges trapistas versus beneditinos, adventistas com outros, mórmons com outros, budistas com outros, sacerdotes zen-budistas com outros. Um estudo comparou protestantes, católicos e judeus).

Observaram que compromisso religioso está associado a menor pressão arterial ou menor taxa de hipertensão arterial em todos os estudos, com exceção de um, que pode ter tido os resultados enviesados pelo seu desenho transversal. Em relação à filiação religiosa, os estudos mostraram que os seguidores de grupos religiosos com práticas devocionais rigorosas e prescrições dietéticas (budistas, adventistas, mórmons e monges trapistas) apresentaram menor taxa de morbidade e mortalidade relacionadas à hipertensão que a população. As práticas destes grupos são saudáveis. Por exemplo, os adventistas são vegetarianos, mórmons são encorajados a não beber ou fumar, e budistas praticam meditação, o que pode reduzir fatores de risco cardiovascular. Ao resumirem seu estudo afirmaram: *“A resposta à questão se a religião é terapêutica para a hipertensão é: Provavelmente.”*

LARSON et al. (1989) investigaram a importância da religião pessoal e da frequência a serviços religiosos sobre a pressão arterial em um

grupo de homens que não apresentavam hipertensão ou doença cardiovascular. A análise foi feita levando em consideração idade, fatores socioeconômicos, tabagismo, e razão altura/peso. A pressão arterial foi medida três vezes em um período de setenta minutos. A pressão arterial dos que frequentavam a igreja e que atribuíam grande importância à sua religião foi significativamente menor que no grupo que atribuía pouca importância ou não frequentava. Entre os fumantes, os que assinalaram ser a religião muito importante apresentaram menor probabilidade de ter uma pressão diastólica anormal, e os fumantes que frequentavam a igreja semanalmente tinham uma chance quatro vezes menor de ter uma pressão diastólica anormal.

LARSON e LARSON (1994), comentando estes achados, atribuem os resultados ao efeito que a religião pode ter sobre indivíduos mais tensos ou nervosos: A relação com Deus melhora a qualidade do relacionamento consigo mesmo e com os outros.

Os estudos sugerem um efeito benéfico, mas as amostras, indicadores religiosos, medidas de pressão arterial, grupos controle estão longe de serem adequados ou poderem ser comparados. Além disto, em muitos destes estudos o efeito da religião não era a hipótese principal, era apenas uma das diversas variáveis psicossociais, o que mostra a necessidade de mais investigações.

## **Religião e Saúde de Pessoas Idosas**

Nos Estados Unidos, metade das pessoas com mais de 65 anos de idade frequentam um serviço religioso pelo menos uma vez por semana. A quantidade de apoio aos idosos oferecido pelas igrejas rivaliza-se com a fornecida pela família. Oitenta por cento (80%) das pessoas idosas declaram ter seus amigos mais próximos na congregação religiosa. Após os 70 anos, a frequência à igreja diminui por doença ou sequelas de doenças e a religião privada (oração) aumenta em frequência e importância. Comportamentos e crenças religiosas são utilizados por significativa proporção dos mais velhos, para lidar com estresses ambientais, interpessoais e de saúde física (KOENIG, 1992).

LARSON e LARSON (1994), em revisão da literatura, observaram que idosos ativos do ponto de vista religioso têm maior sensação de bem estar e experimentam menos transtornos psiquiátricos.

Em estudo com 836 indivíduos idosos, a atividade religiosa não organizacional (oração, leitura da Bíblia, ouvir ou ver programas religiosos) correlacionou-se, de modo significativo, com o bem estar (KOENIG et al., 1988).

ZUCKERMAN et al. (1984) seguiram, por dois anos, uma amostra de idosos segundo um estudo tipo caso-controle. Mediram o compromisso religioso através da frequência a serviços religiosos, quão religiosa a pessoa se achava, e o quanto a religião era uma fonte de fortalecimento pessoal. Controlaram idade, estado civil, educação, renda, raça, sexo, saúde e hospitalizações prévias. Observaram que a mortalidade dos idosos religiosos foi duas vezes maior que a dos não religiosos.

MARKIDES et al. (1987), em estudo longitudinal acompanhando por oito anos idosos mexicanos e anglo-saxões, notaram que a correlação positiva entre oração e satisfação com a vida diminuiu com a passagem do tempo, o que pode sugerir um aumento da frequência de oração entre as pessoas com pior saúde física ou psicológica.

KOENIG (1990, 1992) revisou extensamente os trabalhos relacionando saúde e religião em idosos, observando que:

- “Evidência se acumula em apoio da visão que o compromisso religioso maduro e dedicado sob a forma de crenças e atividades baseadas na tradição judaica-cristã está relacionada a maior bem estar, e menores níveis de depressão e ansiedade”.
- Estes trabalhos operacionalizaram religião como atividade religiosa organizacional (frequência à igreja e a outras atividades relacionadas); atividade religiosa não organizacional (oração, leitura das escrituras, o acompanhamento de programas religiosos na televisão ou rádio); rituais religiosos (sacramentos, leis sobre dieta, modo de vestir) e crenças religiosas, religiosidade intrínseca e força do compromisso religioso, e enfatizaram o uso de qualquer uma destas formas de expressão religiosa como ajuda para enfrentar o estresse psicológico.
- Frequência à igreja correlaciona-se de maneira consistente com ajustamento pessoal, felicidade ou satisfação na vida, bem estar, menor taxa de suicídio, menos sintomas depressivos, menor ansiedade em relação à morte, e melhor adaptação a períodos de luto, tanto em idosos que estão morando na comunidade ou, em instituição.
- O envolvimento na comunidade religiosa provê companhia e amigos de idade parecida e com os mesmos interesses; um ambiente que fornece apoio para amortecer mudanças estressantes na vida; uma atmosfera de aceitação, esperança e perdão; uma fonte prática de assistência, quando necessário; uma visão comum do mundo e uma filosofia de vida.
- Estudos procuraram controlar frequência a cultos, uma vez que, entre idosos, isto pode ser importante viés, pois frequenta quem tem boa saúde física, e boa saúde física relaciona-se sempre positivamente com

bem estar. Assim, frequência a serviços religiosos pode ser apenas um sinal de boa saúde física e nada ter a haver com boa saúde mental. Mesmo quando isto é controlado, a relação entre frequência a cultos e saúde mental se mantém (IDLER, 1987; KOENIG et al. 1988).

Por serem os comportamentos religiosos tão comuns na idade avançada, profissionais trabalhando com estas pessoas devem estar alerta sobre a importância e função da religião como visão de mundo e estratégia para enfrentar o estresse. Os problemas que a religião ajuda a enfrentar são: doenças repentinas e crônicas; perda ou doenças de pessoas queridas; ansiedades acerca da morte; perda de papéis sociais; diminuição dos recursos sociais e financeiros. A importância da religião pode ser utilizada por terapeutas como fonte alternativa de recursos e fortalecimento. Além disso, é importante estar preparado para conversar e trabalhar com temas religiosos, pois eles surgem ou estão presentes nos períodos de estresse por doença ou pela proximidade da morte.

### **Saúde e a pessoa não religiosa**

“Irreligião” pode ser vista como indiferença ou hostilidade à religião, mas SCHUMAKER (1992) usa o termo para descrever níveis extremamente baixos de crença e envolvimento religioso, sem considerar sua relação com hostilidade/passividade. É difícil defini-la, pois muitas pessoas que se consideram não religiosas, na verdade, adotam diversas proposições supernaturais ou mágicas: Entre adeptos de seitas, há número desproporcional de pessoas que se consideram não religiosas (STARK e BAINBRIDGE, 1984), e cerca de 20% dos não religiosos consideram-se na presença de deus (VERNON, 1968).

Estudos que investigaram a saúde mental de indivíduos não religiosos são raros, por ser difícil formar uma amostra significativa. CRAWFORD et al. (1989), compararam 39 pessoas com níveis extremamente baixos de religiosidade a grupo-controle com níveis médios e altos, utilizando o teste “Langer Symptom Survey” para avaliar a saúde mental. O grupo com pouca religiosidade tinha duas vezes mais sintomas que o grupo com grande religiosidade, o que foi estatisticamente significativo. Interessante notar que os grupos baixo e médio tiveram a mesma pontuação na escala de psicopatologia. Além disto, o grupo com baixa religiosidade apresentou menores escores em escala para avaliar satisfação na vida e menor ajustamento na escala que avaliava satisfação nos papéis, em seis categorias diferentes.

HANDAL et al.(1989) realizaram estudo semelhante em mulheres negras do Missouri. O mesmo resultado se repetiu, com o grupo com baixa religiosidade apresentando mais sintomas psicopatológicos.

SCHUMAKER (1987) comparou 40 não religiosos com 40 pessoas muito religiosas, definidas segundo a escala de TOBACYK e MILFORD (1983), usando também o teste "Langer Symptom Survey". Os achados foram semelhantes aos dois estudos anteriores.

# Capítulo 8

---

## Impacto da Religião sobre a Saúde Mental

A controvérsia acerca da influência da religião sobre a saúde física e mental é ainda apaixonada, mais baseada em preconceito e opinião, do que em ciência. Os profissionais da área de saúde ignoram os principais achados empíricos sobre esta relação, e por isto estes dados continuam não tendo a consideração que deveriam ter no planejamento dos programas de saúde.

A crítica de STARK (1971), um não religioso, em relação ao preconceito com que a religião é indevidamente tratada é veemente:

*“O abuso contínuo nas ciências sociais e a tendência dos seus praticantes, no discurso privado ou especulações públicas, de utilizar cânones escolásticos sem levar em conta ou contrariando as evidências empíricas. Através da repetição, fatos parecem ser bem conhecidos e se crê naquilo que nunca foi adequadamente testado... Especialmente quando os pressupostos são congruentes com nossos preconceitos... Falando mais claramente, alguns cientistas sociais têm a inclinação de achar que crenças religiosas conservadoras são anormais. Porque as rejeitam como verdadeiras, acham difícil imaginar que uma pessoa realmente normal possa nelas crer...”*

## 1. Religião e Estresse

NESS e WINTHROB (1980) verificaram diminuição do estresse emocional em 51 membros de 43 igrejas pentecostais, que vivenciaram cura pela fé. Afirmaram que quanto mais as pessoas se dedicam à atividade religiosa menos relatam sintomas de sofrimento emocional.

WILLIAMS et al (1991), acompanharam 720 adultos de New Haven (Estados Unidos), examinando-os em dois momentos diferentes, para avaliar em que medida a filiação religiosa e frequência a cultos influenciavam os níveis de estresse. Observaram que as pessoas que frequentavam regularmente serviços religiosos, apesar de sofrerem a mesma quantidade de estresse, relatavam menores níveis de sofrimento psicológico, quando comparados com os que frequentavam irregularmente, ou não o faziam. Concluíram que religião pode ser um recurso potente para auxiliar a enfrentar acontecimentos difíceis na vida e os problemas de saúde, pois, à medida que o nível de frequência a serviços religiosos é maior, as consequências do estresse são reduzidas. A filiação religiosa não apresentou relação com o estado de saúde mental.

Dois outros grandes estudos populacionais (STARK e GLOCK, 1968; STARK, 1971; WINDENTHAL et al. 1970) verificaram que o nível geral de estresse na população é menor em pessoas com maior compromisso religioso:

- Em pesquisa nacional norte-americana, um índice de inadequação psíquica foi construído baseado em perguntas do tipo: “Eu me preocupo muito”, “Sinto-me sozinho com frequência”, “Passo muito mal durante um período de crise”. Concordância com estes itens sugerem que a pessoa não é capaz de lidar adequadamente com os problemas quotidianos. As pessoas com alta inadequação psíquica apresentaram uma relação negativa com ortodoxia religiosa (crença na existência de deus, crença em uma vida após a morte e na existência do diabo), ou seja, apresentavam escores baixos nesta medida. Estas pessoas não parecem recorrer à religião para enfrentar seus problemas, demonstrando que a visão frequente de que psicopatologia é uma fonte de religiosidade não é verdade. Quando a medida de religiosidade foi a frequência a serviços religiosos, o mesmo achado se repetiu. A exceção foram os protestantes moderados (que frequentavam a igreja pelo menos uma vez por semana), grupo onde não se encontrou diferença (STARK e GLOCK, 1968; STARK, 1971).
- LINDENTHAL et al. (1970) investigaram o relacionamento entre comprometimento mental e dois aspectos do comportamento religioso, a



participação institucional e a oração. Foram entrevistadas 1095. O índice de psicopatologia utilizado, baseado em 20 questões, permitia discriminar entre esquizofrênicos e não esquizofrênicos, e entre pessoas com doença mental e que não estavam em tratamento psiquiátrico. Uma lista de 62 eventos foi apresentada, visando identificar a presença de fatores de estresse com o potencial de perturbar o equilíbrio sócio-psicológico do indivíduo (catástrofes, problemas legais, financeiros, de saúde, trabalho, casamento, interpessoais, familiares, educacionais, mudanças). Observaram que a frequência a serviços religiosos era menor entre os com mais comprometimento psicopatológico, mesmo em tempos de crise. Quanto maior a psicopatologia, menor a participação em atividades religiosas organizadas. Em épocas de crise, a frequência a serviços religiosos diminuiu mais ainda para os mais gravemente incapacitados. Estes não parecem utilizar a instituição religiosa para melhor enfrentar as dificuldades e não a procuram em épocas de crise. O grau de compromisso religioso esteve diretamente relacionado com as dimensões mais pessoais e internalizadas do comportamento religioso. Em tempos de crise, quanto mais incapacitada a pessoa está, ou quanto menos controle possui, maior a probabilidade de que recorrerá à oração, mesmo que a frequência religiosa diminua.

MARTIN e CARLSON (1988) relatam interessante série de experimentos conduzidos por McClelland. Na época já era sabido que estresse podia interromper a função saudável do sistema imune, mas o oposto não havia sido estudado. Este autor procurou produzir sentimentos e vivências positivas e observar sua consequência sobre o sistema imune. Decidiram que sentimentos de amor constituíam o mais elevado e melhor sentimento humano e mostraram aos sujeitos filmes com adolescentes apaixonados, não observando nenhuma modificação na atividade das células T. Após mostrarem um filme sobre Madre Teresa de Calcutá, descrevendo sua vida, trabalho, as pessoas com quem convivia, e seu Deus a quem amava, os resultados foram dramáticos. Apenas metade das pessoas afirmaram terem sido afetados positivamente pelo filme, mas todos mostraram melhora da função imune, medida pela atividade das células “killer” naturais na saliva. Os resultados foram replicados e são consistentes.

MATON (1989) estudou o papel do apoio espiritual (apoio percebido como vindo de deus) sobre o bem estar em dois grupos com grande quantidade de estresse e outros dois com pouca quantidade. Os grupos com grande estresse eram formados por pessoas em período de luto recente e

alunos universitários que haviam sofrido recentemente três eventos vitais altamente estressantes. Os grupos-controles foram participantes de um grupo de autoajuda e estudantes universitários, ambos com pouco estresse nos últimos seis meses. Observaram, após o controle das variáveis demográficas, que o apoio espiritual correlacionava-se inversamente com depressão e, positivamente com autoestima positiva no grupo recém-enlutado. Ao longo do tempo, o apoio espiritual correlacionou-se positivamente com ajustamento pessoal e emocional no grupo de estudantes com grande estresse.

## **2. Religião e Satisfação Conjugal**

PAYNE et al. (1991) afirmam: *“...muitos, principalmente os não religiosos, acreditam que a religião tem um efeito negativo sobre a vida sexual dos casais...”*

Eis o que os trabalhos mostram:

TAVRIS e SADD (1977) observaram que mulheres mais religiosas relatam maior nível de felicidade e satisfação sexual que mulheres moderadamente religiosas ou não religiosas. O grupo mais religioso relata maior frequência de orgasmos e maior satisfação com a frequência de sua atividade sexual.

Estudos sobre divórcio e satisfação conjugal mostram que o compromisso religioso é elemento importante na determinação dos acontecimentos. Assim, frequentar a igreja prediz melhor a satisfação conjugal que todas as oito outras variáveis pesquisadas (GLENN e WEAVER, 1978). Pessoas com casamentos de longa duração assinalam que a religião é o fator mais importante num casamento feliz (SPORAWSKI e HOUGHSTON, 1978) e a frequência a serviços religiosos é o fator que melhor prediz estabilidade conjugal (GLENN e SUPAUCIC, 1984). LARSON (1985) revisou estudos a respeito, e encontrou relação negativa entre frequência à igreja e divórcio. Como grupo, os com compromisso religioso relataram maior nível de satisfação marital, e a frequência a serviços religiosos foi associada ao desejo de casar com a mesma pessoa novamente, e à ausência de discordância sobre papéis do casal.

## **3. Religião e Ajustamento Pessoal**

DITTES (1969) revisando artigos sobre ajustamento pessoal e neuroticismo, observou que estudantes norte-americanos mais religiosos relatavam maiores níveis de ansiedade, menor autoestima, e se sentiam menos adequados.

Adultos que pertenciam a uma seita religiosa tinham menor taxa de problemas psiquiátricos, e pacientes de uma clínica psiquiátrica frequentavam igreja ou eram dela membros com menor frequência que os controles (STARK, 1971). Isto foi interpretado como consequência dos problemas psiquiátricos, e da menor capacidade de habilidades sociais que pessoas com comprometimento psicológico apresentam.

Entre indivíduos idosos, entretanto, ficou clara a relação benéfica entre religião e ajuste (felicidade, prazer ou satisfação, amizades, emprego, status social, sentir-se útil, etc.; MOBERG e TAVES, 1965). O efeito terapêutico foi relacionado ao apoio social oferecido pela religião e por esta fornecer algo para fazer.

Estas observações foram assim resumidas:

*“...religiosidade está relacionada à inadequação pessoal em estudantes, de acordo com testes psicológicos e inventários; participação em atividades públicas religiosas está positivamente correlacionada ao ajustamento pessoal na população adulta, especialmente entre os idosos. Como ambas as generalizações são correlacionais, é difícil interpretá-las( ARGYLE e BEIT-HALLAHMI, 1975).”*

## 4. Preconceito

BATSON e VENTIS (1982) sintetizam a visão do início da década de cinquenta até setenta do século XX sobre a relação entre religião e preconceito:

*“Ao contrário do que a religião prega acerca da irmandade universal, quanto mais religiosa a pessoa for, mais preconceituosa ela provavelmente será”.*

Esta conclusão é a consequência da análise de 44 achados em 34 estudos a respeito, mostrando relacionamento positivo entre intensidade do preconceito e interesse, envolvimento ou aderência a uma religião. Estes resultados foram consistentes, pois apenas dois estudos mostraram uma correlação negativa, sendo um desses em pré-adolescentes.

Para alívio dos líderes religiosos, estes trabalhos sofrem de um viés e as conclusões acima não foram duradouras, pois esta associação parece ser mais complexa. O modo de ser religioso faz grande diferença, pois quanto maior a religiosidade intrínseca, menos preconceituosa é a pessoa.

Quando a frequência a serviços religiosos foi avaliada observou-se que os que estavam mais envolvidos em atividades religiosas eram me-

nos preconceituosos que os moderadamente envolvidos. A primeira conclusão foi modificada para:

*“A pessoa com religiosidade extrínseca apresenta maior intolerância ou preconceito, sendo que a com religiosidade intrínseca apresenta menos”.*

Outras revisões corroboraram esta opinião. A associação preconceito-religião parece ocorrer entre as pessoas que frequentam moderadamente à igreja, com uma religiosidade de tipo extrínseco. Não ocorre entre os que vão frequentemente a igreja ou têm uma religiosidade intrínseca. Importante que não ocorre também entre os que não vão à igreja (DITTES 1969; GORSUCH e ALESHIRE 1974, GARTNER et al. 1991).

BATSON e VENTIS (1982) criticam os trabalhos por não terem controlado a influência da desirabilidade social nas respostas do grupo com religiosidade intrínseca. As pessoas podem querer apresentar-se como sendo boas e isto pode influenciar o modo como respondem às questões sobre preconceito, não refletindo seu comportamento real. BATSON e VENTIS (1982) defendem a ideia de que a religiosidade do tipo “busca” está relacionada a menos preconceito, e que a religiosidade de tipo “intrínseco” está relacionada à aparência de pouco preconceito.

Entretanto, BRANNON (1970), observando membros de uma pequena igreja protestante durante um processo de integração racial, avaliou a religiosidade intrínseca e extrínseca dos membros da igreja original que permaneceram ou mudaram de igreja após a integração. Os que permaneceram tinham resultados mais elevados na religiosidade intrínseca.

LARSON (1994), em revisão sobre preconceito e sua relação com religião, sintetiza: “Os primeiros estudos sobre o tema falam todos em uma relação positiva entre estas duas variáveis, assinalando que o religioso possui mais preconceito. Estudos mais recentes mostram que o quadro é mais complexo, havendo relação curvilínea entre frequência à igreja e preconceito. Os menos preconceituosos são os que vão aos serviços religiosos com muita frequência e os que não vão. Os mais preconceituosos são os que vão ocasionalmente à igreja.

## **5. Autoritarismo**

SANUA (1969) fez revisão para avaliar se a religião é base para uma saúde mental sólida, bem estar geral e humanitarismo. Avaliou o relacionamento entre religiosidade, ajustamento psicológico, desvios sociais patológicos, autoritarismo, preconceito, humanitarismo e valores sociais. Conclui que os estudos não dão apoio à crença geral de que a reli-

gião é a principal fonte dos valores morais da sociedade. A educação religiosa, da forma como é feita, não parece estar assegurando atitudes saudáveis. Este trabalho foi criticado por LARSON (1993), por não utilizar um método sistemático de revisão, o que pode conduzir a vieses de seleção e interpretação. Apesar de publicada em uma das principais revistas de psiquiatria, somente uma das 67 referências refere-se a uma revista psiquiátrica, "The Guild of Catholic Psychiatric Bulletin", que não é conhecida ou citada frequentemente. Além disso, os comentários sobre educação religiosa vão além do escopo da revisão, sendo apenas opinião pessoal do autor, sem uma base adequada.

Outras revisões sobre este tema também notaram uma associação entre religião e autoritarismo (GARTNER 1991), mas, na verdade, o relacionamento parece ser com conservadorismo religioso, ou ortodoxia religiosa (ARGYLE e BEITH-HALLAHMI 1975; STARK 1971).

Há problemas na medida e interpretação do autoritarismo, pois as escalas utilizadas são tautológicas, desenhadas para considerar patológico valores conservadores e religiosos (HOGAN e EMLER 1978; GARTNER et al. 1991).

Não há dados cientificamente sólidos para defender a ideia de que compromisso religioso estaria associado ao conceito de autoritarismo de ADORNO et al. (1950). Entre protestantes não foi encontrada relação entre ortodoxia e o resultado na escala F (de fascismo). Entre católicos romanos foi encontrada associação significativa, mas esta é negativa, ou seja, quanto mais religioso menos fascista. Quando a frequência à igreja foi a variável correlacionada, não foi encontrada relação com protestantes liberais e moderados, sendo a mesma negativa para protestantes conservadores e católicos romanos.

## **6. Dogmatismo, tolerância a ambiguidade e rigidez**

Ter pouca flexibilidade mental e estar pouco aberto a novidades estão associados com ortodoxia religiosa e dogmatismo (McNEEL e THORSEN 1985; GARTNER 1991). Religiosidade também foi correlacionada com menor capacidade de tolerar ambiguidade (ULLMAN 1982) e rigidez (HASSAN; KHALIQUE 1981).

MARTIN e NICHOLS (1962) estudando se o indivíduo religioso apresenta sofrimento emocional, conformismo, rigidez, preconceitos, pouca inteligência e é defensivo, não conseguiram replicar esta opinião em seu trabalho com 163 estudantes universitários, diferenciando um conjunto de estudantes com muita informação religiosa.

## 7. Sugestionabilidade e Dependência

ARGYLE e BEIT-HALLAHMI (1975), revisando 13 estudos, concluíram haver forte correlação entre religiosidade e sugestionabilidade, além das pessoas mais religiosas serem mais dependentes e submissas, o que também foi referendado por DITTES (1969). GARTNER et al. (1991) concluem que as evidências sobre sugestionabilidade são fortes, pois há unanimidade nos achados e diversidade nas medidas, que incluíram, além de testes psicológicos, medidas psicomotoras e comportamentais. Entretanto, em relação à dependência e submissão, os resultados são contraditórios, pois há pelo menos dois trabalhos com opinião divergente a respeito.

## 8. Autorrealização e Autoestima

GARTNER (1981), em revisão de 15 estudos, encontrou significativa correlação negativa entre compromisso religioso e autorrealização. Entretanto, todos esses estudos utilizaram o “Personal Orientation Inventory” (SHOSTROM 1974), que é baseado em pressupostos que penalizam sujeitos com crenças religiosas tradicionais. Por exemplo, a pessoa que responde afirmativamente ao item “I am orthodoxly religious” recebe uma avaliação menor em autorrealização. Pontos são também retirados por crenças na natureza humana má, e nos valores benéficos do arrependimento, controle de impulsos e autossacrifício. É necessário, pois, cuidado ao se interpretar o significado destes resultados.

Em relação à autorrealização, foi encontrada por WATSON et al. (1984) uma relação também curvilínea. Os achados são consistentes, mas sua interpretação é enviesada pelos valores contidos no instrumento.

Em relação à autoestima, GARTNER et al. (1991) revisaram a literatura, e encontraram sete estudos que mostravam que compromisso religioso aumentava a autoestima; cinco, que mostravam o contrário, e dez que mostravam não haver relação.

WICKSTROM E FLECK (1983) mostraram que autoestima está negativamente associada com religião do tipo consensual ou extrínseca. A linguagem religiosa com termos como pecado, necessidade de redenção, falhas humanas, pode também ser mal interpretada pelo pesquisador não familiarizado, que pode confundi-la com culpa e caracterizá-la como falta de autoestima.

## 9. Filiação Religiosa

DALGALARRONDO e GATTAZ (1992) avaliaram 300 admissões consecutivas em uma enfermaria psiquiátrica da Universidade de Campinas, relacionando duração da internação com dezesseis variáveis clínicas e demográficas. Pacientes filiados à Igreja Pentecostal apresentaram internações de duração mais curta (15.9 +/- 9.9 dias) que pacientes católicos (21.3 +/- 15.9 dias). ( $P < 0.05$ ). Isto foi atribuído à prática religiosa mais intensa, maior controle social e melhor sistema de apoio.

O principal estudo sobre este tema foi o de SLATER (1947), analisando a denominação religiosa de 9354 militares não-comissionados internados em uma enfermaria psiquiátrica na Inglaterra, durante a Segunda Guerra Mundial, comparando-as com as internações de 4.202 pacientes em enfermarias gerais. Membros do Exército da Salvação e da religião judaica apresentaram uma probabilidade maior de ter uma crise nervosa ("breakdown") que anglicanos, católicos e metodistas. Outros estudos encontraram resultados diferentes, o que foi explicado pela diferente taxa de procura rápida de tratamento entre as diversas denominações religiosas, e diferentes condições econômicas e sociais entre elas. Por exemplo, judeus procuram mais psicanálise que católicos e protestantes, apresentando talvez atitude mais favorável em buscar tratamento psicológico e ao fato de grande proporção de profissionais pertencer a esta religião nos Estados Unidos (ARGYLE e BEIT-HALLAMY, 1975).

Os trabalhos que mostraram maior prevalência de neuroses entre judeus foram criticados, com a demonstração que esta é maior nas classes alta e média, onde indivíduos desta religião estão situados (ARGYLE e BEIT-HALLAHMY, 1975).

## 10. Orientação Religiosa e Saúde Mental

ROKEACH (1960) concluiu que os religiosos quando comparados com os não religiosos eram mais tensos, ansiosos e com mais sintomas, de acordo com o teste "Welsh Anxiety Index."

STARK (1971) criou um índice de desconfiança neurótica (incapacidade patológica de manter padrões normais de interação ou contato com outras pessoas), e observou que quanto maior o índice de desconfiança neurótica, menor a probabilidade de a pessoa ter um alto índice de ortodoxia religiosa ou de frequentar a igreja semanalmente. Controlando sexo, idade e classe social, estes resultados não se alteraram. Concluiu, afirmando que não importa a maneira como psicopatologia é avaliada, sempre haver uma correlação negativa com compromisso religioso.

Em pesquisa de opinião pública pela Universidade de Chicago, um índice medindo inadequação psíquica foi correlacionado com ortodoxia religiosa (crença na existência de deus, crença em uma vida após a morte e na existência do diabo) e nenhuma relação foi encontrada. A associação entre frequência a cultos religiosos e inadequação psíquica também foi pesquisada e o mesmo resultado se repetiu. Em todos os grupos religiosos, com exceção dos protestantes com frequência moderada a serviços religiosos, o índice de inadequação psíquica foi mais baixo. Entre os protestantes que frequentavam a igreja pelo menos uma vez por semana, também não foi encontrada associação (ARGYLE e BEIT HALLAMY, 1975).

BERGIN (1983) encontrou 23% dos estudos revisados apresentando relação negativa entre religião e saúde mental, 30% nenhum relacionamento e 47% uma relação positiva.

BERGIN (1983) fez um trabalho com meta-análise, onde os estudos selecionados deveriam conter uma medida de religiosidade e uma medida de patologia clínica. De cem trabalhos publicados até 1979 sobre o assunto, apenas 24 obedeciam os critérios estabelecidos. A maioria dos trabalhos mostrou relação positiva entre religião e saúde mental. Quando considerou o grau de significância estatística, vinte e três medidas de religiosidade não mostraram relacionamento significativo com patologia, cinco mostraram relacionamento positivo e duas, negativo. Interpreta seus dados como contrários à opinião de que a religião é prejudicial à saúde mental, mas que o efeito real não é claro devido a limitações nas medidas e metodologias utilizadas.

LARSON et al. (1989) compararam e contrastaram as porcentagens de filiações religiosas especificadas em amostras de estudos sobre saúde mental com porcentagens apresentadas pela população geral. Classificaram as religiões em Católica Romana, Judaica, Protestante, outra denominação, nenhuma religião. Nas pesquisas populacionais norte-americanas, 27% da população foi identificada como católica, mas nos estudos psiquiátricos este número foi de 35%. A população judia compõe 2.5% do total, mas nos estudos psiquiátricos eram 13 a 15%. Os protestantes são 60% da população americana, mas são apenas 50% nos estudos comunitários e 32% da população psiquiátrica. Explicam estes dados pelo fato de muitos protestantes conservadores recusarem os serviços de saúde mental e criticam os estudos psiquiátricos pela medida inadequada da variável religiosa, pois não há uma abordagem padronizada da filiação religiosa, e nenhum estudo, até então, havia notado esta discrepância epidemiológica.

LARSON et al. (1992), revisaram artigos publicados em duas das mais importantes revistas científicas da área de saúde mental, "American



Journal of Psychiatry” e no “Archives of General Psychiatry”. Todos os selecionados mediram compromisso religioso (participação em serviços religiosos, apoio social, oração e relacionamento com deus) no período de 1978 a 1989. Classificaram as variáveis religiosas de modo semelhante a CRAIGIE et al. (1990), excluindo medidas de denominação:

- a. cerimônia religiosa (participação em cerimônias, sacramentos, ou rituais),
- b. importância pessoal (objetivo pessoal, valores, crenças e Ética),
- c. uso da religião ou igreja como apoio social,
- d. oração (oração ou prática devocional religiosa pessoal),
- e. relacionamento com deus (importância da experiência ou relacionamento pessoal com deus),
- f. religião como fonte de significado,
- g. indeterminado (uso do termo religião ou religiosidade sem outra especificação).

Encontraram 139 medidas de compromisso religioso, e em 50 (36%), os estudos haviam incluído uma associação entre compromisso religioso e saúde mental. Setenta e dois por cento (72%) apresentaram uma associação positiva, 16%, negativa e, em 12%, a associação foi neutra ou sem significado estatístico. As categorias “Indeterminada” e “Fonte de significado religioso” foram responsáveis por 7 dos 8 resultados negativos e por 5 dos 6 resultados não significativos. As outras quatro categorias, em 92% dos casos estiveram associadas a benefício, 4% eram neutras e 4% mostraram malefício. Os autores concluem que ao contrário do que é pensado, o compromisso religioso foi benéfico à saúde mental, principalmente quando a religião é definida em termos operacionais (apoio social, prática religiosa e experiência de relacionamento com Deus). Quando as variáveis são mal definidas ou se referem à importância do significado que a experiência religiosa provê, o resultado é a ausência de associação ou associação negativa. Interessante notar que a maioria dos profissionais de saúde mental considera que o papel da religião é o de oferecer significado. O que os dados demonstram é que o que realmente é importante e benéfico é a frequência a serviços religiosos, ter um relacionamento com Deus, e o apoio social que a religião traz (LARSON 1993).

## 11. Homossexualismo

As discussões médica e religiosa acerca da homossexualidade seguem caminhos paralelos.

Alguns grupos religiosos condenam a homossexualidade, considerando-a pecado, comportamento anti-religioso e excluem o homossexual do âmbito da comunidade religiosa. Outros advogam a adoção de práticas e estilo de vida homossexuais e a criação de igrejas para homossexuais. Um meio termo tem sido buscado por diversas igrejas e denominações cristãs que estão abertas para aceitá-lo, diferenciando orientação do comportamento e aceitando o comportamento homossexual responsável, recomendando, assim, que sejam bem-vindos às comunidades religiosas e que possam nelas exercer os seus dons, podendo ser ordenados ministros, como qualquer pessoa.

A visão psiquiátrica também é polarizada. Alguns a consideram um problema do desenvolvimento da identidade psicossocial, recomendando diversas intervenções para mudar esta orientação (tratamento hormonal, modificação de comportamento, psicanálise etc.). Esta visão tem sido desafiada, pois, para outros, a homossexualidade é uma variante normal da sexualidade humana, não sendo necessária uma intervenção terapêutica. O alvo da orientação psicológica é tornar a orientação, o comportamento e o estilo de vida homossexual como desejáveis e aceitos.

PATTISON e PATTISON (1980) examinaram os relatos de mudanças profundas de orientação sexual após conversão religiosa. Há grande controvérsia sobre se a orientação homossexual é mutável ou não, e a reação social a isto deverá variar conforme esta resposta.

PATTISON e DURRANCE (1986) estudaram um grupo religioso de autoajuda constituído por “ex-homossexuais”, que oferecia um programa de “recuperação”. Aceitavam a homossexualidade como uma situação humana que não impedia a filiação, compromisso e participação religiosas, ao mesmo tempo em que não apoiavam o comportamento e o estilo de vida homossexuais. O grupo afirmava que seus participantes mudavam sua orientação sexual e, se isto é verdadeiro, há muitas implicações para o campo da saúde mental e para a compreensão da orientação sexual. Cem questionários de autoavaliação foram distribuídos a participantes por tempo prolongado, em 20 grupos deste movimento em diferentes cidades. As cinquenta respostas obtidas foram classificadas em duas categorias:

- Dois-terços foram considerados “resultados bem sucedidos”; porém, sem que tivessem conseguido mudar sua orientação sexual. Descreviam-se como homossexuais celibatários, aprendendo a viver como heterossexuais. Eram bem sucedidos em seguir o estilo de vida prescrito pelo grupo, mas o homossexualismo continuava a ser sua preferência psicológica.

- Quinze pessoas afirmaram haver mudado a orientação sexual e, destes, catorze haviam passado para uma posição exclusivamente heterossexual (0-1 na escala de orientação sexual de Kingsley). Oito estavam casados, e a maioria relatava grande satisfação sexual. Os solteiros mantinham encontros e namoros heterossexuais. O critério de mudança de orientação estável e não conflituosa (ausência de sonhos, fantasias, impulsos homossexuais) estava presente em seis sujeitos casados e, provavelmente, em três solteiros. Seguimento de seis anos conseguiu localizar onze dessas pessoas, sendo que alguns haviam retomado a antiga orientação homossexual, alguns flutuavam e alguns mantinham a orientação heterossexual. Assim, para a maioria não ocorreu mudança de orientação ou estas não foram permanentes.

Faz parte da ideologia deste grupo um conceito de cura semelhante ao dos “Alcoolistas Anônimos”, ou seja, vêem-se como tendo adquirido um estilo de vida não homossexual estável, mas questionam sua capacidade de mudar totalmente sua orientação sexual psíquica.

## 12. Síntese

LUKOFF et al. (1992) revisaram a literatura de pesquisa, concluindo que a psiquiatria ignora extensamente a religião, o que o teólogo HANS KUNG (1990) denominou a repressão da religião na prática psiquiátrica. O desdém pela religião não tem base, conforme demonstram os estudos mais recentes, que não mostram associação de psicopatologia e religiosidade em população de não pacientes. Pelo contrário, a associação é entre saúde mental, maior felicidade e satisfação, com religiosidade.

PFEIFER e WAELTY (1995) estudaram 44 pacientes internados em uma clínica psiquiátrica de Basileia, na Suíça, com os diagnósticos de depressão, transtornos ansiosos e transtornos de personalidade, e um grupo-controle recrutado entre membros de um coral, grupo de estudo bíblico e estudantes da Universidade da Basileia, pareados segundo religiosidade e nível educacional e social. Todos responderam a um conjunto de questionários compostos pela Escala de Allport e Ross sobre orientação religiosa, quinze itens escolhidos de um estudo alemão sobre neurose, depressão, religiosidade e atitudes religiosas, e o Inventário de Personalidade de Eisenck. Os achados não mostraram qualquer correlação entre neuroticismo e religiosidade. Satisfação com a vida correlacionou-se negativamente com neuroticismo e, positivamente com compromisso religioso.

A experiência mística é, na verdade, sinal da saúde e agente poderoso de transformação. As pessoas que as relatam têm escore menor em

escalas para medir psicopatologia, e maior em escalas para bem estar, que os controles. A religião tem o potencial de promover uma saúde mental positiva, mas estudos longitudinais a respeito têm, ainda, que ser conduzidos.

# Capítulo 9

---

## Religião e Transtornos Mentais

### Relação entre religiosidade e quadros psiquiátricos específicos:

#### 1. Psicoses

Pessoas com psicose frequentemente expressam suas vivências através de conteúdo religioso.

A frequência de delírios religiosos correlaciona-se fortemente com o compromisso religioso da população em geral, sugerindo um fator cultural determinando o conteúdo dos delírios, mais que um efeito individual (GARTNER et al., 1991).

Apesar de não haver dados sólidos, algumas evidências mostram que o conteúdo religioso e místico pode ser um agravante e um sinal de risco em pacientes psicóticos. Por exemplo, GOLDENBERG e SATA (1978) discutem dois casos clínicos que seguiram literalmente a prescrição bíblica contida em Mateus 5:29-30:

*“Portanto, se o teu olho direito te escandalizar, arranca-o e atira-o para longe de ti... e se a tua mão direita te escandalizar, corta-a e atira-a para longe de ti.”*

ANDREASEN e NOYES (1975) levantaram os dados de pacientes internados em uma clínica para queimados, cujo diagnóstico foi tentativa de suicídio por queimadura. Dos 14 sujeitos identificados, entrevistaram pessoalmente cinco, conseguiram relato escrito de outro e os prontuários dos demais, com diagnósticos baseados na segunda edição da Classificação Norte Americana de Transtornos Mentais (DSM II). Nove pacientes eram psicóticos e dois estavam intoxicados no momento da tentativa. Religiosidade foi o tema mais frequente dos delírios, alguns achavam que mereciam punição pelos seus pecados, ou que deus os havia abandonado, outro agiu baseado na instrução vinda das alucinações auditivas, que foram interpretadas como vindas de Deus. Concluíram que comportamentos autodestrutivos associados à esquizofrenia crônica podem estar relacionados a fatores culturais, no caso religiosos, e deve-se estar atento à sua presença, para prevenir eventuais tentativas de suicídio.

KLAF e HAMILTON (1961), comparando delírios de dois períodos históricos diferentes, demonstraram a influência cultural. No século XIX, era mais frequente o conteúdo religioso; no século XX, embora menos presente, permanecia entre membros de classe social mais baixa, onde crenças fundamentalistas e intensa religiosidade são mais comuns (ARGYLE e BEIT-HALLAHMY, 1975).

Os trabalhos empíricos sobre o tema são esparsos, eis algumas das observações:

O nível de compromisso religioso de esquizofrênicos é menor que o da população (COTHRAN e HARVEY, 1986; WALTERS, 1964) e se correlaciona negativamente com psicoticismo.

Altas taxas de esquizofrenia foram encontradas entre católicos, mas isto, provavelmente, relaciona-se a uma carga genética maior em alguns grupos étnicos (GARTNER et al., 1991).

Participação religiosa teve efeito positivo na recuperação de esquizofrênicos com menores taxas de internação e redução de diversos outros sintomas psiquiátricos (CHU e KLEIN, 1985; GARTNER et al., 1991). VERGHESE et al.(1989) observaram na Índia em estudo prospectivo que aumento de atividades religiosas correlaciona com melhora da evolução da esquizofrenia.

## **2. Depressão**

FARR e HOWE (1932) tentaram justificar a ideia de que religião estaria associada a psicoses afetivas (ARGYLE e BEIT-HALLAHMY, 1975). Examinando 500 pacientes internados, encontraram 13.5% cuja doença

tinha um conteúdo religioso claro. Destes, 64% receberam um diagnóstico de mania ou depressão, proporção maior do que a verificada entre pacientes sem este conteúdo, pois destes, apenas 50% receberam este diagnóstico.

Duas revisões procuraram estudar a relação entre depressão e religiosidade:

GARTNER et al. (1991) encontraram quatro estudos com uma relação negativa entre depressão e compromisso religioso.

STACK (1992) revisou os trabalhos sobre religião e seu efeito sobre a depressão, concluindo que esta, em geral, mostra um efeito benéfico. Entretanto, há falta de representatividade nas amostras estudadas (estudantes, idosos, mulheres de meio rural, mulheres mórmons, habitantes do meio oeste dos Estados Unidos, etc.), sendo necessários estudos epidemiológicos com melhor planejamento.

SPLENDLOVE et al. (1984) mostrou que pessoas que iam pouco à igreja tinham uma probabilidade duas vezes maior de ter depressão, mas este resultado tornou-se estatisticamente não significativo quando educação, cuidados do cônjuge, saúde e renda foram controlados. PALINKAS et al. (1990) identificaram que pertencer a uma igreja protegia os sujeitos de depressão.

Um único estudo encontrou alta prevalência de depressão em indivíduos religiosos. Foi conduzido entre adolescentes tibetanos e pode ter sido influenciado por variáveis transculturais (GUPTA, 1983).

### **3. Suicídio e tentativa de suicídio**

#### **3.a. Suicídio**

O trabalho clássico de DURKHEIM (1897) foi o ponto de partida para os estudos sociológicos acerca do suicídio. Para Durkheim, duas dimensões integradoras da religião são as crenças e as práticas. Quanto mais numerosas e fortes forem estas dimensões, maior será a integração da pessoa à vida do grupo e menor será a probabilidade de suicídio. A participação do indivíduo no grupo dá à vida maior sentido, provê significado através da devoção a outros, fornece uma ideologia, distraíndo a pessoa de problemas pessoais que poderiam, em outras circunstâncias, liberar tendências suicidas.

Durkheim usou a filiação religiosa como medida de integração, apresentando a ideia que protestantes teriam menor integração que católicos, pois apresentavam menos rituais e crenças coletivas (por exemplo: não comer carne às sextas-feiras, confissão, frequentar a igreja compulsoria-

mente todas as semanas, normas contra divórcio e novo casamento, proibição de mudar de religião). Analisando os dados de cinco países, concluiu que a taxa de suicídio entre protestantes era 50% maior que entre católicos. Nos países católicos, a participação religiosa evitaria a anomia, pela maior possibilidade de integração, pois esta religião requer contatos mais frequentes com outros através dos sacramentos, confissão e o ato de ir à missa, enquanto que a religião protestante, por ser mais individualista, não requereria tanta interação social, e, assim, não proveria uma maneira de evitar o suicídio.

Alguns trabalhos corroboraram a visão de Durkheim:

- HALBWACHS (1930), reanalisando os dados de Durkheim e os de outras fontes, concluiu que a taxa de suicídio entre protestantes era duas ou três vezes maior que entre católicos, na Irlanda e Estados Unidos.
- Uma comparação internacional mais recente sobre taxas de suicídio na Europa manteve o perfil de Durkheim. As taxas mais baixas foram encontradas na Espanha, Irlanda e Polônia, países predominantemente católicos (KRAMER et al., 1972).
- STENGEL (1964) notou que em países predominantemente protestantes, os católicos, judeus ortodoxos e muçulmanos tinham taxas menores de suicídio, sugerindo que a variável discriminante era religiosidade e não a filiação religiosa. As minorias teriam maior coesão e integração.
- Nos Estados Unidos, judeus têm as menores taxas e protestantes, as maiores, apesar de ser difícil determinar isto com acurácia, pois os atestados de óbito não contêm informações sobre a religião (ARGYLE e BEIT-HALLAHMI, 1975).
- As pessoas sem religião têm maior probabilidade de suicídio, enquanto que as que pertencem a grupos pequenos e coesos têm menos propensão que a média. Isto pode se dar devido ao fato que as grandes denominações não parecem inspirar altos níveis de religiosidade, se comparados às denominações menores e às seitas e cultos. Grupos menores têm uma disciplina mais intensa, algumas vezes imposta pela reação da cultura dominante acerca dos movimentos minoritários ou estrangeiros (JARVIS; NORTHCOTT, 1987).

STACK (1992) revisou trabalhos que questionavam as conclusões de Durkheim:

- Três regiões geográficas onde a taxa de suicídio entre católicos era maior que a dos protestantes não foram avaliadas.



- Não foi utilizado controle para desenvolvimento econômico, apesar das regiões católicas serem menos desenvolvidas que as protestantes.
- Pequena porcentagem da população é membro da Igreja Anglicana, não podendo ser esta a responsável pela alta taxa de suicídios na Inglaterra (STARK et al., 1983).
- Quando se controla a modernização e a taxa de divórcio, as diferenças entre as nações desaparecem.
- Alguns trabalhos norte-americanos, comparando católicos e protestantes, também não mostram o catolicismo protegendo contra suicídio (BANKSTON et al. 1983; STACK, 1992).
- Além disso, entre protestantes, há diferenças na taxa de suicídio, com os luteranos, metodistas e batistas do sul apresentando taxa menor.

ARGYLE e BEIT-HALLAHMI (1975), na sua revisão, encontraram alguns trabalhos que corroboravam as conclusões de Durkheim (1897), mas opinaram que o papel da religião não é tão importante quanto o de outros indicadores sociais.

KRAMER et al. (1972) avaliaram os dados sobre países europeus, classificando-os numa tabela 2 X 2, segundo a religião que predominava no país, e alta ou baixa prevalência de suicídio (consideraram como alta a taxa acima de 10 suicídios por 100.000 habitantes). Os países distribuíram-se igualmente entre as quatro células da tabela, sugerindo que a religião seria apenas uma das variáveis e que outras variáveis, como índices econômicos, sociais e políticos poderiam ter papel importante. Especialmente a industrialização parece ser relacionada ao aumento da taxa de suicídio e à diminuição da taxa de homicídio, a despeito da religião predominante no país.

Assim, os estudos mais antigos parecem ser mais claros em encontrar uma diferença interdenominacional na propensão ao suicídio. Uma explicação teórica acerca das diferenças entre as conclusões de Durkheim e os dados atuais encontra-se no fato de que os níveis de integração entre católicos diminuíram nos últimos anos, havendo, como consequência, convergência das taxas de suicídio.

Os resultados contraditórios, obtidos pela operacionalização do conceito de religião em termos de filiação religiosa, levaram à hipótese que religiosidade ou compromisso religioso teriam maior efeito e validade (JARVIS e NORTHCOTT, 1987).

COMSTOCK e PARTRIDGE (1972) observaram que os que não frequentavam a igreja ou o faziam irregularmente tinham uma chance quatro

vezes maior de cometer suicídio, quando comparados aos que iam à igreja frequentemente. A menor frequência a serviços religiosos foi capaz de prever suicídio melhor que outros fatores, como, por exemplo, desemprego (GARTNER et al., 1991). Este tipo de medida pode ser criticado, pois a baixa frequência pode ser apenas um reflexo de uma integração pessoal que está se deteriorando (ARGYLE e BEIT-HALLAHMI, 1975).

Usando produção de livros religiosos como critério para avaliar a religiosidade de uma população, e estudando 25 países diferentes, STACK (1983) mostrou que quanto maior a religiosidade, menor a taxa de suicídio. Entretanto, quando alguns desses países foram avaliados ao longo do tempo, esta relação não se manteve (STACK 1992).

JACOBS (1967), estudando cartas deixadas por suicidas, mostrou que muitos, antes do ato, lutam com as convicções religiosas.

GARTNER et al. (1991) em sua revisão encontraram doze trabalhos que, sem exceção, relatavam uma relação negativa entre religiosidade e suicídio, menos impulsos suicidas, e uma atitude mais negativa em relação ao suicídio.

STACK et al. (1994), analisando dados de uma amostra americana de 9421 entrevistados, investigaram a relação entre religiosidade, feminismo e atitude em relação ao suicídio. Para mulheres, religiosidade e feminismo correlacionaram-se negativamente, refletindo a impressão de que as denominações cristãs tradicionais possuem acentuada discriminação em relação ao gênero. Pouca religiosidade e feminismo diminuiriam a chance de considerar o suicídio como opção.

STACK (1992) sintetiza os achados sobre a relação entre religião e suicídio: Rituais e crenças religiosas têm participação importante na sua prevenção. Outras medidas de religiosidade como frequência a serviços religiosos, pertencer a uma comunidade religiosa, e força da crença e da organização forneceram resultados mistos, mas, em geral, apoiando a ideia de que a religião diminui a taxa de suicídio. Outros acham que o compromisso religioso é o aspecto-chave da prevenção, e outros ainda consideram como tal, a organização religiosa (estrutura hierárquica, laços grupais).

### **3.b. Tentativa de suicídio**

Os trabalhos empíricos apresentam resultados contraditórios.

ARGYLE e BEIT-HALLAHMI (1975) investigaram a hipótese de que a religião poderia deter o suicídio, concluindo, ambigualmente, que:

- protestantes não apresentam uma taxa maior de tentativas que católicos,

- nem a filiação religiosa, nem o grau de religiosidade parecem estar relacionados de modo significativo à tentativa de suicídio, apesar de pessoas religiosas terem menor probabilidade de cometê-lo.

Outros estudos sobre religião e tentativa de suicídio encontraram:

- Entre 180 casos de tentativa de suicídio em Glasgow, na Escócia, foi observada representação de católicos e protestantes proporcional à população (BALFOUR e HAMILTON 1963).
- Já JARVIS e NORTHCOTT (1987), entretanto, verificaram número desproporcional de católicos.
- EPPS (1957) estudando, em Londres, mulheres presas por tentativa de suicídio, salientou que as que relatavam possuir uma filiação religiosa eram, na verdade, indiferentes à religião, esta parecia não ser importante em suas vidas. Isto sugeriu que religiosidade e não filiação religiosa seria a variável mais importante (JARVIS e NORTHCOTT, 1987).
- MORPHEW (1968), estudando 50 casos de tentativa de suicídio, disse que a religiosidade não era diferente da população geral, concluindo que, para a tentativa de suicídio, personalidade e fatores sociais eram mais importantes que a atitude religiosa.
- Na mesma denominação, pacientes suicidas e controles não suicidas não diferiam quanto à religiosidade. Religião parece ser um inibidor do comportamento suicida, somente se a importância desta estiver acima da média para o indivíduo. Religiosidade parece não ser o fator mais importante, mas sim crer em deus (KRANITZ et al. 1968).
- Também há discordância entre os estudos sobre suicídio e tentativa de suicídio que não apresentam altas taxas nos protestantes (JARVIS e NORTHCOTT, 1987).
- NELSON (1977), estudando aceitabilidade do suicídio, observou que indivíduos idosos institucionalizados têm menor probabilidade de aceitar sentimentos autodestrutivos, quando religiosos.
- HOELTER (1979), estudando cinco dimensões de religiosidade (ortodoxia, subjetiva, crença em um ser supremo, frequência a igreja na infância e atual), observou que, entre estudantes universitários, todas correlacionam-se negativamente com a aceitabilidade do suicídio.

#### **4. Transtornos Ansiosos**

A religião tem o potencial, tanto para aumentar, como para diminuir a ansiedade, dependendo de fatores socioculturais, situacionais ou individuais. Os achados acerca da relação da religião com ansiedade

são difíceis de avaliar, pois os estudos são, em sua maioria, transversais; portanto, fatores socioculturais e psicológicos podem ser tanto causa, quanto consequência de crenças ou comportamentos religiosos (PRESSMAN et al., 1992).

SANUA (1969) e BERGIN (1983) encontraram relações ambíguas, ora com mais, ora com menos ansiedade. GARTNER et al.(1991) encontraram dez artigos a respeito, quatro mostrando que pessoas religiosas eram mais ansiosas, três onde eram menos ansiosas, e três que mostram não haver relação entre ansiedade e religião. Estes resultados contraditórios são explicados, possivelmente, pelas diferentes definições de religião utilizadas, pois a religião intrínseca parece diminuir a ansiedade, enquanto a extrínseca parece aumentá-la (BERGIN et al., 1987). Idade parece também ser um fator importante, com o efeito benéfico da religião sendo maior quanto mais avançada esta for (KOENIG et al., 1988).

A religião ocupa-se, frequentemente, da ansiedade em relação à morte ou medo da morte. GARTNER et al. (1991) revisou a literatura científica sobre o tema e, novamente, encontrou resultados contraditórios. Seis estudos mostraram menos medo de morrer em indivíduos religiosos, três encontraram maior medo de morrer, e cinco nenhuma relação. Uma explicação possível para isto é uma relação curvilínea entre compromisso religioso e ansiedade diante da morte. Os moderadamente religiosos sentem maior ansiedade, enquanto que os mais e não religiosos, sentem menor medo de morrer (DOWNEY, 1984; McMORDIE, 1981). PRESSMAN et al.(1992) criticaram a metodologia destes estudos, principalmente quanto à adequação da amostra e das medidas utilizadas.

## **5. Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)**

Obsessões ou escrúpulos são conhecidos da vida religiosa, muito antes de se tornarem parte da psiquiatria. O significado original de obsessão é “atuação exterior do diabo ou espírito maligno”.

LEWIS (1936) observou que os quatro principais temas das obsessões eram maldade, prejuízo, sexo e religião. Não é claro, entretanto, o grau de influência que fatores religiosos exercem sobre o TOC, se são parte da causalidade, ou apenas da sintomatologia.

FITZ (1990) revisou a literatura com três objetivos específicos:

- a. Saber se a religião predispõe ao desenvolvimento de TOC;
- b. Quais os fatores familiares envolvidos neste transtorno e como eles interagem com os fatores religiosos para influenciar seu curso e evolução,

c. Que tipo de estudos devem ser feitos para que se tenha uma visão clara sobre o relacionamento entre religião e TOC.

Observou que muitos dos estudos que avaliaram os fatores religiosos no TOC limitaram-se apenas à informação demográfica, mais especificamente denominação religiosa. Os estudos não têm grupo controle, nem comparam a distribuição dos grupos religiosos da amostra com a distribuição na população.

AKHTAR et al. (1975), na Índia, observaram que a filiação religiosa de sua amostra de 82 obsessivos diferia pouco da filiação da área em que foi captada.

RAPOPORT et al. (1981), em estudo com nove crianças com TOC, notaram que duas tinham pelo menos um dos pais com tendências religiosas extremistas, o que, apesar de nada provar, é consistente com a ideia de que fatores religiosos e ambientes domésticos rígidos e perfeccionistas podem produzir culpa excessiva e medo nas crianças, o que poderia facilitar o TOC.

RASSMUSSEN e TSUANG (1986), estudando 44 pacientes com TOC, notaram que a filiação religiosa era semelhante à da área de captação, “mas que muitos possuíam em casa uma orientação religiosa excessivamente estrita, que subseqüentemente participa dos pensamentos obsessivos e rituais compulsivos.”

GREENBERG (1984, 1987) e GREENBERG et al. (1987) apresentaram diversos relatos de casos com clientes judeus, acompanhados em clínica de saúde mental no norte de Jerusalém. Nesta região, com forte presença ortodoxa, 30% dos pacientes com TOC apresentaram sintomatologia ligada à religião. O tema das obsessões e compulsões parecia refletir os hábitos prevalentes e valores da cultura. Por exemplo, judeus ortodoxos com TOC, quando comparados com outros pacientes não ortodoxos apresentam, com maior frequência, sintomas relacionados às leis dietéticas e orações. Três dos pacientes não eram de famílias religiosas; o início dos sintomas ocorreu na época em que assumiram o compromisso religioso, e dois deles melhoraram com terapia comportamental. Isto pode sugerir que pessoas vulneráveis ao TOC podem encontrar nos rituais religiosos uma maneira de expressar sua doença. A religião não é o fator causal, mas foi incorporada ao problema. Os pacientes que vieram de uma criação religiosa não responderam ao tratamento, o que corrobora a ideia de RACHMAN (1983) de que ideias super-valoradas são resistentes à terapia comportamental.

A religião parece relacionar-se com o conteúdo do TOC em duas áreas principalmente: limpeza ou pureza, e liturgia.

- Diversas religiões prescrevem rituais para atingir ou permanecer em estado de pureza. Entre os judeus há regras quanto à dieta, oração, menstruação e limpeza. Os muçulmanos lavam partes do corpo três vezes antes das cinco orações diárias, trocam as roupas se estiveram em contato com fezes e urina, a mulher não deve orar ou jejuar durante o período menstrual. Para os hindus, os conteúdos têm relação com práticas religiosas, preocupação com sêmen e sangue menstrual, e excreta. A importância da pureza é exemplificada pela classe dos intocáveis, sendo que parte importante dos festivais são os banhos em lugares e épocas determinadas (AKHTAR et al.,1975).
- A liturgia engloba a oração e confissão. Protestantes podem ter pensamentos blasfemos ou de algum mal ocorrendo a alguém durante as orações. VERGOTE (1988) mostra como obsessões podem adquirir uma forma religiosa, trazendo culpa ao indivíduo com TOC e podendo fazer com que o indivíduo repita a confissão inúmeras vezes. A repetição de rituais e orações pela interferência de pensamentos repugnantes durante a sua realização é fenômeno também descrito.

Para FITZ (1990), os fatores religiosos podem se relacionar com o TOC de duas maneiras:

- pessoas que desenvolveram TOC à parte de uma influência religiosa, ou que têm uma predisposição ao TOC podem encontrar, no ambiente religioso ritualístico, uma maneira de expressar seus sintomas;
- pessoas que expressam suas obsessões e compulsões através da religião podem ter tido elementos religiosos envolvidos no desenvolvimento do transtorno, mais especificamente um ambiente doméstico rígido e autoritário com influência religiosa.

Apesar de haver alguma evidência de que fatores religiosos e familiares, no caso, pais rígidos e excessivamente exigentes e religiões estritas e ritualísticas, possam predispor uma pessoa ao TOC, os resultados são inconclusivos, uma vez que é difícil, numa doença tão complexa e heterogênea, determinar o papel dos fatores ambientais na etiologia. A maioria dos trabalhos não tem grupo controle ou amostra adequada, são discussões de caso, não incluem medidas e não encaram a religião como um fenômeno multidimensional. Em síntese, se algum fator religioso possui algum papel no TOC, não se sabe qual é, nem como está envolvido.

## **6. Transtornos dissociativos**

### **6.a. Possessão**

BOURGUIGNON e EVASCU (1977) em 488 sociedades estudadas encontraram evidências de estados de transe ou possessão em 90%.

Em algumas culturas, a possessão faz parte da estrutura religiosa, é encorajada como uma experiência mística ou divina que une o ser humano aos deuses, apoiando a cosmologia cultural e oferecendo benefícios psicológicos ou sociais. Em outras, a possessão é percebida como intrusão maligna de seres espirituais que perpetuam a doença e a desgraça, podendo provocar até a morte, reiterando a associação entre eventos naturais e sobrenaturais (WARD, 1989).

LEWIS (1971) e WARD (1980) diferenciam dois tipos de possessão:

- Central - diferencia-se pela sua função social, sustentando a moralidade oficial, as tradições religiosas e o poder estabelecido. A possessão é ritual e temporária, geralmente voluntária e, usualmente, reversível. Toma a forma de transe (estado alterado de consciência), é exibida num contexto cerimonial religioso e atribuída ao poder de espíritos solidários ou acolhedores. A possessão ritual é terapêutica e de natureza ajustadora em termos fisiológicos, psicológicos e sociais.
- Periférica - Não fornece apoio direto ao código moral e aflige tipicamente membros de baixo status social, ou que ocupam posição marginal na sociedade. É, em geral, de longa duração e estável. A pessoa acredita estar possuída por um ou mais demônios, exibindo involuntariamente comportamentos que são atribuídos à influência dos espíritos. A condição é pontuada por estados alterados de consciência, mas, na maior parte do tempo, o indivíduo está lúcido. Ela pode ser indicadora de neurose, psicose ou transtornos de personalidade, ou interpretada como uma manobra psicológica, um protesto contra as pressões de papéis sociais restritivos e subordinadores, aflições pessoais e adversidades. É mais frequente entre mulheres casadas, pobres, com 20 a 35 anos de idade, e com pouca educação, embora também possa acometer mulheres idosas ou inférteis. Em geral, é uma resposta neurótica ligada à cultura para lidar ou reagir a conflitos ou estresse emocional grave. Ganhos secundários, em geral, estão presentes: escapar de uma realidade desagradável, fantasias de que desejos estejam sendo satisfeitos, diminuição de culpa e responsabilidade por comportamentos inadequados, manipulação de outros e afirmação de direitos (CHANDRA, 1980).

RUIZ e LANGROD (1976) notaram que, quando as pessoas estão passando por privação, impedidas de atingir um status econômico ou social, têm maior probabilidade de retornar às tradições étnicas originais para neutralizar os efeitos de um ambiente duro e repressivo.

YAP (1960) investigou 66 pacientes internados em Hong Kong que apresentavam a crença de possessão. Os diagnósticos incluíram histeria

(48.5%), esquizofrenia (24.3%) e depressão (12.2%) e, mais raramente, mania, delírium, paralisia geral, epilepsia e confusão senil. WARD e BEAUBRUN(1980), em 58 pacientes internados em Trinidad, encontraram esquizofrenia em 63.8%, reação psicótica aguda em 8.7%, e psicose induzida por drogas em 7%.

CARVALHAL RIBAS (1963) comparou os relatos medievais de obsessão e possessão com pacientes contemporâneos brasileiros diagnosticados como esquizofrênicos, mostrando suas semelhanças.

A cultura procura remediá-la ou tratá-la através de remédios folclóricos e, principalmente, através do exorcismo (WARD, 1989), o tratamento clássico para a possessão, visando libertar o corpo dos espíritos imundos. Desde a Idade da Pedra, encontram-se evidências de práticas exorcistas. Crânios com trepanação, por exemplo, provêem uma pequena abertura para que espíritos malignos escapem. As técnicas variam, mas, em geral, incluem oração, fórmulas de encantamento, purgativos, e, em casos extremos, açoites ou inanição, medidas que têm por objetivo tornar o corpo um lugar desagradável para o espírito maligno, motivando-o a sair.

## **6.b. Personalidade Múltipla**

Síndrome ligada à cultura, praticamente só encontrada na América do Norte.

BOWMAN (1989) revisou a literatura sobre religião e Personalidade Múltipla verificando que esta consiste apenas de relatos de caso, com referências breves sobre o “background” religioso ou acerca da sua associação com uma criação religiosa conservadora rigorosa e hipócrita. Observou que pacientes com Personalidade Múltipla frequentemente vêm de famílias cristãs fundamentalistas, com práticas religiosas rigorosas, punições, atmosfera rígida e formal do ponto de vista emocional ou sexual, autoritarismo e padrões perfeccionistas. Uma das personalidades do paciente frequentemente identifica-se muito com a religião fundamentalista, enquanto que a outra está engajada em outros costumes.

STERN (1984) notou que 6 de 8 pacientes com Personalidade Múltipla tiveram contato importante com a religião, sendo que quatro moraram em lares religiosos ultra-conservadores.

Uma das etiologias atribuídas à Personalidade Múltipla é o “Abuso Ritualístico Satânico”. Esta denominação sindrômica, utilizada pela primeira vez em 1984, causou grande controvérsia entre os profissionais norte-americanos que trabalhavam com abuso infantil (MULHERN, 1992). Alguns pacientes, ao relatarem suas memórias, foram identificados como



vítimas de rituais satânicos. Estes acontecem em seitas e cerimônias ocultas envolvendo crianças que foram geradas para propósitos ritualísticos, podendo ser sacrificadas, torturadas ou utilizadas sexualmente (ROGERS 1992), ou ter suas mentes controladas para manter contato com os cultos, ou seja, o culto deliberadamente cria as diferentes personalidades para servir seus objetivos, frequentemente, sem consciência da pessoa (SHAFFER e COZOLINO, 1992; GOULD e COZOLINO 1992). As duas últimas autoras entrevistaram 20 pacientes ambulatoriais que relatavam lembranças de abusos ritualísticos. Observaram que estes pacientes, ao iniciarem a terapia, tinham pouca ou nenhuma lembrança destes eventos. As sequelas psiquiátricas incluíram quadros dissociativos, transtornos afetivos, somatização e transtornos alimentares. GANAWAY (1992) critica estes artigos mostrando que, apesar de existirem cultos satânicos, não há nenhuma evidência destas práticas a eles atribuídas, o que foi extensivamente investigado pela polícia norte-americana. Os autores partiram de uma crença sem qualquer fundamento científico. Não há dados que corroborem nem a existência deste quadro clínico, nem a comprovação da contribuição de eventos traumáticos passados na sua origem.

BUCKY e DALENBERG (1992), em crítica mais contundente, após investigarem 433 profissionais de saúde mental de San Diego, Estados Unidos, concluíram que um grande número de alegações de abuso ritualístico satânico é gerada por um pequeno número de profissionais; os relatos estão relacionados ao nível pequeno de treinamento, tipo de licenciatura, e frequência prévia a uma conferência ou curso sobre este assunto.

ELLIS (1992) explica estes fenômenos através do conceito de “Ostension”, desenvolvido por Umberto Eco, e que se refere a momentos na comunicação oral em que as pessoas usam ações ao invés de palavras. Isto ocorre, por exemplo, em pânico coletivos, onde rumores sobre veneno na água, ou um dedo na garrafa de refrigerante circulam e levam as pessoas a atuar de acordo ou, quando algumas pessoas literalmente representam uma lenda. Ellis assinala que, na maioria dos casos de satanismo, não ocorre um fenômeno real de “ostension”, mas sim uma forma de ação que lembra a lenda, mas que não a representa totalmente. Assim, na “pseudo-ostension” alguém produz evidência de que a lenda aconteceu (por exemplo, adolescentes simulando e deixando evidências de que um ritual satânico ocorreu); na “quasi-ostension” ocorre a interpretação errônea de eventos naturais (por exemplo: lixo é interpretado como sendo prova da ocorrência de sacrifícios humanos); “proto-ostension” ocorre quando para chamar atenção, as pessoas atribuem a si mesmas uma história que presumivelmente ocorreu com outros (por exemplo, no Brasil,

na década de noventa, ter sua obturação transformada em ouro era considerada um sinal de bênção de deus, e, diversas pessoas, em igrejas evangélicas, mostravam seus dentes pretensamente dourados em reuniões de oração; ou pessoas que juraram ter visto cachorros mutilados pendurados em poste; apesar da polícia nada ter relatado).

### **6.c. Transtorno Psicogênico de Massas**

Termo usado como sinônimo de “histeria de massa”, “doença sociogênica das massas”, “psicose das massas”, “tarantism”, “dancing mania”. É definida como a ocorrência coletiva de constelação semelhante de sintomas físicos e crenças relacionadas, para os quais não há uma explicação patogênica plausível. A lista de sintomas possíveis é imensa, mas os mais comuns são hiperventilação, cefaleia, tosse, dor abdominal, náusea, vômitos, movimentos coréicos, tremor, anestesia, globo retroesternal, delírios, coceiras, eritemas, tontura e desmaios. A maior parte dos incidentes ocorre em ambientes sociais coesos e fechados como escolas, fábricas, conventos e hospitais. Começam tipicamente com um indivíduo apresentando queixas somáticas ambíguas de modo dramático. Outros membros do grupo, em geral mulheres ou adolescentes, passam a exibir os mesmos sintomas. Em geral, o episódio diminui de intensidade após uma pessoa com autoridade reassegurar às vítimas que o agente agressor não existe ou foi eliminado. O incidente pode durar algumas horas, ou até anos, em episódios recorrentes, como é o caso de demonopatias em conventos, ou até séculos, como é o caso do “Tarantismo”, ainda hoje presente na Itália. Rumores e publicidade através da mídia podem exacerbar a situação. O incidente é, em geral, precedido por uma atmosfera de tensão social e a presença de algum agente incomum, como um odor ou um inseto.

As primeiras explicações sempre envolveram um agente sobrenatural, estando as vítimas possuídas por espíritos malignos ou benevolentes. Os episódios terminavam quando os diabos eram exorcizados, ou uma ‘bruxa’ era identificada ou punida. O médico suíço Paracelsus foi o primeiro a afastar uma causa demoníaca para as epidemias de dança, descrevendo três tipos (Coreia imaginativa, lasciva e natural).

A ‘dancing mania’ foi denominada também de “Doença de São Vito”, após um grupo de 200 pessoas ter dançado sobre uma ponte no Rio Maas, Alemanha, em 1728, levando-a ao colapso, matando muitos participantes. Os sobreviventes foram tratados numa capela próxima dedicada a São Vito, e muitos se restabeleceram. Outras teorias revistas por BARTHOLOMEW (1994) envolvem fraude, resposta catártica, histeria,

contágio, ganhos secundários, perda parental precoce, transe hipnótico e protesto político.

## **7. Epilepsia**

Desde o século XIX, a literatura clínica relata a associação de religiosidade (ruminação religiosa, sintomas de culpa, personalidade anancástica e escrúpulos) como uma característica da personalidade epiléptica ou da epilepsia do lobo temporal.

GARTNER et al. (1991), em sua revisão, observaram que pacientes com epilepsia de lobo temporal relatam maior número de sentimentos e preocupações religiosas que controles, havendo alguma evidência de que algumas experiências religiosas são mediadas por atividade temporal.

## **8. Alcoolismo e Drogas**

Os primeiros trabalhos sobre o relacionamento entre religião e abuso de álcool focalizaram as diferenças entre denominações religiosas. Judeus possuíam os índices mais baixos e católicos, os mais altos (ARGYLE e BEIT-HALLAHMY, 1975). Apesar de protestantes em geral terem ficado em posição intermediária, paradoxalmente, os índices mais altos de alcoolismo foram encontrados entre os protestantes criados em lares ou denominações conservadoras que desencorajavam ou proibiam o seu uso. Isto levou à formulação da hipótese que tradições religiosas que modelam o uso controlado do álcool fornecem melhor proteção contra o alcoolismo.

ARGYLE e BEIT-HALLAHMI (1975) encontraram correlação negativa entre religiosidade pessoal, frequência à igreja e o uso de álcool nos quatro estudos que analisaram.

Em revisão de 20 estudos, feita em 1976, GORSUCH e BUTLER concluíram que a associação entre religiosidade (ser membro da instituição religiosa, participação ativa, desenvolvimento ou crescimento em um ambiente religioso, ou o significado da religião para a pessoa em questão) e o uso de substâncias era negativa. A presença de religiosidade prediz quem não usou drogas ilícitas, tanto em estudos prospectivos quanto retrospectivos.

Em estudos posteriores, este resultado se mantém, generalizando-se para múltiplos subgrupos demográficos, e com a utilização de diferentes medidas de religiosidade e de uso de substâncias (BENSON, 1992).

ADLAF e SMART (1985) procuraram examinar o impacto de fatores religiosos (filiação religiosa, frequência a serviços religiosos e sentimen-

tos de religiosidade) no consumo de diversas drogas (álcool, cannabis e outras drogas ilícitas e não ilícitas). A amostra foi constituída por 1.031 alunos e 1.035 alunas matriculados em escolas secundárias, com idades de 11 a 20 anos, escolhidos de uma população de 4.737 estudantes da província de Ontário no Canadá. Observaram que estudantes católico-romanos usavam menos maconha, substâncias não-médicas ou alucinógenas. Religiosidade e frequência à igreja estiveram negativamente associadas com consumo de drogas.

AMOATENG e BAHR (1986) estudaram o relacionamento entre diversas variáveis religiosas e familiares e o consumo de álcool e maconha entre adolescentes. Foram estudados 16.130 alunos de segundo grau, de 125 escolas representativas dos Estados Unidos. Participantes não brancos, do sexo feminino, e religiosos tinham um menor consumo de álcool. Sujeitos religiosos apresentaram menor consumo de maconha. Variáveis familiares tiveram pequeno efeito no uso de álcool e drogas.

Em Porto Rico (GARTNER et al. 1988), em estudo com 2.000 pessoas selecionadas aleatoriamente, concluíram que os que referiam não possuir filiação religiosa apresentavam maior taxa de alcoolismo, principalmente se fossem do sexo masculino.

GARTNER et al. (1991) revisaram 12 estudos mais recentes, e em 11, encontraram a mesma relação negativa entre várias medidas de compromisso religioso e uso de drogas. Além disso, encontraram evidência de que a frequência à igreja está mais fortemente associada à abstinência de drogas do que variáveis do tipo sentimento religioso (ADLAF e SMART 1985) e religiosidade dos pais (BURKETT 1977). Esta correlação negativa vale para adolescentes, alunos de faculdade, adultos de ambos os sexos, afro-americanos e hispânicos, nos Estados Unidos.

WUTHNOW (1978), comparando cinco orientações religiosas diferentes, observou que não religiosos relatavam maiores taxas de uso de substâncias que conservadores, liberais ou religiosos nominais (pessoas que apenas declaram ser de determinada religião, sem qualquer outro vínculo). Os que adotavam uma religião de orientação “experimental” com aceitação de ideias não convencionais (ocultismo e religiões orientais, por exemplo) relataram maior uso de drogas que os não-religiosos.

BENSON (1990), estudando dados de 47.000 alunos de escolas públicas, encontrou os principais efeitos sobre o uso de substâncias na frequência a serviços religiosos e na importância atribuída à religião. Resultados contrários a esta regra são raros, ocorrendo principalmente quando:

- o uso de substâncias é feito em pequena quantidade,
- a medida de religião utilizada é uma forma negativa de religiosidade (religião restritiva - grau em que a pessoa vê a religião como baseada em regras, autoritarismo e exigência por obediência (BENSON et al. 1987).

As medidas de religião mais empregadas são filiação religiosa, frequência a serviços religiosos e importância da religião na vida da pessoa. Outras medidas como religião dos pais, sentimento ou atividade religiosa, ortodoxia, participação em programa para jovens realizados em igrejas, comportamento devocional (oração e ler a Bíblia), e crença numa vida após a morte, também mantêm a correlação negativa.

A relação negativa está também associada a diferentes dimensões de orientação religiosa como as de GLOCK e STARK (1965), e vertical, horizontal e consoladora, de BENSON (1992), e intrínseca, que, surpreendentemente, foi usada em apenas um estudo (DONAHUE, 1985).

GARTNER et al. (1991) revisaram outros seis estudos e confirmam que os com maior envolvimento religioso têm menor probabilidade de usar ou abusar do álcool.

BENSON (1992) revisou também os trabalhos que, através de estatística multivariada, procuraram controlar variáveis que poderiam confundir os resultados. O efeito da frequência a serviços religiosos e a importância atribuída à religião se mantêm, mesmo quando idade, sexo, raça, região, educação, renda, tipo de escola, tamanho da comunidade, ausência ou presença do pai, nível educacional dos pais, mãe trabalhando fora, uso de maconha pelos colegas, relacionamento com os pais, desempenho na escola são controlados (LORCH e HUGHES, 1985; COCHRAN et al., 1988; BENSON e DONAHUE, 1989; BENSON 1992). Em um quarto estudo, um efeito independente da religião foi encontrado somente para protestantes conservadores (Bock et al. 1987).

BENSON (1992) conclui que a relação negativa entre religião e o uso de substâncias é persistente, mas tende a ser modesta, com pequenos valores encontrados na correlação. A correlação média com uso de álcool, tabaco e maconha está em torno de -0.20. As correlações com outras drogas são ainda menores. Variáveis religiosas tendem a não prever tão bem o uso de substâncias, enquanto aspiração acadêmica ou motivação para ser bem sucedido, frequência de socialização com colegas, frequência de uso de maconha pelos colegas, regras dos pais sobre uso de substâncias.

Duas são as explicações para o efeito da religião sobre a supressão do uso de substâncias: a função de controle social que a religião exerce,

desencorajando desvios, delinquência, e comportamentos autodestrutivos e o desenvolvimento de recursos pessoais (sucesso acadêmico, valores pró-sociais, competência social) e ambientais positivos (harmonia familiar, comunicação pais-filhos, apoio dos pais, apoio de outros adultos). O papel da religião contra o uso relaciona-se também ao grau em que estas normas se sobrepõem, ou são contrárias às normas culturais. Ou seja, a religião tem maior efeito quando há diferentes opiniões na sociedade sobre o uso da substância em questão; e menor efeito, se houver acordo com outros mecanismos de controle social desencorajando o uso. Não se sabe como a religião promove os recursos pessoais e sociais que agem na prevenção (BENSON, 1992).

BENSON (1992) mostrou que a literatura preocupou-se, principalmente, com o papel da religião em prevenir o início do uso de substâncias, preocupando-se pouco com o papel da religião em prevenir o uso problemático. A maioria das amostras estudadas foi de alunos de nível colegial e faculdade, o que limita a generalização dos dados. Seriam úteis estudos longitudinais em que mudanças da religiosidade pudessem ser relacionadas às mudanças nos padrões de uso.

Importante é que, apesar da extensa literatura disponível acerca do papel da religião no uso de substâncias, estes trabalhos não estão presentes nas principais revisões sobre o assunto, tendo, portanto, pouca influência no estabelecimento de políticas sociais, planejamento comunitário ou desenvolvimento de programas.

## 9. Síntese

GARTNER et al. (1991) afirmam:

*“À primeira vista, fica-se confuso com a pesquisa sobre o relacionamento entre religião e saúde mental, pois os resultados são mistos e contraditórios”.*

Para superar esta dificuldade procuraram dividir os trabalhos de acordo com quais aspectos da saúde mental estavam sendo avaliados. Analisaram cerca de 200 artigos recentes e as revisões prévias e concluíram que compromisso religioso tem:

- Uma relação positiva com saúde física, bem estar, prognóstico de doenças, satisfação conjugal, diminuição da mortalidade, menores índices de suicídio, menor uso de drogas e álcool, menos delinquência, menos depressão e menor taxa de divórcio.
- Uma relação ambígua ou complexa com ansiedade, psicoses, autoestima, transtornos sexuais, preconceito, inteligência e educação.

- Uma associação positiva com autoritarismo, dogmatismo, intolerância à ambiguidade, rigidez, sugestionabilidade, dependência, autorrealização e epilepsia do lobo temporal.

A maioria dos estudos que encontraram uma relação positiva entre religião e saúde mental, mediu saúde mental através de eventos da vida real, que podem ser observados diretamente, com confiabilidade e validade inquestionáveis: saúde física, mortalidade, suicídio, uso de drogas, abuso de álcool, delinquência e divórcio.

DONAHUE e BERGIN (1983) fizeram afirmação semelhante, onde, os artigos que associam religião com psicopatologia usam “medidas intrapsíquicas”; enquanto que, os que associam religião à saúde mental, usam medidas comportamentais.

ARGYLE e BEIT-HALLAHMI (1975) concluíram de maneira semelhante: “que religiosidade está relacionada à inadequação pessoal em estudantes, de acordo com testes psicológicos e inventários; e que a participação em atividades religiosas públicas está positivamente relacionada ao ajuste pessoal na população adulta, especialmente entre os idosos.”

As revisões mais importantes (GARTNER et al., 1991; SCHUMAKER, 1992 e BATSON e VENTIS, 1982, LARSON et al., 1992, LARSON e LARSON, 1994) chegam a conclusões semelhantes. O relacionamento entre religião e saúde, particularmente saúde mental, depende de como estes termos são definidos. A origem das discrepâncias acontece quando a saúde mental é medida através de variáveis “soft”, testes de personalidade com papel e lápis, que procuram inferir características intrapsíquicas da personalidade, que na verdade são teóricas (saúde mental é definida em termos humanistas, como autorrealização, autoconsciência, autonomia, criatividade, mente aberta, etc.). Estes traços hipotéticos são medidos indiretamente através de itens que o autor julga serem sinais dos traços. A associação entre compromisso religioso e psicopatologia foi encontrada, quase que exclusivamente, nestas variáveis: autorrealização, autoritarismo, dogmatismo, tolerância à ambiguidade, rigidez e sugestionabilidade. Estas refletem um viés de valor, pois são implicitamente não teístas. Quando a medida de religião ou saúde mental é uma avaliação comportamental de eventos reais, claramente observáveis e medidos, com confiabilidade e validade inquestionáveis (por exemplo, frequência a serviços religiosos e avaliação da psicopatologia), os estudos mostram uma relação positiva. Além disso, a distinção entre religiosidade intrínseca e extrínseca é fundamental, pois a última correlaciona-se com ausência de saúde mental, enquanto que a primeira com sua presença.

Quando é encontrado um efeito benéfico da religião, as correlações com saúde mental são mais baixas que o esperado. Quatro são os fatores que afetam este relacionamento.

- A natureza mutável dos sentimentos religiosos e do estado emocional, com as pessoas em geral recorrendo à religião em momentos difíceis. Mesmo que a religião seja eficaz para enfrentar a ansiedade e depressão, pode parecer que esteja associada a elas em estudos transversais. (Por exemplo, achar que tomar antidepressivos causa depressão, pois este comportamento é mais frequente entre deprimidos que na população; KOENIG 1992).
- A medida inadequada das atitudes e comportamentos religiosos.
- Fatores socioeconômicos, genéticos e de desenvolvimento. Se depressão e ansiedade forem mais frequentes entre os de classe social mais baixa e com menor nível de educação e a religião for mais frequente entre eles, pode parecer que há associação com sofrimento mental. Do mesmo modo, por motivos genéticos e melhor estrutura familiar e ambiental no período de desenvolvimento da personalidade, as pessoas podem sentir menos necessidade de religião.
- Expressão neurótica da religião - nem todas as crenças e práticas religiosas são saudáveis e benéficas para a saúde mental. A religião pode ser usada para negar ou esconder raiva e agressividade, pode levar à excessiva dependência, à autoridade, ou à intolerância para quem discorda, ou até se expressar sob a forma de psicose. (KOENIG 1992; RUNIONS 1974; PRUYSER 1977).

A relação entre espiritualidade e saúde merece mais atenção do que a que está sendo recebida. É necessário:

- Uma abordagem mais abrangente e científica sobre a conexão entre práticas espirituais e saúde.
- A comunidade deve ficar mais consciente a respeito do que já é claramente documentado sobre as consequências positivas e negativas para a saúde, de comportamentos e padrões de pensamento que são consistentes com estilos de vida espirituais e não espirituais.
- Devemos reconhecer que a maioria dos clientes e pacientes acredita em Deus e que muitos têm um estilo de vida espiritual. Esta dimensão deve ser explorada, compreendida e, possivelmente, utilizada. Os problemas éticos decorrentes devem ser analisados.



- Um dos riscos de se associar religião e saúde é criar nas pessoas culpa pelos seus problemas. Jesus já dizia “Nem este homem, nem seus parentes pecou” (João 9:1-13). O problema físico pode claramente não ter relação com a imperfeição espiritual. Ser santo não é garantia de boa saúde, e problemas de saúde nem sempre implicam em falhas espirituais (DOSSEY 1993).

A prática religiosa está presente por toda sociedade humana e parece ter um efeito benéfico sobre a saúde em geral e sobre certos aspectos da saúde mental em particular. A questão que se coloca agora é através de quais mecanismos esta ação acontece.



# Capítulo 10

---

## Mecanismos através dos quais a religião influencia a saúde

A religião pode ter uma influência tanto benéfica quanto prejudicial sobre a saúde.

Devido à alta prevalência das práticas e crenças religiosas é fundamental que estes mecanismos sejam identificados para que a religião saudável possa ser enfatizada e utilizada para melhorar o nível de saúde e bem estar da população.

MARKS (1978), um dos mais importantes terapeutas comportamentais, diz que os fenômenos de cura através da religião devem ser estudados objetivamente porque sua potência é muito maior que a da psicoterapia, -"Bomba atômica comparado com dinamite." Recomenda o exame dos mecanismos de mudança, e que não se deixe os preconceitos contra a linguagem espiritual impedirem os pesquisadores de melhorar nosso conhecimento sobre terapêutica.

Baseado em ELLISON et al. (1989), SCHUMAKER (1992) e LEVIN e VANDERPOOL (1989) os seguintes componentes estruturais e funcionais da religião foram identificados como tendo uma influência sobre a saúde:

## 1. Comportamento e estilo de vida

Êxodo 15:26: “Se ouvires atentamente A voz do Senhor teu Deus, e fizeres o que é reto diante de teus olhos, e inclinares os teus ouvidos aos seus mandamentos e guardares todos os seus estatutos, nenhuma enfermidade virá sobre ti”

Se comportamento e estilo de vida são fatores importantes na promoção de saúde, algumas hipóteses podem ser investigadas:

- as doenças que decorrem de um estilo de vida ocorrem porque o indivíduo deixou de aderir a princípios e práticas espirituais?
- As pessoas que acreditam em Deus e se engajam nas práticas religiosas, ou que procuram seriamente fazer com que seus pensamentos e ações estejam de acordo com os ensinamentos espirituais, tem saúde melhor?

Saúde acompanha determinados estilos de vida e problemas acontecerão se houver desarmonia com os princípios espirituais e divinos.

As prescrições bíblicas de 3000 anos atrás sobre dieta, circuncisão, preparo da alimentação, limpeza, sexualidade foram importantes para prevenir infecções, doenças sexualmente transmissíveis e câncer, num período onde o conhecimento científico e a medicina preventiva não estavam desenvolvidos.

O código mosaico proíbe alimentos não “kosher”, mormons são proibidos do consumo de cafeína e álcool, adventistas seguem dieta vegetariana, monges jejuam, freiras são celibatárias, judeus e muçulmanos praticam a circuncisão, parsis casam-se tarde e são estritamente monogâmicos. Estes comportamentos apesar de fazerem parte de um estilo de vida mais amplo, possuem cada um por si a capacidade de promover saúde.

Outra recomendação médica frequente é também componente da prática espiritual é o dia semanal de descanso: Relaxar o corpo e a mente, refrescar e restaurar o espírito, adorar a deus, comunhão com a família e outros fiéis.

Hoje os problemas de saúde prioritários, estão relacionados aos estilos de vida contemporâneos (estresse, dependência de substâncias, alimentação excessiva, comportamento sexual). Estes podem ser vistos como violações de leis e práticas espirituais, pois estas prescrevem moderação no comportamento sexual e alimentar, advertem contra o beber excessivo, contra o perseguir incessante do dinheiro e poder, a competi-

ção, as emoções negativas (hostilidade, raiva, ressentimento e culpa), narcisismo e incapacidade de amar. Há um apelo claro à moderação, com implicações importantes para a saúde.

Um dos comportamentos carregados de controvérsia em algumas religiões é a prática do ascetismo. Este consiste na renúncia contínua e voluntária e negação de gratificações imediatas ou sensuais com a finalidade de atingir um estado espiritual mais elevado. O jejum tem longa história em diversas religiões e às vezes é encontrado entre pacientes psiquiátricos, sendo difícil o diagnóstico diferencial. A autoflagelação, por alguns grupos muçulmanos e cristãos é considerada por alguns como um meio de aprofundar a compreensão espiritual, e por outros como comportamento bizarro e autodestrutivo. (FALLON e HORWATH, 1993). Certos comportamentos específicos como dieta, higiene, exercício, tabagismo, consumo de álcool, sexualidade são expressamente sancionados ou proscritos por muitas tradições religiosas, e fazem parte também das recomendações médicas.

Um exemplo da aplicação de princípios semelhantes ou claramente religiosos à prática médica é o programa de THORESEN et al. (1985) para ensinar pessoas com doença coronariana a modificar seu comportamento do Tipo A.

- aprender a dar e receber amor diariamente,
- a ver o mundo como um lugar não hostil que precisa ser combatido, mas um lugar que pode ser amoroso, cooperativo, pacífico e feliz,
- oração (que os pacientes acharam ser a parte mais valiosa do programa),
- desenvolver humildade e paciência (entrar na fila mais comprida e lenta do super mercado, aprendendo a tolerar e ter prazer na espera),
- modelação do comportamento de amar e aceitar (treino em sorrir),
- deixar de brincar de deus (aprender a deixar de controlar o ambiente e a aceitar suas limitações pessoais).

Neste trabalho, o conceito de “Graça” foi introduzido de maneira secular: Que é sábio e desejável receber as coisas maravilhosas que a vida oferece, que estas não precisam ser ganhas (amor, serenidade, descanso, riso, alegria, divertimento, família, crianças, animais, plantas, beleza, vida); encorajamento da vida simples e abundante, através de uma postura de paciência e aceitação com humildade, amor, alegria, serviço desinteressado a outros e obediência suave aos preceitos espirituais, recebendo em troca as bênçãos decorrentes. Este projeto após quatro

anos de seguimento demonstrou 50% de redução na morbidade e mortalidade coronariana, melhora que não ocorreu no grupo controle.

JARVIS e NORTHCOTT (1987) resumem os modos pelos quais a religião procura reduzir o risco de doenças ou morte:

- prescrevendo comportamentos com que as previnem ou que auxiliam no seu tratamento,
- prescrevendo comportamentos que podem ser prejudiciais à vida ou ao tratamento (fumo, bebida alcoólica, alimentos ricos em gordura e colesterol, comportamento sexual promíscuo)
- colocando o indivíduo dentro de um grupo de apoio que o ajuda em tempos de necessidade (casar e permanecer casado, cuidar e compartilhar os fardos de estresse)
- cultivando atitudes que podem dar uma perspectiva útil para enfrentar os sofrimentos da vida,

A religião pode aumentar a probabilidade de doença ou morte, ao:

- prescrever comportamentos que são prejudiciais à vida ou à saúde: uso de substâncias contaminadas em rituais, cerimônias funerárias - p.e. colocar o morto em um rio -, suicídio ritual, guerras religiosas, tortura e execução em nome da religião, casamento endogâmico que pode provocar ou perpetuar transtornos genéticos, grandes viagens para encontros religiosos aumentando o risco de acidentes, segurar serpentes venenosas em cultos pentecostais nos EUA, relações sexuais com sacerdotes ou sacerdotisas em cultos de fertilidade.
- proscriver comportamentos que podem prevenir doenças ou ter um efeito positivo no seu tratamento (ascetismo extremo, desencorajar o aceitar de princípios modernos de saúde pública e tratamento médico, proibir medicamentos, vacinas, transfusão de sangue ou cuidado médico especializado).

NESS e WINTHROB (1980) verificaram diminuição do estresse emocional em 51 membros de 43 igrejas pentecostais que vivenciaram cura pela fé, concluindo que quanto mais as pessoas se dedicam a atividade religiosa menos relatam sintomas de sofrimento emocional.

## **2. Hereditariedade**

Alguns grupos religiosos, ou melhor, étnico-religiosos mantêm padrão interfamiliar de casamento, o que pode predispor ou prevenir certas doenças. Por exemplo, hipercolesterolemia familiar nos "Afrikaaners" holandeses reformados (TORRINGTON e BOTHA 1981), maiores taxas de

doença circulatória, colites e doença de Tay-Sachs entre judeus “ashkenazi” (LEVIN e SCHILLER 1987), menor incidência de câncer em “Hutteritas” (MORGAN et al 1983), maior taxa de depressão e nanismo entre os “Amish” da Pensilvânia.

### **3. Apoio social**

Pertencer e participar de um grupo religioso pode trazer consequências psicossociais saudáveis que influenciam positivamente a saúde. A religião promove coesão social, sensação de pertencer, incorporar e participar, sanciona continuidade dos relacionamentos, padrões familiares, e outros sistemas de apoio. Através do desenvolvimento de comunhão e companheirismo provê apoio social, modera o estresse e a raiva, e enfatiza estilos mais reflexivos de lidar com as situações e se adaptar aos problemas.

Em geral procura-se a religião em tempos de crise sejam estas universais (nascimento, morte, guerra) ou inesperadas ou pessoais, para conseguir apoio emocional em face da incerteza, embora pareça que a religião seja menos utilizada atualmente como fonte de apoio que no passado.

Se a pessoa já é religiosa, e ocorre uma crise na vida, há uma diminuição da frequência aos cultos religiosos e um aumento de atividades pessoais tipo oração. A religião pode oferecer três tipos de apoio para as pessoas com uma incapacitação: capacidade de aceitá-la, de suportar a dor, e de enfrentar o processo de reabilitação (ARGYLE e BEIT-HALLAHMI, 1975).

O apoio social correlaciona com saúde e pode atuar de diversas maneiras:

- Favorecendo a aderência a programas promotores de saúde.
- A comunhão regular com outros é característica importante de muitos sistemas religiosos e são muito importantes em momentos de solidão, depressão e morte de pessoa próxima.
- O processamento cognitivo e crenças influenciam o lidar com o estresse. As crenças da pessoa e suas interpretações em relação ao sofrimento e a vida são críticos para como lidar com as dificuldades.
- Talvez por vias psiconeuroendocrinológicas a experiência religiosa e o companheirismo sirvam para bloquear ou inibir o impacto de emoções deletérias como a ansiedade e a anomia.

Atualmente assiste-se em muitas sociedades a dissolução da religião organizada e a sua substituição por religiões individuais ou privadas,

com proliferação de grande número de cultos, seitas e crenças paranormais. Estas religiões são incapazes de produzir integração social da mesma maneira que a religião convencional (GLOCK 1971). Elas têm um estatus de minoria e não conseguem sancionar ou normatizar uma visão do transcendente, perderam os princípios organizadores aceitos universalmente, o que pode predispor a ansiedade e desespero. Problemas de saúde mental podem acometer indivíduos que abandonaram religiões apoiadas pela maioria (SCHUMAKER, 1992).

Apesar de o apoio social ser reconhecido como uma consequência importante da religião, parece não ser o principal meio através do qual ela exerce sua ação sobre a saúde. A religião mantém seu efeito benéfico, mesmo quando a variável apoio social é controlada (LEVIN; MARKIDE 1988).

#### **4. Sistema de crenças**

As crenças religiosas podem gerar paz, autoconfiança e sensação de propósito na vida, ou o oposto: culpa, depressão e dúvidas. O efeito benéfico da religião pode advir segundo MOBERG (1979) do indivíduo perdoar a si mesmo e aos outros, desenvolver autoconceitos emocionais mais saudáveis e dar-se de modo não egoísta.

Efeitos prejudiciais podem advir de certas idiosincrasias da convicção religiosa. Por exemplo, a distorção da ideia de Deus, transformando-o num super ego exigente e criando a expectativa de punição. Culturas com divindades mais agressivas tendem a ser menos protetoras em relação às crianças, o que pode criar nelas níveis de ansiedade mais elevados (BOWERS 1968).

Exemplo de crença religiosa com impacto sobre a saúde mental é a ideia de “Imagem de Deus” que a pessoa possui.

Esta é constituída por um complexo de crenças das quais, em geral, temos pouca ou nenhuma consciência. Não deve ser confundida com o “conceito de Deus”, que pode ser descrito como um conjunto consciente de ideias que temos a respeito dele. Naquela sobressai o aspecto afetivo; nesta o intelectual. É ao fato de coexistirem na mente humana que se ouve em terapia confissões como: “Eu creio na graça e que Deus me ama incondicionalmente; falo frequentemente sobre isso. Mas não é o que eu sinto.” Pelo seu conceito de Deus, este o ama e acolhe; pela sua Imagem de Deus, jamais se sente aprovado, e é esta sensação que realmente lhe domina a vida interior. É bem verdade que, mesmo no domínio dos conceitos, a teologia cristã conservadora sustenta ideias contraditóri-



as entre si: Deus é amor mas também é justiça (entendida como ira vingativa); é compassivo e perdoador mas exige que sangue seja derramado como condição para perdoar e castiga com torturas eternas os que não são alcançados por esse perdão.

Em termos jungianos, acompanhando Ellens (2004), podemos nos referir a essa imagem como um arquétipo que, presente no inconsciente coletivo da cultura ocidental (e não apenas nesta), produz em nós a tendência a sentir Deus como um ser muito poderoso, inflexível e ameaçador, que desperta em nós, como também acontece frequentemente com relação aos pais humanos, sentimentos ambivalentes, entre os quais predomina o medo.<sup>1</sup>

Há pouca dúvida de que a Imagem de Deus presente em um indivíduo reflete a qualidade da relação que essa pessoa teve com seus pais, isto é, os sentimentos que seus pais despertam nos filhos tendem a ser transferidos para a Imagem de Deus (Rizutto, 2006; Good, 1999; Dayringer & Oler, 2004; Hoffman et al., 2004; Rowatt & Kirkpatrick, 2002; Spilka, Hood & Gorsuch, 1985; Kirkpatrick, 1997).

Existem formas de educar que conduzem quase que inevitavelmente a que se desenvolva medo dos pais e, conseqüentemente, também medo de Deus, medo do qual a pessoa pode não estar consciente, mas que é identificável através de suas atitudes e comportamentos. São formas nas quais se desenvolve na criança o medo da punição para que ela obedeça sem questionar.

É bastante difundido no meio evangélico um método de educação que se autodescreve como “método de Deus” e que, utilizando numerosas citações do Antigo Testamento e linguagem piedosa, alegando levar a sério as ordens de Deus, recomenda o uso sistemático da vara – ou outro instrumento do gênero como uma colher de pau – para punir toda e qualquer desobediência, por menor ou mais justificada que seja. Para se ter ideia de como funciona esse método, basta mencionar o que escrevem Al e Pat Fabrizio em um livreto intitulado **Crianças, Prazer ou Irritação**, até hoje editado e muito lido. Eles contam que, certo dia, durante o culto doméstico, um dos filhos pequenos recusou-se entre lágrimas, a fazer alguma coisa que o pai lhe ordenara. Mais tarde, quando a criança já estava dormindo

---

<sup>1</sup> Karl KEPLER discute esse problema em **Tratando de Neuroses Instaladas em Nome de Deus**. Texto apresentado no Congresso do CPPC de Belo Horizonte e disponível no site do CPPC.

*Sentados, um ao lado do outro, conversamos e chegamos à convicção de nós é que não estávamos obedecendo e devíamos começar a obedecer imediatamente, por amor a nosso filho. E assim, o pai foi ao quarto dele e o acordou. Sentou-o no colo e contou que nós não sentíamos paz a respeito do que acontecera. Confessamos ao nosso filho que não tínhamos obedecido ao Senhor, o qual desejava que levássemos nosso filho a nos obedecer. O pai disse que teria de usar a vara da correção. E o fez. Depois, tomou-o em seus braços, confortou-o, levou-o a fazer o que ele tinha pedido antes, depois o colocou de volta na cama (Fabrizio, 1972).*

Os autores descrevem como a criança se tornou dócil em consequência de que o Senhor lhes “deu a graça” de usar a vara sempre que não eram obedecidos. Resultado: aprendeu a “viver acima de suas emoções” (p. 15). Ou seja, o medo do castigo passou a sobrepujar todas as outras emoções, mesmo as espontâneas e legítimas que, eventualmente, contrariassem a vontade dos pais. É provável que em tais condições, a criança não apenas deixe de expressar o que sente, como também deixa de entrar em contato com seus sentimentos; ela passa a querer o que as autoridades querem, a gostar do que lhe exigem que goste; seus sentimentos mais autênticos lhe causam ansiedade e são logo reprimidos. Eis aí um exemplo da “pinoquização ao contrário”, isto é, de como um menino saudável é transformado em boneco de pau, usando a feliz expressão do teólogo e educador brasileiro Rubem Alves (1984) para descrever um triste fenômeno. E tal resultado é apregoado como um sucesso do método e como uma prova da sabedoria dos pais, fruto de sua “obediência à Palavra de Deus”.<sup>2</sup>

Uma consequência inevitável dessa forma de educar, como já apontei acima, é a introjeção da imagem de um Deus sem compaixão, pronto a castigar, que não tolera nada que possa parecer desobediência a Sua Palavra. A consciência, que poderia e deveria ser o “locus” da conexão com o divino, passa a ser dominada por essa imagem amedrontadora, geradora de um temor que barra a possibilidade de ouvir a voz do Espírito.

Seria simplificar demais as coisas imaginar que apenas a educação em família e somente o castigo físico têm como resultado o medo de

---

<sup>2</sup> Na educação de crianças, nem sempre é possível evitar algum tipo de punição. Algumas formas de castigo, no entanto, têm efeito apenas transitório, ou seja, não criam condicionamentos. Assim, à medida que for amadurecendo, a criança poderá optar por continuar ou não a obedecer determinada imposição paterna. Essa possibilidade de opção fica descartada quando são criados condicionamentos baseados no medo.

desobedecer a autoridades externas, já que são vários os fatores que podem levar ao conformismo despersonalizador, destacando-se, entre eles, a pressão de grupo. De qualquer forma, as experiências em família são sempre elementos predisponentes para uma maior ou menor resistência ao conformismo.

Cabe observar que podem ser distinguidos dois tipos de obediência: é possível, evidentemente, obedecer a ordens externas e demonstrar adesão às normas de um grupo sem que interiormente se aceitem tais normas; já o tipo de obediência que aqui nos interessa é a “aceitação íntima”, ou seja, na qual a atitude interior do indivíduo é de concordância com crenças e comportamentos do grupo (Kiesler & Kiesler, 1969). Há outro ponto que merece destaque: quando os métodos de disciplinar se baseiam em produzir medo do castigo, ou seja, no uso da força violenta por parte dos educadores, o mundo passa a ser percebido pela criança, e depois pelo adulto, em função de relações de poder; ao aproximar-se de outra pessoa, o que importa a quem passou por uma educação autoritária é saber se esse outro pode contribuir para sua própria sensação de poder, se deve submeter-se ao controle dela ou, ao contrário, se pode controlá-la. A fraqueza, e a conseqüente inferioridade em situações de competição, é vista como uma fraqueza fatal à qual estamos expostos (Fletcher, 1992). O que domina sua atenção em qualquer ambiente humano é descobrir quem manda em quem. Como não poderia deixar de ser, em suas concepções teológicas, o atributo que melhor caracteriza Deus é o poder; todas as outras qualidades divinas tais como a justiça e o amor subordinam-se ao poder absoluto e são por este, de tal forma contaminadas que podem tornar-se irreconhecíveis. Esse tipo de mentalidade, aliás, é o terreno em que vicejam todas as ideologias totalitárias.

A imagem interna de um Deus cruel cria também um duplo vínculo. Esta é uma situação criada quando a pessoa é alvo de mensagens que contêm exigências contraditórias entre si e, por alguma razão, essa pessoa está impedida de metacomunicar, ou seja, de discutir o contexto e os pressupostos do que está sendo comunicado (Bateson et al, 1956; Cohen et al, 1982; Benoit, 1982; Bateson, 2000; Watzlawick et al. 1981).

Se acredito que Deus é essencialmente bom, não haverá grande problema em questionar ou ter reservas quanto ao que expressam certas passagens da Bíblia. Este problema só surge se acredito que ele é autoritário e vingativo. Mas admitir que ele é bom, a ponto de ser ; condescendente com quem não se submete à sua vontade, contrariaria certas passagens (e interpretações) da Bíblia que dizem que ele castiga com tormentos eternos no inferno quem lhe desobedece; por sua vez, se ele é de tal modo vinga-

tivo, é altamente perigoso desobedecer-lhe, e questionar o que diz sua Palavra é desobediência e expõe ao castigo. Então, é altamente perigoso duvidar de que ele se vingará com tormentos eternos, ou seja, vendo as coisas por esse prisma, corre grande perigo quem acredita que ele é compassivo, perdoador e amoroso. É mais seguro obedecer-lhe cegamente e sem discussão (mesmo quando, no íntimo, alguma coisa nos diz que é as imposições humanas que estamos obedecendo, e não ao Espírito). Mas a Bíblia diz também que devemos amá-lo de todo o coração e entregar nossas vidas em suas mãos; e não podemos fazer nada disso com espontaneidade se, no mais íntimo de nosso ser, temos medo dele.

Para que se possa conviver com esse conflito interior sacrificam-se aspectos importantes da personalidade, obtendo-se assim um simulacro de paz interior que reduz a pessoa àquela “normalidade” a que se referia Maslow (1976) como: “a espécie de doença ou aleijão ou atrofia que compartilhamos com todos os demais e de que, portanto, não nos damos conta”.<sup>3</sup>

É importante, portanto, para o psicoterapeuta detectar o papel que uma imagem distorcida de Deus pode estar desempenhando com relação aos sofrimentos psíquicos do paciente. Para isso, foram desenvolvidos alguns instrumentos úteis, infelizmente ainda, não traduzidos nem adaptados para o nosso meio.

De qualquer forma, para quem se interessar, eis algumas indicações: o livro **Pastoral Care of Depression, Helping Clients Heal Their Relationship with God** (Cuidado Pastoral da Depressão, Ajudando Clientes a Curar Seu Relacionamento com Deus), de Glendon Moriarty, PsyD (Nova York, Haworth Pastoral Press, 2006) é uma boa fonte de instrumentos de diagnóstico da imagem de Deus, bem como de orientação para trabalhar eventuais distorções levantadas. **Spirituality in Clinical Practice – Incorporating the Spiritual Dimension in Psychotherapy and Counseling** (Espiritualidade na Prática Clínica – Incorporando a Dimensão Espiritual na Psicoterapia e no Aconselhamento) de Len Sperry, M.D., Ph.D. (Philadelphia, PA: Brunner-Routledge, 2001) discute diversas estratégias clínicas para avaliar, utilizar e eventualmente adequar elementos espirituais, entre eles a imagem de Deus. Richard T. Lawrence em

---

<sup>3</sup> Só discordamos de Maslow na excessiva e pessimista— generalização. Colocar íamos um “quase” antes de “todos os demais”. Aliás, para ser justo com o autor, é preciso dizer que, alguns parágrafos antes da frase citada, ele escreve: “Somente uma pequena proporção da população humana atinge o ponto de identidade, ou de autenticidade, plena humanidade, autorrealização, etc.” Ou seja, ele admite exceções a essa espécie de normalidade neurótica a que se referia.

*Measuring the Image of God: The God Image Inventory and the God Image Scales* (**Journal of Psychology and Theology**, 1997, Vol. 25 Nº , 214-226) oferece um questionário bastante completo para avaliar a Imagem de Deus. Um inventário mais sucinto, composto de 28 itens, consta de apêndice a *Attachment to God: The Attachment to God Inventory, Tests of Working Model Correspondence, and an Exploration of Faith Group Differences* de Richard Beck e Angie McDonald (**Journal of Psychology and Theology**, 2004, Vol. 32, Nº 2, 92-103).

Vale a pena, ainda, observar que são detectáveis influências recíprocas entre melhorias do paciente e modificações em sua Imagem de Deus, ou seja, se a pessoa se liberta de sentimentos negativos com relação a Deus, apresenta melhoras em suas condições psíquicas; por sua vez, se a terapia tem resultados positivos, também mudam positivamente os sentimentos com relação a Deus (Cheston et al. 2003).

A religião pode ainda liberar pessoas de circunstâncias emocionais e sociais restritivas que produzem raiva, hostilidade, solidão e depressão. Exemplos documentados são hindus de castas baixas que se convertem ao Budismo, negros norte-americanos que aderem ao “Black Nation of Islam” e católicos e protestantes tradicionais que se convertem em massa ao pentecostalismo.

Quando a religião provê categorias que trazem sentido à vida e base para o que é essencial no ser humano, torna-se mecanismo eficaz para ajudar a transcender e transformar a realidade terrena. O processo de secularização trouxe a perda desta função, deixando sem resposta a maioria das questões e problemas. Quando a religião fica restrita a este mundo e vazia do sobrenatural ocorre uma diminuição do compromisso e da participação (STARK 1985).

Historicamente a religião é benéfica à saúde mental, por fornecer cognições fora do ordinário. Mais e mais pessoas abandonam a religião organizada quando ela perde a sua utilidade como instrumento explicativo. Religiões que fazem afirmações sobre o mundo empírico são mais vulneráveis a desconfirmação, o que gera estresse e transformações, a nível do indivíduo e da sociedade (GLOCK e STARK, 1965). Parte da crise na saúde mental pode estar relacionada a falta de cognições religiosas passíveis de serem cridas, não desconfirmáveis e transcendentais (BELLAH 1971).

A fé religiosa em si mesma pode contribuir para uma saúde melhor. A certeza e a antecipação que crenças ou práticas irão trazer um resultado positivo no futuro podem ter um efeito curativo. Isto pode explicar milagres e curas espontâneas, especialmente em pessoas muito

sugestionáveis. O trabalho dos SIMONTON (1975) sobre o papel das crenças no mudar o curso de uma doença maligna, pode estar relacionado a isto. A cultura popular incorporou estas ideias, mas os médicos têm dificuldades em aceitá-las, devido à falta de estudos científicos adequados.

## 5. Rituais religiosos

Evidências empíricas da psiquiatria e da medicina de cuidados primários mostram ser os rituais invariavelmente associados com benefício (BELZEN 1992).

Os rituais religiosos públicos e privados são métodos poderosos para manter a saúde mental e para prevenir o início, ou progressão de distúrbios psicológicos. Ajudam a pessoa a enfrentar o terror, ansiedade, medo, culpa, raiva, frustração, incerteza, trauma e alienação, a lidar com emoções e ameaças universais oferecendo um mecanismo para delas se distanciar (SCHEFF, 1977). Reduzem a tensão pessoal e do grupo, a agressividade, moderam a solidão, a depressão, a anomia, a sensação de não ter saída, e a inferioridade (SCHUMAKER, 1992; JACOBS, 1992).

SCHUMAKER (1992) diz que a ausência de religião priva a pessoa dos benefícios produzidos pelos rituais encenados pela maioria, caminhos antiquíssimos para a saúde psicológica, pois incorporam cognições, filiação social, ação coletiva e catarse.

Os rituais utilizam sugestão, confissão, dinâmica de grupo, despertar das emoções, representação de sentimentos negativos e reintegração emocional, criando sensação de paz, direção e controle. São conduzidos em ambientes carregados de emoção e provêm caminhos para “escape”, purificação, catarse e conseguir poder sobre os problemas.

SCHEFF (1979) estudou o valor do ritual para a catarse e redução de ansiedade. Este permite o reconhecimento do sofrimento emocional em um ambiente social adequado, com limites seguros para expressá-lo e aliviá-lo. Esta liberação de sentimentos reverte a repressão, facilitando o reconhecimento e a expressão daquilo que é doloroso, temido ou humilhante.

JACOBS (1992) apresenta explicação alternativa, defendendo a ideia de que o ritual engaja o participante em comportamentos que reforçam a conexão e ligação a pessoas importantes, que pode ser um ser divino, um líder espiritual, uma comunidade religiosa, ou toda uma sociedade. É esta sensação de pertencer que facilita a resposta catártica, através da qual as emoções dolorosas podem ser trazidas à consciência e aliviadas ou expressas pela primeira vez.

Examinar-se-á agora alguns dos principais rituais religiosos:

## 5.a. Oração

*“Senhor, dê-me a serenidade  
de aceitar as coisas que não posso mudar,  
A coragem de mudar aquilo que posso,  
e a sabedoria para saber a diferença.”  
(Oração dos Alcoolistas Anônimos (AA),  
cujo autor é Reinhold Niebuhr)*

O décimo-primeiro passo dos AA diz: “Procuramos através da oração e meditação melhorar nosso contato consciente com Deus, como quer que o entendamos, orando somente pelo conhecimento da sua vontade para nós e pelo poder de levá-la adiante”.

A oração é uma das formas mais antigas de intervenção terapêutica e continua sendo frequentemente utilizada, inclusive pelos médicos (dois terços de uma amostra de 126 médicos relataram rezar pelos seus pacientes; MARTIN e CARLSON, 1988).

WILLIAM JAMES (1902) a define como todo tipo de conversa ou comunhão interior com o poder reconhecido como divino. Na tradição cristã deus é visto como todo amoroso e poderoso na sua essência, assim a oração é uma comunicação íntima com uma divindade benevolente.

Há diversos tipos de oração:

- Mística ou contemplativa - a união com deus é caracterizada pela atenção, muitas vezes sem o uso de palavras, passiva, não defensiva, sem exigências e aberta. O objetivo é esperar em Deus aprofundando a confiança em seu poder e amor.
- Profética, quando há expressão espontânea de emoção, usualmente sob a forma verbal (petição, intercessão, agradecimento, adoração, orientação, cura, proteção, louvor, força ou coragem, paz, perdão, humildade, confissão, ritual (padre-nosso, rosário), coloquial, meditativa, uma expressão de necessidade ou afirmação de fé (RICHARDS, 1991; POLOMA e PENDLETON, 1991).

POLOMA e PENDLETON (1991) identificaram quatro tipos de oração: coloquial, peticional, ritual e meditativa em 560 entrevistas feitas por telefone selecionadas aleatoriamente por computador em um município americano. A oração tipo meditação (sentir ou ficar na presença de Deus, adoração, reflexão sobre a bíblia, pedir para Deus falar e aguardar a resposta) mostrou a maior relação com bem estar. A frequência e a experiência da oração predisse de modo estatisticamente significativo três medidas de bem estar (satisfação geral com a vida, felicidade e satisfação com a religião).

Os processos psicológicos envolvidos na oração podem ser: sugestão hipnótica, regressão, desvincular percepção e cognição, indução de um estado de relaxamento e dessensibilização.

A motivação para oração pode ser: consciência de uma necessidade, catarse emocional, paz mental, perspectiva mais ampla sobre os problemas, decisões, renovação emocional, resposta social, alegria, gratidão, aceitação das perdas, lealdade e perseverança e integração da personalidade.

Há poucos estudos científicos sobre oração, pois o assunto encontra resistência dos religiosos quanto a sua investigação empírica e desinteresse dos cientistas. O melhor corpo de estudos é o que aborda o desenvolvimento do conceito de oração durante a infância e adolescência, mostrando que segue os estágios do desenvolvimento cognitivo de Piaget (MALLORY 1977).

MARTIN e CARLSON (1988), FINNEY e MALONY (1985) e DOSSEY (1993) coletaram trabalhos científicos que avaliaram seus efeitos:

- GALTON (1872) concluiu não haver evidência estatística sobre o valor objetivo da oração peticionária e intercessora. Observou que apesar da tradição de orar pelos reis, os membros das casas reais tinham a menor média de expectativa de vida. Notou que a nobreza era particularmente sujeita a loucura e que a loucura religiosa era muito comum. Os clérigos, apesar de possuírem uma das melhores expectativas de vida, ficavam atrás dos médicos e advogados. A taxa de mortalidade dos missionários era semelhante à da população, senão pior. Apesar de rejeitar a hipótese de haver eficácia objetiva para a oração, concluiu que esta tem um valor subjetivo por permitir a ventilação da dor emocional e o experimentar de conforto e sensação de comunhão com Deus. Foi obrigado a retirar estas opiniões da segunda edição de um de seus livros por pressão dos religiosos. POLKINGHORNE (apud DOSSEY 1993) explica também a alta taxa de mortalidade entre a realeza observada por Galton ao fato dos soberanos estarem expostos a um dos maiores fatores de risco da época, o ministrar contínuo da profissão médica.
- SHELDRAKE (apud DOSSEY, 1993) observou que na Índia a maioria dos casais prefere ter filhos e não filhas, e incessantemente vão aos templos pedindo aos santos que abençoem o casamento para que possam ter um macho. Entretanto as estatísticas de nascimento não são diferentes na Índia em relação a outros lugares.
- WEDFORD (1947) demonstrou em 63 estudantes que a oração foi um meio positivo de ajuste a situações não costumeiras, quando nenhum outro curso de ação parece viável.



- PARKER e St JOHN (1957) dividiram em três grupos 45 clientes de psicoterapia, com 22 a 60 anos de idade, com queixas de estresse, ansiedade, depressão, cefaleia, dor lombar, colapso nervoso, hostilidade, tics nervosos, outros problemas psicossomáticos e sofrimento emocional. Todos receberam psicoterapia individual, mas o segundo grupo foi estimulado a praticar a oração individual em casa conforme habitados e o terceiro a participar de grupo de oração estruturado com encontros semanais e oração individual em casa que deveria focalizar a eliminação das falhas de personalidade detectadas nos testes de personalidade. Os sujeitos foram testados antes e após nove meses com uma bateria de testes psicodinâmicos. O grupo estruturado de oração teve um resultado superior. Os principais problemas metodológicos foram a ausência de randomização, de documentação objetiva da sintomatologia, de avaliação objetiva anterior e posterior à intervenção (só foram aplicados testes projetivos de personalidade), e não houve avaliação estatística.
- JOYCE e WELLDON (1965) em estudo duplo-cego solicitaram oração para 19 pacientes com artrite reumatoide, comparando sua evolução com outros 19 sem a doença, pareados pela gravidade da doença. Os pacientes foram avaliados antes e após seguimento de 8 a 18 meses. Apenas 6 pacientes melhoraram, sendo cinco desses do grupo que recebeu oração. Não houve diferença estatística.
- CARLSON et al.(1986) encaminharam estudantes universitários voluntários a três grupos: a) grupo de oração, leitura da bíblia, meditação espiritual; b) relaxamento muscular progressivo; c) lista de espera. Avaliaram a personalidade, medidas fisiológicas (frequência cardíaca, eletromiografia, temperatura do dedo), ansiedade traço-estado, depressão e “arousal”, antes e três semanas após as sessões de laboratório. O grupo de oração e meditação apresentou significativamente menos raiva e ansiedade que os outros dois grupos, mas não houve diferença entre eles nas medidas fisiológicas. A crítica a este estudo é que todos os estudantes tinham o mesmo tipo de compromisso religioso, o que pode ter enviesado os resultados.
- MARTIN (MARTIN e CARLSON, 1988) relata a inclusão de programação espiritual em clínica de medicina comportamental com o objetivo de promover o aumento da quantidade de exercício, diminuição ou eliminação do fumo e álcool, e diminuição de peso. Esta foi adotada após ficar claro que a Terapia Comportamental não estava funcionando no tratamento de obesidade e de alcoolistas fumantes inveterados. O programa espiritual enfatizava entregar o controle dos problemas a deus, orar pela

libertação do vício e pelo sucesso dos outros e seguir a orientação da terapia. O resultado obtido foi positivo principalmente entre os alcoolistas fumantes. Embora seja um relato sem controle adequado, o sucesso obtido merece investigação.

- ELKINS et al. (1979) estudaram 42 membros de uma igreja batista, avaliando-os com o uso de eletromiograma frontal e o Inventário traço-estado de ansiedade de Spielberg antes e após dez dias da intervenção. Os sujeitos foram divididos randomicamente em três grupos: oração, relaxamento e controle. O melhor resultado foi obtido pelo grupo de relaxamento.

BYRD (1984) acompanhou por dez meses 393 pacientes admitidos em unidade coronariana, dividindo-os randomicamente em dois grupos, um sendo o controle. Os nomes dos pacientes foram fornecidos aos participantes de um grupo que se reunia sistematicamente para interceder através da oração. Em síntese, um grupo de cristãos fora do hospital orou sobre as pessoas de um dos grupos. Pacientes e funcionários estavam cegos em relação a que grupo os pacientes pertenciam. Os que receberam oração apresentaram menos edema pulmonar, foram entubados com menor frequência, necessitaram de menos antibióticos. Tudo de modo estatisticamente significativo, embora não hajam dados sobre outros índices de saúde. O principal problema metodológico neste trabalho foi a ausência de avaliação cega.

- A intensidade da experiência de oração correlacionou positivamente com sentido da vida, negativamente com a sensação de que o controle sobre os acontecimentos é externo (“locus of control”) e positivamente com a capacidade de experiência transcendental (RICHARDS 1991).

CARROLL (1993) formulou a hipótese que o grau de prática dos passos dos AA correlacionaria positivamente com significado e propósito na vida. Examinou através de dois questionários, o primeiro avaliando o grau de prática dos passos 11 e 12 do programa dos AA e o segundo o “Purpose in Life Questionnaire”, 100 participantes de 20 grupos diferentes dos AA. Observou correlação positiva entre o grau de prática ao passo 11, sentido na vida e abstinência. Não encontrou correlação com o passo 12.

O passo 11 afirma: “Procure através da oração e meditação melhorar seu contato consciente com Deus (como você entender que ele é), orando somente pelo conhecimento da sua vontade e pelo poder de levá-la adiante”.

O passo 12: “Tendo tido um despertar espiritual como resultado destes passos, tentamos levar esta mensagem aos alcoolistas e praticar estes princípios em todos nossos afazeres”.

DOSSEY (1993) conclui que não orar pelos pacientes é o mesmo que evitar administrar uma droga ou um procedimento cirúrgico eficaz. Recomenda que se siga a tradição da medicina, indo ao cerne dos dados obtidos cientificamente sem contorná-los, não importando o quão desconfortável isto possa ser, pois as evidências a favor da eficácia da oração não podem ser ignoradas.

## **5.b. Meditação**

Um dos principais objetivos de muitos sistemas de prática espiritual é propiciar a vivência de paz interior, no seu sentido mais profundo e amplo.

JEVNING et al. (1992) definem meditação como uma prática derivada da tradição budista ou védica com o objetivo de obter uma experiência subjetiva que é frequentemente descrita como de muito descanso, silêncio e com intensa sensação de alerta, frequentemente descrita como felicidade.

O termo meditação refere-se a um grupo de técnicas planejadas para aumentar certas capacidades, incluindo a concentração, a regulação de estados conscientes e a autoconsciência. É utilizada como um auxílio ao desenvolvimento da personalidade e crescimento espiritual. Hoje são vistas como facilitadora do processo psicoterápico, integrando a experiência subjetiva e trazendo maior tolerância e aceitação a estados afetivos (CRAVEN 1989). Ajuda as pessoas a examinarem de modo imparcial suas cognições e emoções, melhorando o “insight” e a autocompreensão (SHAPIRO, 1994). Em 1977 a Associação Americana de Psiquiatria recomendou que pesquisas bem planejadas fossem feitas sobre o tema, para avaliar sua possível utilidade, indicações, contraindicações e perigos das técnicas (APA Task Force on Meditation 1977).

A meditação pode ser descrita através dos seus cinco componentes: relaxamento, concentração, estado alterado de consciência, relaxamento dos processos lógicos de pensamento e manutenção de uma atitude de autoobservação. Ela desenvolve estas capacidades com o propósito de as utilizar para o desenvolvimento de uma esfera de consciência expandida e uma maior sensação de integração e coesividade dentro da experiência subjetiva (CRAVEN, 1989).

As formas mais estudadas são a meditação transcendental e o método de Benson (BENSON, 1975) que combina técnicas de Zen e Yoga. A meditação induz um estado fisiológico que possui algumas qualidades do sono e do despertar, sendo ao mesmo tempo diferente de ambos. Assemelha-se a um estado hipnagógico, o corpo está em estado profundo de

descanso, diminui o consumo de oxigênio, a frequência cardíaca e o lactato sanguíneo. Aumenta o fluxo sanguíneo no antebraço e cérebro e a resistência galvânica da pele. O eletroencefalograma mostra predominantemente atividade alfa, com surtos ocasionais de ondas teta e em alguns sujeitos tendência a sintonia em todos os canais. A meditação parece alterar a personalidade: reduz tensão, aumenta a energia, diminui a tendência de autoacusar, o humor fica mais estável, as emoções são experimentadas como mais vívidas, aumenta a sensação de identidade, o estabelecimento de autoconsciência e há diminuição do abuso de drogas. Pode ser vista como instrumento complementar à psicoterapia (CARRINGTON e EPHRON 1978).

Todas estas tradições apresentam em comum:

- a. atitude passiva e de confiança, deixar de lado, liberação da necessidade de controle.
- b. separação de eventos ambientais que distraem e ruídos
- c. repetição de estratégias mentais
- d. estar consciente das tarefas
- e. relaxamento muscular profundo
- f. crença no significado e eficácia do procedimento.

Tradicionalmente a meditação tem sido praticada para se conseguir um conhecimento experiencial direto de Deus, qualquer que seja a sua definição ou a tradição religiosa de que faça parte. Uma das formas mais comuns de meditação é repetir um som (algumas vezes chamado de mantra) silenciosamente ou em voz alta enquanto se exclui outros pensamentos e estímulos externos da consciência.

O objeto da meditação pode ser também visual, como a chama de uma vela, o retrato de um guru, a cruz cristã ou a estrela de Davi. Sensações como o movimento dos olhos, o toque repetido da ponta dos dedos no polegar, o ato de andar, determinada região do corpo são também utilizados como foco. Muitos povos africanos praticam danças rituais acompanhados de cânticos para produzir um estado alterado de consciência, prática de que somos herdeiros na Umbanda e Candomblé. Na escola budista Rinzai Zen mantém-se na mente uma questão ilógica (Koan).

Apesar da forte influência oriental que a prática da meditação tem hoje no ocidente, é importante lembrar que ela é parte importante da tradição cristã. Agostinho (350-430 e.c.) descrevia seu método de contemplação, os padres do deserto repetiam silenciosamente a “Kyrie eleison” para ajudá-los a adquirir um estado de repouso e purificação da alma. No

século V Hesychius ensinava a prática da “Oração do Coração”, tão maravilhosamente descrita no “Relatos de um peregrino”. No século 14 um texto anônimo (“A Nuvem do Desconhecido”) ensinava também a maneira de se obter a união com Deus. Na religião judaica é comum repetir uma oração simples acompanhada de movimentos corporais para trazer exaltação. A meditação não é só parte do contexto religioso, mas a sua vivência é descrita também pelos poetas (Bronte, Wordsworth, Tennyson) (WEST 1987).

Na tradição Sufi a meditação é uma prática central na tentativa de alcançar um estado denominado “Fana”, tornar-se um com Deus, de modo que este difunda-se por toda a atividade mental (WEST 1987).

Psicoterapeutas que praticam a meditação referem:

- maior receptividade à percepção de conflitos inconscientes e maior facilidade de comunicá-la aos clientes,
- maior capacidade de lidar com sonhos e outros materiais simbólicos,
- maior capacidade para suportar longas horas de prática psicoterápica seguida, sem apresentar sonolência,
- menos reações negativas inesperadas dos pacientes,
- aumento de tolerância a todos os estímulos incômodos,
- maior empatia às dificuldades que os clientes tem em meditar (CARRINGTON e EPHRON 1978).

Um dos principais críticos sobre os efeitos da meditação é HOLMES (1987), que em seus estudos e revisões não encontrou diferenças fisiológicas entre a meditação e um período de descanso. Aponta os principais problemas metodológicos dos estudos a respeito: quantidade de treino ou experiência, seleção dos sujeitos e randomização, falta de controle sobre a influência das diferenças iniciais no “arousal” entre sujeitos que meditam e não meditam, e o aceitar sem crítica as conclusões de comparações em que os sujeitos atuaram como seus próprios controles, ao invés de testes experimentais com o grupo controle adequado. Ironizando e baseado em seus estudos recomenda que as pessoas interessadas em reduzir a tensão gastem seu tempo praticando exercício físico ao invés de meditar ou descansar.

Ela não é recomendada para pacientes com episódios psicóticos ou dissociativos, pessoas com traços de personalidade esquizoide ou esquizotípica pois podem se isolar mais ou permanecer envolvidas com as fantasias eliciadas, ao invés de adotar a perspectiva de autoobservação e introspecção.

KABAT-ZINN et al. (1992) assinalam que a pesquisa com meditação em geral envolveu populações não psiquiátricas.

Meditação tem sido usada como tratamento para ansiedade e estresse. Os estudos controlados mostram redução da ansiedade, mas não há muitos sobre transtornos ansiosos. Tem tido um efeito benéfico para o abuso de substâncias, condições psicossomáticas, hipertensão, insônia, asma, dor crônica, taquiarritmias cardíacas, ansiedade fóbica.

Em estudo com 784 pacientes (KABAT-ZINN e CHAPMAN-WALDROP, 1988) mostraram que a sua prática resulta em redução de sintomas físicos e psicológicos em pacientes com diversos diagnósticos, principalmente dor crônica e transtornos médicos relacionados ao estresse. Estudaram 24 pacientes com diagnóstico de transtorno de pânico com e sem agorafobia e ansiedade generalizada, com duração média da doença de 6.5 anos, e idade variando de 26 a 64 anos. Foram tratados em um programa estruturado para redução do estresse e relaxamento, baseado em meditação, durando 8 semanas.

Os participantes receberam instrução duas horas por semana e, durante a sexta semana um “retiro” para meditação silenciosa de 7.5 horas de duração. Vinte e dois pacientes completaram o programa e vinte apresentaram grande melhora, que se manteve num seguimento de três meses. Houve redução significativa do número de ataques de pânico com diminuição da sua gravidade e dos medos e comportamentos de esquiva. Dezoito pacientes que puderam ser seguidos após três anos mantiveram os mesmos níveis de ansiedade e depressão do término do tratamento.

TAUB et al. (1994) trataram com Meditação Transcendental, Biofeedback e Neuroterapia eletrônica, 250 alcoolistas crônicos moradores de rua (“skid-row”). Excluíram os com graves lesões cerebrais, quociente intelectual abaixo de 80, graves problemas médicos, psicose e exposição prévia a um desses tratamentos. Foram selecionados randomicamente para os três tipos de tratamento e se o aceitavam eram incluídos no estudo. Dois terços de cada grupo recebiam o tratamento e um terço ficava como controle seguindo a rotina do centro (Grupo de Alcoolistas Anônimos e aconselhamento). Foram seguidos por dois anos e após este período observou-se que os que foram tratados com Meditação Transcendental e Biofeedback ficaram maior porcentagem de dias sem beber, aumentando a eficácia do tratamento usual da clínica.

EPPLEY et al. (1989) localizaram de modo sistemático estudos que mediram ansiedade do tipo traço” publicados até 1982, adotando os seguintes critérios: o tratamento deveria ser uma forma de relaxamento ou

meditação, o instrumento deveria medir ansiedade do tipo traço, dados suficientes para calcular o “effect-size”, o estudo utilizou metodologia adequada e randomização, os sujeitos não tinham experiência com técnicas de relaxamento e meditação. Obtiveram 22 estudos sobre relaxamento, 70 sobre meditação e 13 sobre EMG Biofeedback. Meditação transcendental apresentou um “effect size” maior que os outros tratamentos ( $p < 0.005$ ), mesmo quando variáveis intervenientes foram controladas. Explicaram este resultado pela necessidade de menor esforço que a Meditação Transcendental exige.

ALEXANDER et al. (1994) através de meta-análise revisaram 19 estudos sobre abuso de substâncias e Meditação Transcendental, com um total de 4524 sujeitos, sendo 3249 praticantes de Meditação Transcendental e 1275 controles. As drogas envolvidas foram nicotina, álcool, cannabis, alucinógenos, anfetaminas, barbitúricos e opioides. Observaram que:

- Meditação Transcendental produziu um efeito significativo na redução do uso do álcool, cigarro e drogas ilícitas, tanto na amostra em geral quanto nos que as usavam de maneira intensa.
- O efeito da Meditação Transcendental foi significativamente maior que o produzido por relaxamento e outros programas de tratamento e prevenção.
- A abstinência se manteve ou aumentou no seguimento a longo prazo, indicando prevenção efetiva de recaída.

SHAPIRO (1994) revisou a literatura sobre meditação, encontrando em 1988 cerca de 1350 referências estudando seus efeitos fisiológicos, comportamentais e subjetivos. Ela tem se mostrado eficaz com estudos demonstrando isto em estresse, dor, relaxamento, psiconeuroimunologia, diminuir o uso de serviços médicos e aumentar a longevidade. Todos durante sua vida enfrentarão eventos incontroláveis, indesejáveis e incertezas. Questões acerca do relacionamento com o Cosmos, que aparentemente parece caótico, o encontrar o significado da vida, compreender o bem e o mal, desenvolver uma identidade estável e positiva enquanto se reconhece a inevitabilidade da doença, da decadência e da morte. Estes temas podem estar além do controle humano, causando sentimentos de estresse, frustração, surpresa, medos e vulnerabilidade. O contexto espiritual da meditação desafia o sistema de crenças ocidental, no qual a maioria das psicoterapias é baseada, de que o universo é aleatório e sem sentido. Na meditação o universo é sagrado e uno, e a experiência inefável de unidade profunda é mencionada nas

diversas tradições espirituais. Tem também relação com os valores, sendo seu alvo a liberação do si mesmo egoico, desenvolver a sensação de harmonia com o universo, e a capacidade de aumentar a compaixão, sensibilidade e serviço a outros.

### **5.c. Confissão**

*“É somente com ajuda da confissão que sou capaz de me atirar nos braços da humanidade, livre finalmente do fardo do exílio moral (Jung 1933)”*

Quando se é confrontado com um problema de conduta, quatro comportamentos são possíveis: negação, desculpa, justificação e confissão. Nas três últimas alternativas o ato é admitido, mas a causa percebida da ação e/ou a responsabilidade pessoal variam. Por exemplo, o ato pode ser atribuído a uma causa externa (condição econômica, influência dos pares) ou a uma causa interna sobre a qual não se tem controle (doença mental ou física). Na justificação apela-se a princípios morais mais elevados (agir pensando no bem público). Nas três primeiras alternativas a culpa pessoal não é aceita. A confissão assume a responsabilidade e culpa pessoal. Este reconhecimento pode ser acompanhado por reparação (restituição), isto podendo ou não ser um componente necessário. A confissão pode ser utilizada para manipular os outros, diminuindo a raiva e aumentando o perdão, mas pode ser também consequência de culpa genuína. A culpa foi postulada como um meio de levar o indivíduo a admitir o erro e a cooperar com as regras sociais. A confissão assinala o reconhecimento de que uma regra básica foi violada e reafirma que o transgressor a valoriza.

A confissão reduz a raiva, aumenta a simpatia e reduz as repercussões negativas do ato e a culpa, tendo um valor catalítico e um efeito positivo no enfrentar os problemas com sucesso e no ajustamento e na evolução terapêutica (WEINER et al., 1991). Há falta de evidências experimentais dando apoio a estas crenças.

### **5.d. Perdão**

Está relacionado com a culpa, a vergonha e a reconciliação, mas principalmente com a segunda. A vergonha é a realização de que os outros nos estão vendo como realmente somos, e não como gostaríamos que nos vissem. O perdão é o reconhecimento que na verdade somos mais parecidos com quem nos ofendeu do que diferentes (CHILDS, 1990).



## 5.e. Conversão

No grego e hebraico significa voltar e retornar. Refere-se na tradição judaico-cristã aos pensamentos, sentimentos e ações de uma pessoa ou povo ao deixar de lado os ídolos e se voltar para o deus verdadeiro (RAMBO, 1990).

É necessário diferenciar entre os vários tipos de conversão religiosa (FLEMING 1988):

- a conversão psicológica - que não é uma experiência religiosa, mas apenas a sensação de bem-estar. Para o indivíduo, a preocupação desaparece, verdades não reconhecidas anteriormente são percebidas, o mundo parece ter mudado.
- conversão restrita - o conteúdo do que é dito sobre a experiência pode ser religioso, mas a pessoa está obcecada com aspectos legalísticos da sua fé, reduzindo-a a seguir algumas regras. A psicopatologia é canalizada para uma direção mais aceita socialmente, no caso a religião.
- conversão limitada - ocorre uma mudança incompleta na vida da pessoa, que apesar de consciente de suas faltas e desejosa de confessar, sente apenas culpa, e pode reverter aos padrões de comportamento antigos.
- conversão abrangente - ocorre uma mudança completa de uma forma bem integrada e egossintônica. É uma mudança que traz liberação, não comportamentos compulsivos. É uma experiência bem definida, cheia de vida, com moralidade consistente, abrangente, conectada com outras experiências religiosas, e conduz a humildade.

A conversão religiosa e experiências religiosas intensas parecem ter um efeito benéfico, reduzindo sintomas patológicos (BERGIN, 1983).

GALANTER (1989) e GALANTER e BUCKLEY (1978) entrevistaram participantes de duas seitas orientais nos Estados Unidos, a Igreja da Unificação (Rev. Moon), e a Missão da Luz Divina, que na década de setenta e oitenta foram foco de muitas controvérsias, com acusações de lavagem cerebral, manipulação e exploração de seus membros. O recrutamento era aberto ou disfarçado (participar de uma reunião sobre problemas sociais, por exemplo). O novo membro potencial era recebido em uma atmosfera de apoio e aceitação condicional onde se oferecia uma visão do mundo que prometia a solução para todos os problemas potenciais. O aderir ao grupo (conversão) trazia um alívio do sofrimento neurótico e uma sensação de bem estar e diminuição no consumo de drogas. Isto servia como reforço para manter a pessoa no grupo, pois a partir de

então qualquer dissensão era recebida com repúdio. De todos os que vão as reuniões iniciais, permanecem os que têm problemas neuróticos leves e conflitos familiares. Os com problemas psiquiátricos mais graves não são aceitos, e discretamente convidados a se retirar. Quanto mais próximo a pessoa se sentia do grupo e de seus valores, maior era o alívio que experimentava. O grupo estruturava todas as áreas da vida da pessoa, seu trabalho, vida sexual, socialização, casamento, interesses intelectuais. Não havia conflito, pois tudo já estava pré-determinado. Quanto mais a pessoa se conformava às normas do grupo, mais ela subia na hierarquia e era considerada “santificada”.

## 5.f. Exorcismo

O invocar o nome de deus para expulsar um espírito maligno que se crê habitar ou possuir uma pessoa, local ou objeto. Além da função de integração social, trás alívio de sintomas relacionados à estresse (WOODS, 1990).

O mecanismo terapêutico do exorcismo é semelhante aos da psicoterapia convencional:

- A eficácia apoia-se sobre o efeito placebo: funciona porque as pessoas acham que vai funcionar (GUTHRIE; SZANTON 1976; WITKINS 1973; WARD 1981).
- O resultado é influenciado por fatores e processos psicológicos (percepção, crença, expectativa, motivação, dramatização, e reforçamento).
- A doença recebe um nome (p.e. possessão), o rotulo é manipulado e um novo nome é usado (curado, exorcizado, expulso).
- Quando o tratamento não funciona imediatamente, a falta de cura não é atribuída ao sistema terapêutico, mas ao curandeiro ou ao remédio).
- Relação terapeuta-cliente: o vinculo é importantíssimo. Na prática clínica tem sido demonstrado que calor humano, empatia, e interesse genuíno pela pessoa produzem melhores resultados (ROGERS et al. 1967; SLOANE et al. 1975). No meio mágico, a onipotência e carisma do curandeiro (a autoapresentação com poderoso, autoconfiante, onipotente e energia autoritária).
- Remissão espontânea de sintomas psicológicos.
- Abreção: Exorcismo pode funcionar como uma abreção (JILEK 1976). Com a ajuda da hipnose ou drogas excitativas vivencia-se novamente intensa experiência emocional na tentativa de solucionar um problema psicológico e liberar as emoções acumuladas através de uma descarga

catártica (SARGANT 1975). Semelhanças entre exorcismo e abreação são o período de dissociação, excitação e despertar emocional intenso, colapso inibitório contingente seguido de relatos subjetivos de exaustão e alívio. Além de ser eficaz para o indivíduo, provê catarse para o grupo (Kiev 1972).

### **5.g. Liturgia**

Termo usado no Ocidente para indicar a adoração oficial pública à deus pela igreja. Envolve a participação ativa e consciente da assembleia através da leitura de textos sagrados, louvor através de hinos, salmos e cânticos, oração silenciosa e em grupo, e celebração de sacramentos (na religião cristã o batismo, a confirmação e a eucaristia, a reconciliação e as devoções) (MELLOH, 1990).

A liturgia apropriada ao momento de vida da congregação ou da família facilita muito a catarse emocional. O ministro religioso é treinado a planejá-la de acordo com períodos de celebração ou contrição e seguindo os ritos de passagem (no ocidente o nascimento, o aprender a ler, o início da adolescência ou vida adulta, a entrada na universidade ou no mercado de trabalho, o casamento, a separação, a aposentadoria, a saída dos filhos de casa, a morte, as lembranças dos entes queridos)

### **5.h. A benção**

Benção, passes, imposição de mãos, unção dos enfermos são práticas presentes em diversas religiões desde a Antiguidade. São formas, atos ou palavras para comunicar poder às pessoas em nome de deus, ou uma expressão de confiança entre as pessoas. Fazem parte do trabalho pastoral e a intenção é transmitir a promessa de força que será encontrada, não em quem a expressa, mas em deus. Em nome de quem as palavras estão sendo ditas (ARNOLD, 1990).

O benzer é uma das práticas mais presentes na nossa medicina folclórica. É um ato de súplica, de imploração, de pedido insistente aos deuses para que eles se tornem mais presentes, para que tragam boas novas e benefícios. É um instrumento para produzir solidariedade, um elemento que aglutina as pessoas, que repara a tragédia, a dor, a aflição e o sofrimento (OLIVEIRA, 1985).

### **5.1. Técnicas de alteração de consciência**

Os estados alterados de consciência são induzidos por manobras ou agentes fisiológicos, psicológicos ou farmacológicos. São reconhecidos pelo

indivíduo ou observadores como diferentes do estado de alerta e vigília, representados por grande preocupação com sensações internas ou processos mentais, mudanças nos aspectos formais do pensamento e comprometimento da avaliação da realidade (LUDWIG, 1966; GODO, 1985).

Os métodos para produção destes estados incluem a redução de estímulos exteroceptivos ou da atividade motora; o aumento da estimulação exteroceptiva ou da atividade motora ou das emoções; aumento ou focalização da atenção ou do envolvimento mental; diminuir o alerta através do relaxamento das faculdades críticas; fatores somatopsicológicos.

A maioria das religiões utiliza meios que conduzem à alteração de consciência: música ritmada, louvor, orações em voz alta ou em conjunto, jejum, retiros, vigílias de oração, ritos de passagem, pregadores carismáticos, meditação, uso de substâncias alucinógenas, estimulantes ou sedativas.

## **6. A experiência mística**

É uma experiência transitória, extraordinária, caracterizada por sentimentos de unidade, relação harmoniosa com o divino e com tudo que existe, sentimentos de euforia, noesis, perda dos limites do ego, alteração na percepção do espaço e do tempo e a sensação de não possuir controle sobre o evento. Os estudos assinalam que de 30 a 40% da população tiveram experiências deste tipo (LUKOFF et al. 1992), o que sugere ser ela um fenômeno normal e não patológico.

NOBEL (1987) assinala que a experiência mística pode resultar em maior saúde psicológica, mas o processo pode ser disruptivo levando a pessoa a procurar tratamento.

## **7. Experiências de proximidade da morte**

Esta experiência é claramente identificável, sendo um evento subjetivo profundo vivenciado por pessoas que estiveram próximas da morte, ou que foram dadas como mortas e se recuperaram como consequência de uma doença ou acidente grave, ou que confrontaram uma situação potencialmente fatal e escaparam sem ferimentos. A experiência inclui os seguintes estágios: Paz, contentamento, desligamento do corpo físico, entrar numa região transicional de escuridão, ver uma luz brilhante e passar, através dela, a outro nível de existência. Cerca de um terço das pessoas que tiveram um contato próximo com a morte, relatam este tipo de experiência. GREYSON e HARRIS (1987) resumem os problemas psíqui-

cos que podem ocorrer: raiva ou depressão, relacionados a perder o estado de proximidade da morte; dificuldade em reconciliar a experiência com as crenças e valores religiosos, ou com o estilo de vida prévios; medo que a experiência seja interpretada como instabilidade mental; dificuldade em reconciliar as mudanças de atitude com as expectativas da família e dos amigos; sensação de isolamento; medo do ridículo e da rejeição dos outros; dificuldade de comunicar o significado e o impacto da experiência e dificuldade em manter papéis prévios que agora não têm mais o mesmo significado.

## **8. A Direção Espiritual**

É descrita como um relacionamento que tem por objetivo o desenvolvimento do “self” espiritual. Isto inclui a construção de um forte relacionamento com Deus e o desenvolvimento de uma vida pessoal plena de sentido. Toma diferentes formas dependendo das crenças religiosas, mas o diretor espiritual tem em seu repertório de comportamentos o uso de encorajamento, apoio e confronto, visando criar um clima de confiança que conduza o orientando a correr riscos e a crescer.

JULIAN (1992) define o alvo da direção espiritual como sendo o de aprofundar o relacionamento de uma pessoa com Deus. Ajudar a pessoa a prestar atenção a comunicação pessoal de Deus, e a responder, crescendo em intimidade com Ele e vivendo as consequências deste relacionamento. O foco da direção espiritual e em temas espirituais, oração, a leitura das escrituras e literatura religiosa, exercícios de visualização, escrever um diário e outras práticas religiosas usadas para aumentar a consciência da presença de Deus e o relacionamento com ele.

GANJE-FLING e MCCARTHY (1991) compararam psicoterapia e a direção espiritual. Enviaram questionários a 100 psicoterapeutas e a 100 diretores espirituais, recebendo resposta de 69 diretores espirituais e 58 psicoterapeutas. Observaram que apesar do objetivo da psicoterapia ser o desenvolvimento psicológico e o da direção espiritual o crescimento espiritual, há grande sobreposição dos temas abordados, com os diretores espirituais endereçando todos os tópicos psicológicos, mas com os psicoterapeutas evitando os temas espirituais. As técnicas utilizadas pelas duas disciplinas foram semelhantes, embora os diretores espirituais usassem mais da meditação, oração e silêncio.

Psicoterapia orientada para o “insight”, terapia de apoio e direção espiritual têm, cada uma, alvos particulares e métodos que endereçam aspectos específicos da experiência e desenvolvimento humanos. Usa-

das adequadamente todas podem trazer contribuição valiosa e complementar ao desenvolvimento psicológico e espiritual das pessoas.

Psicoterapia e direção espiritual apresentam diversos elementos em comuns:

- Resistência é comum a ambas, incluindo o desejo de evitar a dor, a ansiedade e a culpa; a esperança de que padrões antigos de comportamento irão dar resultado; o desejo de não mudar a vontade, o medo do desconhecido e a incerteza que comportamentos mais adaptados podem trazer.
- Psicoterapia e direção espiritual requerem um relacionamento de trabalho confortável, com empatia, ouvir bem, calor humano, e preocupação genuína.
- Transferência e contra-transferência ocorrem em ambas as atividades, mas a primeira é abordada na direção espiritual apenas se for um impedimento.
- Os melhores candidatos a direção espiritual são os que apresentam os mesmos critérios para uma terapia, alguém que deseja crescer e mudar, capaz de pensar em termos psicológicos e desejoso de assumir um compromisso de longa duração.

Participar em terapia não exclui a direção espiritual, se ambos, terapeuta e paciente assim o desejarem. O relacionamento com Deus pode ser examinado no decorrer da terapia tanto quanto outros relacionamentos. Seguramente se encontrarão aí paralelos com o passado do cliente, com os relacionamentos atuais, e com transferências. Experiências, pensamentos, sentimentos e práticas religiosas podem ser explorados e compreendidos como qualquer material terapêutico.

## **9. Idioma para expressar o estresse e promover ajustamento pessoal**

A religião pode ser utilizada como um idioma para expressar o sofrimento em momentos de desorganização social e insatisfação, através de comportamentos que a psiquiatria pode interpretar como sendo dissociativos (Bourguignon, 1992).

Tanto a possessão por um espírito, quanto estados alterados de consciência podem servir como uma válvula de escape para sociedades e indivíduos que estão sob estresse, ou servir como um sinal, de que o estresse está presente nesta sociedade. Se a pessoa que vivência visões, transe, “vozes”, pode interpretá-los como mensagens socialmente

relevantes, um eco social pode ser despertado, e as condições para um movimento surgir. Se o estresse apenas produz crises convulsivas, e talvez visões e vozes, nenhuma mensagem distinta é formulada, e nenhum movimento revitalizador acontecerá.

Um exemplo é o “Jangue Jangue”, movimento religioso que surgiu entre os Balanta de Guiné Bissau, alguns anos após a independência de Portugal. Uma curandeira após sonhos, ouvir vozes, sacudir a cabeça e correr pelo campo, passou a receber espíritos, que lhe davam conhecimento sobre plantas medicinais e lhe ensinavam novas maneiras de viver. Estas regras incluíam rejeição a casamentos arranjados e a funerais caros com muita bebida e sacrifício de gado. Para BOURGUIGNON (1992) este é um exemplo de uma nova religião que trouxe renovação e modificação de costumes opressivos e prejudiciais, melhorando a condição de vida das mulheres.

Outro exemplo são os movimentos pentecostais e espíritas na América Latina, e os movimentos fundamentalistas na América do Norte e Oriente Médio, que representam uma reação a modernização, ao abandono de tradições antigas, a migração e aos problemas sócio econômicos, ajudando as pessoas a enfrentar e se adaptar. Estes movimentos apesar de adaptativos, podem oferecer poucas possibilidades de crescimento pessoal e ajustamento real. Ao focalizar na salvação individual e não na ação política, representa uma resposta as rápidas mudanças culturais e ao sofrimento e desadaptação consequentes (BOURGUIGNON, 1992; MARIZ, 1996). É um movimento religioso que permite aos seus membros adaptar a um mundo percebido como ameaçador, e não sabemos ainda quando oferecerá oportunidade para crescimento pessoal, transformação social e ajustamento.

A religião pode oferecer formas de acomodação, novos grupos provendo apoio social, um sistema explicativo, reestruturação de valores, oportunidades para ação social, rituais de cura etc.

É um fenômeno multiforme, e sua relação com a saúde mental é complexa e variável, não sendo possível fazer generalizações fáceis (BOURGUIGNON, 1992).

Religiões sincretistas, que aparecem em condições de rápida mudança ou contato cultural representam tentativas de desenvolver novas estruturas cognitivas e perceptuais e de modificar orientações afetivas e motivacionais. Quando estas criações são inovadoras e bem sucedidas e quando tratam dos assuntos fundamentais que estão preocupando as pessoas, podem ser anteparos contra o estresse e a ansiedade, além de possuírem dimensões políticas e terapêuticas (BOURGUIGNON, 1992).

## 10. Controle interno ou externo do comportamento (“Locus of Control”)

Termo derivado da teoria de aprendizado social, refere-se a estados internos que explicam porque certas pessoas ativamente, obstinadamente e voluntariamente tentam lidar com as circunstâncias difíceis, enquanto outros sucumbem diante delas. Algumas pessoas agem e outras deixam de agir em face do desafio.

É uma abstração onde as pessoas percebem as sequências causais que ocorrem em suas vidas, a crença que o indivíduo apresenta sobre a relação entre suas ações e as consequências. No controle interno a pessoa atribui o resultado a suas ações. Está associado ao perseguir ativamente dos alvos, através de ação, procura de informação, vigilância, tomada de decisões autônomas e sensação de bem estar. No externo os resultados não dependem de si, o que pode gerar com mais frequência depressão e ansiedade, e menor capacidade de lidar com experiências estressantes (LEFCOURT, 1991).

Alguns sistemas teológicos podem privilegiar um ou outro tipo de “*locus of control*.” Por exemplo, o Calvinismo é determinístico e a corrente Wesleyana enfatiza o livre arbítrio. Estes dois sistemas de crença parecem ser consonantes conceitualmente com os componentes externos e internos do constructo “*Locus of Control*”, o que está relacionado a saúde (LEVIN; SCHILLER 1986). Se isto for verdadeiro, presbiterianos deveriam ter mais ansiedade e depressão que metodistas, mas faltam pesquisas a respeito.

Para PARGAMENT et al. (1988), três estilos de lidar e solucionar problemas estão relacionados com a religião: a cooperação, o delegar e a autodireção. Estes estilos foram claramente identificados através de análise fatorial. No estilo cooperador, tanto o indivíduo quanto deus são vistos como tendo um papel ativo, cooperando para solucionar problemas. Está relacionado a religião intrínseca, traz implicações positivas para a competência do indivíduo, e correlacionar-se-ia favoravelmente com saúde mental, pois lidar adequadamente com os problemas envolve uma atitude positiva em relação a si mesmo, ao mundo e a um estilo ativo de enfrentar os problemas. No delegar, o indivíduo é visto como passivo, delegando a deus toda a responsabilidade para lidar com as dificuldades. A pessoa espera as soluções e isto parece estar relacionado à religião extrínseca, onde deus provê as soluções que o indivíduo se sente menos capaz de resolver. Este estilo está associado com menores níveis de competência. O estilo de autodireção enfatiza a liberdade que deus dá às pessoas de



dirigir sua própria vida. Esta abordagem envolve um estilo ativo de enfrentar problemas que enfatiza a iniciativa pessoal, níveis menores de envolvimento religioso tradicional e é, em geral, parte de uma maneira efetiva de resolver problemas.

## **11. Influências superempíricas e cura espiritual**

Uma força panteísta ou superempírica é aceita como inerente nas práticas, crenças e rituais religiosos. Esta força ou energia curativa imensurável e inefável recebe nomes diversos nas diferentes tradições místicas e religiosas: Éter, Prana, Força da Vida, Wakan, Espírito Santo, Kundalini, Energia, Consciência de Cristo, Chi ou Ki, Energia Eléptica, Baraka, Orgon, Ruakh, Poder Foático, Huna, Força Ódica, Mana, Energia do Estado Segundo, Gestaltung, Raio Mitogenético, Munia, A Coisa, Odile, vibração, aura etc.

Algumas tradições religiosas proíbem, desencorajam ou colocam restrições nas tentativas de compreender o mistério destes poderes, outras procuram desvendá-los através do ocultismo, meditação, terapias, autorrealização, uso de alucinógenos, ou iniciação nos mistérios de uma escola ou grupo. Os estudos parapsicológicos principalmente, procuram confirmar, estudar e medir esta energia hipotética.

Cientistas e teólogos olham com ceticismo estas práticas, mas talvez, no futuro, estas forças no que elas tiverem de real sejam desvendadas e compreendidas em sua eventual ação fisiológica, sendo pesadas contra ou integradamente aos outros fatores identificados acima.

BENOR (1990) revisou os artigos sobre cura espiritual publicados na língua inglesa. Definiu cura espiritual como a influência intencional de uma ou mais pessoas sobre um outro sistema vivo sem utilizar quaisquer meios de intervenção física conhecidos. Encontrou 131 estudos controlados, sendo que 56 mostravam resultados estatisticamente significativos com  $p < 0.01$  e 21 trabalhos com  $p$  entre 0.02 e 0.05. Estes experimentos lidavam com enzimas, células, fungos, bactérias, plantas, animais e seres humanos. A maioria foram publicados em revistas especializadas em parapsicologia, mas com revisão pelos pares (“peer review”) e padrões tão rigorosos quanto a maioria das revistas médicas. A razão porque estes autores não publicam nas revistas padrão é porque a maioria não aceita trabalhos com esta orientação (DOSSEY 1993).

BRAUD (1989) revisou 149 experimentos com seres vivos onde aparentemente influências telepáticas afetaram o comportamento de alguma maneira. Em metade dos estudos os resultados foram estatisticamente significativos.

BENOR (apud DOSSEY 1993) sugere diversos motivos porque cientistas não aceitam os trabalhos que mostram evidências científicas da cura a distância:

- As crenças materialistas ocidentais excluem esta possibilidade;
- é da natureza humana resistir a mudança;
- a dissonância cognitiva que isto provoca é resolvida pela rejeição sem avaliação adequada da evidência;
- este tipo de cura é confundido com misticismo;
- acha-se que poder de curar é possuído somente por pessoas estranhas ou diferentes;
- a falta de replicabilidade e ocorrência irregular do fenômeno. (Benor acha que a imprevisibilidade pode ser devido a variáveis não controladas como enfado, crenças e necessidades dos participantes);
- o fenômeno de cura tem leis que parecem diferir das leis científicas;
- enfatizar a fé e a religião parece ser um passo atrás para muitos cientistas após séculos de luta para divorciar ciência e religião;
- carreiras e investimentos financeiros alinhados com a visão física da realidade predominam.

## 12. Influências sobrenaturais

Um poder ativo que transcende ou existe independentemente do mundo natural, que escolhe quando e porque abençoar ou dotar indivíduos ou grupos de pessoas com saúde. Esta visão de mundo é enfatizada dentro das tradições judaico-cristã e islâmica. Enfatiza a transcendência de Deus e a sua presença e poder atuando na natureza e na história. Este poder divino está acima das leis naturais e não pode ser objeto de escrutínio científico e experimentação.

WILLIAMS e FAULCONER (1994) sugerem que a questão do relacionamento entre religião e saúde mental não tem sido abordada por causa dos pressupostos da perspectiva empiricista moderna. A explicação da ação em termos de causalidade seria inadequada para explicar ou compreender qualquer fenômeno humano. Propõem uma abordagem hermenêutica baseada em Heidegger e Gadamer que vêem o ser humano como um agente ativo e seu comportamento como uma ação interpretativa. A religiosidade não seria um atributo ou traço de um indivíduo, mas um modo fundamental de interpretar o mundo. Psicopatologia seria um problema moral e a terapia uma atividade moral. A investigação do fenômeno transcendental seria mais do que uma variável em uma equa-

ção de causalidade, ou uma variável cultural, mas uma maneira de vivenciar e perceber o mundo (KROLL, 1995).

### **13. Explicação multifatorial**

Uma combinação não reducionista de algumas ou todas as explicações acima. Teoricamente devido ao aspecto multidimensional da religião parece que nenhum fator por si só pode explicar porque certas expressões ou características da religião poderiam promover ou prejudicar a saúde. Esta complexidade manifesta-se também do ponto de vista estatístico: as características operacionais ou fisiológicas de nenhum aspecto em particular podem dar conta completamente dos indicadores de associação entre religião e saúde. É a composição de crenças, sentimentos e comportamentos relacionados à determinada maneira de ser religioso que promove saúde.

Por exemplo, para os adventistas teríamos que: evitar carne (dieta com baixos níveis de gordura e colesterol), desencorajar de casamentos entre familiares (evitando seleção de uma população, e tendências a determinados problemas de saúde), enfatizar a solidariedade da família e companheirismo religioso (prevenindo efeitos fisiológicos do estresse e ansiedade), garantir a ênfase teológica na responsabilidade sobre a própria saúde (encorajamento de cuidados e comportamentos benéficos), desfrutar da sensação de confiança e paz pela expectativa de Deus estar agindo no mundo e através dos rituais religiosos, e da sensação de bem estar e de que a vida tem um sentido porque se acredita na visão de mundo do Adventismo.

Alguns modelos procuram integrar os múltiplos fatores através das quais a religião atua sobre a saúde.

Modelo de religião e saúde de JARVIS e NORCOTH (1987):

#### **Participação (Pública ou privada)**

Filiação Religiosa

Religiosidade (Prioridades, crenças etc)

#### **Comunidade**

Atitudes relacionadas a saúde

Comportamentos relacionados a saúde      Riscos a Saúde

Apoio social

A filiação religiosa é o mais fácil de identificar, se a pessoa é membro de uma religião e qual o sistema de doutrina ao qual ela provavelmente está exposta.

Participação religiosa refere-se à atividade ou comportamentos que são realizados por causa do compromisso religioso ou da filiação religiosa, mas também por hábito ou por desejo de aceitação social. Pode ser externa ou pública (seguir as regras da religião, frequentar os serviços religiosos, oração pública, apoio financeiro aberto e outros indicadores visíveis de participação) e interna ou privada (oração solitária, leitura das escrituras e meditação).

A comunidade religiosa tende a ser estruturada de modo a prover apoio social. Este pode vir da ênfase que determinada religião coloca na família, ou através da ajuda a enfrentar contingências especiais que podem ser estressantes.

Religiosidade refere-se a dimensão atitudinal, como crença em deus, ortodoxia religiosa, compromisso, ver sua religião como fator de fortalecimento. Pode ser traduzida em atitudes e ações relacionadas à saúde derivadas das prescrições e proscricções religiosas. É uma forma de participação religiosa que tem implicações para a saúde.

O impacto que a religião pode ter sobre a saúde pode acontecer de diversas maneiras. A religião pode influenciar certos comportamentos (estilo de vida) aumentando ou diminuindo os riscos para a saúde. Pode criar uma rede de apoio social, ou operar reduzindo o impacto dos eventos vitais estressantes como doença, luto, mudanças residenciais involuntárias e institucionalização.

O efeito primário da religião parece ser sobre o comportamento, mas os efeitos geradores de atitudes e o pertencer a uma comunidade religiosa que dá apoio não devem ser ignorados e merecem a atenção de futuras pesquisas.

- SCHILLER e LEVIN (1988) formularam um segundo modelo teórico que pode ser testado:

- Práticas religiosas
- Crenças religiosas e visão de mundo
- Utilização dos recursos da comunidade
- Estado da saúde pessoal
- Crenças, atitudes e práticas de saúde

Neste modelo a influência da religião sobre a saúde é em parte mediada pela utilização dos serviços de saúde.

# Capítulo 11

---

## Transtornos mentais em ministros e líderes religiosos

### 1. Transtornos Mentais em Líderes e Fundadores de Novas Religiões

Diversos líderes e fundadores de novas religiões apresentaram comportamentos que poderiam ser caracterizados hoje como psicóticos. Inovadores e líderes de novos movimentos políticos e religiosos são frequentemente tomados como loucos, particularmente quando suas inovações são inaceitáveis, ou baseadas em premissas que estão em conflito com as dos seus críticos. Chamá-los de loucos é negar racionalidade e zombar de seus seguidores, pois somente o simplório e o crédulo levam o louco a sério (LITTLEWOOD, 1984).

Diversos trabalhos esmiuçam a vida dos fundadores de religiões, santos, místicos famosos, argumentando que patologias mentais profundas podem ser encontradas na maioria. A questão que se coloca é porquê outras pessoas os seguiram, aceitaram suas mensagens como verdadeiras, sua autoridade como sancionada por uma divindade, ou suas visões como reais. Na verdade, há forte base lógica para duvidar que patologia mental poderia ser fonte importante de aderência religiosa (STARK, 1971).

LOMBROSO (1891) descreveu como psicopatológicas as experiências de diversos santos e fundadores de religião. Achou que os progres-

tos políticos e religiosos das nações foram realizados ou determinados pelos loucos ou “quase-loucos”, considerando anormal o altruísmo que os leva a sacrificar seus próprios interesses, e até a vida, para fazer conhecer e aceitar certas inovações.

Lombroso atribui a genialidade a um sistema de degeneração hereditária de tipo epileptoide. Mudanças só podiam ser iniciadas pela anormalidade, e distingue o gênio verdadeiro (de tipo epileptoide) aliado à evolução, do pseudogênio associado às rebeliões fracassadas.

KRETSCHMER (1931) possui visão semelhante. Considera as vivências místico-religiosas (expressões devastadoras de inspiração e conversão, o sentir-se preso até as profundezas da alma por um poder sobrenatural, o sentimento repentino e completo de inversão da personalidade, o de ser sobrepujado por influência externa, a destruição dos limites do “self” com assimilação do infinito) como sendo semelhantes às experiências processuais dos esquizofrênicos ou ao êxtase metafísico, intrusivo e poderoso dos epiléticos, nos momentos que precedem uma crise.

Estas ideias foram inspiradas pelo pensamento positivista predominante no fim do século passado e início deste século. Muitas das descrições de sintomas não seriam consideradas hoje como satisfazendo a critérios diagnósticos, sem mencionar a ausência de consideração aos fatores culturais.

Na história da igreja cristã e das religiões há, entretanto, diversas descrições de comportamentos no mínimo controversas:

- A visão de Maomé de que seu cavalo voou por todo o céu antes do jarro se esvaziar de água, e o relato da conversão de Saulo de Tarso, na estrada para Damasco, são, para Kretschmer, evidências de epilepsia. Maomé órfão de pai e com sua mãe Amina impossibilitada de amamentá-lo, foi criado por Halima (ama de leite) que dele cuidou por sete anos, devolvendo-o à mãe por apresentar crises convulsivas.
- Lutero (1483-1546) foi descrito como tendo períodos de profunda depressão, sentimentos de insuficiência, medo, incerteza torturante, agarrando-se a símbolos tradicionais, o que na opinião de Kretschmer, caracterizam a neurose compulsiva. ERIKSON (1958) viu nele ataques de pânico e depressão, e GOODWIN e JAMISON (1990), períodos de depressão psicótica suicida alternando com épocas de infatigabilidade e êxtase com visões.
- Orígenes levou ao pé da letra a exortação de Mateus 12:12, castrando-se.
- Simeão Stylites foi considerado incapacitado para a vida monástica:

agachava-se no portão do mosteiro sem comida, mortificava-se, enterrava-se até o pescoço ou ficava de ponta cabeça até que seus braços não conseguiam mais sustentá-lo. Não se banhava a ponto de um cheiro horrível exalar de seu corpo e vermes caírem quando ele se movia (GRAHAM, 1967).

- Montano anunciava, em êxtase frenético: “Eu sou o Senhor Deus que habita nos homens”. Com duas mulheres como companheiras, Maximila e Prisca, ajuntou o povo ordenando jejum rigoroso e observância em preparação para a segunda vinda de Cristo, que achava iminente (GRAHAM, 1967).
- SABBATAI-LEVI (1626-1676), considerado o messias por parte da comunidade judaica no século XVII, alternava dias de angústia e êxtase.
- JAMES (1902) disse: “difícilmente você achará um líder religioso, em cuja vida não há a presença de automatismos...São Paulo teve visões, êxtases, dom de línguas..., São Bernardo, Ignácio de Loyola, Wesley tiveram visões e episódios de alteração de consciência”.
- Bunyan, Tolstoy e Santo Agostinho apresentavam sinais de melancolia. Joana D’Arc, Savonarola, e Francisco de Assis foram vistos como doentes e tiveram seus “sintomas” dissecados.
- Santa Teresa D’Avila e outros que apresentavam estigmas religiosos foram extensamente estudados do ponto de vista médico e psiquiátrico por JANET (1926), THURSTON (1951) e WHITLOCK e HYNES (1978).
- GEORGE FOX (1624-1691), fundador da Sociedade dos Amigos (Quakers), relata alucinações visuais e auditivas. Andava pelas ruas chorando em voz alta, obedecendo ao comando das vozes. Via as ruas e praças cobertas de sangue (GOODWIN e JAMISON, 1990).
- SWENDENBORG (1688 - 1772) teve sua biografia analisada por Maudsley em 1869. Nascido de uma família religiosa, seu pai era um bispo e professor de teologia, destacou-se com seus trabalhos sobre matemática e filosofia. Em 1744 abandonou todo interesse científico, dizendo que havia contatado o mundo espiritual e que possuía o poder de falar com os anjos. Escreveu um diário sobre seus sonhos e visões e as interpretações espirituais. Teve um surto psicótico, onde proclamava ser o messias e ter vindo para ser crucificado pelos judeus. Ficou trancado em seu quarto por dois dias e saiu espumando através da boca e gaguejando. Achava que os espíritos tentavam sufocá-lo durante o sono e que forças tentavam fazê-lo roubar e cometer suicídio. Apresentou alucinações olfativas e gustativas e sentia seu cabelo como uma multidão de cobras. Apresentou ideias paranoicas acerca dos Quakers. Man-

tinha a ideia que, através dele, Jesus Cristo havia feito a sua segunda aparição para instituir a Igreja de Nova Jerusalém. De 1749 a 1771 escreveu trinta livros em latim inclusive um intitulado *Arcana Coelestia* (Segredos celestiais). Viveu solitariamente, nunca tomava banho ou escovava as roupas, achando que a sujeira não poderia grudar nela. Atribuía sua dor de dentes aos espíritos malignos que procuravam entrar em sua mente tentando matá-lo. Nunca fez prosélitos, mas os seus escritos levaram à fundação da Igreja de Nova Jerusalém, em 1780, em Londres, tendo como seguidores: Blake, Balzac, Baudelaire, Emerson, Strindberg, Yeats, James e Helen Keller. Recebeu diversos diagnósticos: mania crônica, esquizofrenia e epilepsia. Diante dos protestos e críticas dos seguidores, Maudsley decidiu retirar esta parte da edição seguinte de seu livro (JOHNSON, 1994).

- Rev. Moon, fundador da Igreja da Unificação (“Holy Spirit Association for the Unification of World Christianity”) relata que, aos 16 anos, apresentou visões em que Jesus Cristo lhe confessou que seu trabalho havia sido incompleto e que ele deveria continuar sua obra de estabelecer o reino de deus na terra. Descreve também encontros com o mau cósmico e comunicações com Moisés e Buda (APA Committee on Psychiatry and Religion, 1992).
- Na atualidade, tivemos os episódios de David Koresh, em Waco (Time, 1993; Veja, 1993); Jim Jones, nas Guianas (GALANTER, 1989) e Baba, com seu Ashram no “Central Park” em Nova Iorque (DEUTSCH, 1975, 1980).
- Na história recente do Brasil, tivemos importantes líderes religiosos como Antônio Conselheiro e o Massacre de Canudos (RODRIGUES, 1897), e o Monge José Maria, na Revolta do Contestado (QUEIRÓS, 1966).
- PRINCE (1992) relata a vida de Sri Bhagavan Maharshi (1879-1950), um importante santo Tamil, na Índia, muito conhecido no Ocidente e citado na novela “O Fio da Navalha” de Somerset Maughan (MAUGHAN, 1949). Permaneceu em um quadro psicótico de tipo catatônico por três anos, negligenciando seu corpo ao extremo, unhas e cabelos compridos, sem se alimentar, permanecendo na mesma posição a ponto de marcar a parede onde se recostava, picado pelas formigas, sem reagir. Durante sua vida possuiu apenas um pano e um cantil. Foi considerado um santo, teve muitos seguidores. E, para um observador externo, é difícil compreender porque isto ocorreu, quando, na mesma parte do país, muitos outros psicóticos estavam sendo hospitalizados.



PRINCE (1992) procura demonstrar como certos estados mentais e comportamentos são classificados como caso psiquiátrico, enquanto que, em outros meios, são considerados experiência religiosa. Em culturas que atribuem significado a estes estados e dão apoio institucional aos indivíduos que os experimentam, alguns poderão ser canalizados a exercer um papel social valioso. A intensidade e duração da experiência religiosa, o grau de desorganização pessoal e a incapacitação associada a isto determinarão se o episódio será finalmente visto como religioso e positivo, ou como psicótico e negativo.

Para BASTIDE (1959), a diferença está na capacidade do líder em utilizar eficazmente sua experiência de vida. Na sua maioria, são pessoas ativas, com capacidade organizacional e de empreendimento, cujas ideias têm um apelo universal, que atendem às necessidades de muitos. Além disso, há diferenças sociológicas e históricas. Os líderes são aceitos somente se a época é adequada e propícia a isto. Pessoas que foram místicos adorados na Idade Média poderiam estar internadas hoje.

A maioria das sociedades tribais parece reconhecer um estado semelhante ao nosso conceito de loucura, mas isto parece ser reduzido apenas às formas crônicas de psicose. A quadros agudos, em geral, atribui-se um significado. Quadros agudos, leves e transitórios, são valorizados, mas a deterioração é tão lamentada e valorizada, quanto para nós (LITTLEWOOD, 1984).

LITTLEWOOD (1984) assinala as cinco condições necessárias para que uma doença mental tenha influência sobre a cultura:

1. Um indivíduo que já era influente torna-se psicótico e a inércia da estrutura política valida seu comportamento por algum tempo. Diversos líderes tornam-se isolados e, conseqüentemente, desconfiados. Entretanto dificilmente conseguem manter sua influência se realmente estiverem insanos. Isto é exemplificado no caso de Calígula.
2. O indivíduo deve ficar insano apenas periodicamente e, entre estes intervalos, consegue validar seus delírios e comunicá-los de maneira aceitável, explicando-os em termos convencionais. Psicoses do tipo da esquizofrenia, quando apresenta um curso mais contínuo e pervasivo, com grandes alterações da personalidade torna pouco provável este tipo de integração. Episódios psicóticos, fases de mania ou depressão têm maior probabilidade de satisfazer este critério. A aceitação do conteúdo psicótico depende da sua semelhança com temas que já estão presentes no meio cultural. Seu poder renovador depende da convicção com que a psicose ou sua performance são apresentados.

3. Apesar de considerado louco, suas ideias são aceitas pela sociedade. É o caso de Nietzsche, Strindberg e Artaud. Apesar de terem apresentado respectivamente paralisia geral, paranoia e esquizofrenia, e de suas ideias estarem pelo menos em parte interrelacionadas com o período psicótico, as mesmas são aceitas como válidas. A abolição da escravidão teve fundamental participação dos Quakers, a quem, no século dezoito, era aceitável possuir escravos. Dois indivíduos internados em um asilo para insanos declararam, pela primeira vez, ser inaceitável para um Quaker possuir escravos, ideia esta que se espalhou, apesar dos dois terem continuado internados.
4. É o significado para a comunidade que determina se uma pessoa vai ser aceita como profeta. A plausibilidade é culturalmente determinada. Em tempos de crise, há a maior possibilidade de que sejam aceitas soluções de pessoas que em outras épocas seriam estigmatizadas como loucas. “Épocas de desespero necessitam de remédios desesperados”, a psicopatologia pode ter um papel inovador.
5. Sociedades pequenas, principalmente se não usam escrita, são mais abertas a uma maior variedade de comunicações idiossincráticas. Em outras palavras, há sociedades que conseguem atribuir sentido à psicopatologia. O conceito de psicopatologia de algumas sociedades é mais restrito que o das sociedades ocidentais.

## **2. Transtorno mental entre clérigos e ministros religiosos**

MOORE (1936), bispo católico e psiquiatra, enviou carta a todos os sanatórios católicos e não-católicos, públicos e privados e asilos para insanos dos Estados Unidos, querendo saber a incidência de insanidade entre sacerdotes e religiosos, e compará-la com os dados epidemiológicos então disponíveis. Recebeu resposta de “praticamente todos os hospitais” católicos e de 76.96% dos particulares. Observou que:

- quarenta e quatro por cento (44%) das freiras apresentavam demência precoce, sendo maior o índice entre as que estavam em clausura. Esta incidência era duas vezes maior que a da população internada na época.
- dezoito vírgula cinquenta e cinco por cento (18.55%) eram maníaco-depressivas, sendo este o valor esperado pelo acaso. Achou maior número de casos de melancolia involutiva e esquizofrenia paranoide entre as freiras do que na população.

Entre os sacerdotes homens, o principal problema encontrado foi o alcoolismo (20.7% comparados a 7.3% da população). Psicose maníaco-depressiva e paranoia também foram observadas em maior número que na população. No geral, a incidência de insanidade foi menor que na população, atribuindo isto principalmente à ausência de sífilis.

Observou que a incidência de internações psiquiátricas era menor entre sacerdotes católicos (padres, monges e freiras) e que freiras em clausura tinham incidência maior do que aquelas que estavam ativas no mundo exterior. Diversos estudos (PEARSON e FERGUSON, 1953; KELLEY, 1958) advogaram que mulheres pré-psicóticas teriam uma atração pela vida no claustro, mas que o fato de ser freira diminuía a chance de se tornarem pacientes psiquiátricos.

Irmã KELLEY (1958) procurou replicar o trabalho de MOORE (1936), contactando, em 1957, 378 hospitais psiquiátricos, recebendo resposta de 94.4%, também procurando informações sobre freiras internadas. Estas receberam com maior frequência os diagnósticos de esquizofrenia e transtornos psiconeuróticos, enquanto que na população leiga eram mais frequentes as síndromes cerebrais orgânicas e a deficiência mental. Explica esta diferença pela sífilis e o alcoolismo serem extremamente raros entre as freiras e muito frequentes na população. Encontrou diferença significativa ( $p= 0.002$ ) entre a prevalência de freiras e leigos internados, sendo a das freiras menor. Entretanto, observou que a diferença diminuiu quando comparada com a encontrada por MOORE (1936), tendo ocorrido um aumento de incidência entre as freiras. A diferença entre as que estavam no claustro e as ativas decresceu, tendo havido um aumento de internações entre as “ativas”, talvez por estarem sendo submetidas a mais estresse. Dos duzentos e trinta e dois casos hospitalizados por mais de 5 anos, 92% eram psicóticas, sendo 71% esquizofrênicas e 20% com reações depressivas (psicóticas e neuróticas).

MORGAN (1958) comentou artigo da revista “Life” de agosto de 1956, resumido na Reader’s Digest de novembro do mesmo ano, que assinalava que, mais do que nunca os ministros estavam tendo crises nervosas, pois eram sobrecarregados com trabalho. Destaca não haver estudos sobre isto, que a literatura psiquiátrica não assinala sobrecarga de trabalho como causa de doença mental. Enviou uma carta a todos os hospitais públicos norte-americanos, pedindo dados sobre a frequência de internações em 1946 e 1956 de clérigos, advogados e médicos. Cada capelão recebeu instruções para enviar dados sobre todos os ministros internados no dia 1 de outubro de 1956. Das 156 cartas enviadas recebeu 26 com informações completas. As respostas foram:

	1946	1956
Ministros	7	21
Médicos	13	32
Advogados	14	28

Os diagnósticos recebidos foram :

Síndrome cerebral crônica por arteriosclerose 29%

Síndrome cerebral crônica por demência senil 3.2%

Reação psicótica associada a síndrome cerebral crônica por problemas metabólicos 3.2%

Reação psicótica involutiva 9.7%

Depressão agitada 3.2%

Reação esquizofrênica de tipo paranoide 25.8%

Reação esquizofrênica de tipo crônico indiferenciado 3.2%

Reação maníaco-depressiva tipo mania 9.7%

Reação maníaco-depressiva 6.5%

Distúrbio de personalidade 3.2%

Alcoolismo 3.2%

Concluiu que houve um aumento de três vezes no número de ministros internados, e de 2.46 no de advogados e próximo a isto no número de médicos. O crescimento no número de médicos e advogados internados foi maior do que aquele registrado entre a aumento da população destas profissões. Não conseguiu estes dados em relação aos clérigos, mas pressupõe que seguramente, não triplicaram. Explicou estes aumentos pela maior atenção que estava sendo dada aos transtornos mentais e à diminuição do estigma associado a estes hospitais. Para cada 10.000 habitantes havia vinte clérigos. Para cada 10.000 internações, sete eram ministros religiosos, número insignificante. Concluiu que a distribuição e a frequência de diagnósticos psiquiátricos foi semelhante ao da população geral.

MEIBURG e YOUNG (1958) apresentaram dados preliminares sobre 113 ministros selecionados ao acaso entre os atendidos ambulatorialmente no Hospital Batista da Carolina do Norte, Estados Unidos, no período de 1944 a 1957. Analisaram os principais diagnósticos clínicos e psiquiátricos e encontraram que os mais frequentes foram: estado ansioso, estado tensional, transtorno gastrointestinal funcional, depressão, piloroespasmo, hipertensão, enxaqueca, cefaleia, doença cardíaca, bronquite, aumento da próstata, deformidade duodenal, hemorroidas e amebíase interrogada. Metade dos diagnósticos era devida a reações psicogênicas ou emocionais. Relacionaram isto a três tipos de fatores

vocacionais (sobrecarga de trabalho, problemas relacionados ao conceito de evangelismo e dúvidas acerca de sua vocação) e a conflitos conjugais.

CHRISTENSEN (1958) relata que de 73 candidatas a missionárias, 23% foram rejeitadas por sérios problemas mentais (psicoses ou neuroses incapacitantes) e 47% foram aceitas condicionalmente, pois possuíam algum problema emocional que poderia prejudicar seu desempenho. Cita MASSERMAN (1955) que avaliou 364 candidatas num período de 15 anos. Vinte e um por cento foram rejeitadas, sendo 36 por dificuldades neuróticas, 12 por motivação inadequada, 10 por problemas de temperamento da esposa, 8 por problemas próprios de temperamento, 3 por problemas físicos e 9 por outros motivos.

Irmã KELLEY (1961) revisou os prontuários de 50 irmãs religiosas que estiveram ou estavam internadas em um hospital psiquiátrico. A amostra incluiu 25 com esquizofrenia (13 paranoides), 8 maniaco-depressivas, 4 reações depressivas, 5 psicoses involutivas, 2 arteriosclerose cerebral, 1 psicose senil, 1 alcoolismo crônico. Observou que, se casos de senilidade e arteriosclerose fossem retirados da amostra, a média de idade de internação seria de 41 anos, e que a doença iniciou-se 5 a 6 anos após um período de estresse e de ausência de produtividade. A média de duração das internações foi de 4 anos e 4 meses e 25% foram internadas mais que uma vez. Formula a hipótese que depressão autoacusatória seria o transtorno mais proeminente entre elas, justificando isto através de:

- sessenta e quatro por cento apresentavam escrúpulos, sensação de falta de valor, de fracasso, desejo de serem destruídas.
- a hospitalização foi mais frequente entre as freiras com ocupação pouco absorvente, com maior liberdade mental (ocupações domésticas),
- a prática do ascetismo com introspecção e autoexame deliberados, com o objetivo de aperfeiçoamento. Se esses exercícios não forem bem orientados podem conduzir uma pessoa imatura à depressão.
- Insegurança nas estruturas da vida religiosa - os votos de pobreza, castidade e obediência constituem um programa rigoroso e falhas são interpeladas num contexto de culpa moral, o que pode intensificar a depressão.
- A depressão é vista como um fracasso, e este como pecado, tornando a doença um reforço circular à depressão.

Recomenda seleção mais cuidadosa aos que vão seguir a carreira religiosa e melhor orientação moral e psicológica aos que foram aceitos, o que poderia reduzir consideravelmente os estados depressivos entre os religiosos.

McALLISTER e VANDERVELDT (1961); McALLISTER (1965) investigaram 100 padres católicos que tiveram alta consecutivamente de um hospital psiquiátrico particular católico, durante um período de 7 anos (1952 a 1959). A partir de um estudo-piloto em cinco casos, estabeleceram 72 variáveis a serem investigadas nos prontuários, acerca da história familiar, educacional, saúde, trabalho e história psiquiátrica. Só 57 variáveis puderam ser aproveitadas por falhas nos prontuários. Compararam os resultados com os de outros cem pacientes não clérigos (58 não católicos) que tiveram alta do mesmo hospital, e com cem seminaristas não hospitalizados que, em alguns meses, seriam ordenados sacerdotes. Observaram que:

- Os clérigos eram internados voluntariamente com mais frequência, devido ao voto de obediência.
- Os clérigos eram de classe social inferior aos seminaristas, o que pode refletir uma tendência da sociedade a aumentar a classe média, ou dificuldades do clero em se adaptar a um meio sócio-econômico mais elevado.
- Alcoolismo, ansiedade, sentimentos de inadequação (sentir-se instável, inseguro, rejeitado, dependência, falta de personalidade, problemas com autoridade), sintomas obsessivo-compulsivos e comportamentos sexuais que se desviavam de alvos estabelecidos e criava problemas foram mais frequentes que entre os leigos, embora não com diferença significativa ( $P=0,49$ ).
- Um número importante de clérigos apresentou familiares com transtorno psiquiátrico, quando comparados com os leigos (suicídio, alcoolismo, tratamento psiquiátrico, nervosismo extremo).
- Os clérigos tiveram, com mais frequência, pais alcoólatras e 11 dos 32 padres com problema de alcoolismo tinham pais alcoolistas.
- Os problemas identificados durante o seminário foram: dúvidas intensas e contínuas sobre a vocação, conselho para sair da vida religiosa fornecido por autoridades, escrúpulos mórbidos, ataques graves de ansiedade, doença emocional aguda. Como 77% já apresentavam problemas durante o período de seminário recomendam uma avaliação mais cuidadosa dos candidatos.
- A idade de início da doença foi menor entre os clérigos, talvez devido ao estresse durante o seminário e às responsabilidades clericais.
- Dos 10 casos com problemas na esfera sexual (homossexualismo ou "sexual acting-out"), nove já os apresentavam antes da ordenação. Discute se a reação psicológica a estes problemas não foi a responsável pela escolha da carreira religiosa.

- Apesar de verem voluntariamente, a motivação para tratamento entre os clérigos era menor, sentiam-se forçados pelos superiores, olhavam a psiquiatria com desconfiança e dúvida, e enxergavam a internação como uma punição.
- Levavam mais tempo para receberem alta, e os motivos prováveis foram: Melhores recursos econômicos (a congregação religiosa pagava o tratamento); os médicos, diante da responsabilidade, tomavam mais cuidado para a alta; maior proporção de transtornos de personalidade; menor motivação para o tratamento; padrões mais elevados de avaliação por parte da equipe de tratamento.
- Após a alta, um número importante mudou de local de trabalho e de função que realizavam, o que pode refletir, ou uma facilidade maior de fazer isto entre os religiosos, ou a percepção de que o “status” do clérigo é prejudicado pela doença, o superior preferindo transferi-lo para outra atividade.
- O maior número de diagnósticos de depressão entre os leigos foi explicado pela elevada frequência de reações depressivas precipitadas pelo desemprego (ou sua ameaça), e pelo fracasso financeiro e nos negócios, o que não constitui problema para o clero, que possui maior estabilidade e segurança.
- Quarenta e seis por cento (46%) receberam o diagnóstico de transtorno de personalidade, sugerindo a presença de problemas de ajustamento já há longo tempo.

VANDER VELDT e McALLISTER (1962) estudaram 32 de 100 sacerdotes católicos internados que apresentavam sintomas de alcoolismo e os compararam com dez de cem leigos internados no mesmo hospital com o mesmo problema. A idade de início do beber problemático foi mais tardia entre os sacerdotes, talvez pela vida mais rigorosa e controlada durante os anos de seminário, que favorecia a sobriedade. Nenhum apresentava estes sintomas na época da ordenação, mas em 50% os sintomas começaram até três anos após esta, o que indica serem críticos os anos iniciais da vida sacerdotal.

- Demoraram mais tempo para buscar tratamento (12.5 anos para o clero e 7.8 anos para os leigos).
- Dados sobre antecedentes familiares estavam disponíveis para apenas 14 sacerdotes; e desses, 13 tinham familiares alcoólatras.
- Dos 32 clérigos internados, nenhum achava que estava fazendo tratamento, mas que estavam sendo punidos, o que não ocorria entre os leigos.

- Os autores opinaram que o diagnóstico de Personalidade Passivo-agressiva foi frequente entre os clérigos.

McALLISTER e VANDER VELDT (1965) estudaram 600 sujeitos: 100 padres e 100 freiras internados em um hospital psiquiátrico (os mesmos do trabalho de 1961); 100 homens e 100 mulheres internados no mesmo hospital, e 100 padres e 100 freiras que nunca haviam apresentado doença mental ou estado sob cuidados psiquiátricos. Observaram diferença de idade entre sacerdotes e leigos internados, a faixa de idade entre 40 a 50 anos era mais frequente para os sacerdotes e a de 60 a 70, anos mais frequente para os leigos. Álcool, drogas e problemas com a sexualidade foram mais frequentes entre os sacerdotes (25% da amostra). O Alcoolismo foi mais frequente entre os clérigos homens (32 internações) e drogas, mais frequente entre as freiras (6 internações). Os clérigos tinham também maior número de sintomas obsessivo-compulsivos. Depressão foi mais comum entre os leigos (84 para 34). O início dos sintomas foi mais precoce entre os clérigos, sendo que quase metade já apresentava a doença antes ou após 5 anos de fazerem os votos. Os clérigos doentes eram de nível sócio-econômico mais baixo que os leigos e o grupo controle de religiosos. Viviam em casa onde a mãe era a figura dominante e onde alguém já havia apresentado algum distúrbio psiquiátrico (86%, sendo 60% alcoolismo).

As freiras pacientes entraram na vida religiosa mais tardiamente (após os 30 anos), o que pode ter sido provocado por não terem conseguido se adaptar à vida leiga, devido a problemas de personalidade. Os religiosos permaneciam mais tempo internados, interpretando isto como decorrente de vantagem econômica, pois as ordens religiosas pagavam os tratamentos. Os índices de síndromes cerebrais orgânicas e esquizofrenia foram os mesmos nos dois grupos, sendo que transtornos afetivos foram mais frequentes entre os leigos, numa de proporção de 2 para 1. Os diagnósticos mais encontrados foram psicoses afetivas e involutivas, depressão psiconeurótica. Os clérigos apresentavam distúrbios de personalidade mais frequentemente que os leigos; nas freiras personalidade do tipo paranoide e esquizoide. Recomendam a avaliação psiquiátrica antes do voto, e criticam o treinamento que não prepara o religioso para o estresse que irão enfrentar.

SORENSEN (1973) entrevistou 67 sacerdotes católicos e episcopais. Os critérios foram descrever-se como alcoolista e satisfazer o conceito de alcoolismo de Keller ("Alcoolismo é um transtorno de comportamento crônico manifesto por beber seguidamente bebidas alcólicas além do aceito pela



comunidade, e que interfere com a saúde e desempenho social e econômico de quem bebe”). Esses sacerdotes foram comparados com um grupo controle de sacerdotes retirado do condado de Worcester, que pesquisas prévias mostraram ser representativo do clero do estado de Massachussets. Utilizou o TAT, um questionário para avaliar preocupações sobre poder social e pessoal, e questões sobre atitude acerca do álcool e expressão sobre a necessidade do uso de poder. Observou que alcoólatras foram caracterizados pelo item “poder pessoal”, enquanto que os não alcoolistas o eram pelo “poder social”. Concluiu que sacerdotes com necessidade de poder pessoal tendiam a beber excessivamente mais do que clérigos com necessidade de poder socializado ou sem necessidade de poder.

ARGYLE e BEIT-HALLAHMI (1975) revisaram alguns artigos e as-sinalaram que, entre candidatos a vida religiosa e seminaristas, o índice de neuroticismo era elevado nos Estados Unidos (ROE, 1956). Estas pessoas seriam mais isoladas e perfeccionistas, comparadas a outros estudantes e grupo controle, e que pioravam com o treinamento (DUNN 1965). Outros estudos os acharam mais deprimidos e com sentimentos de inferioridade e com mal estar e falta de confiança em situações e relacionamentos sociais.

LA BORIA (1975), em um hospital psiquiátrico de Brescia na Itália com ala reservada para clérigos, revisou os prontuários de 446 sacerdotes que haviam lá sido internados ao longo de 20 anos. Observou que 70% apresentavam sintomas de fobia obsessiva. Em 60 pacientes estudados com maior detalhe, 59 haviam entrado no seminário aos 12 anos de idade. Atribui isto a uma dificuldade de comunicação com os outros, à ausência de identidade do self, confusão e complexo do ego. A absorção em um meio religioso serviu como defesa para a perda da individualidade.

KEDDY et al. (1990) descreveram os problemas psicológicos de 29 homens e 13 mulheres com idades entre 29 e 64 anos, clérigos católicos, encaminhados para tratamento. Utilizaram para avaliá-los o WAIS (Weschler Adult Intelligence Scale), o MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) e o Teste de Rorschach. Identificaram os seguintes problemas: orientação intelectualizada, mecanismos de defesa ingênuos, dificuldade no lidar com emoções. Os homens não respondiam de uma maneira caracteristicamente masculina e 30% estavam confusos sobre sua orientação sexual. Os problemas apresentados foram depressão 6; identidade sexual 1; abusado quando criança 1; ansiedade 2; alcoolismo 2; relacionamento sexual 3; problemas interpessoais 12, indecisão vocacional 2. Os principais diagnósticos pelo DSM III foram transtornos afetivos e ansiosos, e transtorno misto de personalidade.

## **Sexualidade do ministro religioso**

A sexualidade dos ministros religiosos tem estado em evidência principalmente após notícias na imprensa sobre AIDS entre padres, o filho de um cardeal norte-americano e as indiscrições sexuais dos líderes religiosos pentecostais americanos Jim Bakker e Jimmy Swaggert. O primeiro foi afastado de seu ministério na televisão ao revelar ter tido um “affair” com uma secretária sete anos antes, e o segundo, um dos que investigaram e puniram Bakker, foi afastado ao ser flagrado com uma prostituta. Defendeu-se dizendo que não havia mantido relações sexuais com ela, apenas observou-a tirar as roupas.

Parte da literatura acerca da sexualidade do pastor afirma que sexo entre este e um membro da igreja está sempre errado, parte reconhece a sua sexualidade como um dom de deus, uma afirmação da dimensão encarnada da fé (NELSON, 1983), e parte assinalando os dilemas e ambiguidades que o tema suscita (LEBACQZ e BARTON, 1991).

A tradição cristã afirma ser errado qualquer relacionamento sexual fora do casamento heterossexual, embora para alguns pastores exista a abertura para uma compreensão e aceitação diferentes quanto à sexualidade, baseados nas escrituras, experiência, tradição e razão (CAHILL, 1985; NELSON e LONGFELLOW, 1994).

O ministro religioso, dentre as profissões envolvidas em ajuda, é particularmente vulnerável ao envolvimento sexual com seus clientes: pela solidão, pelo entrar em relacionamentos com proximidade, pelo acesso às casas e quarto de dormir, a privacidade do gabinete pastoral, tudo contribuindo para o despertar do desejo sexual e para a tentação de agir baseado neste desejo.

REDIGER (1990) é um compêndio de casos retirados de sua experiência de aconselhamento com membros do clero, com exemplos de pastores envolvidos em pedofilia, estupro, travestismo, assédio sexual e outros problemas.

LEBACQZ e BARTON (1991), visando explorar a variedade de experiências e expressões de sexualidade na paróquia, conduziram diversas pesquisas informais entre pastores e leigos de diversas regiões dos Estados Unidos. Criaram 6 histórias fictícias abordando dilemas éticos hipotéticos sobre comportamento sexual e as enviaram a mais de 200 pastores, perguntando o que achavam que deveria ser feito e porquê. Em uma segunda pesquisa formularam dez questões sobre sexo na paróquia. A seguir, entrevistaram em profundidade cerca de vinte pastores por todo o país que concordaram em compartilhar suas histórias. Reconhe-

cem que a metodologia utilizada não foi científica, que a amostra pode não ter sido representativa, mas acham que o que foi observado ilustra os dilemas enfrentados. Encontraram 9% dos pastores envolvidos em contato genital com membros de suas igrejas.

BLACKMON (1984) realizou pesquisa com 300 ministros religiosos, onde 39% relataram ter tido um contacto sexual com uma pessoa da sua paróquia e 12.7% estavam tendo este tipo de relacionamento na época da pesquisa; 76.5% relataram conhecer algum outro ministro que acreditavam estar tendo relacionamento sexual com pessoa da paróquia (VOGELSAND, 1993).

O setor de pesquisa da revista “Christianity Today” relatou que 23% dos clérigos entrevistados haviam se envolvido em alguma forma de comportamento sexual que julgaram inadequado (12% com relacionamento sexual, 18% com alguma forma de contato sexual como beijo apaixonado, carícias, masturbação mútua) e, em apenas 4% dos casos, o fato tornou-se público (EXLEY, 1988).

## **Estresse na vida de ministros religiosos**

BLIZZARD (1956) entrevistou 690 clérigos protestantes e notou que trabalhavam pelo menos 10 horas por dia. 2/5 da carga horária era dedicada à administração, o que eles não apreciavam fazer, e não achavam ser uma prioridade. Estavam sempre de prontidão, sentiam-se empurrados em muitas direções, por muitas necessidades, desejos e expectativas das pessoas ao redor. Submetidos a estereótipos baseado na história da igreja e nos pastores que os antecederam.

BLAIN (1958) menciona os fatores de estresse na vida pastoral:

- O pastor recebe neste mundo menos benefícios materiais que outra pessoa com a mesma formação e responsabilidade.
- Restrição do prazer pessoal, e negar a si mesmo a expressão normal das emoções.
- Falta de privacidade pessoal. Sua vida é um livro aberto ou acontece num pedestal ou aquário. Isto pode levá-lo a tentar esconder suas falhas, pois comportamento normal num membro da congregação é considerado pecaminoso na vida ou família do ministro.
- Relacionamento com seus superiores. Espera-se que seja um líder de sua comunidade e, ao mesmo tempo, há uma hierarquia que precisa ser respeitada. Os superiores são seres humanos, sujeitos à corrupção do poder, falhos em seu julgamento e não exibem muitas vezes as qua-

lidades que um líder deve ter. Se há problemas com o lidar com a figura de autoridade, o relacionamento com o superior vai ser difícil. Experiências ruins nas mãos de um superior insensível e a incapacidade de a ele expressar seus sentimentos criarão um clima de desconfiança.

- Constantes apelos para ajudar, o que é muito desgastante. Doença, pobreza, problemas pessoais, desapontamentos, perdas, conflitos, as reações de transferência e contratransferência, são parte do dia-a-dia do ministro. Há sempre o perigo que empatia leve à identificação.
- Os membros da paróquia podem ter a expectativa de que o ministro seja autoridade em todos os assuntos. Quanto maior a competência mais ele será requisitado a assumir liderança e assediado, e será difícil para ele estabelecer um limite. Surge o cansaço, a falta de energia e a irritação.
- Pode perder seus objetivos e cair numa atividade incessante e sem sentido.
- Outro perigo é se intelectualizar. Ter fé é acreditar e acreditar é sentir e agir.
- Achar que por causa da sua profissão ele deverá ser poupado dos problemas da vida.

BLAIN (1958) recomenda ser necessário um conceito elástico de saúde e o cultivar a capacidade de aceitar e trabalhar dentro destas limitações; separar tempo para descansar, planejar, crescer espiritualmente; clarificar continuamente os seus objetivos, a fim de manter um forte senso de direção e sentido; saber onde está e avaliar seu trabalho; procurar estabelecer um programa adequado de recreação e lazer; dormir adequadamente; relaxar; estabelecer períodos para oração, meditação e brincar; cultivar relações interpessoais e amizades.

SOUTHARD (1958), revisando alguns artigos disponíveis na época, conclui que ministros são sensíveis ao fracasso, culpam-se mais por isto que outros, têm conflitos acerca das expectativas que estabelecem para si mesmos, mas que não apresentam mais crises nervosas que outros grupos ocupacionais, e sua estabilidade mental parece exceder à da população. Cita trabalho de Gartly Jaco que seria publicado em número posterior da mesma revista (mas que não o foi), que conclui que se hospitalização é um bom índice de saúde mental, então os ministros religiosos podem ser considerados bem. Conclui que as denominações fundamentalistas são mais frequentes entre os doentes e que ministros negros têm mais psicoses que os brancos.

WERNER (1958) assinala que viu poucos casos de crise nervosa em ministros religiosos e atribui sua origem ao aumento de funções que o

ministro tem que desempenhar, à impossibilidade de deixar de lado as responsabilidades depois de um dia longo de trabalho, às dificuldades no lidar com as pessoas que compõem a igreja, seus temperamentos, fixações e estados emocionais.

HOWE (1958) atribui o estresse à frustração que o ministro sente em seu trabalho, pois não se sente preparado para realizá-lo. O seminário prepara intelectualmente para o ensino da teologia, mas não o cuidado pastoral a seres humanos. Outro motivo é a falta de estrutura, que forneça sentido e direção ao ministro, diante das demandas constantes a que está submetido.

DITTES (1959) critica a profusão de publicações que, na década de 50, falavam em “break down” do ministro. Estudos que, sem base científica, falam do estresse na vida do pastor. Estabelece critérios para se avaliar estas opiniões: definir o que é estresse objetivamente antes do estudo ou observação ser realizado, duas ou mais pessoas devem concordar com a avaliação, e deve-se ter um grupo-controle e amostra adequada. Parece que foi bem sucedido, pois após esta data as publicações a respeito ficaram mais raras, e o interesse pelo tema diminuiu.

McALLISTER (1965), analisando os fatores de estresse da vida religiosa, afirma que os clérigos carregam dois grandes fardos peculiares à sua vida: o fardo de si mesmo e o fardo da sua vocação.

Relaciona o fardo de si mesmo ao perfeccionismo que impediria uma vida emocional real, nega e reprime as emoções (sentimentos sexuais, raiva, necessidades básicas). Atribui a isto o grande número de defecções, quando “a humanidade do sacerdote quebra a negação e repressão... ele separa-se completamente do estado clerical”.

O segundo fardo é o da vocação. O clérigo está completamente envolvido no seu ambiente como não acontece com nenhuma outra ocupação. A profissão está associada à sua identidade, não pode ser outra coisa e não há férias.

JOHNSON (1970) analisa quais são os riscos emocionais para os ministros religiosos:

- Crise de identidade - por causa dos numerosos papéis que é chamado a cumprir: Sacerdote, pregador, pastor, professor, administrador, organizador e promotor.
- Perfeccionismo - O desafio de Jesus em Mateus 5:48 - “Sejam perfeitos assim como o vosso Pai do céu”, pesa. O que fazer com as suas imperfeições, como obter o alvo inatingível? Não é perdoado por suas falhas, não tem tempo para ser humano, impulsivo, fraco ou cansado.

- O complexo de prioridade - É o líder da comunidade e dele se espera que seja o primeiro e o principal. É uma pessoa com autoridade moral e religiosa que é chamada a se pronunciar a respeito dos grandes temas da vida, que deve estar sempre de prontidão.
- O complexo de mártir - Achar que fez a decisão errada ao entrar no ministério, desejar durante a semana ser uma pessoa comum, não identificável na multidão. Estar sempre de plantão, onde há uma necessidade lá estar, responder sempre que solicitado. Se incapaz de ajudar, frequentemente se culpa, achando que poderia ter feito melhor.
- A sensação de não pertencer - Pode se sentir isolado, um estranho entre as pessoas, que se dirigem a ele formalmente, sem naturalidade, dando pouca oportunidade para que ele se revele aberta e honestamente.

MENNINGER (1973), em palestra proferida na faculdade de teologia da Universidade de Princeton, relata que, no seu trabalho oferecendo treinamento para clérigos na Menninger Foundation, notou diversos pastores e seminaristas querendo abandonar a vida religiosa por se sentirem desencorajados. Os motivos alegados foram incapacidade para se comunicar, falta de apoio financeiro, e de interesse e devoção por parte dos membros da igreja e juventude. O papel da igreja parecia irrelevante diante dos problemas atuais, acrescido da competição das religiões orientais, ideologias marxistas e materialismo.

Um dos problemas foi a multiplicidade de maneiras disponíveis hoje para lidar com os problemas das pessoas: psicanálise, psicoterapias, dietas, cirurgias, medicamentos, grupos de sensibilização e encontro, ioga, tudo dando a aparência de que sobra pouco espaço para o ministro atuar, e que os instrumentos (pregar, confortar, aconselhar, interceder e orar) de que dispõe são fracos.

Para Menninger, o campo de atuação do sacerdote é o egocentrismo humano, que TOYNBEE (1971) definiu como o objetivo das grandes religiões e escolas de filosofia.

GLEASON (1977) investigou, através de lista com 43 problemas (pessoais, ou relacionados à igreja e família), 21 sacerdotes e onze de suas esposas que participavam de um seminário sobre “Estresse para sacerdotes”. Os principais problemas assinalados pelos sacerdotes foram: excesso de atividade, perfeccionismo, falta de tempo para estudo, conflito de papéis, acontecimentos inesperados, conflitos na igreja, dificuldade em organizar, viver observado, necessidade de provar o próprio valor e de que trabalha bastante, não tem com quem confessar, o trabalho

não apresenta resultados tangíveis, patologia dos paroquianos, tensões decorrentes de estressores do passado não corretamente resolvidos, e sentimentos de inferioridade. As esposas assinalaram: acontecimentos inesperados, raiva, falta de resultados tangíveis do trabalho, perfeccionismo, excesso de atividades, autoimagem, impossibilidade de mudar local de trabalho, salário inadequado, sentimentos de inferioridade, conflito de papéis, problemas familiares, viver observado e avaliado, solidão e patologia dos paroquianos.

Apenas 8 estressores foram comuns aos ministros e suas esposas, os mais frequentes eram relacionados à igreja e à família.

Um estudo de sacerdotes Zen budistas mostrou que eles possuem menor taxa de mortalidade que a média, mesmo quando proveniência e dieta foram controlados. Uma pesquisa com 4352 sacerdotes mostrou que eles fumam menos, comem menos carne e peixe, têm hábitos dietéticos mais tradicionais, viviam em áreas menos poluídas, oravam e meditavam com maior frequência e bebiam de maneira semelhante. Possível viés para este grupo era a sua melhor educação e o duro regime pelo qual precisaram passar para se tornarem sacerdotes. (OGATA et al. 1984).

FRIEDMAN (1985), rabino e terapeuta familiar, assinala que, como em sistemas familiares, o número de possibilidades de conflitos entre uma congregação religiosa e um ministro religioso é finito e pode ser classificados em oito áreas:

- Pregação: preparo, conteúdo, apresentação;
- Preferências pessoais: aparência, roupas, casa, carro, férias, gastos, "Hobbies", amigos, política;
- Qualidades pessoais: calor, entusiasmo, ser um bom ouvinte, facilidade de acesso; bom relacionamento com os sexos, todas as idades, famílias, solteiros;
- Membros da família: Como a esposa veste, bebe, dirige, age, aparência, dança, ora, canta, cozinha; como as crianças se comportam na escola, igreja, casa e comunidade;
- Administração da congregação: qualquer item do orçamento, tempo gasto no gabinete pastoral, em visitas, comissões, comunidade;
- Disponibilidade para: deveres pastorais, educação de adultos, visitar os doentes, coro, campanhas de arrecadação de fundos, retiros, curriculum da escola dominical, treinamento dos professores, officiar cerimônias, recrutar novos membros;
- Atitudes teológicas: escolha das orações, ordem das orações, textos selecionados, músicas escolhidas, ritos ministrados, tradições observadas.

Assinala ser importante para o clérigo saber identificar os processos emocionais que estão operando e desenvolver sua capacidade de diferenciação.

As diferenças não são a causa dos conflitos, mas sim a reatividade emocional, o modo como os envolvidos estão lidando com a ansiedade. Recomenda saber diferenciar o conteúdo do processo, identificar as forças de separação e de união que mantêm o sistema emocional, manter na situação uma presença não ansiosa, identificar os triângulos emocionais e os mecanismos de distanciamento e fusão, e assumir uma posição de liderança, tolerar as diferenças, fazer afirmações claras baseadas nas convicções pessoais, tomar decisões intencionais, determinar limites e autodeterminar os relacionamentos.

HENRY et al. (1991) estudaram 41 ministros protestantes, medindo, através de questionários, sintomas relacionados a estresse, contato com família de origem, densidade do corpo que governa a igreja, história de conflitos pastor-paróquia, e uma medida dos triângulos emocionais de Bowen. O objetivo foi testar um modelo de estresse ministerial em que a história da congregação e o interrelacionamento entre sua direção promovem triângulos emocionais. Ser o terceiro partido em um triângulo emocional pode trazer sintomas físicos e psicológicos de estresse. Entrevistou 41 pastores de uma denominação protestante liberal, que eram os únicos responsáveis pelo pastorear uma igreja. Observou que a densidade do corpo que governa a igreja e história de conflito predizem triângulos emocionais, e estes predisseram sintomas de estresse. O contato com a família de origem do pastor moderou o relacionamento entre os triângulos emocionais e os sintomas de estresse. Resultados sugerem que a organização e ecologia da família do pastor são importantes na compreensão do estresse ocupacional entre ministros.

HILL e BAILLIE (1993) em amostra da “Association of Pastoral Counselors” investigaram a experiência de estresse relacionada à profissão de conselheiro pastoral em 143 conselheiros e 95 de suas esposas. O estresse foi medido através de duas perguntas acerca da frequência com que achavam o aconselhamento pastoral estressante, e com que frequência pensavam em deixar esta área de atuação. Às esposas foi perguntado com que frequência as atividades de conselheiro causavam nelas estresse e tensão. Apenas 0.7% consideraram a atividade estressante sempre, 16.1% frequentemente, 56.6% as vezes, 25.9% raramente e 0.7% nunca. A maioria não desejava mudar de atividade. Análise de variância não indicou influência da experiência do associado, idade, ou do tipo de local de trabalho. Não foi observado também estresse



entre as esposas. Os modos preferidos para se lidar com o estresse foram: exercício, terapia, lazer com família e tempo com amigos. Apesar desta referência à terapia 58% não estavam sendo a ela submetidos. Surpreendentemente, meditação e oração não foram consideradas por grande porcentagem dos entrevistados.

## **Mulheres em posição clerical**

RAYBURN et al. (1994) assinalam que entre os protestantes e judeus, mulheres com funções clericais são um componente novo no cenário eclesiástico. Sofrem ainda discriminação, que traz muito estresse, prejudicando-as em tudo o que podem ser capazes de desenvolver. Mulheres protestantes e judias exercendo um ministério religioso são vistas como desafiando os homens, e indo contra as tradições estabelecidas. No meio católico as freiras estão presentes e atuantes há muito mais tempo, mas não têm permissão para exercer ou realizar muitos dos papéis que são atribuídos às clericas protestantes e judias.

No seu estudo procuraram responder à questão de como estas diferenças entre católicas, protestantes e judias influenciam na percepção e no lidar com o estresse. Estudaram 51 freiras, 45 mulheres rabi reformadas, 32 pastoras episcopais, 45 pastoras metodistas, 45 presbiterianas e 36 alunas de seminários metodistas e episcopais. Foram pareadas por idade, anos de trabalho, e se trabalhavam pregando no púlpito ou não. Todas completaram a Escala sobre ambiente de trabalho de Osipow e Spokane (1981; cobre seis subcategorias: sobrecarga, responsabilidade, ambiguidade no papel, limites de atuação, insuficiência do papel, e ambiente físico), um questionário sobre estresse pessoal e um sobre recursos próprios, indicando assim quais eram seus fatores de estresse, tensão, e os recursos que possuíam para enfrentá-los. Completaram também o questionário sobre Religião e Estresse de RAYBURN; RICHMOND (1982). Em cada grupo, 10% da amostra foram entrevistados pessoalmente para esclarecimentos sobre estresse. Observaram que as freiras tinham menor nível de estresse e tensão, e possuíam os melhores recursos pessoais para lidar com isto. Rabis reformadas, que constituíam o grupo menos tradicional, tinham os níveis mais elevados e as menores condições para contra ele lidar com sucesso (“coping”). As protestantes ficaram em posição intermediária, talvez tendo deixado de lado parte do idealismo inicial e a esperança de homens e mulheres desempenhando juntos as funções de liderança. Provavelmente aceitaram o estresse e a tensão de estarem em um ambiente onde constantemente precisam provar a uma congrega-

ção ou aos pastores, que não são inferiores ou competidoras. As episcopais, que são mais aceitas, apresentaram menores níveis de estresse que as metodistas e presbiterianas. As rabis, com a imagem menos tradicional, estão sob a pressão de que, para permanecerem na sinagoga, devem agradar a congregação e manter a imagem de dedicadas, trabalhadoras, bem formadas e cultas, negligenciando o descanso e lazer e outras maneiras de lidar com o estresse.

Faltam às mulheres religiosas não católicas, modelos, apoio social e oportunidades de recreação e relaxamento. Apesar de muitas freiras expressarem posições feministas, e serem ativistas, a igreja encoraja uma imagem de subserviência a um papel feminino tradicional, mantendo o “status quo.” Não se nota ainda um movimento forte de mudança desses papéis tradicionais. As freiras também estão protegidas, pois não enfrentam as mesmas condições de vida que as outras religiosas (o estresses da vida universitária e o morar em dormitórios para os dois sexos). Além disso, têm o apoio de uma rede de relacionamentos femininos, que é provido pelas comunidades onde em geral moram.

## **Psicoterapia com ministros religiosos**

Para DUCKRO et al. (1992) muitas pessoas entram na vida religiosa com conflitos não resolvidos, como por exemplo a necessidade excessiva de servir a outros, dificuldades no lidar com impulsos sexuais, e dependência de substâncias. Histórias de abuso na infância não são incomuns. Estes problemas não são únicos aos ministros religiosos, mas certas características da vida religiosa podem ser um obstáculo a sua solução. A formação espiritual pode incluir expectativas não realistas em relação à sexualidade, intimidade, potencial para autoaperfeiçoamento, altruísmo constante. Buscar tratamento também é difícil. Os temores podem ser:

- Temer o conhecimento de impulsos pecaminosos, considerando-os algo que deva ser suprimido e não trabalhado.
- Temer que o terapeuta desafie dogmas religiosos ou ameace a vocação religiosa. Os terapeutas também não facilitam o eventual contato do ministro religioso, ao não considerar a religião como uma atividade válida de uma mente educada.
- O tratamento não leva em consideração o desenvolvimento espiritual da pessoa, e a psicoterapia muitas vezes não leva em conta os aspectos transculturais da vida religiosa. O terapeuta pode não estar familiarizado com a tradição religiosa. A psicoterapia não deve repetir o mesmo

erro da religião que foi impor seus sistemas dominando culturas.

- O ministro religioso católico frequentemente faz parte de uma comunidade religiosa; é necessário lembrar que esta pode fazer as vezes da família, com a interdependência que esta imagem implica. Levando em consideração a família de origem e a confidencialidade, muitas vezes para o tratamento ser eficaz é necessário envolver parte desta comunidade com sessões para informação, tomada de decisões, e às vezes, intervenção sistêmica.

Os temas religiosos devem ser abordados diretamente, com uma formulação diagnóstica adequada, caso sejam uma defesa, ou questões ligadas ao desenvolvimento pessoal da fé.



# Capítulo 12

---

## O estudo científico da religião - a questão metodológica

Alguns acham que estudar cientificamente a religião é impossível pelo seu caráter pessoal, íntimo e misterioso. Para a pessoa religiosa, o aspecto mais importante da sua experiência - o contato com Deus -, não é passível de escrutínio científico (ROBINSON; SHAVER, 1973).

Muitos receiam dar informações para um estudo científico, pois temem que a fé, ao ser “dissecada”, seja manipulada, mutilada ou simplificada. O estudo da religião requer, além de profundo respeito, que se evite danificar a religião do indivíduo que está sendo observado (BERGIN, 1983; MALONY, 1977).

As principais dificuldades encontradas são (MARCHAIS; RANDRUP, 1994):

- As definições são fundamentalmente marcadas pelo relativismo cultural e filosófico, e pela multiplicidade e diversidade.
- As convicções de cada um são relacionadas à educação, cultura e a problemas pessoais.
- A espiritualidade é definida por aquilo que ela não é. Ou é assimilada pelo domínio religioso da alma, ou é negada, ou considerada patológica por aqueles com espírito positivista.

- Diversidade de temas estudados: misticismo, iluminação, êxtases místicos, crises religiosas, estigmas, identificação divina ou diabólica, espiritismo, etc.
- Diversos tipos de patologia envolvidos: histeria, obsessões, alucinações, psicose maníaco-depressiva, esquizofrenia, delírios sintomáticos ou crônicos, etc.
- Diversas formas terapêuticas, desde religiões cuja finalidade é principalmente a cura (Ciência Cristã); até a integração de correntes psicoterápicas a perspectivas religiosas (Psicanálise, Análise Jungiana, Psicologia Transpessoal, Terapia Cognitiva); ou o uso de tecnologias próprias à religião como técnicas para a psicoterapia (Meditação Transcendental, Psicotrãse. Terpsicoretranseterapia, Terapia de Vidas Passadas, Terapia Noosofrológica, Aconselhamento Noutético).
- O indeterminismo geral do tema o torna inacessível aos estudos empíricos fundados em raciocínio linear. Os estudos quantitativos são de ajuda limitada, pois o objeto de estudo não é redutível a dados numéricos. Estes acabam por servir para projetar as convicções do observador acerca do objeto de estudo.

Os principais modos de se estudar a religião são:

1. O fenomenológico - procura abordar o fenômeno religioso através de entrevistas feitas em profundidade com indivíduos religiosos.

MARCHAIS; RANDRUP (1994) exemplificam o uso deste método, quando o psiquiatra se defronta com uma temática espiritual e precisa discernir se a mesma é patológica ou não. Duas descentralizações são necessárias: a do objeto e a do observador:

- Para tornar o primeiro mais objetivo deve-se estudar não a natureza do tema, que pode variar segundo a patologia, o observador, ou a cultura, mas as condições vivenciadas pelo paciente que as exprime.

Em relação ao observador, isto consiste em:

- retirar da linguagem natural seus significados individuais imediatos;
- precisar o espaço-temporal vivido, extraindo-se as propriedades permanentes, suas correlações e covariações, e fornecer modelos objetivos e seus desenvolvimentos;
- precisar os diferentes níveis de organização psíquica correspondentes a esta temática (emotivo-afetivo, imagens, intelectualização);
- estudar as comunicações com o meio (educativo, cultural, experiências existenciais pessoais);

- correlacionar com os fatores biológicos concomitantes.
2. O positivismo - procura abordar o fenômeno religioso através do comportamento observado: frequência de uma atividade eclesial; frequência do orar ou rezar; concordância com questionários que avaliam atitudes e crenças religiosas, deixando de lado a vivência da experiência religiosa.
  3. A introspecção - procura compreender o relacionamento entre a experiência pessoal e o comportamento verificável. A experiência deixa traços na vida dos indivíduos, os quais podem ser utilizados para avaliá-la, desde que não confundidos com ela.
  4. O método Antropológico

### **Principais críticas metodológicas aos trabalhos sobre psiquiatria e religião**

HARE (1962) criticou a opinião de que a medicina e, particularmente a psiquiatria, formaram sobre a religião, por ser esta baseada em inércia. “Em um ramo subdesenvolvido da medicina, uma hipótese tende a ser aceita mais com base na autoridade do que nas evidências científicas.” Apresenta também as principais falácias lógicas que as opiniões até então emitidas incorreram:

1. A amostra enviesada: Médicos tendem a estudar somente pessoas que estão doentes e podem fazer uma associação indevida entre doença e religião.
2. A falsa analogia: comparar uma patologia, tal como obsessões e compulsões, a rituais religiosos e disto derivar generalizações.
3. O uso de nomenclatura causal: ao longo da história, diversas doenças receberam nomes como “loucura religiosa” (quadros de excitação); “melancolia religiosa” (depressão e transtorno obsessivo-compulsivo); “loucura masturbatória” (esquizofrenia hebefrênica), o que pode gerar confusão ao se tentar determinar a etiologia real do fenômeno.

SANUA (1969) revisou a literatura sobre saúde mental e religião e, como já discutido, encontrou um resultado desfavorável para a religião. Este trabalho foi criticado por LARSON (1993) por:

- Não utilizar um método sistemático de revisão, o que pode conduzir a vieses de seleção e interpretação.
- Apesar de publicada em uma das principais revistas de psiquiatria, somente uma das referências foi derivada de uma revista psiquiátrica, “The

Guild of Catholic Psychiatrists Bulletin”, que não é conhecida ou citada frequentemente. As outras referências provinham de literatura sociológica ou psicológica.

- Os comentários sobre educação religiosa vão além do escopo da revisão, sendo apenas opinião pessoal do autor, sem uma base adequada.
- Não houve um critério determinando quais revistas deveriam ser analisadas, nem critérios para inclusão e exclusão dos estudos.
- O total de estudos, a proporção que continha variáveis religiosas, e que tipo de medidas religiosas foram quantificadas não foram determinados.
- Não se especificou que estudos mostraram associações significativas entre religião e saúde mental, e entre religião e transtorno mental.

Sem estes critérios e medidas claros e objetivos é difícil replicar a revisão, e os vieses de seleção dos estudos tornam a análise impossível, sendo difícil concluir algo.

STARK (1971); BERGIN (1983) criticam a literatura disponível, como sendo pobre, antiga e, em geral, de qualidade inferior: faltam grupos de comparação; as amostras são inadequadas e não podem ser generalizadas (a maioria baseia-se em estudos com universitários, seminaristas ou membros de ordens religiosas; o que é verdadeiro para os profissionais da religião pode não ser aplicável para os seguidores desta) e a metodologia foi incompetente. Quando há comparação, esta foi feita com alunos de universidade, a chamada “sophomore psychology”, não tendo sido controladas variáveis como idade, classe social, inteligência, origem regional, etc.

BERGIN (1983) fez as seguintes observações:

- Resultados conflituosos são comuns, uma vez que pesquisadores têm visões de mundo, medidas de personalidade, e religião diferentes. Um pesquisador vê como positivo um estilo de vida baseado em reverência, humildade, e obediência construtiva às leis morais universais. Outro vê o mesmo estilo como negativo, considerando-o humilhante, retrógrado e conformista. O sistema de valores do pesquisador guia sua escolha de variáveis e a interpretação dos resultados confirma suas predileções. Em campo de estudo com pleora de medidas inconsistentes, pouca padronização e preconceitos diversos, os resultados divergentes só podem ser esperados (BERGIN, 1983).
- Valores e ideologia influenciam axiomas teóricos. Concepções de personalidade e psicopatologia têm, além do componente empírico, um componente subjetivo. Estes constructos frequentemente colocam a religião ou a dimensão espiritual de maneira negativa.



- Além do viés conceptual, a literatura sobre saúde mental não levou em consideração as subculturas religiosas de nossa sociedade.

Além disso, como os profissionais de saúde mental em geral são menos religiosos, os mesmos subestimam o significado que a religião tem na vida das pessoas. Quando acham que a religião é importante, tendem a vê-la como um aspecto negativo. (Malony, 1977). Não há treinamento para que os profissionais de saúde mental aprendam a lidar com variáveis religiosas.

Variáveis religiosas ou são excluídas das medidas em trabalhos científicos, ou são incluídas de maneira a ficarem associadas ao autoritarismo, etnocentrismo, dogmatismo, pensamento irracional etc. Muitas das escalas para medir estes aspectos são tautologias que acabam por afirmar que duas medidas de personalidade construídas por pessoas com as mesmas premissas correlacionam-se (STARK, 1971; GORSUCH; ALESHIRE, 1974).

GARTNER et al.(1991); LARSON (1993) criticam o que denominam de “soft variables”, testes de personalidade com lápis e papel, que são utilizados para avaliar certos traços de caráter que são também definidos pelas mesmas teorias que deram origem ao teste. Estes traços hipotéticos são medidos indiretamente por itens que os autores do teste acham, com base na teoria e em comparação com testes semelhantes, serem sinais do traço em questão. Exemplos são autorrealização e a escala f (fascismo) que define a personalidade autoritária. Um exemplo flagrante de viés em um teste que mede uma “soft variable” é o “Personal Orientation Inventory”, um teste que avalia autorrealização. Pontos são subtraídos se a resposta for afirmativa à afirmação “I am orthodoxly religious”. Em outros testes, variáveis como autodisciplina, altruísmo, humildade, obediência à autoridade, moralidade convencional são avaliadas negativamente, sendo vistas como prejudiciais, enquanto que, autoexpressão, assertividade e opinião elevada sobre si mesmo são consideradas benéficas e avaliadas positivamente. Além disso, a “prova” psicométrica de que estes testes são acurados é a correlação com outro teste que incorpora os mesmos valores implícitos (LARSON, 1994).

No Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) respostas afirmativas a alguns itens sobre comportamento religioso (crença, oração e experiências da presença de Deus) são interpretados como evidência de psicopatologia (BATSON; VENTIS, 1982, pg. 236).

Alguns trabalhos teorizam sobre religião com base em pouca evidência. Por exemplo, BERGIN (1983) cita TENNISON; SNYDER (1968)

que sugeriram que pessoas religiosas adotam um protótipo infantil, sendo dependentes, submissas, empobrecidas intelectualmente, quando a sobreposição da variável religião com a variável personalidade foi responsável por somente 5% da variância. Os pressupostos do pesquisador guiaram a escolha de medidas e a interpretação dos resultados de modo a confirmar sua visão (FEHR; HEINTZELMAN, 1977).

WORTHINGTON (1986) revisou a extensão e a qualidade das pesquisas sobre aconselhamento religioso publicados de 1971 a 1984, em 25 revistas especializadas, dividindo-as conforme o tema abordado em três categorias: “conselheiros”, “clientes” e “técnicas de aconselhamento”. Em relação a “conselheiros”, localizou 19 estudos empíricos e duas revisões, mas muito pouco pode ser dito quanto à eficácia, apesar das referências ao grau de satisfação experimentado pelas pessoas atendidas. Encontrou também poucos estudos a respeito de mulheres e leigos praticando o aconselhamento. Em relação a “clientes” localizou 23 estudos empíricos e três revisões. Estes procuram os conselheiros por serem religiosos, pois temem que seus valores não irão ser compreendidos por terapeutas que não possuam religião semelhante; preferem procurar terapeutas com a mesma visão de mundo. LARSON (1993), ao comentar este trabalho, lamenta a revisão não ter sido sistemática e não ter sido feita uma crítica à qualidade metodológica dos mesmos; embora tenha a qualidade de estimular a pesquisa na área através do levantamento de hipóteses.

Um problema frequente é o objetivo do trabalho não ser estudar a religião. Esta é parte do questionário demográfico e aproveita-se o dado para correlacioná-lo com outras variáveis. Segundo o princípio de Bonferroni, é possível encontrar correlações positivas simplesmente pelo acaso.

LARSON et al. (1986) examinaram com que frequência o compromisso religioso foi uma variável dos trabalhos científicos publicados de 1978 a 1982 no “American Journal of Psychiatry”, no “British Journal of Psychiatry”, no “Canadian Journal of Psychiatry” e nos “Archives of General Psychiatry”. De três mil, setecentos e setenta e sete artigos publicados neste período, 2348 continham artigos quantitativos. Desses, cinquenta e nove (3%) incluíam uma variável religiosa. Trinta e sete (63%) desses 59 artigos avaliavam apenas denominação religiosa. Cinco avaliaram denominação e compromisso religioso (isto é, práticas, crenças ou atitudes religiosas) e, dezessete utilizaram, pelo menos, uma medida de compromisso religioso. Um estudo usou metodologia adequada e, em apenas três, a variável religião foi o aspecto central do estudo.

Concluíram que a pesquisa psiquiátrica:

- Usou ou incluiu raramente uma variável religiosa. Apesar da maior parte da população crer em Deus e praticar religião, menos que 0.5% dos artigos psiquiátricos a utilizaram;
- Quando o fez, utilizou com maior frequência uma medida denominacional, ao invés de uma medida de religiosidade;
- A complexidade do fenômeno religioso não foi levada em consideração, pois denominação religiosa não é uma medida eficaz. O correto é avaliar crença, prática ou atitude de modo multidimensional, com pelo menos uma questão em cada uma destas áreas ( GORSUCH, 1984; HIMMELFARB, 1975).
- Quando o fez, utilizou uma medida única de religiosidade, e não medidas múltiplas (denominação e medidas unidimensionais são avaliações inadequadas da religiosidade).
- Avaliou religiosidade significativamente menos que a literatura sociológica e psicológica;
- Citou raramente a literatura sociológica, psicológica e religiosa.
- A psiquiatria usou denominação religiosa com mais frequência que os estudos de psicologia e sociologia, sendo que no período analisado, pelo menos trezentas medidas diferentes de religião poderiam ter sido utilizadas (LARSON et al. 1986). Isto mostra que o psiquiatra desconhece a literatura sobre religião.

JARVIS; NORTHCOTT (1987) assinalaram cinco problemas que reduziram a efetividade dos estudos sobre religião e mortalidade:

- A natureza controversa do objeto de estudo.  
Como a religião possui natureza controversa, é carregada de emoções profundas, quem realiza a pesquisa, ou a interpreta, corre o risco de enviesar a interpretação dos dados.
- As variáveis intervenientes  
Os efeitos da religião são frequentemente confundidos com os de variáveis intervenientes inadequadamente controladas: status socioeconômico, apoio social, controle social, etnicidade, regimes dietéticos, estilos de vida, etc.
- Falta de clareza das definições  
Há muitas maneiras de conceituar e medir religiosidade. Filiação religiosa é confundida com participação religiosa e os dois são confundidos

com religiosidade (crenças, aderência etc.).

- O grau de autosseleção envolvido no pertencer e participar de um grupo religioso.

Para muitos, pertencer a um grupo religioso é um acidente, fruto do acaso e do nascimento. Para alguns, ser membro é resultado de uma escolha, por conversão, casamento, ou proximidade de determinado edifício religioso. Para outros, ser membro é resultado de exclusão, como consequência do desviar-se das normas da denominação ou filiação original.

- A dificuldade em determinar o grau de obediência ou acatamento às normas do grupo religioso.

A religião é frequentemente definida como uma maneira de viver, um estilo de vida prescrito por determinada fé. Entretanto, o grau de obediência aos comportamentos prescritos e proscritos pela religião é desconhecido. Os que não seguem os preceitos podem escolher não revelar isto. A religiosidade, a extensão e a intensidade das crenças não são mensuráveis, sendo difícil correlacioná-las com comportamentos relacionados à saúde e seus efeitos presumíveis.

LEVIN; VANDERPOOL (1987) formularam as seguintes críticas aos estudos epidemiológicos sobre religião, dividindo-as em problemas epistemológicos, de método e de análise:

#### 1. Problemas epistemológicos

- Os trabalhos ignoram os estudos científicos sobre a religião e os epidemiologistas que estudam religião não parecem estar conscientes da presença uns dos outros.
- Religião é concebida e medida de maneira primitiva, não sendo conceituada e operacionalizada de modo a obter resultados que tenham sentido.
- Presença de definições diversas e conflituosas sobre religião, teologia e ciências sociais.
- O epidemiologista tende a encarar a religião de uma perspectiva positivista, nem cogitando a possibilidade de que frequência e compromisso religioso sejam diferentes.
- Os sociólogos e psicólogos que estudam a religião a consideram, em geral, como algo irreal; isto é, que não tem base na realidade de um ser, reino ou poder transcendente. A religião é apenas vista no seu aspecto cognitivo e afetivo, e variáveis que medem crenças, sentimentos, atitu-

des e valores religiosos são meros indicadores de estados emocionais ou psíquicos. O mistério, o incognoscível, o espiritual não são abordados, o que é evidência de fenomenologia pobre.

## 2. Problemas de método

- A religião raramente faz parte de uma hipótese. Em geral, ela é parte de uma equação de múltiplas variáveis, ou é submetida a um teste estatístico simples, e o resultado obtido faz parte da publicação de algum estudo voltado para outro tema.
- A interconexão entre religião e saúde não é reconhecida como uma linha de pesquisa; é provável que só achados positivos sejam publicados por serem vistos com surpresa.
- Variáveis intervenientes não são, em geral, levadas em consideração (p.e. apoio social, problemas de saúde que impeçam a frequência a serviços religiosos, aspectos étnicos, gênero, comparações entre gerações, status sócio econômico, fumo, massa corporal, residência em local que centraliza os membros de uma religião versus o local onde se é uma minoria).
- A variável religiosa é uma das muitas variáveis sociais e comportamentais a serem correlacionadas com determinado índice de saúde para determinar quais representavam fatores de risco.
- O modo como a frequência a serviços religiosos é medido é inadequado. Os estudos populacionais nos EUA mostram que 42% da população frequenta a igreja pelo menos uma vez por semana e há evidências de que este número tem aumentado progressivamente.
- O termo frequência “a serviço religioso” e não “à igreja” é preferível, pois membros de diversas religiões (p.e. judeus, muçulmanos, budistas etc.) não vão à “igreja”.
- Não somar frequência com outros índices de religiosidade, para criar um índice geral de religiosidade.

## 3. Problemas da análise

- Os estudos sobre a influência dos fatores religiosos sobre a saúde não fazem parte de uma tradição de pesquisa, sendo, em geral, não teóricos.
- Ao interpretar o significado da frequência a serviços religiosos, considerar que as diversas tradições atribuem valor diferente às práticas religi-

osas, principalmente no que se refere à saúde física e emocional.

Deve-se prestar atenção a:

- como determinada religião define frequência adequada ou ideal;
- como enfatiza crenças, rituais e experiências;
- como valoriza a saúde humana e práticas específicas;
- que associações entre religião e saúde podem ser formuladas respeitando-se as características comuns e específicas de determinadas tradições religiosas.

CRAIGIE et al. (1990) examinaram a frequência de artigos com variáveis religiosas e a sua qualidade no “Journal of Family Practice” de 1976 a 1986. Dos mil e oitenta e seis artigos publicados, seiscentos e três (55%) mediram uma variável quantificável. Somente vinte e um (1.9%) mediram pelo menos uma variável religiosa. Destes, 40% avaliaram denominação religiosa; 60%, compromisso religioso, e 80% usaram somente estatística descritiva, sendo que apenas um estudo utilizou uma escala multidimensional. LARSON (1993), comentando este trabalho, afirma que a revista líder no campo da medicina familiar raramente inclui e mede uma variável religiosa, considerando isto surpreendente, pois a grande ênfase atual nas condições sociais e culturais não trouxe atenção ao fator religioso.

LARSON (1993) resume as críticas aos estudos sobre saúde mental e religião:

- poucos estudam a relação da religião com saúde mental,
- entre os que o fazem, poucos formulam uma hipótese,
- entre os que a formulam, a maioria não relata os resultados,
- quando o resultado é publicado, em especial se a medida utilizada foi compromisso religioso, a associação é positiva em 80% dos casos. Estes resultados são importantes, pois contradizem as afirmações históricas de que a religião teria uma associação com saúde clinicamente prejudicial. Nas principais publicações psiquiátricas este não foi o caso.

Assim, resumindo, conclui-se que falta à psiquiatria, no seu relacionamento com a religião:

- interesse pelo tema,
- revisar a literatura a respeito,
- formular uma teoria,
- formular hipóteses,
- realizar estudos longitudinais e transculturais,

- trabalhar com amostras representativas,
- medir adequadamente as variáveis dependentes e independentes, respeitando suas complexidades,
- levar em consideração as variáveis intervenientes,
- realizar análise estatística adequada,
- ter cuidado com os vieses provocados pelos valores dos pesquisadores,
- publicar os resultados.

**Recomendações para o estudo científico da religião em psiquiatria (LARSON et al. 1986):**

1. Rever a literatura para levar em consideração estruturas teóricas psicológicas e sociológicas.
2. Formular hipóteses sobre a associação entre psiquiatria e religião que possam ser testadas.
3. Incluir, com maior frequência, uma medida religiosa na pesquisa psiquiátrica.
4. Incluir medidas de religiosidade.
5. Rever a literatura religiosa para escolher uma medida multidimensional de religiosidade adaptada à dinâmica ou que sejam afetadas pelo status psiquiátrico ou pela intervenção psiquiátrica.
6. Conduzir estudos em que variáveis religiosas e psiquiátricas sejam incluídas como variáveis dependentes e independentes.
7. Realizar estudos onde medidas religiosas e psiquiátricas sejam avaliadas como variáveis independentes, em conjunto com outras medidas importantes de evolução (e.g. desempenho social, doença física, estadiamento), custos diretos e indiretos.
8. Fazer estudos longitudinais, pois o estudo transversal só permite correlações.

**Medidas usadas para avaliar compromisso religioso**

A principal dificuldade dos estudos científicos sobre religião está em como operacionalizá-la, apesar de cerca de trezentos tipos de medidas ou instrumentos diferentes estarem disponíveis. As medidas são as mais diversas, filiação ou denominação religiosa, intensidade ou abrangência da crença religiosa, dimensão cognitiva da religião, frequência a cultos ou serviços religiosos ou de práticas religiosas privadas (oração, leitura, programas de rádio e televisão, meditação etc.) ou grau de partici-

pação em atividades ligadas à igreja, medidas de religiosidade, etc. (WILSON, 1978; ROBINSON; SHAVER, 1973).

## 1. Filiação religiosa

A filiação pode fornecer algumas informações sobre as crenças e os comportamentos do indivíduo. Por exemplo, filiação a grupos como mórmons ou adventistas, caracterizados por estilos de vida conservadores, casamentos entre si, forte rede de apoio social e sistemas de crenças ou teologias que desenvolvem alto grau de responsabilidade pessoal.

O Catolicismo possui grande tradição acerca do que é permitido, ou não em termos de Ética médica.

O Judaísmo apresenta regulamentos para a dieta (alimentos kosher) e higiene que têm importância para a saúde.

A filiação religiosa alberga diversas características, funções e processos que se sabe estão associados à saúde (comportamentos relacionados à saúde, hereditariedade, apoio social, “locus of control” interno, proteção contra o estresse, atitude mental positiva etc.). Em termos científicos, cada um desses fatores deveria ser controlado, antes de podermos compreender a natureza das diferenças religiosas, e até antes de atribuí-las a mecanismos supernaturais ou super empíricos.

A psiquiatria desconhecendo a literatura sobre o assunto, usa, em seus trabalhos, predominantemente uma medida de filiação religiosa, o que não é adequado.

A experiência religiosa é complexa, envolvendo pelo menos ideologia, práticas rituais, atividade organizacional de manutenção e sentimentos de transcendência ou de contato com o sobrenatural. O caráter organizacional da igreja, as crenças, atitudes, valores, pensamentos, experiências subjetivas e comportamento de seus membros devem ser combinados para se obter uma avaliação científica coerente e completa da religião. num labirinto indecifrável de associações que podem variar conforme o tipo de religião ou identificação étnico-religiosa. A tentativa séria de se estudar empiricamente a religião deve enfrentar a dificuldade de se especificar e medir as dimensões importantes da religiosidade (ROBINSON; SHAVER, 1973; SCHILLER, LEVIN, 1988).

Utilizar filiação é inadequado, pois introduz um viés importante:

- A experiência religiosa não está confinada aos participantes de organizações formais.
- Há contínuo movimento de pessoas das classes sociais mais baixas,



entrando e saindo de seitas e igrejas para, finalmente, emergir como não membros.

- Interesse crescente por misticismo, astrologia e atividades relacionadas, que são formas de religiosidade à parte das religiões tradicionalmente organizadas.
- Pouco se sabe sobre crenças e preconceitos religiosos não cristãos (ROBINSON; SHAVER, 1973).

Esta medida, apesar de ainda extensamente utilizada, foi abandonada nos estudos que se propõem a abordar cientificamente o fenômeno religioso, pois a denominação diz muito pouco sobre a experiência e vivência religiosas reais do indivíduo. Ela ignora a grande diversidade de compromisso, participação e práticas religiosas dentro das denominações. Estas refletem apenas a estrutura social ou étnica, e não realmente o que a pessoa crê e como de fato pratica isto. É um indicador mais demográfico do que do compromisso e da participação real (GREELY, 1963).

## **2. Frequência a serviços religiosos**

Um item inquirindo sobre frequência a serviços religiosos pode não estar medindo uma religiosidade inata, ou compromisso religioso, mas abordar uma combinação de influências que incluem apoio social, saúde funcional, status socioeconômico, motivações psico-dinâmicas e diferenças culturais. O significado da frequência pode variar entre judeus e gentios, católicos e protestantes, entre os diversos tipos de protestantes, entre as denominações.

Um problema do uso da frequência a serviços e a práticas religiosas (frequência a cultos, participação em sacramentos, recitar orações) como medida de religiosidade é que a ênfase não recai sobre o que as pessoas fazem, e não sobre o significado que isto tem para as mesmas. Um investigador não deve assumir que frequência significa a mesma coisa para a maioria das pessoas, do mesmo modo que idade, saúde subjetiva ou status socioeconômico. Para evitar estes riscos três alternativas são sugeridas:

- Não valorizar a frequência, mas a inter-relação entre as várias práticas (p.e. duas pessoas com a mesma frequência a cultos, mas para uma esta é a sua única atividade; enquanto que, para a outra acrescenta-se a leitura dos textos, a oração etc.).
- Estudar as variações na natureza de determinada prática (p.e. orações de louvor são completamente diferentes das de súplica).
- Estudar o significado do ritual para o indivíduo que nele está engajado.

Frequência não deve ser considerada como equivalente a religiosidade, pois ela significa coisas diferentes para pessoas diferentes. Ela deve ser usada com outras variáveis de modo a abordar diferentes dimensões da experiência religiosa, levando em conta características da denominação ou grupo que está sendo estudado (por exemplo: católicos: frequência de comunhão ou confissão; carismáticos: frequência ao sermão e a reuniões de oração; quakers e bahais: frequência de contemplação silenciosa, palestras inspiracionais e apelos por justiça social) (LEVIN; MARKIDES, 1986)

Apesar destas críticas, a frequência é uma das melhores medidas, por sua simplicidade e por correlacionar com religiosidade intrínseca (LARSON; LARSON, 1994).

### **3. Conhecimento da tradição religiosa**

Frequência a serviço religioso é uma maneira indireta de saber como a pessoa participa de outras práticas importantes da sua religião. Mas isto não é suficiente, deve-se caracterizar os conhecimentos específicos necessários sobre a tradição religiosa, considerando-se as suas variações, sacramentos, aspectos proféticos e místicos. Cada religião coloca uma ênfase diferente na importância e na quantidade da frequência a serviços religiosos. Sem conhecer as ênfases, expectativas e identidade cultural não é possível avaliar o seu significado. Conforme a religião, certos aspectos são mais relevantes que outros como indicadores de religiosidade. Mais especificamente, se a tradição que está sendo estudada é profética, é melhor focalizar índices cognitivos (Você acredita nisto ou naquilo?). Se a fé é sacramental, focalizar em questões sobre comportamento (Com que frequência você faz isto ou aquilo?). E, se a religião é principalmente mística, as questões devem ser sobre atitude e afeto (Alguma vez você sentiu...?).

O valor subjetivo ou simbólico destes indicadores podem diferir, mas todos parecem possuí-los. Para variáveis religiosas, entretanto, um determinado conceito pode nem existir dentro da estrutura de algumas religiões (por exemplo, frequência de glossolália como indicador de compromisso religioso em uma amostra de judeus ou bahais). O conceito pode existir na maioria das religiões, podendo, entretanto, ter significados tão divergentes que o seu valor como indicador pode ser questionado.

Os dados necessários para elucidar a interconexão entre religião e saúde são: filiação religiosa, incluindo a denominação, localização geográfica e duração da residência neste local (índice de coesão e integração,

isolamento), idade atual e de batismo, crisma, confirmação, conversão, salvação, Bar Mitsvah, “kundalini awakening”, “opening”, ou o que for relevante para a tradição religiosa em questão; frequência a serviços religiosos, frequência a outras atividades (classes, funções, encontros, reavivamentos etc.); o conteúdo específico; autoavaliação do compromisso religioso. Em suma é necessário o uso de múltiplas medidas.



# Referências Bibliográficas

ACKLIN, M.W.; BROWN, E.C.; MAUGER, P.A. The role of religious values in coping with cancer. **Journal of Religion and Health**, v.22(4), p.322-333, 1983.

ADAMS, J. **Competent to Counsel**. Grand Rapids, Baker, 1973.

ADLAF, E.M.; SMART, R.G. Drug use and religious affiliation, feelings, and behavior. **British Journal of Addiction**, v.80, p.163-171, 1985.

ADORNO, T.W.; FRENKEL-BRUSWIK, E.; LEVINSON, D.J. & SANFORD, R.N. **The authoritarian Personality**. New York, Norton, 1950.

AKHTAR, S.; WIG, N.N.; VARMA, V.K.; PERSHAD, D.; VERMA, S.K. A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. **British Journal of Psychiatry**, v.127, p.342-348, 1975.

AKSTEIN D. Terpsychoretrancetherapy: A new hypnopsychotherapeutic method. **Intern J Clin Exper. Hypnosis** 21: 131-143, 1973.

AKSTEIN, D. **Un voyage à travers la transe**. Éditions Sand, Paris, 1994.

ALEXANDER, F.; SELESNICK, S.T. **The History of Psychiatry**. New York, Harper & Row, 1966.

ALEXANDER CN; RAINFORTH, M.V. & GELDERLOOS, P. Transcendental Meditation, self-actualization, and psychological health: A conceptual overview and statistical meta-analysis. **Journal of Social Behavior and Personality**, v.6 (5), p. 189-247, 1991.

ALEXANDER, C.N.; ROBINSON, P. & RAINFORTH, M. Treatment and preventing alcohol, nicotine, and drug abuse through Transcendental Meditation: A review and Statistical Meta-analysis. **Alcoholism Treatment Quarterly** v.11, p.13-87, 1994.

ALLEN, R.O. & SPILKA, B. Committed and consensual Religion: a specification of religion-prejudice relationships. **Journal for the Scientific Study of Religion** v.6, p.191-206, 1967.

ALLPORT, G.W. **Personality: a psychological interpretation**. New York, Holt, 1937.

ALLPORT, G.W. **The individual and his religion**. New York, Mac Millan. 1950.

ALLPORT, G.W. Behavioral Science, religion and Mental Health. In Belgium, D. (ed.) **Religion and Medicine**. Ames, Iowa, Iowa State University Press. 1967.

ALLPORT, G.W. **The person in psychology, selected essays**. Boston, Beacon, pg. 150, 1968, (apud Larson 1994).

ALLPORT, G.W. & ROSS, J.M. **Personal religious orientation and prejudice**. *Journal of personality and social psychology* v.5, p.432-443, 1967.

ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FRANCA, J.F.; FERNANDES, J.G.; ANDREOLI, S.B.; BUSNELLO, E. D'A. Estudo Multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Revista ABP/APAL**, v.14, p.93-104, 1992.

- ALSTON, W.P.; Religion: General definitions and characteristics. In EDWARDS, P. (Ed.) **The Encyclopedia of Philosophy** v.7, p.141-144. Macmillan, London 1982. (apud Levin e Vanderpool 1987).
- ALVES, R. **Estórias de Quem Gosta de Ensinar**. São Paulo: Cortez, 1984.
- AMARAL R. **Xirê! O modo de crer e de viver no Candomblé**. Educ, Riuo de Janeiro, 2002.
- AMARO, J.W.E. **Psicoterapia e Religião**. Lemos, São Paulo, 1996
- American Psychiatric Association: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders third edition-revised (DSM III-R)**. Washington DC: American Psychiatric Association Press. (1987).
- American Psychiatric Association : **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, fourth edition - DSM - IV. Washington D.C., 1994.
- American Psychiatric Association Task Force on Meditation Position Statement on Meditation. **American Journal of Psychiatry** v.134: p.6., 1977.
- ANDERSON, D. A.; Spirituality and Systems Therapy: Partners in clinical practice. **Journal of Pastoral Psychotherapy** v.1 (1), p.19-31, 1987.
- ANDREASEN, N. & Noyes, Jr., R. Suicide attempt by self-imolation. **American Journal of Psychiatry** v.132, p.554-556, 1975.
- APA - The Committee on Psychiatry and Religion. (report 132). American Psychiatry Press, Washington DC. 1992. **Leaders and Flowers: A Psychiatric Perspective on Religious Cults**.
- ARESI A. **Método de Terapia Noosofrológica das Clínicas Frei Albino**. Mens Sana, São Paulo, 1984.
- ARGYLE, M. & BEIT-HALLAHMI; **The Social Psychology of Religion**. Routledge & Kegan Paul, London, 1975.
- ARNOLD, W.V. Blessing and Benediction. IN. HUNTER, R.J. Ed. **Dictionary of pastoral care and counseling**. Abingdon, Nashville, 1990.

- ARTEBURN, S. & FELTON, J. **Toxic Faith: Understanding and Overcoming Religious Addiction**. Nashville (TW). Oliver Nelson 1991.
- AZHAR, M.Z.; VARMA, S.L., DHARAP, A.S.: Religious Psychotherapy in anxiety Disorder patients. **Acta Psychiatr. Scand.** v.90, p.1-3, 1994.
- BAASHER, T.; The Arab Countries. In Howells JG (ed.) **World History of Psychiatry**. Brunner / Mazel. New York, 1975.
- BACK, K.W. & BOURQUE, L.B.; (1970) Can feelings be enumerated? **Behavioral Science** v.15, p.487-496, 1970. (apud Prince (1992) e Valla e Prince 1989).
- BALFOUR, A. & HAMILTON, C.M.; Attempted Suicide in Glasgow. **British Journal of Psychiatry** v.109, p.609-615, 1963.
- BANKSTON, W.B.; ALLEN, H.D. & CUNNINGHAM, D.S. Religion and suicide: A research note on sociology's "one law". **Social Forces** v.62,p.521-528, 1983. (apud Stack 1992).
- BANDURA, A.; **Principles of behavior modification**. New York, Holt, 1969.
- BARNHOUSE, R.T. How to evaluate patients religious ideation. I, Robinson, L.H. Ed. **Psychiatry and religion: Overlapping concerns**. Washington DC, American Psychiatric Press. 1986
- BARRETO A. **Manual do terapeuta comunitário da pastoral da criança** – Movimento integrado de saúde mental comunitária – Universidade Federal do Ceará – Departamento de Saúde Comunitária, 1977.
- BARRETO A; BAYER JP. **O índio que vive em mim. – O itinerário de um psiquiatra brasileiro**. Terceira Margem, 2003.
- BARTHOLOMEW, R.E.: Tarantism, dancing mania and demonopathy: The anthro-political aspects of "mass psychogenic illness". **Psychological Medicine** v.24, p.281-306, 1994.
- BASTIDE, R. **Os problemas da vida mística**. Lisboa, Europa América, 1959.



- BASTIDE, R. **O Candomblé da Bahia**. São Paulo. Companhia Editora Nacional. 1978.
- BASTIDE, R. **The African religions of Brazil: Toward a sociology of the interpenetration of civilizations**. Baltimore, JOHNS HOPKINS Press, 1978.
- BATESON, G.; JACKSON, D. ; HALEY, J.& WEAKLAND, J.H. *Toward a theory of schizophrenia* . **Behavioral Science**, 1, pp. 251-264, 1956.
- BATESON, G, **Steps to an Ecology of Mind**. Chicago: University of Chicago Press (2000).
- BATSON, C.D. & VENTIS, W.L. **The religious experience**. New York, Oxford University Press. 1982.
- BEARON, L.B.; KOENING, H.G. . Religious cognitions and use of prayer in health and illness. **Gerontologist** v.30 (2), p.249-253, 1990.
- BEBBINGTON, P.; HURRY, J.; TENNANT, C.; STUART, E.; WING, J.K. **Psychological Medicine** v.11, p.561-579, 1981.
- BEBBINGTON, P.; HURRY, J.; TENNANT, C.; STURT, E.; WING, J.K. Epidemiology of mental disorders in Camberwell. **Psychological Medicine**, v.11, p. 561-579, 1981.
- BELGUM, D. Guilt and/or Self-Esteem as consequences of religion. Journal of **Religion and Health** v.31 (1),p. 73-85, 1992.
- BELLAH, R.N. The historical background of unbelief. In CAPORALE, R. & GRUMELLI, A. (eds.) **The culture of unbelief**. Berkeley, University of California Press, 1971.
- BELZEN, J.A. perspectives. In Schumaker, J.F. **Religion and Mental Health**. Oxford University Press, Oxford, 1992.
- BENOIT, J.-C. (1982), **Vínculos Duplos**, Rio de Janeiro: Zahar, .
- BENOR, D.J. Survey of spiritual healing research. **Complementary Medical Research** v.4(1),p.9-33, 1990. (apud Dossey 1993).

- BENOR, D.J. A psychiatrist examines fears of healing. In: **Newsletter of the Consciousness Research and Training Project** (1991) (apud Dossey pg. 201, 1993).
- BENSON, H. **The relaxation response**. New York, Morrow, 1975.
- BENSON, P.L. **The troubled journey: a portrait of 6th-12th grade youth**. Minneapolis, Lutheran Brotherhood, 1990. (apud Benson 1992).
- BENSON, P.L. **Religion and Substance use**. In Schumaker, J.F. (ed.) Religion and Mental Health. New York, Oxford University Press, 1992.
- BENSON, P.L.; DONAHUE, M.J. Ten year trends in at risk behavior: A national study of black adolescents. **Journal of adolescence research** v. 4(2), p. 125-139, 1989.
- BENSON, P.L.; YEAGER, R.J.; WOOD, P.K.; GUERRA, M.J. & MANNO, B.V. **Catholic High Schools: Their impact on low-income students**. Washington, D.C. National Catholic Educational Association, 1986. (apud Benson 1992).
- BENSON, P.L.; WILLIAMS, D.L.; JOHNSON, A.L. **The quicksilver years: The hopes and fears of early adolescence**. San Francisco, Harper & Row. 1987. (apud Benson 1992).
- BERGIN, A.E. The evaluation of therapeutic outcomes. In BERGIN, A.E. & Garfield SL (eds.) **Handbook of Psychotherapy and Behavior Change**. John Wiley, New York. 1971. (apud Ward 1989).
- BERGIN, A.E. Psychotherapy and religious values. **Journal Of Consulting And Clinical Psychology** v. 48, p.95-105, 1980.
- BERGIN, A.E. Religious and humanistic values: a reply to Ellis and Walls. **Journal of consulting and clinical psychology** v.48, p.642-645, 1980.
- BERGIN, A.E. Religiosity and mental health: a critical reevaluation and meta-analysis. **Professional psychology: research and practice** v. 14, p.170-184, 1983.

- BERGIN, A.E.; MASTERS, K.S. & RICHARDS, P.S. Religiousness and Mental Health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. **Journal of Counseling Psychology** v. 34, p. 197-204, 1987.
- BERGIN, A. E. . Values and religious issues in psychotherapy and mental health. **American Psychologist** v.46 (4), p. 394-403, 1991.
- BERKMAN, L.F. & BRESLOW, L. **Health and ways of living: The Alameda County Study**. Oxford University Press, Oxford. 1983. (apud Martin e Carlson 1988).
- BILLHEIMER, P. **Don't waist your sorrows**. Fort Washington, PA: Christian Literature Crusade. 1977. (apud Powell et al 1991).
- BILU, Y. & WITZTUM, E. . Culturally sensitive therapy with ultra- orthodox patients: The strategic employment of religious idioms of distress. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences** v.31(3), p.170-182,1994.
- BLAIN, D. Fostering the mental health of ministers. **Pastoral Psychology** v. 9(5), p. 19-28, 1958.
- BLEULER, E. **Textbook of Psychiatry**. MacMillan Company, New York. PP 164, 1924.
- BLIZZARD. **The Minister Dilemma**. The Christian Century v.73, p. 508-510, 1956.
- BOCHESKY, JM. **Diretrizes do Pensamento Filosófico**. Herder, S., Paulo, 1961.
- BOCK, E.W.; COCHRAN, J.K. & BEEGHLEY L. Moral messages: The relative influence of denomination on the religiosity-alcohol relationship. **The sociological quarterly** v.28:89-103. 1987. (apud Benson 1992).
- BOURGUIGNON, E. Religion as a mediating factor in cultural change. In Schumaker, J.F. (Ed.) **Religion and Mental Health**. New York, Oxford University Press, 1992.

- BOURGUIGNON, E. **Religion, altered states of consciousness and social change.** Columbus, Ohio State University 1973.
- BOURGUIGNON, E. & EVASCU, T. Altered states of consciousness within a general evolutionary perspective: A holocultural analysis. **Behavior Science Research** v. 12, p.197-216, 1977. (apud Ward 1989).
- BOWEN, M. **Family Therapy in Clinical Practice.** New York, J. Aronson. 1978.
- BOWERS, M.K. Psychotherapy of religious conflict. In Pattison, E.M. (ed.) **Clinical Psychiatry and Religion, Boston, Little Brown,** pg 233-242, 1969.
- BOWMAN, E.S. **Religion: A research and clinical overview.** Curso ministrado durante o 150 Congresso da American Psychiatry Association, Filadelfia, 1994.
- BOWMAN, E.S. Understanding and responding to religious material in the therapy of Multiple Personality Disorder. **Dissociation** v. 2, p.231-238, 1989.
- BRANNON, R.C.L. Gimme rhat old-time racism. **Psychology Today** v.3, p.42-44, 1970.
- BRADSHAW, S.L. Ministers in trouble: a study of 140 cases evaluated at the Menninger Foundation. **Journal of Pastoral Care,** v.31, p. 230-242, 1977.
- BRAUD, W.G. Using living targets in Psi research. **Parapsychology Review** v.20 (6): p. 1-4, 1989.
- BRYANT, J.H. Challenging the medical school curriculum. In Shriver Jr. DW (ed.) **Medicine and Religion - Strategies of care.** University of Pittsburgh Press, Pittsburgh. 1980.
- BROMBERG, W. From Shaman to psychotherapist - **A history of the treatment of mental illness.** Henry Regnery Company, Chicago, 1975.

- BROWN, H.P. & PETERSON, Jr., J.H. Rationale and procedural suggestions for defining and actualizing spiritual values in the treatment of dependency. **Alcoholism Treatment Quarterly** v.7(3), p. 17-46, 1990.
- BRUHN, J.G.; CHANDLER, B.; MILLER, M.C.; WOLF, S. & LYNN, T.N. Social aspects of coronary heart disease in two adjacent, ethnically different communities. **American Journal of Public Health** v. 55, p. 1493-1506, 1966. (apud Martin e Carlson 1988).
- Buckley, P. Mystical experience and schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin** v.7, p. 516-521, 1981.
- BUCKY, S.F. & DALENBERG, C. The relationship between training of mental health professionals and the reporting of Ritual Abuse and Multiple Personality Disorder symptomatology. **Journal of Psychology and Theology** v. 20 (3), p. 233-238, 1992.
- BUEHLER, C.; HESSER, G. & WEIGERT, A. A study of articles on religion in major sociology journals. **Journal for the Scientific Study of Religion** v. 11, p.165-170, 1973.
- BULKA RP. **Viktor Frankl**. In HUNTER, RJ (ed.) Dictionary of pastoral care and counseling. Abingdon, Nashville, 1990.
- BURKETT, S.R. Religion, parental influence, and adolescent alcohol and marijuana use. **Journal of Drug Issues** v.7, p.263-273, 1977.
- BUTLER, M. H. & HARPER, J.M. The divine triangle: God in the marital system of religious couples. **Family Process** v. 33(3), p. 277-286, 1994.
- BUTMAN, R.E.. The assessment of religious development: Some possible options. **Journal of Psychology and Christianity** v. 9(2), p. 14-26, 1990.
- BYRD, R.C. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. **Circulation** 70 (suppl. 2), 212 (abstract) 1984 (apud Martin e Carlson, 1988).

- CAHILL, L.S. **Between the sexes**. Philadelphia: Fortress Press. 1985.
- CAMPBELL, D.T. On the conflicts between biological and social evolution and between psychology and moral tradition. **American Psychologist** v. 30, p. 1103-1126, 1975.
- CAMPBELL CONVERSE & RODGERS. **The Quality of American Life**. Russell Sage Foundation. 1976. (apud Larson 1993).
- CAMPBELL, J. **The hero with a thousand faces**. Bollingen Series XVII, Princeton University Press, Princeton, New Jersey, 1949.
- CANNON, W.B. **The wisdom of the body**. New York, Norton. 1932. (apud Vallas & Prince 1989).
- CAPPS, D. RANSOHOFF, P. & RAMBO, L. Publication trends in the psychology of religion to 1974. **Journal for the Scientific Study of Religion** v. 15, p. 15-28, 1976.
- CARRINGTON, P. & EPHRON, H.S. Using meditation with psychotherapy. In Fosshage JL & Olsen P (eds.) **Healing - Implications for psychotherapy**. Human Sciences Press, New York, 1978
- CARROLL HA. **Mental Hygiene** – The Englewood Cliffs, 4<sup>a</sup>. edição, 1967.
- CARROLL, S. Spirituality and purpose in life in alcoholism recovery. **Journal of Studies on Alcohol** v. 54(3), p.297-301, 1993.
- CHANDRA,; SHEKAR, C.R.; CHANNABASAWANNA, S.M. & VENKATASWANY, M. (1980) Hysterical Possession Syndrome. **Indian Journal of Psychological Medicine** v.3, p.29-52, 1980.
- CHESTON, S.E., PIEDMONT, R.L., EANES, B. & LAVIN, L.P. *Changes in clients' images of God over the course of outpatient therapy*. **Counseling and Values**, Vol. 47, N° 2, 96-108, 2003.
- CHILDS, B.H. Forgiveness. IN. HUNTER, R.J. Ed. **Dictionary of pastoral care and counseling**. Abingdon, Nashville, 1990.

- CHRISTENSEN, C.W. Are ministers breaking down? **Pastoral Psychology** v.9(84) p.58-59, 1958.
- CHRISTENSEN, C.W. . The occurrence of mental illness in the ministry: family origins. **Journal of Pastoral Care**, v 14,p. 13-20, 1960.
- CHRISTENSEN, C.W. The occurrence of mental illness in the ministry: psychotic disorders. **Journal of Pastoral Care**, v.15, p. 153-159, 1961.
- CHRISTENSEN, C.W. The occurrence of mental illness in the ministry: personality disorders. **Journal of Pastoral Care**, v.17, p.125-135, 1963a.
- CHRISTENSEN, C.W. The occurrence of mental illness in the ministry: psychoneurotic disorders. **Journal of Pastoral Care**, v.17, p. 1 - 10, 1963b.
- CHILDS, B.H. (1990) Forgiveness. In hunter???
- CHU, C. & KLEIN, H.E. Psychological and environmental variables in outcome of black schizophrenics. **Journal of the National Medical Association** v. 77, p.793-796, 1985.
- CLARCK, E.T. **The small sects in America**. New York, Abingdon Press. 1965 apud argyle
- CLARCK, J.G. Problems in referral of cult members. **Journal of the National Association of Private Psychiatric Hospitals** v. 9, p. 19-21, 1978.
- CLARCK, J.G. Cults. **Journal of the American Medical Association** v. 242, p.281-297, 1979.
- CLARCK, J.G.; LANGONE, M.D.; SCHECHTER, R.E. & DALY, R. **Destructive cult conversion: Theory, research and treatment**. WESTON, M.A. American Family Foundation, 1981. (apud Richardson 1992).

CLAXTON, G. Meditation in Buddhist psychology. In West MA (Ed.) **The psychology of meditation**. Clarendon press, Oxford, 1987.

**Clergy Care Newsletter**, Volume V Num 1. New Creation

CLINEBELL Jr., H.J. **Basic Types of pastoral counseling**. Nashville, Abingdon, 1966.

COBB, J.B. JR. & GRIFFIN, D.R. **Process Theology: An Introductory Exposition**. Philadelphia: The Westminster Press, 1976.

COCHRAN, J.K.; BEEGHLEY, L. & BOCK, E.W. Religiosity and alcohol behavior: an exploration of group reference theory. **Sociological Forum** v. 3(2), p. 256-276, 1988 (apud Benson 1992).

COHEN, E.J. et al. *Induced Christian Neurosis: An Examination of Pragmatic Paradoxes and the Christian Faith*. **Journal of Psychology and Theology**. Spring 1982, Volume 10, No 1. (Uma tradução desse texto está disponível no site do CPPC).

COLLINS, G.R. . Popular Christian Psychologies: Some Reflections. **Journal of Psychology and Theology** v. 3(2) p.127-132, 1975.

COLLINS, G.R. **Helping people grow - Practical approaches to christian counseling**. Vision House, Santa Ana, California, 1980.

COLLINS, G.R. Moving through the jungle: A decade of integration. **Journal of Psychology and Theology** v. 11, p.2-7, 1983.

COMSTOCK, G.W. & PARTRIDGE, K.B. Church Attendance and Health. **Journal of Chronic Disease** v. 25, p. 665-672, 1972.

COTHRAN, M.M. & HARVEY, P.D. Delusional thinking in psychotics: Correlates of religious content. **Psychological Reports** v. 58, p.191-199, 1986.

CRAIGIE, F.C. Jr.; LARSON, D.B. & LIU, I.Y. References to religion in the Journal of Family Practice: dimensions and valence of spirituality. **The Journal of Family Practice** v. 30, p.477-480, 1990.



- CRAIGIE, F.C.; LIU, I.Y.; LARSON, D.B. & LYONS, J.S. A systematic analysis of religious variables in the Journal of Family Practice 1976-1986. **The Journal of Family Practice** v. 27, p.509-513, 1986.
- CRAIGIE Jr, F.C. & TAN, S.Y. . Changing resistant assumptions in christian Cognitive-Behavioral Therapy. **Journal of Psychology and Theology** v. 17(2), p.93-100, 1989.
- CRAPPS, RW. **Paul Tournier**. In HUNTER RJ. (ed.). Dictionary of pastoral care and counseling. Abingdon, Nashville, 1990.
- CRAVEN, J.L. . Meditation and Psychotherapy. **Canadian Journal of Psychiatry** v. 34, p.648-653, 1989.
- CRAWFORD, M.E.; HANDAL, P.J. & WEINER, R.L. . The relationship between religion and mental health/distress. **Review of Religious Research** v. 31, p.16-22, 1989.
- DAIM, N. **Concepts of insanity in the United States, 1789 - 1865**. Rutgers University Press, New Brunswick (NJ), 1964.
- DALGALARRONDO, P.; GATTAZ, W.F. A psychiatric unit in a general hospital in Brazil: Predictors of length of stay. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** v.27, p. 147-150, 1992.
- DARLEY, J.M. & BATSON, C.D. "From Jerusalem to Jericho": a study of situational and dispositional variables in helping behavior. **Journal of Personality and Social Psychology** v.27, p. 100-108, 1973.
- D'ASSIER, A. **Le Brésil Contemporain**. Paris, 1867. Apud Bastide 1978a
- DAYRINGER, R. & OLER, D. (Orgs.) **The Image of God and the Psychology of Religion**. Binghamton, NY: Haworth Press, 2004.
- DEIKMAN, A.J. Experimental meditation. **Journal of Mental and Nervous Disease** v. 136, p. 329-343, 1963.
- DEIKMAN, A.J. Implications of experimental induced contemplative meditation. **Journal of Mental and Nervous Disease** v. 142, p.101-116, 1966.

- DEUTSCH, A. **The mentally ill in America - A History of their care and treatment from colonial times.** Columbia University Press, New York, 1946.
- DEUTSCH, A. Observations on a Sidewalk Ashram. **Arch. Gen. Psychiatry** 32: 166-175, 1975.
- DEUTSCH, A. Tenacity of attachment to a cult leader: A psychiatric perspective. **American Journal of Psychiatry**, v.137, p. 1569-1573, 1980.
- DILBECK, M.C. & ORME-JOHNSON, D.W. Physiological differences between transcendental Meditation and rest. **American Psychologist** v.42, p.879-881, 1987.
- DITTES, J.E. Facts and fantasy in (the minister's) mental health. **Pastoral Psychology** v. 10 (3), p. 15-24, 1959.
- DITTES, J.E. Psychology of Religion, in Lindzey, G. e Aronson, E. (eds.) **The Handbook of Social Psychology vol 5**, 2nd edition, Reading Mass, Addison-Wesley, 1969.
- DITTES, J.E. Two issues in measuring religion. In Strommen MP ed. Research on religious development: **A comprehensive handbook** pp 78-106. Hawthorn Books, New York, 1971.
- DONAHUE, M.J. Intrinsic and Extrinsic Religiousness: The empirical research. **Journal for the Scientific Study of Religion** v.24(4), p.418-423, 1985a
- DONAHUE, M.J. Intrinsic and extrinsic religiousness: review and meta-analysis. **Journal of personality and social psychology** v. 48, p. 400-419, 1985b.
- DONAHUE, M.J. & BERGIN, A.E. **Religion, personality and lifestyle.** A meta-analysis. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Anaheim, CA, 1983. (apud Gartner e cols 1991).
- DOSSEY, L. Healing Words - **The power of prayer and the practice of medicine.** Harper, San Francisco, New York, 1993.

- DOWNEY, A.M. Relationship of religiosity to death anxiety of middle-aged males. **Psychological Reports** v. 54, p. 811-822, 1984.
- DRAPER, E.; MEYER, G.; PARZEN, Z. & SAMUELSON, G. On the diagnostic value of religious ideation. **Archives of General Psychiatry** v. 13, p.202-207, 1965.
- DUBOS, R. **Los Sueños de la Razón**. Fondo de Cultura Económica, México, 1967, pág. 18.
- DUCKRO, P.N., BUSCH, C.; McLAUGHLIN & SCHROEDER, J. Psychotherapy with religious professionals: An aspect of the interface of psychology and religion. **Psychological Reports** v. 70, p.304-306, 1992.
- DUNN, R.F. Personality patterns among religious personnel. **Catholic Psychological Record** v. 3, p.125-137, 1965.
- DURKHEIM, E. Suicide. New York, Free Press (original 1897), 1966
- DUSKA, R. & WHELAN, M. **Moral development** - A guide to Piaget and Kohlberg. New York, Paulist Press. 1975.
- ELKINS, D.; ANCHOR, K.N. & SANDLER, H.M. Relaxation training and prayer behavior as tension reduction techniques. **Behavioral Engineering** v. 5, p.81-87, 1979. (apud Finney e Malony 1985).
- ELLENS, J. H.. *Religious Metaphors Can Kill*, em ELLENS, J. H. (Org.),. **The Destructive Power of Religion**. Westpoint, CT: Praeger, Vol. 1, passim. 2004.
- ELLIS, A. **The case against religion: a psychotherapist's view**. In Ard, B. (ed.) Counseling and Psychotherapy: Classics on Theories and issues. Palo Alto, CA, Science and Behavior Books, 1975.
- ELLIS, A. (1976) **The case against religion: a psychotherapist's view**. New York, Institute for Rational Living. (apud Malony 1994).
- ELLIS, A. Psychotherapy and atheistic values: a response to A.E. Bergin's "Psychotherapy and Religious values". **Journal of Consulting and Clinical Psychology** v. 48, p.635-639, 1980.

- ELLIS, A. **The case against religiosity**. New York, Institute for Rational-Emotive Therapy. 1983.
- ELLIS, B. Satanic Ritual Abuse and legend "Ostension". **Journal of Psychology and Theology** v. 20 (3), p. 274-277, 1992.
- ELLISON, C.W. & SMITH J. Toward an integrative measure of health and well-being. **Journal of Psychology and Theology** v. 19, p.35-48, 1991.
- ELLISON, C.G.; GAY, D.A. & GLASS, T.A. Does religion commitment contributes to life satisfaction? **Social Forces** v.68, p.100-123, 1989, apud Schumaker 1992.
- ENROTH, R. **Youth, brainwashing, and the extremist cults**. Grand Rapids, MI: Zondervan, 1977.
- EPPLEY, K.R.; ABRAMS, A.I. & SHEAR, J. . Differential effects of relaxation techniques on trait anxiety: a meta-analysis. **Journal of Clinical Psychology** v. 45(6), p. 957-974, 1989.
- EPPS, P. Women in prison on "attempted suicide" charges. **Lancet** v. 273, p.182-184, 1957.
- ERIKSON, E.H. (1958) *Young man Luther*. New York, W.W. Norton.
- EXLEY, R. **A support system: Your way of escape. Ministries Today**. May/june pg. 36. 1988. (apud Lebacqz e Barton 1991).??? Christianity Today???
- FABRIZIO, A & P. **Crianças – Prazer ou Irritação?** São Paulo: Sepal, 1972, p.14.
- FALLON, B.A. & HORWATH, E. . Ascetism: Creative Spiritual Practice od pathological pursuit? **Psychiatry** v.56, p.310-316, 1993.
- FARMER, A.; COSYNS, P.; LEBOYER, M; MAIER, W.; MORS, O.; SARGEANT, M.; BEBBINGTON, P. & Mc GUFFIN, P. A SCAN-SADS comparison study of psychotic subjects and their first-degree relatives. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v.242, p.352-356, 1993.

- FARR, C.B. & HOWE, R.L. The influence of religious ideas on the etiology, symptomatology, and prognosis of the psychoses, with special reference to social factors. **American Journal of Psychiatry** v.11, p.845-865, 1932.
- FAULKNER, J.E. & DEJONG, G. Religiosity in 5-D: an empirical analysis. **Social Forces** v. 45, p.246-254, 1966.
- FEHR, L.A. & HEINTZELMAN, M.E. Personality and attitude correlates of religiosity: a source of controversy. **Journal of psychology** v.95, p. 63-66, 1977.
- FEINSILVER, A. **In search of religious maturity**. Antioch Press, Yellow Springs - Ohio, 1960. (apud Lea 1982).
- FENICHEL, O. **The psychoanalytic theory of neurosis**. New York, Norton. 1945 (apud Argyle..).
- FERRARO, K.F. & ALBRECHT-JENSEN, C.M. Does religion influence adult health? **Journal for the Scientific Study of Religion** v. 30, p. 193-202, 1991.
- FINNEY, J.R. & MALONY Jr., H.N. . Empirical studies of christian prayer: A review of the literature. **Journal of Psychology and Theology** v. 13(2), p.104-115, 1985.
- FITZ, A. . Religious and familial factors in the etiology of Obsessive-Compulsive Disorder: A review. **Journal of Psychology and Theology** v. 18 (2), p. 141-147, 1990.
- FITZGIBBONS, J. Developmental approaches to the psychology of religion. **Psychoanal. Review** v.74, p.125-134,1987. (apud Fallon e Horwath 1993).
- FLEMMING, J. .Religiosity as an addiction. **Adventist women's institute newsletter**,v. 1, p. 18-19, 1988.
- FLETCHER, P. **Emotional Problems**. London: Pan Books, 1972)
- FLUGEL, J.C. **Man, Morals and Society**. London: Duckworth. 1945 (apud Argyle & Beit-Hallahmi, 1975).

- FORDHAM, F. **An introduction to Jung's psychology: Religion and Individuation.** Penguin Putnam Books, London, 1966.
- FORDHAM, F. **Introdução À Psicologia de Jung.** Editora Verbo, São Paulo, 1990.
- FOUCAULT, M. **Madness and Civilization - A History of Insanity in the Age of Reason.** Vintage books, New York, 1973.
- FOWLER, J.W. **Stages of Faith: The psychology of the human development and the quest for meaning.** San Francisco, Harper & Row, 1981.
- FOWLER, J.W. Faith and the structuring of meaning. In Dykstra C & Parks S. (eds.) **Faith Development and Fowler.** Religious Education Press, Birmingham, Alabama, 1986.
- FOWLER, J.W. Oscar Pfister Lecture no **150º. Congresso da Associação Psiquiátrica Americana,** Philadelphia, 1994.
- FOX, W.S. Greek and Romans. In Gray, L.H. & Moore, G.F. (Eds.) **The mythology of all races.** Cooper Square Publishers, New York, 1964.
- FANK, J.D. **Persuasion and Healing.** Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1973.
- FRANKL, V. E. (1964). **Teoría y Terapia de las Neurosis.** Madri: Gredos.
- FRANKL, V.E. **La Idea Psicologica del Hombre,** Rialp, Madri, 1965, pág. 54
- FRANKL, V.E. **Fundamentos Antropológicos da Psicoterapia.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978
- FRANKL, V.E. **Man's search for meaning.** New York, Washington Square Press. 1985.
- FRANKL, V.E. **Em Busca de Sentido.** Tradução de Walter O. Schlupp. S. Leopoldo (RS): Sinodal e Petrópolis (RJ): Vozes, 1991, pg. 97.

- FRANZ, MARIE-LOUISE von. **C. G. JUNG: Seu Mito em Nossa Época.** Círculo do Livro S. A., São Paulo. s. d.
- FREUD, S. Atos obsessivos e práticas religiosas. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** V.IX, p. 121-136, Rio de Janeiro, Imago, 1969.
- FREUD, S. Totem and Tabu. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** V. XIII, Rio de Janeiro, Imago, 1969.
- FREUD, S. O Futuro de uma Ilusão. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** V. XXI, p. 15-80, Rio de Janeiro, Imago, 1969.
- FREUD, S. Uma Neurose Infantil. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** V. XVII, Rio de Janeiro, Imago, 1969.
- FRIEDMAN, E. H. **Generation to generation: Family process in church and synagogue.** The Guilford Press, New York, 1985.
- FROMM, E. **Psychoanalysis and Religion.** New Haven, CT, Yale University Press, 1950.
- GALANTER, M. **Cults - Faith, healing and coercion.** Oxford University, Oxford, 1989.
- GALANTER, M. Cults and zealous self-help movements: A psychiatric perspective. **American Journal of Psychiatry** v. 147, p.543-551, 1990.
- GALANTER, M. & BUCKLEY, P. Evangelical religion and meditation: psychotherapeutic effects. **Journal of Nervous and Mental Disease** v.166 p.685-691, 1978.
- GALANTER, M.; RABKIN, R.; RABKIN, J. & DEUTSCH, A. The "Moonies": a psychological study of conversion and membership in a contemporary religious sect. **American Journal of Psychiatry** v.136, p.165-170, 1979.

- GALANTER M; LARSON D & RUBENSTONE, E. Christian Psychiatry: The impact of evangelical belief on clinical practice. **American Journal of psychiatry** v. 148, p. 90-95, 1991.
- GALTON, F. (1872). Statistical Inquiries into the efficacy of prayer. **Fortnightly Review 18** (Vol XII, No. LXVIII New Series), 125-135. (apud Finney and Malony 1985).
- GANAWAY, G. . Some additional questions: A response to Shaffer & Cozolino, to Gould and Cozolino, and to Friesen. **Journal of Psychology and Theology** v.20 (3), p. 201-205, 1992.
- GANJE-FLING, M.A. & McCARTHY, P.R. A comparative analysis of spiritual direction and psychotherapy. **Journal of Psychology and Theology** v. 19 p. 103-117, 1991
- GARTNER, J. **Anti-religious value assumptions in psychological testing: The Personal Orientation Inventory**. Paper presented at the meeting of the Christian Association of Psychological Studies, San Diego, California. 1981. (apud Gartner et al 1991).
- GARTNER, J.; HOHMANN, A.; LARSON, D.; CANINO, G. & ALLEN, G. **Psychiatric, psychosocial and health services utilization characteristics of frequent church attenders**. Paper presented at the meeting of the American Public Health Association, Boston, 1988. (apud Gartner et al 1991).
- GARTNER, J.; LARSON, D.B. & ALLEN, G. Religious commitment and mental health: a review of the empirical literature. **Journal of Psychology and Theology** v.19, p. 6-25, 1991.
- GELLHORN, E. & KIELY, W.F. Mystical states of consciousness: Neurophysiological and clinical aspects. **Journal of Nervous and Mental Disease** v. 133, p. 161-168, 1972.
- GIANNETTI, E.. “**O Anjo Jacob Contra Mefistofélico Crick**”, Folha de S. Paulo, 13/08/98
- GLASER, J.L. Clinical applications of Maharishi Ayur-Veda in chemical dependency disorders. **Alcoholism Treatment Quarterly** v.11, p.367-394, 1994.



- GLEASON Jr., J. Perception of stress among clergy and their spouses. **Journal of Pastoral Care** v. 31, p.248-251, 1977.
- GLENN, N.D. & SUPAUCIC, M. The social and demographic correlates of divorce and separation in the United States. **Journal of marriage and family** v.46, p. 563-576, 1984.
- GLENN, N.D. & WEAVER, C.N. A multivariate, multy survey study of marital happiness. **Journal of marriage and family** v. 40, p.262-282, 1978 (apud Larson & 1994).
- GLOCK, C.Y. On the study of religious commitment. **Religious Education Research Supplement**,v. 57, p. 98-110, 1962.
- GLOCK, C.Y. **The role of deprivation in the origin and evolution of religious groups**. In LEE, R. & MARTY, M.E. (eds.) Religion and Social Conflict. New York, Oxford University Press, 1964.
- GLOCK, C.Y. & STARK, R. **Religion and Society in tension**. Chicago, Rand McNally, 1965. (apud Schumaker 1992).
- Glock, C.Y. & Stark, R. **Christian beliefs and antisemitism**. New York: Harper & Row, 1966. (apud Batson & Ventis, 1982).
- GLOCK, C.Y. The study of unbelief: perspectives on research. In Caporale, R. & Grumelli, A. (eds.) **The culture of unbelief**, Berkeley, University of California Press, 1971.
- GLOCK, C.Y. & STARK, R. **Christian Belief and anti-semitism**. New York, Harper & Row, 1966. (apud Darley & Batson, 1973).
- GODO, C. A tecnologia do misticismo. **Estudos de Religião** v.1, p. 45-86, 1985.
- GOLDBERG, E.; SATA, L.S. Religious Delusions and self-mutilation. **Current Concepts in Psychiatry** v. 4, p.2-5, 1978.
- GOLDFRIED, M. Systematic desensitization as training in self-control. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** v.37, p.228-234, 1971.

- GOOD, J. A. **Shame, Images of God and the Cycle of Violence.** Lanham, MD: University Press of America; 1999.
- GOODWIN F.K.; JAMISON K.R. **Manic Depressive Illness.** Oxford University Press, Oxford, 1990.
- GORSUCH, R.L. & ALESHIRE, D. Christian faith and ethnic prejudice: a review and interpretation of research. **Journal For The Scientific Study of Religion** v. 13, p.281-307, 1974.
- GORSUCH, R.L. Measurement: The boon and bane of investigating religion. **American Psychology** v. 39, p.228-36, 1984.
- GORSUCH, R.L. & BUTLER, M.C. Initial drug abuse: a review of predisposing social psychological factors. **Psychological Bulletin** v. 83, p.120-137, 1976.
- GOULD, C. & COZOLINO, L. Ritual abuse, Multiplicity, and Mind-control. **Journal of Psychology and Theology** 20 (3): 194-196, 1992.
- GOWAN, D. E. Bridge between testaments - **A reappraisal of judaism from the exile to the birth of christianity.** Pickwick Press, Pittsburgh, 1976.
- GRAHAM, L. K. A pastoral theological appropriation of family therapy. **Journal of Pastoral Psychotherapy** v. 1(1), p.3-17, 1987.
- GRAHAM, T. F. **Medieval minds - mental health in middle ages.** George Allen & Unwin, London, 1967.
- GREELEY, A.M. & McCready WC **The sociology of mystical ecstasy: Some preliminary notes.** Paper presented at the meeting of the Society for the Scientific Study of Religion, San Francisco, 1973. (apud Valla & Prince, 1989).
- GREELY, A.M. A note on the origins of religious differences. **Journal for Scientific Study of religion** v.3, p.21-31, 1963. (apud Larson 1993).
- GREENBERG, D. Are religious compulsions religious or compulsive? A phenomenological study. **American Journal of Psychotherapy** v. 38, p.524-532, 1982.

- GREENBERG, D. The behavioral treatment of religious compulsions. **Journal of Psychology and Judaism** v. 11, p.41-47, 1987.
- Greenberg, D & WITZTUM, E. The treatment of obsessive-compulsive disorder in strictly religious patients. In Pato M T & Zohar J (eds.) **Current treatments of obsessive-compulsive disorder**. American Psychiatric Press, Washington D.C., 1991.
- GREENBERG, D. & WITZTUM, E. Content and prevalence of psychopathology in world religions. In Schumaker, J.F. (ed.) **Religion and Mental Health**, New York, Oxford University Press, 1992.
- GREENBERG, D. & WITZTUM, E. Editorial: Ultra-orthodox Jewish attitudes towards mental health care. **Israel Journal of Psychiatry** v. 31(3), p.143-144, 1994.
- GREENBERG, D.; WITZTUM, E. & PISANTE, J. Scrupulosity: religious attitudes and clinical presentations. **British Journal of Medical Psychology** v. 60, p.29-37, 1987.
- GREYSON, B. & HARRIS, B. Clinical approaches to the near-death experience. **Journal of Near-Death Studies** v.6, p.41 -52, 1987. (apud Lukoff et al 1992).
- GROTH-MARNAT, G. Buddhism and Mental Health: a comparative analysis. In Schumaker, J.F. (ed.) **Religion and Mental Health**, New York, Oxford University Press, 1992.
- Group for the Advancement of Psychiatry: **Mysticism: Spiritual quest or psychic disorder?** (Vol 9, Publication 97). New York, Group for the Advancement of Psychiatry, 1976.
- GUPTA, A. Mental health and religion. **Asian Journal of Psychology Education** v. 11, p.8-13, 1983. (apud Gartner et al 1991).
- GUTHRIE, B. & SZANTON, D. Folk diagnosis and treatment of schizophrenia: Bargaining with spirits in the Philippines. In Lebra W (ed.) **Culture bound syndromes, ethno-psychiatry and alternatives therapies**. University of Hawaii Press, Honolulu, 1976. (apud Ward 1989).

- GUTIERREZ, G. Liberation praxis and christian faith. In Gigellini R (ed.). **Frontiers of Theology in Latin America**. Maryknoll, New York, 1983.
- HADAWAY, C.K. & Roof W.C. Religious commitment and the quality of life in America Society. **Review of Religious Research** v. 19 (3), p.295-307, 1978.
- HALBWACHS, M. **Les causes de suicide**. Librairie Felix Alcan, Paris, 1930. (apud Jarvis e Northcott 1987).
- HANDAL, P.J.; BLACK-LOPEZ, W. & MOERGEN, S. . Preliminary investigation of the relationship between religion and psychological distress in black woman. **Psychological Reports** v. 65, p. 971-975, 1989.
- HARDING, T.W.; ARANGO, M.V.; BALTAZAR, J.; CLEMENT, C.E.; IBRAHIM, H.H.A.; IGNACIO, L.L.; MURTHY, R.S. & WIG, N.N. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, v. 10, p. 231-241, 1980.
- HARE, E.H. Masturbatory insanity: the history of an idea. **The Journal of Mental Science** v.108, p.2-25, 1962.
- HARMS, E. **Origins of modern psychiatry**. Charles C. Thomas, Springfields IL., 1967.
- HARWOOD, A. Puerto-Rican spiritism: Part I - Description and analysis of an alternative psychotherapeutic approach. **Culture, Medicine and Psychiatry** v.1, p.69-95, 1977.
- HASSAN, M.K. & KHALIQUE, A. . Religiosity and its correlates in college students. **Journal of Psychological Researches** v.25, p.129-136, 1981. (apud Gartner 1991).
- HATHAWAY, W.I. & PARGAMENT, K.I. Intrinsic religiousness, religious coping and psychosocial competence: a covariance structure analysis. **Journal for the Scientific Study of religion** v. 29, p. 423-441, 1990.

- HAY, C. & MORISY, A. Reports of ecstatic, paranormal or religious experience in Great Britain and the United States: A comparison of trends. **Journal for the Scientific Study of Religion** v. 17, p. 225-268, 1978.
- HECKERT U. Paul Tournier e a medicina da pessoa. **Informação Psiquiátrica**. V. 9 (1): 17-21, 1990.
- HENDERSON, S.; DUNCAN-JONES, P.; BYRNE, D.G.; SCOTT, R. & ADCOCK, S. Psychiatric Disorders in Canberra - A standardised study of prevalence. **Acta Psychiatrica Scandinavica** v. 60, p.355-374, 1979.
- HENRY, D.; CHERTOK, F.; KEYS, C.; JEGERSK, J. Organizational and family systems factors in stress among ministers. **American Journal of Community Psychology**, v.19, p.931-952, 1991.
- HENRY, W.E.; SIMS, J.H. & SPRAY, S.L. **The fifth profession**. San Francisco, Jossey-bass, 1971. (apud Pattison 1978a).
- HILL, E.W.; BAILLIE, B. Coping with the stress of pastoral care counseling. **Journal of Religion and Health**, v.32(2), p.121-130, 1973.
- HIMMELFARG, H. Measuring religious involvement. **Social Forces** v.53, p. 606-618, 1975.
- HOELTER, J.W. . Religiosity, fear of death and suicide acceptability. **Suicide Life-threatening behavior** v. 9, p.163-172, 1979.
- HOFFMANN, N.G.; HARRISON, P.A. & MELILLE, C.A. Alcoholics Anonymous after treatment: Attendance and abstinence. **International Journal of Addictions** v. 18, p.311-318, 1993.
- HOFFMAN, L., JONES, T. T., WILLIAMS, F. & DILLARD, K. S. ( 2004). **The God Image, the God Concept, and Attachment**. Texto apresentado na Conferência Internacional da Christian Association for Psychological Studies, St. Petersburg, FL. <http://www.godimage.com/Papers>, acessado em Fev../2006;
- HOFSTATER,P. **Psicologia**, Enciclopédia Meridiano Fischer, Ed. Meridiano, Lisboa, 1966.

- HOGAN, R. & EMLER, N. The bias in contemporary psychology. **Social Research** v. 45, p. 478-534, 1978.
- HOHMANN, A.A.; RICHEPORT, M.; MARRIOTT, B.M.; CANINO, G.J.; RUBIO-STIPEC, M. & BIRD, H. Spiritism in Puerto-Rico: results of an Island-wide community study. **British Journal of Psychiatry** v.157, p. 328-335, 1990.
- HOLMES, D.S. The influence of meditation versus rest on physiological arousal: a second examination. In West M.<sup>a</sup> (Ed.) **The psychology of meditation**. Clarendon press, Oxford, 1987.
- HOOD Jr., R.W. The conceptualization of religious purity in allport's typology. **Journal for the scientific Study of religion** v. 24, p.413-417, 1985.
- HORNEY, K. **Neurosis and human growth**. New York, Norton, 1951.
- HOUSE, J.S.; ROBBINS, C. & METZNER, H.L. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh community health study. **American Journal of Epidemiology** v. 114, p. 129, 1984.
- HOWE, R.L. Are ministers breaking down? **Pastoral Psychology** v. 9(84), p. 57-58, 1958.
- Hulley, S.B. & Cummings, S.R. (eds.), **Designing clinical research - an epidemiologic approach**. Baltimore: William & Wilkins, 1988.
- IDLER, E.L. Religious involvement and the health of the elderly. **Social Forces** v. 66, p.226-238, 1987.
- JACOBS, J. A phenomenological study of suicide notes. **Social Problems** v. 15, p. 60-72, 1967.
- JACOBS, J.L. Religious ritual and mental health. In Schumaker, J.F. (ed.) **Religion and Mental Health**. Oxford, Oxford University Press, 1992.
- JAMES, W. **The varieties of religious experiences**. New York Longmans, Green, 1902.

- JAMES, W., **The Energies of Men em Essays on Faith and Morals**, Cleveland, Ohio, Meridian, 1962, pág. 221.
- JANET, P. **De l'angoisse à l'extase**. F.Alcan, Paris, 1926.
- JARVIS, G.K. & NORTHCOTT, H.C. Religion and differences in morbidity and mortality. **Social Science and Medicine** v.25, p.13-824, 1987.
- JASPERS, K. **Psicopatologia Geral**, São Paulo, Atheneu, 1970.
- JEUNING, R.; WALLACE, R.K. & BEIDEBACH, M. The physiology of meditation: A review. A makeful hypometabolic integrated response. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews** 16(3):415-424, 1992.
- Jilek W. Canadian Indian Spirit dancing: A case of theory building. In Westermeyer J (ed.) **Anthropology and Mental Health**. Mouton, The Hague, 1976.
- JOHNSON, P.E. The emotional health of the clergy. **Journal of religion and health** 9: 50- 59, 1970.
- JOHNSON, P.E. **Protestantism and Psychotherapy**. In Cox RH (ed.) Religious systems and psychotherapy. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1973.
- JOHNSON, W.B. Outcome research and religious psychotherapies: Where are we and where are we going?. **Journal of Psychology and theology** 21(4): 297-308, 1993.
- JOHNSON, W.B.; DEVRIES,R.; RIDLEY, C.R., Pettorini D & Peterson DR. The comparative efficacy of christian and secular rational-emotive therapy with christian clients. **Journal of Psychology and theology** 22 (2): 130-140. 1994.
- JONES, E. Psychoanalysis and the christian religion. In: **Essays in Psychoanalysis** Vol.2, pg. 198-211. International University press, New York, 1964.
- JONES, G. Comment on "Psychiatry and the concept of evil". **British Journal of Psychiatry** 165: 301-302, 1994.

- JOYCE, C.R.B. & WELLDON, R.M.C. The objective efficacy of prayer: A double-blind clinical trial. **Journal of Chronic Disease** 18: 367-377, 1965.
- JULIAN, R. The practice of psychotherapy and spiritual direction. **Journal of Religion and Health** 31 (4):309-315, 1992.
- JUNG, C.G. **Modern man in search of a soul**. New York, Harvest Books. 1933.
- JUNG, C. G., **O Homem à Descoberta Da Sua Alma**, Porto, Portugal, Livraria Tavares Martins. 1962.
- JUNG, C.G. **Psicologia e Religião**. Petrópolis, Vozes, 1978.*
- KABAT-ZINN, J.; MASSION, A.; KRISTELLER, J.; PETERSON, L.G.; FLETCHER, K.E.; PBERT, L.; LENDERKING, W.R. & SANTORELLI S.F. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. **American Journal of Psychiatry** 149:936-943, 1992.
- KABAT-ZINN, J. & CHAPMAN-WALDROP, A. Compliance with an outpatient stress reduction program: Rates and predictors of program completion. **Journal of Behavioral Medicine** 11: 333-352, (1988)
- KADUSHIN, C. **Why people go to psychiatrists**. New York, Atherton, 1969. (apud Pattison 1978a).
- KAHOE, R.D. Personality and achievement correlates of intrinsic and extrinsic religious orientations. **Journal of Personality And Social Psychology** v.29: p.812-818, 1974.
- KAHOE, R.D. The Development of Intrinsic and Extrinsic Religious Orientations. **Journal for the Scientific Study of Religion** v.24(4): p.408-412, 1985.
- KEDDY, P.J.; ERDBERG, P. & SAMMON, S.D. The psychological assessment of catholic clergy and religious referred for residential treatment. **Pastoral Psychology** v.38: p.147-159, 1990.



- KELLEY, M.W. Sister. The incidence of hospitalized mental illness among religious sisters in the United States. **American Journal of Psychiatry** v.115: p.73-75, 1958.
- KELLEY, M.W. Sister. Depression in the psychoses of members of religious community of women. **Am. J. Psychiatry** v.118: p.423-425, 1961.
- KEMP, S. "Ravished of a fiend": Demonology and medieval madness. In Ward CA (ed.) **Altered States of Consciousness and mental health - A cross-cultural perspective**. Sage, Newbury Park, 1989.
- KIESLER, C. A. & KIESLER, S. B., **Conformity**. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1969.
- KIEV, A. **Transcultural Psychiatry**. Free Press, New York, 1972.
- KILBOURNE, B.K. & RICHARDSON, J.T. Psychotherapy and New Religions in a pluralistic society. **American Psychologist** v.39: p.237-251, 1984
- KIM, K.I. Psychoanalytic consideration of Korean Shamanism. **Korean Neuropsychiatric Association Journal** v.2: p.121-129, 1972. (apud Prince 1992).
- KIM, K.I. Psychodynamic study of two cases of shaman in Korea. **Korean Journal of Cultural Anthropology** v.6: p.45-65, 1973. (apud Prince 1992).
- KING, H. & BAILAR, J.C. III The health of the clergy: A review of demographic literature. **Demography** v.6: p.27-43, 1969.
- KING, H.; ZAFROS, G. & HASS, R. Further inquiry into protestant clerical mortality patterns. **J. Biosoc. Sci.** V.7: p.243-254, 1975.
- KING, M.B. & HUNT, R.A. Measuring the religious variable: a national replication. **Journal for the Scientific Study of religion** v.14: p.13-22. 1975.
- KIRKPATRICK, L.A. & HOOD, R.W. Jr. Intrinsic-extrinsic religious orientation: The boon or bane of contemporary psychology of religion? **Journal for the scientific study of religion** v.29: p.442-462, 1990.

- KIRKPATRICK, L. A. *An Attachment-Theory Approach to the Psychology of Religion* em SPILKA, B. & McINTOSH, D. N., **The Psychology of Religion: Theoretical Approaches**. Boulder, Colorado: Westview, 1997.
- KLAF, F.C. & HAMILTON, J.G. Schizophrenia - a hundred years ago and today. **Journal of mental Science** v.107: p.819-27, 1961.
- KLAUSNER, S. Z. **Psychiatry and Religion**. Collier-MacMillan, London, 1964.
- KOENING, H.G. Research on religion and Mental Health in Later life: a review and commentary. **J. Geriatric Psychiatry** v.23: p.23- , 1990.
- KOENING, H.G. Religion and mental health in later life. In Schumaker, J.F. (ed.) **Religion and Mental Health**. New York, Oxford University Press, 1992.
- KOENING, H.G.; KVALE, J.N. & Ferrel, C. Religion and Well-being in later life. **The Gerontologist** v.28: p.18-28, 1988.
- KOENING, H.G.; SMILEY, M. & GONZALES, J.A.P. **Religion, Health and Aging: A review and theoretical integration**. Westport, CT, Greenwood Press, 1988. (apud Pressman et al. 1992).
- KOPP, S.B. Tantric Therapy. **Journal of Contemporary Psychotherapy** v.9: p.131-134, 1978.
- KRAMER, M.; POLLACK, E. S.; REDICK, R. W. & LOCK, L. Z. **Mental Disorders/Suicide**. Harvard University Press, Cambridge, Mass, 1972. Apud Jarvis e Northcott 1987.
- KRETSCHMER, E. **The psychology of man of genius**. Harcourt Brace, New York, 1931.
- KRIPPNER, S. Cross-cultural approaches to multiple personality disorder: Practices in brazilian spiritism. **Ethos** v.15: p.273-296, 1987.
- KRIPPNER, S. A call to heal - entry patterns in brazilian mediunship. In Ward, CA. (Ed.) **Altered States of Consciousness and Mental Health - A Cross-Cultural Perspective**. Sage, Newbury Park, 1989.

- KROLL, J. & BACHRACH, B. Visions and Psychopatjology in the Middle Ages. **Journal of Nervous and Mental Diseases** v.170: p.41-49, 1982a.
- KROLL, J. & BACHRACH, B. Medieval visions and contemporary hallucinations. **Psychological Medicine** v.12: p.709-721, 1982b.
- KROLL, J. A reappraisal of psychiatry in the middle ages. **Archives of General Psychiatry** v.29: p.276-283, 1973.
- KROLL, J. Religion and Psychiatry. **Current Opinion in Psychiatry** v.8: p.335-339, 1995.
- KUNG, H. **Freud and the problem of God**. New Haven, CT: Yale University Press, 1990.
- IRVING, J. **A prayer for Owen Meany - a novel**. William Morrow & Company, New York, 1989.
- L'ABATE, HEWITT, D. W. & SAMPLES, G. T. Religious Fanaticism. In L'Abate L, Farrar J E & Serritella D.A. (Eds.). **Handbook of differential treatments for addictions**. Boston, Allyn and Bacon, 1992.
- LA BORIA, G. Clero e Malattia Mentale - Indagine su un reparto di religiosi in um ospedale psichiatrico. **Rivista di Psichiatria (Roma)** v.10: p.365-377, 1975.
- LARSON, D.B. Religious involvement. In Rekers, G. (Ed.) **Family building**. Ventura (California), Regal, 1985 pg 121-147. (apud Larson 1994).
- LARSON, D.B. **The faith factor - Volume Two: An annotated bibliography of systematic reviews and clinical research on spiritual subjects**. Washington D.C., National Institute for Healthcare Research, John Templeton Foundation, 1994.
- LARSON, D.B.; PATTISON, E.M.; BLAZER, D.G.; OMRAN, A.R. & KAPLAN, B.H. Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982. **American Journal of Psychiatry** v.143: p.329-334, 1986.

- LARSON D.B.; PATTISON, E.M.; BLAZER, D.G.; OMRAN, A.R. & KAPLAN, B.H. The measurement of religion in psychiatric research. In Robinson LH (ed) **Psychiatry and religion: overlapping concerns**. Washington DC, American Psychiatric Press, 1986.
- LARSON, D.B.; PATTISON, E.M.; BLAZER D.G., OMRAN, A.R. & KAPLAN, B.H. Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982. **American Journal of Psychiatry** v.143: p.329-334, 1986.
- LARSON, D.; HOMANN,A.; KESSLER, L.; MEADOR, K.; BOYD, J. & McSHERRY, E. The couch and the cloth: The need for linkage. **Hospital and Community Psychiatry** v.39(10): p.1064, 1988.
- LARSON, D.B.; KOENING, H.G.; KAPLAN, B.H.; GREENBERG, R.S.; LOGUE, E. & TYROLER, H.A. The impact of religion on men's blood pressure. **Journal of Religion and Health** v.28: p.265-278, 1989.
- LARSON, D.B.; DONAHUE, M.J., Lyons JS, Benson PL, Pattison EM, Worthington EL & Blazer DG. Religious affiliation in mental health research samples as compared with national samples. **The Journal of Nervous and Mental Disease** v.177:p.109-111, 1989.
- LARSON, D.B. & LARSON, S.S. Religious commitment and Health: valuing the relationship. *Second Opinion: Health, Faith and Ethics* v.17(1): p.26-40, 1991.
- LARSON, D.B.; SHERRILL K.A.; LYONS, J.Ss; CRAIGIE, F.C.; THIELMAN, S.B.; GREENWOLD, M.A. & LARSON, S.S. Associations between dimensions of religious commitment and mental health reported in the American Journal of Psychiatry and Archives of General Psychiatry: 1978-1989. **American Journal of psychiatry** v.149: p.557-559, 1992.
- LARSON, D.B. & LARSON, S.S. **The forgotten factor in Physical and Mental Health: what does the research show? An independent study seminar**. John Templeton Foundation, 1994.
- LEA, G. Religion, Mental Health, and clinical issues. **Journal of religion and health** v.21: p.336 - 351, 1982.

- LEBACQZ, K. & BARTON, R. G. **Sex in the parish**. Westminster/John Knox Press, Louisville, Kentucky, 1991.
- LEBRA, W.P. (ed.) **Culture-bound syndromes, ethnopsychiatry and alternate therapists**. Honolulu: University press of Hawaii, 1976.
- LEFF, J. Commentary on four papers on psychiatry and religion. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences** v. 31(3): p.192-193, 1994.
- LEON, C. A. & ROSSELLI, H. Latin America. In Howells JG (ed.) **World History of Psychiatry**. Brunner/Mazel. New York, 1975.
- LESLIE RC. **Logotherapy**. In HUNTER, RJ (ed.). Dictionary of pastoral care and counseling. Abingdon, Nashville, 1990.
- LEUBA, J.H. **A psychological study of religion**. New York, Mac Millan, 1912. (apud Batson e Ventis, 1982).
- LEUBA, J.H. **The psychology of religious mysticism**. Routledge & Kegan Paul, London, 1925. (apud Valla & Prince 1989).
- LEVIN, J.S. & MARKIDES, K.S. Religious attendance and subjective health. **Journal for the Scientific Study of Religion** v. 25: p.31-40, 1986.
- LEVIN, J.S. & SCHILLER, P.L. Religion and the multi-dimension Health Locus of Control scales. **Psychological Reports** v.59: p.26. 1986.
- LEVIN, J.S. & SCHILLER, P.L. Is there a religious factor in health? **Journal of Religion and Health** v.26: p.9-35, 1987.
- LEVIN, J.S. & VANDERPOOL, H.Y. Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. **Social Science Medicine** v.24: p.589-600, 1987.
- LEVIN, J.S. & VANDERPOOL, H.Y. Is religion therapeutically significant for hypertension?. **Social Science and medicine** v.29: p.69-78, 1989.

- LEVIN, J.S.& VANDERPOOL, H.Y. Religious factors in physical health and the prevention of illness. **Prevention in Human Services** v.9: p.41-64, 1991.
- LEWIS, I. M. **Ecstatic religion**. Penguin, Middlesex. 1971. Apud Ward 1989.
- LINDENTHAL, J.J.; MYERS, J.K.; PEPPER, M.P. & STERN, M.S. Mental status and religious behavior. **Journal for the Scientific Study of Religion** v.9: p.143-149, 1970.
- LINDSTROM, L. Religious faith healing and its psychological conditions: A methodological study. In Kallstad T (ed.) **Psychological studies on religious man** (PP219-241). Almqvist & Wiksell, Stockholm, 1978. (apud Ward 1989.)
- LITTLEWOOD, R. The imitation of madness: the influence of psychopathology upon culture. **Social Science and Medicine** v.19: p.705-715, (1984)
- LOMBROSO, C. **L'Homme de Génie**. George S. Carré, Paris , 1896.
- LORCH, B.R. & HUGHES, R.H. Religion and Youth substance use. **Journal of religion and health** v.24: p.197-208. (1985)
- LOTUFO NETO, F. **Psiquiatria e Religião** - A prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos. Tese de Livre-docência apresentada à Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, 1997.
- LOTUFO JR., Z., **O Potencial Humano**, São Paulo, Martin Claret, 1995, págs. 11-12.
- LUDWIG, A.M. Altered States of Consciousness. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.15, p.225-234, 1966.
- LUKOFF, D.; LU, F. & TURNER, R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV - Psychoreligious and psychospiritual problems. **Journal of Nervous and Mental Disease** v.180: p.673-682, 1992.
- LUKOFF, D.; TURNER, R.;& LU, F.G. Transpersonal Psychology Research

- Review: Psychospiritual dimensions of healing. **Journal of Transpersonal Psychology** 25(1): 11-28, 1993.
- LYNN, S.J. & RHUE, J.W. Fantasy proneness: Hypnosis, developmental antecedents, and psychopathology. **American Psychologist** v.43: p.35-44. 1988.
- LUZ, D. **Roteiro Mágico de Brasília** . Codeplan, Brasília, 1986.
- LUZ, D. **Roteiro Mágico de Brasília II**. Cultura Gráfica e Editora, Brasília, 1989.
- MALLORY, M. **Christian Mysticism: transcending techniques**. Van Gorcum Assem, Amsterdam. 1977.
- MALONY, H.N. (ed.) **Current perspectives in the psychology of religion**. Grand Rapids, Eerdmans, 1977.
- MALONY, H.N. The clinical assessment of optimal religious functioning. **Review of religious research** v.30: p.3-15. 1988.
- MALONY, H.N. Religious diagnosis in evaluations of mental health. In Schumaker, J.F. (ed.) **Religion and Mental Health**. New York, Oxford University Press, 1992.
- MALONY, H.N. The uses of religious assessment in counseling. In Brown, L.B. (ed.) **Religion, Personality, and Mental Health**. New York, Springer-Verlag. 1994.
- MALONY, H. N. & SPILKA, B. eds. **Religion in psychodynamic perspective: The contributions of Paul W. Pruyser**. Oxford University Press, New York. 1991.
- MARCHAIS, P. & RANDRUP, A. Des Thèmes de spiritualité en pathologie mentale. Approche méthodologique. **Annales Medico Psychologiques** v.152 (8): p.541-546. 1994.
- MARKS, I.M. Behavioral psychotherapy of adult neurosis. In Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (eds.) **Handbook of psychotherapy and behavior change** (2nd edition) New York, Wiley, 1978. (apud Bergin 1983).

- MARKIDES, K.S.; LEVIN, J.S. & RAY, L.A. Religion, aging, and life satisfaction: an eight-year three-wave longitudinal study. **The Gerontologist** v. 27: p.660-665. 1987.
- MARI, J.J. & WILLIAMS, P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **British Journal of Psychiatry**, v.148: p.23-26. 1986.
- MARIZ, C.L. Pentecostalismo e a luta contra a pobreza no Brasil. In GUTIÉRREZ B.F.; CAMPOS, L.S. Eds. **Na força do espírito - Os pentecostais na América Latina: Um desafio às igrejas históricas**. Pendão Real, São Paulo, 1996.
- MARTIN, J.E. & CARLSON, C.R. Spiritual Dimensions of Health Psychology. In Miller WR & Martin JE. (Eds.) **Behavior Therapy and Religion - Integrating Spiritual and Behavioral Approaches to Change**. Sage, Newbury Park, 1988.
- MARTIN, C. & NICHOLS, R.C. Personality and religious belief. **Journal of social psychology** v.56: p.3-8, 1962.
- MARX, J.H. & SPRAY, S.L. Psychotherapeutic 'Birds of a feather': Social class status and religio-cultural value homophily in the mental health field. **Journal of Health and Social Behavior** v.13: p.413-428. 1972. (apud Pattison 1978<sup>a</sup>).
- MASLOW, A.H. **Motivation and personality**. New York, Harper, 1954.
- MASLOW, A. H., **Neurosis as a Failure of Personal Growth em The Farther Reaches of Human Nature**, Nova York, Penguin, 1976, págs. 24-25. Originalmente publicado em "Humanitas", outono de 1967, N.º 2.
- MASLOW, A. H., **Motivation and Personality**, Nova York, Harper & Row, 1970 (2ª. edição), págs. 153 – 174.
- MASLOW, A. H., **Introdução à Psicologia do Ser**, Rio de Janeiro, Eldorado Tijuca, s/data, pág. 99.
- MASON, S. F., **História da Ciência**. Tradução de Flávio e José Vellinho de Lacerda. Rio de Janeiro: Globo, 1964, p.119



- MASTERS, K.S. & BERGIN, A.E. Religious orientation and Mental Health. In Schumaker, J.F. (Ed.) **Religion and Mental Health**. New York, Oxford University Press, 1992.
- MASSERMAN, J. **The practice of dynamic psychiatry**. W.B. Saunders, Philadelphia, 1955. (apud Christensen 1958).
- MATHEWS, R. **English Messiahs**. London, Methuen, 1936.
- MATON, K. I. The stress-buffering role of spiritual support: Cross-sectional and prospective investigations. **Journal for the Scientific Study of Religion** v.28(3): p.310-323. (1989).
- MAUGHAN, W.S. **A writers notebook**. London: Heinemann. 1949.
- MAVREAS, V.G.; BEIS, A.; MOUYIAS, A.; RIGONI, F. & LYKETSOS, G.C. Prevalence of psychiatric disorders in Athens - A community study. **Social Psychiatry** v.21: p.172-181, 1986.
- McALLISTER, R.J. Healthy and unhealthy patterns of religion - The emotional health of the clergy. **Journal of religion and health** v.4: p.333-336, 1965.
- McALLISTER, R.J. & VANDER VELDT, A.J. Factors in mental illness among hospitalized clergy. **J. Nerv. Ment. Dis.** V.132: p.80-88, 1961.
- McALLISTER, R.J. & VANDER VELDT, A.J. Psychiatric Illness in Hospitalized Catholic Religious. **American Journal of Psychiatry** v.121: p.881-884, 1965.
- McCLELLAND, D. **Invited address**, Meeting of the Society of Behavioral Medicine, New Orleans, 1985. (apud Martin & Carlson, 1988).
- McGILL, A.C. The religious aspects of medicine. In Shriver Jr., DW (ed). **Medicine and Religion - Strategies of Care**. University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1980.
- McMORDIE, W.R. Religiosity and fear of death: Strength of belief system. **Psychological Reports** v.49: p.921-922, 1981.

- Mc NEEL, S.P. & THORSEN, P.L. A developmental perspective on christian faith and dogmatism. **The High School Journal** v.68: p.211-220. 1985. (apud Gartner 1991).
- MEIBURG, A.L. & YOUNG. The hospitalized minister: a preliminary study. **Pastoral Psychology** v.9(84): p.37-42, 1958.
- MEISSNER, W.W. **The paranoid process**. Aronson. 1978. (apud Fallon e Horwath 1993).
- MEISSNER, W.W. Psychoanalytic aspects of religious experiences. **Annual Review of Psychoanalysis** v.6: p.103-141, 1978.
- MEISSNER, W.W. **Psychoanalysis and religious experience**. Yale University Press, Yale. 1984.
- MEISSNER, W.W. The phenomenology of religious psychopathology. **Bulletin of the Menninger Clinic**, v.55 (3), p.281-298, 1991.
- MENDES, E. C. **O Universo Paralelo da Loucura**. Ground, São Paulo, 1987.
- MENNINGER, K. **Whatever became of sin?** New York, Hawthorn, 1973. Apud Bergin 1983
- MILLER, L. Israel and the Jews. In Howells JG (ed.) **World History of Psychiatry**. Brunner/Mazel. New York, 1975.
- MILLER, W.R. & MARTIN, J.E. (Eds.) **Behavior Therapy and Religion - Integrating Spiritual and Behavioral Approaches to Change**. Sage, Newbury Park, 1988.
- MINDEL, C.H.; VAUGHAN, C.E. A multidimensional approach to religiosity and disengagement. **Journal of Gerontology** v.33: p.103-108, 1978.
- MOBERG, D.O. Religiosity and old age. **Gerontologist** v.5: p.78-87, 1965.
- MOBERG, D.O. & TAVES, M.J. Church participation and adjustment in old age. In Rose, A.M. & Peterson, W.A. (eds.) **Older people and their social world**. Philadelphia, F.A. Davis, 1965.

- MOBERG, D.O. The development of social indicators of spiritual well-being for quality life research. In Moberg, D.O. (ed.) **Spiritual well-being: sociological perspectives**. Washington D.C., University Press of America, pag. 1-14, 1979. (apud Larson e 1994).
- MOORE, T. (1692)??? **Religious Melancholy**. In Hunter R, Macalpine I (eds.) Three hundred years of psychiatry, 1535-1860. Oxford University Press, 1963, pp 252-253. (apud Greenberg e Witztum 1991).
- MOORE, T.V. Insanity in priests and religious. **Ecclesiastical Review** v.95: p.485-98, 1936.
- MORGAN, L. Mental Illness among the clergy. **Pastoral Psychology** v.9(84): p.29-36, 1958.
- MORGAN, K.; HOLMES, T.M.; GRACE,M.; KEMEL, S.; ROBSON, D. Patterns of cancer in geographic and endogamous subdivisions of the Hutterite Brethren of Canada. **American Journal of Physical Anthropology** v.62: p.3-10, 1983.
- MORPHEW, J.A. Religion and attempted suicide. **International Journal of Social Psychiatry** v.14: p.188-192, 1968.
- MULHERN, S.A. Ritual Abuse: Defining a syndrome versus defending a belief. **Journal of Psychology and Theology** v.20 (3): p.230-232, 1992.
- MURPHY, M. & DONOVAN,S. **The physical and psychological effects of meditation: A review of contemporary meditation research with a comprehensive bibliography 1931-1988**. San Rafael, CA: Esalem Institute Study of Exceptional Functioning, 1988.
- NELSON, F.L. Religiosity and self-destructive crisis in the institutionalized elderly. **Suicide Life-threatening Behavior** v.7: p.67-74, 1977.
- NELSON, J.B. **Between two gardens: Reflections on sexuality and religious experience**. New York, Pilgrim Press, 1983.

- NELSON, J.B. & LONGFELLOW, S.P. **Sexuality and the sacred: Sources for theological reflection.** Louisville, Kentucky, Westminster / John Knox Press, 1994.
- NESS, R.C. & WINTROB, R.M. The emotional impact of fundamentalist religious participation: an empirical study of intragroup variation. **American Journal of orthopsychiatry** v.50: p.302-315, 1980.
- NETHERTON M. **Vidas passadas: Uma abordagem psicoterápica.** São Paulo: Summus; 1997.
- NEUGEBAUER, R. Medieval and early modern theories of mental illness. **Archives of General Psychiatry** v.36: p.477-483, 1979.
- NOBEL, K.D. Psychological health and the experience of transcendence. **The Counseling Psychologist** v.15: p.601-614, 1987. (apud Lukoff et al 1992).
- O'CONNELL, D.F. & ALEXANDER, C.N. Introduction: Recovery from addictions using Transcendental Meditation and Maharishi Ayur-Veda. **Alcoholism Treatment Quarterly** v.11: p.1-10, 1994.
- O'FLAHERTY, V. M. Therapy for scrupulosity. In Jurjevich RM (ed.) Direct psychotherapy: twenty-eight american originals. **University of Miami Press**, p.221-243, 1973. (apud Greenberg e Witztum 1991).
- O'MURCHU, D. Spirituality, recovery, and Transcendental Meditation. **Alcoholism Treatment Quarterly** v.11: p.169-184, 1994.
- O'SHAUGHNESSY, A. & SCHUBERT, F.M. The role of religion in patient care. In Shriver Jr., DW (ed). **Medicine and Religion - Strategies of Care.** University of Pittsburgh Press, Pittsburgh. 1980.
- OATES, W. The role of religion in the psychoses. **Journal of Pastoral care** v.3: p.21-30, 1949.
- OGATA, M.; IKEDA, M. & KURATSUNE, M. Mortality among japanese Zen priests. **Journal of Epidemiology and Community Health** v.38: p.161-166, 1984.

- OHASHA, A. Presentation and outcome of obsessional disorders in Egypt. **Ain Shams Medical Journal** v.21: p.367-373, 1970. (apud Greenberg e Witztum, 1992).
- OLIVEIRA, E.R. de. **O que é benzeção**. Brasiliense, São Paulo, 1985.
- ORLEY, J. & WING, J.K. Psychiatric disorders in two african villages. **Arch. Gen. Psychiatry** v.36: p.513-520, 1979.
- OSIPOW, S.H. & SPOKANE, A.R. **The Occupational Environment Scales, Personal Strain Questionnaire and Personal Resources Questionnaire**. Columbus, OH, Marathon Consulting and Press, 1981. (apud Rayburn et al. 1994).
- PACHECO, C.B. **ABC da Trilogia Analítica - Psicanálise Integral**. Proton Editora, São Paulo, 1988.
- PACHECO, C.B. de S. **Dossier América**. Nova Linha Editorial, São Paulo, 1994.
- PAIVA, G.J. de & NAKANO, F. Aspectos psicológicos da filiação a um grupo religioso oriental. **Boletim de Psicologia** v.37(86): p.50-56, 1987.
- PAIVA, G.J. de. Psicologias da religião na Europa. **Arquivos Brasileiros de Psicologia** v.42(3): p.88-99, jun/ago 1990.
- PAIVA, G.J. de. Algumas relações entre psicologia e religião. **Psicologia - USP**, São Paulo v.1(1): p.25-33, 1990.
- PALINKAS, L.A.; WINGARD, D.L.; BARRET-CONNOR, E. The biocultural context of social networks and depression among the elderly. **Soc Sci Med** v.30, p. 441-447, 1990.
- PARGAMENT K.I.; KENNEL, J.; HATHAWAY, W.; GREVENGOED, N.; NEWMAN J. & JONES, W. Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. **Journal for the Scientific Study of Religion** v.27: p.90-104, 1988.
- PARKER W.R. & St. JOHN, E. **Prayer can change your life: Experiments and techniques in prayer therapy**. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ., 1957. (apud Martin & Carlson 1988 e Finney e Malony 1985).

- PAYNE, R.; BERGIN, A.E.; BIELEMA, K.A. & JENKINS, P.H. **Review of religion and mental health: prevention and enhancement of psychosocial functioning.** Hayworth press, 1991.
- PEARSON, G.B. & FERGUSON, J.O. **Nun's melancholy in Podolsky, E.** (ed.) Encyclopedia of Aberrations. New York, Philosophical Library, 1953. (apud Argyle & Beit-Hallahmi 1975).
- PATTISON, E.M. Psychiatry and religion circa 1978: Analysis of a decade, Part I. **Pastoral Psychology** v.27(2): p.8-25, 1978a.
- PATTISON, E.M. Psychiatry and religion circa 1978: Analysis of a decade, Part II. **Pastoral Psychology** v.27(2): p.119-141, 1978b.
- PATTISON, E.M. & CASEY, R.L. Glossolalia: A contemporary mystical experience. In Pattison, E.M. (ed.) **Clinical psychiatry and religion.** Boston: Little, Brown, 1969.
- PATTISON, E.M. & PATTISON, M.L. "Ex-gays": religiously mediated change in homosexuals. **American Journal of Psychiatry** v.137: p.1553-1562, 1980.
- PATTISON, E.M. & DURRANCE, G.S. Religious contexts for change in sexual orientation. In Robinson LH (ed) **Psychiatry and religion : overlapping concerns.** Washington DC, American Psychiatric Press 1986.
- PERES MJMP. **Curso de formação e especialização em terapia regressiva a vivências passadas:** Apostila do módulo I. São Paulo: INTVO, 1997.
- PESCOSOLIDO, B. The social context of religious integration and suicide: Pursuing the network explanation. **Sociological Quarterly** v.31: p.337-357, 1990.
- PESCOSOLIDO, B. & GEORGIANNA, S. Durkheim, suicide, and religion. **American Sociological Review** v.54: p.33-48, 1989.
- PFEIFER S & WAELTY U: Psychopathology and religious commitment - a controlled study. **Psychopathology** v.28: p.70-77, 1995.

- PFEIFER, S. Faith induced neurosis: Mith or reality. **Journal of Psychology and Theology**, v.22(2), p. 87-96, 1994.
- PFISTER, O. **Christianity and Fear**. New York, Mac Millan, 1948.
- PHILP, H.L. **Freud and Religious Belief**. London, Rockliff, 1956.
- PIAGET, J. **Six Psychological studies**. New York, Vintage Press, 1968.
- PINCHERLE, L. T. **Terapia de Vidas Passadas**. Summus, São Paulo, 1990.
- POLOMA, M.M. & PENDLETON, B.F. Religious domains and general well-being. **Social Indicators Research** v.22: p.1-22, 1989.
- POLOMA, M.M. & PENDLETON, B.F. The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being. **Journal of Psychology and Theology** v.19: p.71-83, 1991.
- POLVAN, N. History of Middle East Psychiatry, Psychiatry care discussed. **Frontiers of Clinical Psychiatry** v.7(5): p.6-11, 1970.
- POPPER, K.R. **The poverty of historicism**, London pg.13, 1957, apud Hare 1962.
- POPPER K. **El Desarrollo del Conocimiento Científico – Conjecturas y Refutaciones**, Buenos Aires, Paidos, 1967, págs. 49-50.
- POST, S.G. DSM-III R and religion (Letter). **American Journal of Psychiatry** v.147: p.813. (1990).
- POST, S.G. DSM-III-R and religion. **Soc Sci Med** v.35: p.81-90 1992.
- POWELL, J.; GLADSON, J. & MEYER, R. Psychotherapy with the fundamentalist client. **Journal of Psychology and Theology** v.19(4): p.344-353, 1991.
- PRESSMAN, P.; LYONS, J.S.; LARSON, D.B. & GARTNER, J. Religion, Anxiety, and Fear of Death. In Schumaker, J.F. (ed.) **Religion and Mental Health**. New York, Oxford University Press, 1992.

- PREUSS, J. Mental disorders in the Bible and Talmud. **Israel Annals of Psychiatry** v.13: p.221-238, 1975.
- PRINCE, R.H. Religious experience and psychosis. **Journal of altered states of consciousness** v.5: p.167-181. 1979.
- PRINCE, R.H. Religious experience and psychopathology: cross-cultural perspectives. In Schumaker, J.F. (ed.) **Religion and Mental Health**. New York, Oxford University Press, 1992.
- PRINCE, R. Commentary on four papers on psychiatry and religion. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences** v.31(3): p.189-191, 1994.
- PRINS, H. Psychiatry and the concept of evil - Sick in heart or sick in mind? **British Journal of Psychiatry** v.165: p.297-300. 1994.
- PROPST, L.R. The comparative efficacy of religious and Nonreligious Imagery for the treatment of mild depression in religious individuals. **Cognitive Therapy and Research** 4(2): 167-178, 1980.
- PROPST, L.R. (1987) **Psychotherapy in a religious framework**. New York, Human Sciences Press.
- PROPST, L.R.; OSTROM, R.; WATKINS, P.; DEAN, T. & MASHBUM, D. Comparative efficacy of religious and nonreligious Cognitive-Behavioral Therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** v.60: p.94-103, 1992.
- PRUYSER, P.W. The seamy side of current religious beliefs. **Bulletin of the Menninger Clinic** v.41: p.329-348, 1977.
- PRUYSER, P.W. **The minister as diagnostician**. New York, Scribners. 1968.
- QUEIROS, M.V. **Messianismo e conflito social**. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1966.
- RACHMAN, S. Obstacles to the successful treatment of obsessions. In



- Foa E B & Emmelkamp P M G (eds.), **Failures in Behavior Therapy**. New York, Wiley. (pg 35-57) 1983.
- RAMBO, L. Conversion. IN. HUNTER, R.J. Ed. **Dictionary of pastoral care and counseling**. Abingdon, Nashville, 1990.
- RAPOPORT, J.; ELKINS, R.; LANGER, D. H.; SCEERY, W.; BUCHSBAUM, M.; GILLIN, J. C.; MURPHY, D.; ZAHN, T.; LAKE, R.; LUDLOW, C. & MENDELSON, W. Childhood obsessive-compulsive disorder. **American Journal of Psychiatry** v.138: p.1545-1554, 1981.
- RASMUSSEN, S.A. & TSUANG, M.T. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. **American Journal of Psychiatry** v.143: p.317-322, 1986.
- RAYBURN, C.A. & RICHMOND, L.J. **Religion and Stress Questionnaire**. Washington D.C., Copyright Office, 1982. (apud Rayburn et al. 1994).
- RAYBURN, C.A.; RICHMOND, L.J. & ROGERS, L. Women Religious professionals and Stress. In Brown, L.B. (ed.) **Religion, Personality, and Mental Health**. New York, Springer-Verlag, 1994.
- REDIGER, G.L. **Ministry and sexuality: Cases, counseling and care**. Minneapolis, Augsburg, 1990.
- RICHARDS, D.G. The phenomenology and psychological correlates of verbal prayer. **Journal of Psychology and Theology** v.19(4): p.354-363, 1991.
- RICHARDSON, J.T. Mental health of cult consumers: legal and scientific controversy. In Schumaker, J.F. (ed.) **Religion and Mental Health**. New York, Oxford University Press, 1992.
- RICHARDSON, J.T. Psychological and Psychiatric studies of new religions. In Brown, L.B. (ed.) **Advances in Psychology of Religion**. New York, Pergamon Press, 1985.
- RICKNER, R.G. & TAN, S.Y. Psychopathology, Guilt, perfeccionism, and family of origins functioning among protestant clergy. **Journal of Psychology and Theology**, v.22: p.29-38, 1994.

- RIZZUTO, A.-M. **O Nascimento do Deus Vivo**. São Leopoldo, RS: Sinodal; 2006.
- ROBINS, J. **Fools and mad - A history of the insane in Ireland**. Institute of Public Administration. Dublin, 1986.
- ROBINSON, J.P. & SHARVER, P.R. **Measures of Social Psychological Attitudes**. Pp 543-635. Institute for Social Research, Ann Arbor, Michigan, 1970.
- ROBINSON, J.P. & SHAVER P.R. **Measures of Social Psychological Attitudes**. Pp 629-721. Institute for Social Research, Ann Arbor, Michigan, 1973.
- RODRIGUES, N. A loucura epidêmica de Canudos. **Revista Brasileira**, Ano III - Tomo XII, fascículo 69, p. 129-144, 1897.
- ROE, A. **The psychology of occupations**. New York, Wiley, 1956. Apud Argyle & Beit Hallahmi, 1975.
- ROGERS, C. **Client-centered therapy**. Boston, Houghton Mifflin, 1951.
- ROGERS, W.R. Liberal Protestant theology and humanistic theories of psychotherapy. In Cox R.H.: **Religious Systems and psychotherapy**. Charles C. Thomas, Springfield Illinois, 1973
- ROGERS, M.L. A call for discernment - Natural and Spiritual: An introductory editorial to a special issue on SRA. **Journal of Psychology and Theology** v.20 (3): p.175-186, 1992.
- ROKEACH, M. **The three christs of Ypsilanti**. New York, Knopf, 1960. (apud Argyle & Beit Hallahmi 1975).
- ROKEACH, M. **The open and close mind: investigations into the nature of belief systems and personality systems**. New York, Basic books, 1960. (apud Bergin 1983, e apud Batson e Ventis 1982).
- ROBERTS, D. Health from the standpoint of the christian faith. In: Maves, P. (ed.) **The church and mental health**. New York, Charles Scribners and sons, 1953

- ROGERS, C.R.; GEENDLIN, G.T.; KIESLER, D.V. & TRUAX, C.B. **The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics.** University of Wisconsin Press, Madison, 1967. (apud Ward 1989).
- ROTH, T.; ROHERS, T.A.; CARSKADON, M.A. & DEMENT, W.C. Daytime sleepiness and alertness. In KRYGER, M.H.; ROTH, T. & DEMENT, W.C. (eds.) **Principles and Practice of Sleep Medicine.** Philadelphia: Saunders, 1994.
- ROWATT, W. C. & KIRKPATRICK, L. A., **Two Dimensions of Attachment to God and their Relation to Affect.** Journal for the Scientific Study of Religion 41 (4): 637-651, 2002.
- RUIZ, P. & LANGROD, J. Psychiatrists and spirituals healers: Partners in community mental health. In Westermeyer J (ed.) **Anthropology and mental health** (pp 77-81). Mouton, The Hague, 1976. (apud Ward 1989).
- RUNIONS, J.E. Religion and Psychiatric practice. **Canadian Psychiatric Association** v.19: p.79-85 (1974).
- ROSEHAM, D.L. & SELIGMAN, M.E.P. **Abnormal Psychology.** New York, W.W. Norton, 1984.
- RUDIN, J. **Fanaticism: A psychological analysis.** University of Notre Dame Press, 1969.
- SALZMAN, L. et al. Healthy and unhealthy patterns of religion - Neurotic religious attitudes. **Journal of religion and health** v.4: p.322-327, 1965.
- SANDOR P. e outros. **Técnicas de relaxamento.** Vetor, São Paulo, 1974.
- SANDS, D. Introducing Maharishi Ayur-Veda into clinical practice. **Alcoholism Treatment Quarterly** v.11: p.335-365, 1994.
- SANUA, V.D. Religion, mental health and personality: A review of empirical studies. **Am. J. Psychiatry** v.125: p.1203-1213, 1969.

- SARGANT, W. **The mind possessed**. Baltimore: Penguin books, 1975.
- SAXENA, S. & PRASAD, K.V.S.R. DSM-III subclassification of dissociative disorders applied to psychiatric outpatients in India. **American Journal of Psychiatry** v.146: p.261-262, 1989.
- SCHAETZING, E. Die ekklesiogenen neurosen, **Wege zum Menschen**, v.7, p.97-108, 1955.
- SCHEFF, T.J. The distancing of emotion in ritual. **Current Anthropology** v.18: p.483-505, 1977. (apud Schumaker 1992).
- SCHILLER, P.L. & LEVIN, J.S. Is there a religious factor in health care utilization? A review. **Social Science and Medicine** v.27: p.1369-1379, 1988.
- SCHEFF, T.J. **Catharsis in healing ritual and drama**. Berkeley, CA, University of California Press, 1979. (apud Jacobs 1992).
- SCHNEIDER, C.D. **Faith development and pastoral diagnosis**. In Dykstra C & Parks S. *Faith Development and Fowler*. Religious Education Press, Birmingham, Alabama, 1986.
- SCHNEIDER, K. **Zur Einfuhrung in die Religionpsycho-pathologie**. Tubingen: Mohr, 1928. (apud Belzen, 1992).
- SCHUMAKER, J.F. Mental health, belief deficit compensation, and paranormal beliefs. **Journal of Psychology** v.121: p.451-457, 1987.
- SCHUMAKER, J.F. (ed.) **Religion and Mental Health**. Oxford, New York, 1992.
- SCHUMAKER, J.F. **Mental Health consequences of irreligion**. In ...
- SELIGMAN, M.E.P. **Helplessness**. San Francisco, W.H. Freeman, 1975.
- SHAFFER, R.E. & COZOLINO L.J. Adults who report childhood ritualistic abuse. **Journal of Psychology and Theology** v.20 (3): p.188 - 193, 1992.

- SHAFRANSKE, E. & MALONY, H.N. Clinical psychologists religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. **Psychotherapy** v.27: p.72-78, 1990.
- SHAPIRO, D.H. Examining the context and content of meditation: A challenge for psychology in the areas of stress management, psychotherapy and religious values. **Journal of Humanistic Psychology** v.34(4): p.101-135, 1994.
- SHAW, B.W. Religion and Conceptual models of behaviour. **British Journal of Social and Clinical Psychology** v.9: p.320-7, 1970.
- SCHNEIDER K. Las Personalidades Psicopaticas, Ed. Morata, Madrid, 1943.
- SHRIVER, Jr. D.W. Medicine and religion: Some definitions and goals. In Shriver Jr., DW (ed). **Medicine and Religion - Strategies of Care**. University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1980a.
- SHRIVER, Jr., D.W. The interrelationships of religion and medicine. In Shriver Jr., DW (ed). **Medicine and Religion - Strategies of Care**. University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1980b.
- SHOSTROM,E. **Manual for the Personal Orientation Inventory**. San Diego: Educational Industrial Testing Service 1974.
- SIEMIATYCKI, J.; CAMPBELL, S. Non -response bias and early versus all responders in mail and telephone surveys. **American Journal of Epidemiology**, v.120: p.291 - 301, 1984a.
- SIEMIATYCKI, J.; CAMPBELL, S.; RICHARDSON, L. & AUBERT, D. Quality of response in different population groups in mail and telephone surveys. **American Journal of Epidemiology**, v.120: p.302- 314, 1984b.
- SILVEIRA, N. da **Perspectivas da Psicologia de C. G. Jung**”, revista “Tempo Brasileiro”, Rio de Janeiro, nº 21/22).
- SILVEIRA, N. da, **Jung - Vida e Obra**. José Álvaro / Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1976.

- SIMONTON, O.C. & MATTHEWS-SIMONTON, S. Belief systems and management of the emotional aspects of malignancy. **Journal of Transpersonal Psychology** v.7: p.29-47, 1975.
- SIMS, A. 'Psyche' - Spirit as well as mind? **British Journal of Psychiatry** v.165: p.441-446, 1994.
- SINGER, M.T. Coming out of the cults. **Psychology today** v.12: p.72-82, 1979.
- SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**, Edit. Univ. de Brasília, Brasília, 1967.
- SLATER, E. Neurosis and religious affiliation. **Journal of Mental Science** v.93: p.392-8, 1947.
- SLOANE R.B.; STAPLES, F.R.; CHRISTOL, A.; YORKSTON, N.J. & WHIPPLE, K. **Psychotherapy versus behavior therapy**. Harvard University Press, Cambridge, 1975.
- SORENSEN, A.A. Need for power among alcoholic and nonalcoholic clergy. **Journal for the Scientific Study of Religion** v.12: p.101-108, 1973.
- SOUTHARD, S. The mental health of ministers. **Pastoral Psychology** v.9(84): p.43-48, 1958.
- SPLENDOVE, D.C.; WEST, D.W. & STANISH, W.M. Risk factors in the prevalence of depression in Mormon Women. **Social Science Medicine** v.18: p.491-495, 1984.
- SPERO, M.H. Religious patients' metaphors in the light of transference and countertransference considerations. **Isr J Psychiatry Relat Sci** v.31(3): p.145-161, 1994.
- SPIILKA, B.; HOOD, R.W., Jr. & GORSUCH, R.L. **The Psychology of Religion: an empirical approach**. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1985.
- SPIILKA, B. Functional and dysfunctional roles of religion: an attributional approach. **Journal of Psychology and Christianity** v.8: p.5-15, 1989.

- SPERO, M. H.: Religious patients' metaphors in the light of transference and countertransference considerations. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences** v.31(3): p.145-161, 1994.
- SPIRO, M.E. Culturally constituted defense mechanisms. In Spiro, M.E. (ed.) **Context and meaning in cultural anthropology**. New York, Free Press, 1965.
- SPORAWSKI, M.J. & HOUGHSTON, M.J. Prescriptions for happy marriage adjustments and satisfaction of couples married 50 or more years. **Family coordinator** v.27: p.321-327, 1978.
- STACK, S. Suicide: a decade review of the sociological literature. **Deviant Behavior** v.4: p.41-66, 1982.
- STACK, S. The effect of religious commitment on suicide. A cross-national analysis. **Journal of Health and Social Behavior** v.24: p.362-374, 1983.
- STACK, S. Religiosity, depression, and suicide. In Schumaker, J.F. **Religion and Mental Health**. New York, Oxford University press, 1992.
- STACK, S.; WASSERMAN, I. & KPOSOWA, A. The effects of religion and feminism on suicide ideology: An analysis of national survey data. **Journal for the Scientific Study of Religion** v.33: p.110-121, 1994.
- STARK, R. Psychopathology and religious commitment. **Review of Religious Research** v.12: p.165-176, 1971.
- STARK, R.; DOYLE, D.P. & RUSHING, L. Beyond Durkheim: Religion and Suicide. **Journal for the Scientific Study of Religion** v.22: p.120-131, 1983.
- STARK, R. & BAINBRIDGE, W.S. **The future of religion**. Berkeley, University of California Press, 1984. (apud Schumaker 1992).
- STARK, R. & GLOCK, C.Y. **American Piety: the nature of religious commitment**. Berkeley University of California Press, 1968. (apud Stark, 1971)

- STARK, R. Church and Sect. In Hammond, P.E. (ed.) **The sacred in a secular age**. Berkeley, University of California Press, 1985. (apud Schumaker 1992).
- STENGEL, E. **Suicide and Attempted Suicide**. Penguin Books, Baltimore, 1964.
- STOAT, D.E. **Growing up holy and wholly. Ynderstanding and hope for adult children of evangelicals**. Wolgemuth & Hyatt, Brentwood, 1990.
- STONE, S. The Miller delusion: a comparative study in mass psychology. **American Journal of Psychiatry** v.91: p.593-623, 1934.
- STRUNK, O. **Mature religion: a psychological study**. New York, Abingdon Press, 1965. (apud Lea 1982).
- SUESS, L. & HALPERN, M.S. Obsessive-Compulsive Disorder: The religious perspective. In Rapoport JL (ed.) **Obsessive-Compulsive Disorders in Children and Adolescents**. American Psychiatric Press. Washington DC, 1989.
- SUMMERLIN, F.A. (compiladora) Religion and Mental Health - a bibliography. U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, M. **The mith of psychotherapy D.**, 1980.
- SZASZ, T.S.: **mental healing as religion, rhetoric, and repression**. Garden City, Doubleday, 1978.
- TAN, S.-Y Cognitive Behavior Therapy: A biblical approach and critique. **Journal of Psychology and Theology** v.15: p.103-112, 1987.
- TANQUERY, A. **The Spiritual Life: A treatise on ascetical and mystical spirituality**. Tournai, Belgium, Desclee & Co, 1923.
- TAUB, E; STEINER S.S.; WEINGARTEN, E. & WALTON, K.G. Effectiveness of broad spectrum approaches to relapse prevention in severe alcoholism: A long-term, randomized, controlled trial of Transcendental Meditation, EMG Biofeedback and Electronic Neurotherapy. **Alcoholism Treatment Quarterly** v.11: p.187-220, 1994.



- TAVRIS, C. & SADD, S. **The redbook report on female sexuality**. New York, Delacorte Press, 1977. (apud Larson & 1994).
- TEASDALE, J.D.; SEGAL, Z. & WILLIAMS, M.G. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? **Behavior Research and Therapy** v.33: p.25-39, 1995.
- TENNISON, J.C. & SNYDER, W.U. Some relationships between attitudes toward the church and certain personality characteristics. **Journal of counseling psychology** v.15: p.187-189, 1968.
- THOMAS, K. **Handbuch der selbstmorduerhaltung**, Enke, Stuttgart, 1964.
- THORENSEN, C.E.; FRIEDMAN, M.; POWELL, L.H.; GILL, J.J. & ULMER, D. Altering the type A behavior pattern in post- infarction patients. **Journal of cardiopulmonary rehabilitation** v.5: p.258-266, 1985. (apud Martin e Carlson 1988).
- THURMAN - **The lies we believe**. Thomas Nelson, Nashville, 1989.
- THURSTON, H. **The physical phenomena of mysticism**. London Burns, Oates 1952.
- TIME. **Waco**. V. May 8, p. 17-29, 1993.
- TITLE, C. & WELCH, M. Religiosity and Deviance. **Social forces** v.61: p.653-682, 1983. (apud Stack 1992).
- TOBACYK, J. & MILFORD, G. Belief in paranormal phenomena: assessment development and implications for personality functioning. **Journal of personality and social psychology** v.44: p.1029-1037, 1983.
- TORREY, E.F. **Witchdoctors and psychiatrists: the common roots of psychotherapy and its future**. Harper & Row, New York, 1986. (apud Krippner 1989).
- TORRINGTON, M. & BOTHA, J.L. Familial hypercholesterolaemia and church affiliation. **Lancet** v.2: p.1120, 1981.

- TOURNIER, P. **The healing of persons**. New York: Harper & Row. 1965.
- TOYNBEE, A. **Surviving the future**. Oxford University Press, Oxford, 1971.
- TSCHUDI Reise Durch Sud-Amerika, II. Leipzig, 1866. (apud Bastide 1978a).
- TSENG, W-S. Culture and psychotherapy: Review and practical guidelines. **Transcultural Psychiatry** 36(2): 131-180, 1999.
- ULLMAN, C. Cognitive and emotional antecedents of religious conversion. **Journal of Personality and Social Psychology** v.43: p.183-192, 1982.
- VALLA, J.P. & Prince RH. Religious experiences as self-healing mechanisms. In Ward CA (ed.) **Altered States of Consciousness and mental health - A cross-cultural perspective**. Sage, Newbury Park, 1989.
- VANDER VELDT, A.J. & McALLISTER, R.J. Psychiatric illness in hospitalized clergy: alcoholism. **Quarterly Journal of Studies on Alcohol** v.23: p.124-130, 1962.
- VEITH, I. The Far East. In Howells JG (ed.) **World History of Psychiatry**. Brunner/Mazel. New York, 1975.
- VEJA. **Waco**. V.28 de abril, p. 30-36, 1993.
- VENKOB, Rao, A. India. In Howells JG (ed.) **World History of Psychiatry**. Brunner/Mazel. New York, 1975.
- VERGHESE, A.; JOHN, J.K.; RAJKUMAR, S.; RICHARD, J.; SETHI, B.B.; TRIVEDI, J.K. Factors associated with the course and outcome of schizophrenia in India: Results of a two-year multicentre follow-up study. **British Journal of Psychiatry** v.154, p. 499-503, 1989.
- VERGOTE, A. **Guilt and desire: religious attitudes and their pathological derivatives**. Yale University Press, New Haven, 1988.
- VERNON, G.M. The religious nones: a neglected category. **Journal for the scientific study of religion** v.2: p.219-229, 1968.

- VOGELSAND, J. D. From denial to hope: A systemic response to clergy sexual abuse. **Journal of Religion and Health** v.32 (3): p.197-208, 1993.
- VOLKAN, V D. Turkey. In Howells JG (ed.) **World History of Psychiatry**. Brunner/Mazel. New York, 1975.
- WALLACE, R.K. Physiological effects of Transcendental Meditation. **Science** v.167: p.1751-1754, 1970.
- WALLACE, R.K. & BENSON, H. The physiology of Meditation. **Scientific American** v.226: p.84-90, 1972.
- WALLACE, R.K.; BENSON, H. & WILSON, A.F. A wakeful hypometabolic physiologic state. **American Journal of Physiology** v.221: p.795-799, 1971.
- WALLS, G.B. Values and Psychotherapy: a comment on "Psychotherapy and Religious Values". **Journal of Consulting and Clinical Psychology** v.48: p.640-644, 1980.
- WALTERS, O.S. Religion and psychopathology. **Comprehensive Psychiatry** v.101: p.24-35, 1964.
- WARD, C.A. Spirit possession and mental health: A psycho-anthropological perspective. **Human Relations** v.33: p.149-163, 1980.
- WARD, C.A. Introduction. In Ward CA (ed.) **Altered States of Consciousness and mental health - A cross-cultural perspective**. Sage, Newbury Park, 1989.
- WARD, C.A. Possesion and Exorcism - Psychopathology and Psychotherpy in a magico-religious context. In Ward CA (ed.) **Altered States of Consciousness and mental health - A cross-cultural perspective**. Sage, Newbury Park, 1989.
- WARD, C.A. & BEAUBRUN, M. The psychodynamics of demon possession. **Journal for the scientific study of religion** v.19: p.201-201, 1980.
- WATSON, P.J. ; HOOD, R.W. & MORRIS, R. J. Religious orientation, humanistic values and narcissism. **Review of Religious Research** v.25: p.257-264, 1984. (apud Larson 1994).

- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H. & JACKSON, D. D., **Pragmática da Comunicação Humana**, São Paulo: Cultrix, 1981.
- WEBSTER, A.C. Patterns and relations of dogmatism, mental health, and psychological health in selected religious groups. **Dissertation abstracts**, v.27: p.4142-A, 1967. (apud Batson e Ventis, 1982).
- WEGROCKI, HJ **Crítica dos conceitos Culturais e Estatísticos de Anormalidade** in KLUCKHOHN, C.; MURRAY HA E SCHNEIDER, DM. (eds.). **Personalidade da Natureza, na Sociedade e na Cultura**, Itatiaia, Belo Horizonte, 1965.
- WEIL P (ed.). "**Pequeno tratado de Psicologia Transpessoal**", Ed. Vozes, Petrópolis, São Paulo, 1979.
- WELFORD, A.T. Is religious behavior dependent upon affect or frustration? **Journal of Abnormal and Social Psychology** v.42: p.310-319, 1947. (apud Finney e Malony 1985)
- WEINER, B.; GRAHAM, S.; PETER, O. & ZMUIDINAS, M. Public confessions and forgiveness. **Journal of Personality** v.59(2): p.281-312, 1991.
- WERNER, H.G. Are ministers breaking down? **Pastoral Psychology** v.9(84): p.56, 1958.
- WEST, M.A. Traditional and psychological perspectives on meditation. In West MA (Ed.) **The psychology of meditation**. Clarendon press, Oxford, 1987.
- WESTERMEYER, J. Commentary on four papers on psychiatry and religion. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences** v.31(3): p.194-199, 1994
- WHITLOCK, F.A; HYNES, J.V. Religious stigmatization: An historical and psychophysiological enquiry. **Psychological Medicine**, v.8, p. 185-202, 1978.
- WICKSTROM, D.L. & FLECK, J.R. Missionary children: correlates of self-esteem and dependency. **Journal of Psychology and Theology** v.11: p.226-235, 1983 (apud Larson 1994).

- WIEBE, K.F. & FLECK, J.R. Personality correlates of intrinsic, extrinsic, and nonreligious orientations. **The Journal Of Psychology** v.105: p.181-187, 1980 (apud Larson 1994).
- WILLIAMS, R.N. & FAULCONER, J.E. Religion and mental health: A hermeneutical reconsideration. **Review of Religious Research** v.35: p.335-349, 1994.
- WILLIAMS, R.W.; LARSON, D.B.; BUCKLER, R.E.; HECKMANN, R.C. & PYLE, C. M. Religion and Psychological Distress in a community sample. **Social Science Medicine** v.32(11): p.1257-1262, 1991. (apud Larson 1994)
- WILSON, J. **Religion in American Society: The effectiveness of presence**. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1978.
- WILSON, J. & BARBER, T.X. Vivid fantasy and hallucinatory abilities in the life histories of excellent hypnotic subjects ("somnambules"): preliminary report with female subjects. In Klinger E (ed.) **Imagery: Concepts, results, and applications** (pp133-149). Plenum Press, New York, 1981. (apud Krippner 1989).
- WING, J.K.; BABOR, T.; BRUGHA, T.; BURKE, J.; COOPER, J.E.; GIEL, R.; JABLENSKI, A.; REGIER, D. & SARTORIUS, N. SCAN - Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. **Archives of General Psychiatry**, v.47: p.589-593, 1990.
- WITKINS, W. Expectancy of therapeutic gain: An empirical and conceptual critique. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** v.40: p.69-77, 1973.
- WITTER, R.A., Stock WA, Okun MA & Haring MJ. Religion and subjective well-being in adulthood: A quantitative synthesis. **Review of Religious Research** v.26: p.332-342, 1985.
- WOLF, S. Protective social forces that counterbalance stress. **Journal of the South Carolina Medical Association** February p. 57-59, 1976). (Apud Martin e Carlson 1988).

WOODS, R.J. Exorcism. IN. HUNTER, R.J. Ed. **Dictionary of pastoral care and counseling**. Abingdon, Nashville, 1990.

WORTHINGTON, E. Religious counseling: A review of published Empirical Research. **Journal of Counseling and Development** v.64: p.421-431, 1986.

WRIGLEY, M. “O Seu Tataravô era um Robô” Folha de S. Paulo , Jornal de Resenhas, 11/07/98.”

WUTHNOW, R. **Experimentation in American Religion**. Berkeley, University of California Press, 1978. (apud Benson 1992).

YAP, P.M. The possession syndrome. **Journal of mental Science** v.106: p.114-137, 1960.

YINGER, J. M. Pluralism, Religion and Secularism. **Journal for the Scientific Study of Religion** v.6: p.17-28, 1967.

YINGER, J.M. **The scientific study of religion**. New York, MacMillan, 1970. (apud Malony 1994).

ZILBOORG, G. **A history of medical psychology**. New York, Norton & Co., 1941.

ZILBOORG, G. & HENRY, G.W. **A history of medical psychology**. Norton, New York, 1941.

ZUCKERMAN, D.M.; KASL, S.V. & OSTFELD, A.M. Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor. **American Journal of Epidemiology** v.119: p.410-423, 1984.

### **Páginas de interesse na Internet:**

[www.menssana.com.br](http://www.menssana.com.br)

[www.trvperes.com.br](http://www.trvperes.com.br)

[www.pierreweil.pro.br/Brazil.htm](http://www.pierreweil.pro.br/Brazil.htm)

[www.cepal.com.br/temas/psicotr.htm](http://www.cepal.com.br/temas/psicotr.htm)

[www.cepal.com.br/temas/capta.htm](http://www.cepal.com.br/temas/capta.htm)

