

Personalidade, religiosidade e qualidade de vida em indivíduos que apresentam experiências anômalas em grupos religiosos

Personality, religiosity, and quality of life in individuals with anomalous experiences in religious groups

Letícia Oliveira Alminhana¹, Adair Menezes Jr.¹, Alexander Moreira-Almeida²

RESUMO

Introdução: Há alta prevalência de Experiências Anômalas (EAs), como as vivências chamadas de psicóticas, na população geral. Existe pouca informação a respeito das características de pessoas que apresentam EAs de caráter não patológico e que buscam auxílio em instituições religiosas. **Objetivos:** Investigar os perfis de personalidade, a qualidade de vida (QV) e a religiosidade em pessoas que apresentam EAs. **Métodos:** Cento e quinze sujeitos que procuraram centros espíritas de Juiz de Fora/MG e que apresentavam EAs foram entrevistados: dados sociodemográficos; ITC-R (140) – (Inventário de Temperamento e Caráter, revisado e reduzido); DUREL-P (Duke University Religious Index, versão em português), e WHOQOL-BREF (Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – versão brasileira abreviada). **Resultados:** Cooperatividade foi a dimensão de personalidade que obteve a maior média ($77,0 \pm 11,2$); Religiosidade Não Organizacional obteve médias altas em 77% da amostra; 58,9% dos sujeitos eram Espíritas; QV psicológica obteve a média mais baixa ($61,1 \pm 19,4$) e a mais alta foi QV física ($67,1 \pm 18,2$). **Conclusões:** Os indivíduos com EAs que buscam auxílio parecem constituir uma população de risco para transtornos mentais ou problemas emocionais em geral, sendo preciso desenvolver abordagens adequadas e mais estudos sobre o tema.

Palavras-chave

Experiências anômalas, personalidade, religiosidade, qualidade de vida e transtornos mentais.

ABSTRACT

Introduction: There is a high prevalence of Anomalous Experiences (AEs), as psychotic experiences, in the general population. There is little information about characteristics of people with non-pathological AEs seeking religious institutions. **Objectives:** To investigate personality profiles, quality of life (QoL) and religiosity in people with EAs. **Methods:** One hundred and fifteen subjects who sought Spiritist Centers in Juiz de Fora/MG, Brazil, and who had AEs were interviewed: sociodemographic data; ITC-R (140) – (Temperament and Character Inventory, revised), Durel-P (Duke Religious Index, Portuguese version), and WHOQOL-BREF (Assessment of Quality of Life of the World Health Organization-Brazilian

Recebido em
25/10/2013
Aprovado em
15/11/2013

1 Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Faculdade de Educação, Saúde Brasileira.

2 Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde (Nupes).

Estudo realizado no Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde (Nupes), Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Endereço para correspondência: Letícia Oliveira Alminhana
Rua Waldomiro Schapke, 665
91530-390 – Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: leticialminhana@yahoo.com.br

Keywords

Anomalous experiences, personality, religiosity, quality of life and mental disorders.

abbreviated version). **Results:** Cooperativity was the personality dimension with the highest mean (77.0 ± 11.2). High non-organizational religiousness was reported by 77% of the sample; 58.9% were affiliated to Spiritism; psychological dimension of QoL had the lowest mean (61.1 ± 19.4) and physical domain the highest (67.1 ± 18.2). **Conclusions:** Individuals with AEs who seek help seem to be a population at risk for mental or emotional problems in general, being necessary to develop appropriate approaches and more studies about the topic.

INTRODUÇÃO

Existem experiências religiosas e espirituais que se assemelham a sintomas psicóticos e dissociativos, mas que muitas vezes não estão associadas a transtornos mentais¹⁻³. Alguns autores usam o termo “Experiência Anômala” (EA) para nomear, sem assumir implicações psicopatológicas, algumas vivências incomuns ou diferentes das explicações usualmente aceitas como realidade^{4,5}. Alguns exemplos dessas experiências são: alucinações, experiências interpretadas como telepatia, experiências de quase-morte, de saída do corpo, entre outras⁴. Essas EAs podem ser investigadas como experiências de caráter subjetivo, sem que se compartilhe das crenças que as envolvem⁵.

Nesse sentido, recentemente a OMS realizou um levantamento sobre a presença de sintomas psicóticos na população geral, envolvendo 256.445 pessoas em 52 países⁶. Em média, 12,5% da população mundial e 32% dos brasileiros relataram ter ao menos uma vivência psicótica (ocorrendo “quando não estava sonolento, sonhando ou sob influência de álcool ou drogas”) no ano anterior⁶.

Uma questão que tem sido cada vez mais investigada é o perfil da população não clínica que apresenta experiências psicóticas e dissociativas. Esses estudos são necessários tanto para conhecer melhor esse tipo de experiência como para aprimorar os meios de avaliar se e quando essas experiências são indicadoras de um transtorno mental e quando são saudáveis.

Um modo de avaliar se essas vivências têm significado clínico é investigar suas relações com marcadores de saúde positiva⁵ como a Qualidade de Vida (QV)⁷. A QV é considerada um conceito transcultural e multidimensional, podendo oferecer informações muito importantes a respeito das implicações das EAs nos aspectos psicológicos, sociais, ambientais e físicos de uma pessoa⁷.

Outro modo para investigar as implicações clínicas dessas EAs é sua relação com características da personalidade, no entanto, a maior parte das teorias de personalidade não contempla os aspectos relacionados à R/E (religiosidade/espiritualidade)^{8,9}. Desse modo, Cloninger *et al.*⁹ propuseram um modelo de personalidade que inclui a dimensão de espiritualidade entre seus componentes¹⁰. No Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter, o Temperamento (base biológica) possui quatro dimensões: Busca por Novidade

(BN); Evitação de Danos (ED); Dependência de Recompensa (DR) e Persistência (PE). E o caráter (base adquirida) apresenta três dimensões: Autodirecionamento (AD); Cooperatividade (C) e Autotranscendência (AT)^{9,11,12} (Tabela 1).

Tabela 1. Características de pessoas com escores altos e baixos nas dimensões do Inventário de Temperamento e Caráter (ITC)¹³

Dimensões de Personalidade	Escore
Temperamento	
Busca por Novidade (BN)	Baixo = reservada, rígida, frugal, estoica Alto = exploratória, impulsiva, extravagante, irritável
Esquiva de Danos (ED)	Baixo = otimista, ousado, extrovertido, enérgico Alto = pessimista, medroso, tímido, fatigável
Dependência de Recompensa (DR)	Baixo = crítico, indiferente, desapegado, independente Alto = sentimental, aberto, terno, simpático
Persistência (PE)	Baixo = apático, mimado, sem objetivos, pragmático Alto = trabalhador, determinado, ambicioso, perfeccionista
Caráter	
Autodirecionamento (AD)	Baixo = culpa os outros, sem propósito, inapto, vaidoso Alto = responsável, intencionalidade, resoluto, perfeccionista
Cooperatividade (C)	Baixo = preconceituoso, insensível, hostil, vingativo Alto = sensato, empático, prestativo, compassivo
Autotranscendência (AT)	Baixo = sem discernimento, empírico, dualista, prático Alto = intuitivo, inventivo, transpessoal, espiritual

Como diversos grupos religiosos (espíritas, católicos carismáticos, protestantes pentecostais e religiões afro-brasileiras) fomentam e valorizam EAs, esses são locais privilegiados para investigar essas experiências na população não clínica. Com bastante frequência, pessoas com EAs buscam auxílio nesses grupos religiosos, mas o perfil dessas pessoas e de suas EAs ainda não foi bem investigado. Assim, as características relacionadas ao perfil religioso e aos aspectos da religiosidade dos indivíduos que buscam grupos religiosos também são relevantes para a compreensão do fenômeno como um todo.

Desse modo, o principal objetivo deste estudo é investigar os perfis sociodemográficos, de personalidade, qualidade de vida e religiosidade em pessoas que buscaram auxílio em Centros Espíritas e que apresentavam EAs. Mais especificamente, é compreender melhor que tipo de população com EAs busca ajuda em centros espíritas, verificando se essa população possui características que a aproximam mais de uma população não clínica ou de populações portadoras de transtornos mentais.

MÉTODO

Esta pesquisa apresenta dados transversais que fazem parte de um estudo longitudinal sobre a diferenciação entre experiências religiosas e transtornos mentais. Entre maio de 2009 e agosto de 2010, 150 pessoas que procuraram Centros Espíritas da cidade de Juiz de Fora/MG foram convidadas a participar do estudo. Os indivíduos apresentavam EAs (vivências psicóticas e/ou dissociativas) e foram reconhecidos como portadores de “mediunidade” pelos membros dos Centros Espíritas. Destes, 120 indivíduos concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento informado, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora. Foram obtidos dados válidos de 115, que é a amostra final. Dois psicólogos (A.M. e L.A.) realizaram a abordagem e as entrevistas.

Detalhes sobre as EAs vivenciadas por essa amostra foram descritos em outro artigo¹⁴, sendo, principalmente: experiência alucinatória – vidência (63%); experiência alucinatória – audição (53,9%); “percepções espirituais” (53%); sonhos anômalos (37,4%); experiências fora do corpo (31,4%); pressentimentos (20,9%); perda de energia (20%); incorporação (19,1%); intuição (18,3%); efeitos físicos (9,6%); psicografia (8,7%).

Instrumentos utilizados

Entrevista sociodemográfica: idade, sexo, escolaridade, condição laborativa, estado civil, religião, segunda religião, histórico de saúde mental.

ITC-R (140) – (Inventário de Temperamento e Caráter, revisado e reduzido): O ITC foi desenvolvido por Cloninger *et al.*⁹ a fim de acessar as sete dimensões de personalidade, tendo sido amplamente usado em diversos países na investigação das relações entre personalidade e saúde^{9,11,12,15-18}. O ITC-R (140) é uma versão reduzida do ITC-R (240), com 140 itens com respostas numa escala Likert de 1 a 5 pontos (de 1 = Definitivamente falso a 5 = Definitivamente verdadeiro). A versão em português do ITC-R (240) foi traduzida e validada, apresentando consistência interna satisfatória para todas as dimensões (Alpha de Cronbach acima de 0,7)¹⁸.

DUREL-P (Duke University Religious Index – versão em português): versão validada em português¹⁹⁻²¹ da Duke Religious Index²². É uma escala com cinco itens que investigam três dimensões de religiosidade: Religiosidade Organizacional (RO) (“Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?”); Religiosidade Privada ou Não Organizacional (RNO) (“Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?”) e três itens de Religiosidade Intrínseca (RI) (por exemplo: “As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.”). A Durel-P apresen-

tou alta consistência interna (alphas variando entre 0,733 – para os escores totais – e 0,758 para RI). As correlações entre as subescalas (validade discriminante) variaram de 0,36 a 0,46, indicando sobreposição significativa entre as escalas sem marcar redundância. Sendo assim, a Durel-P pode ser considerada uma escala válida e confiável²⁰. Neste estudo, foi feita uma inversão na pontuação de forma que os escores maiores reflitam maior religiosidade. Além disso, para fins de comparação com outros estudos, a variável Religiosidade foi dicotomizada em: RO – Baixa: menor ou igual a algumas vezes/ano; RO – Alta: maior ou igual a duas a três vezes por mês. RNO – Baixa: uma vez por semana ou menos; RNO – Alta: duas ou mais vezes por semana. RI – Baixa: menor ou igual a “não estou certo”; RI – Alta: maior ou igual a “em geral é verdade”.

WHOQOL-BREF (Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – versão abreviada)⁷. O WHOQOL-BREF é um instrumento genérico de QV, composto por 26 questões que investigam quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental. Cada item possui escores de 1 a 5, em escala Likert e depois são transformados numa escala linear que vai de 0 a 100 (0 = QV menos favorável e 100 = a mais favorável QV). A validação da versão brasileira mostrou boa consistência interna (Alpha de Cronbach de 0,77 nos domínios e 0,91 para as questões), boa validade discriminante e confiabilidade no teste e reteste (coeficientes de correlação variaram de 0,69 a 0,81)^{23,24}.

RESULTADOS

Características sociodemográficas da amostra

A média de idade da população estudada foi de $36,8 \pm 12,5$ (desvio-padrão – DP) anos. Como pode se ver na tabela 2, a maioria dos participantes eram mulheres (70,4%) com elevada escolaridade. Eram casados 44,3% e empregados ou autônomos 58,2%, com renda em até dez salários-mínimos (33,9%). Referiram como sua religião o Espiritismo 58,9% dos sujeitos.

Características de personalidade, religiosidade e qualidade de vida

A tabela 3 apresenta as médias e percentuais de personalidade, religiosidade e qualidade de vida que foram encontrados na presente amostra. Em relação ao perfil de personalidade dos sujeitos com EAs, como se pode observar, a média mais alta foi em Cooperatividade. Por outro lado, a religiosidade privada ou não organizacional (RNO) obteve médias altas em 77% da amostra. E a qualidade de vida (QV) dos sujeitos mostrou menor média em QV psicológica ($61,1 \pm 19,4$) e maior em QV física ($67,1 \pm 18,2$).

Tabela 2. Variáveis sociodemográficas (n = 115)

Variável	%
Gênero	
Mulheres	70,4
Grau de instrução	
Ensino Fundamental (completo e incompleto)	9,4
Ensino Médio (completo e incompleto)	35
Ensino Superior (completo e incompleto)	39,3
Pós-graduação	16,2
Estado civil	
Solteiros	40
Casados/União Estável	44,3
Separados/divorciados	13,9
Viúvos	1,8
Situação ocupacional	
Empregados	58,2
Estudantes	19,4
Do lar	11,1
Desempregados	6,1
Aposentados	5,2
Renda individual	
Sem renda pessoal	30,4
Até dois salários-mínimos	33
Até dez salários-mínimos	33,9
Acima de dez salários-mínimos	2,6
Religião	
Espírita	58,9
Católico	20,5
Umbandista/Afro-brasileiro	7,6
Protestante/Evangélico	0
Sem religião	3,5
Outra	4,2
2ª. Religião	15,2

Tabela 3. Características de Temperamento e Caráter (ITC-140); de Religiosidade Organizacional (RO), Não Organizacional (RNO) e Intrínseca (RI) e de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) (N = 115)

Temperamento e Caráter	Média e DP	%
Busca de Novidade	57,5 (9,8)	
Esquiva de Danos	61,7 (12,6)	
Dependência de Gratificação	68,8 (11,7)	
Persistência	66,5 (12,9)	
Autodirecionamento	68,2 (13,0)	
Cooperatividade	77,0 (11,2)	
Autotranscendência	56,2 (11,3)	
Religiosidade		
RO	4,5 (1,2)	58,0 - Alta
RNO	4,8 (1,0)	77,7 - Alta
RI	12,9 (2,2)	68,2 - Alta
WHOQOL-BREF		
Físico	67,1 (18,2)	
Psicológico	61,1 (19,4)	
Social	63,4 (24,0)	
Ambiental	63,9 (15,0)	

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou compreender melhor o tipo de população que busca ajuda em grupos religiosos, no Brasil e que apresenta EAs. Como se sabe, as instituições religiosas possuem um importante papel no impacto e efetividade de atendimentos de saúde^{25,26}. Estima-se haver atualmente 12.290 Centros Espíritas no Brasil²⁷, os quais oferecem algum tipo de acolhimento a pessoas sofrendo problemas físicos e emocionais. Esses atendimentos são gratuitos e, entre outras coisas, acolhem pessoas que apresentam EAs²⁸. Muitas vezes, essas pessoas são classificadas como “médiums”, o que, segundo o Espiritismo, seriam indivíduos que servem como intermediários entre os Espíritos e as pessoas²⁹. Esse tipo de interpretação pode, em certos casos, permitir uma melhor aceitação e integração da EAs, que antes era muitas vezes tida como caótica e ameaçadora¹.

A seguir, serão observadas as semelhanças e diferenças entre as características dos sujeitos que apresentam EAs e as de populações gerais, amostra de médicos, populações com diagnóstico de transtornos mentais, pessoas idosas e grupos religiosos.

Características de temperamento e caráter (ITC R – 140)

Compararemos nossos achados com os três estudos que identificamos por utilizarem o ITC- R (140) e também apresentarem seus escores médios (Tabela 4). Um estudo realizado em Israel que investigou uma amostra não clínica (n = 1102)³⁰; outro estudo feito na Espanha, com 97 pacientes psiquiátricos internados³¹. E o terceiro, realizado na Austrália, com 214 médicos clínicos-gerais³².

No que tange às dimensões do ITC-R (140), os estudos apontam para uma configuração de personalidade, em que as dimensões de temperamento e caráter interagem para indicar presença ou ausência de transtornos mentais. Sen-

Tabela 4. Características de Temperamento e Caráter. Comparações entre as médias do presente estudo (pessoas com EAs) e amostras com população geral³⁰; com médicos³² e com pacientes diagnosticados³¹

Temperamento e caráter	Sujeitos com EAs (Brasil) (N = 114)	População geral (Israel) (N = 1.102)	Médicos (Austrália) (N = 214)	Pacientes diagnosticados (Espanha) (N = 107)
Busca de Novidade (BN)	57,5 (9,8)	55,3 (7,0)	51,5 (7,38)	58,5 (12,2)
Esquiva ao Dano (ED)	61,7 (12,6)	52,7 (11,0)	53,9 (11,82)	66,13 (15,15)
Dependência de Gratificação (DG)	68,8 (11,7)	66,3 (8,9)	65,18 (9,7)	68,36 (11,71)
Persistência (PE)	66,5 (12,9)	66,2 (9,2)	71,0 (8,5)	62,88 (13,79)
Autodirecionamento (AD)	68,2 (13,0)	72,7 (10,7)	78,6 (9,2)	61,50 (15,18)
Cooperatividade (C)	77,0 (11,2)	75,9 (7,9)	80,8 (7,3)	76,17 (11,17)
Autotranscendência (AT)	56,2 (11,3)	40,3 (10,7)	40,1 (10,8)	45,88 (15,45)

do assim, um perfil de personalidade em que há alta Esquiva de Dano (ED), alta Autotranscendência (AT) e baixo Autodirecionamento (AD) geralmente aparece em pacientes com quadros de transtornos psicóticos^{16,17,31}.

Desse modo, pode-se observar que os sujeitos de nossa amostra parecem possuir médias mais baixas de ED e mais altas de AD e AT em comparação aos pacientes diagnosticados. No entanto, comparados com a população geral, a presente amostra sugere ter altas ED e AT e baixo AD. Isso parece indicar que os sujeitos com EAs podem estar entre a população geral e a população diagnosticada quanto ao perfil de personalidade e risco para desenvolver transtornos mentais. Logo, a presente amostra parece não apresentar o mesmo perfil de personalidade que está associado à presença de transtornos mentais. Contudo, é provável que as pessoas com EAs se caracterizem como uma “população de risco” para tanto, necessitando de atenção.

Características de religiosidade (P-DUREL)

Com relação às características de religiosidade da amostra (Tabela 2), era esperado que a grande maioria afirmasse ser da religião espírita, como ocorreu. Mas, por outro lado, mais de 40% dos que buscaram ajuda nos centros espíritas não se declararam espíritas, mas de outras religiões, principalmente catolicismo, umbanda e religiões afro-brasileiras. Esse pode ser entendido como um reflexo do sincretismo religioso da população brasileira³³ e do papel que os grupos espíritas têm no oferecimento de cuidados em saúde no Brasil²⁵.

A ausência da religião Protestante poderia ser explicada por um maior distanciamento entre essas religiões e o espiritismo no Brasil (Tabela 2). O maior percentual de adeptos da Umbanda e das Religiões Afro-brasileiras faz sentido, pois se tratam das chamadas “religiões mediúnicas” no Brasil (Candomblé, Umbanda e Espiritismo)^{1,34}. Elas costumam oferecer explicações religiosas para as EAs, dentro de uma visão de mundo que pode dar sentido para a experiência vivida^{1,34}.

Conforme se observa na tabela 5, os sujeitos da pesquisa parecem apresentar características de religiosidade mais próximas às de pacientes com TBH³⁵ do que com uma população não diagnosticada²⁰. Além disso, a presente amostra sugere apresentar baixa religiosidade intrínseca se comparada à população de baixa renda²⁰, à amostra de Adventistas³⁶ e de idosos³⁷. Segundo Allport³⁸, a religiosidade intrínseca descreve uma pessoa que coloca sua crença religiosa acima de tudo em sua vida, adequando sempre que possível suas necessidades a ela.

Sendo assim, é possível que a população geral consiga integrar melhor sua religiosidade às suas ações e escolhas de vida do que as pessoas que começam a apresentar EAs. Talvez, a fase de surgimento de experiências anômalas possa provocar alguns questionamentos relacionados à fé e às crenças mais íntimas dessas pessoas. De outra forma, os maiores níveis de religiosidade privada em nossa amostra poderiam estar apontando um maior uso desse modo de *coping* religioso-espiritual para lidar com as EAs.

Tabela 5. Comparações das características de religiosidade (R) dos sujeitos com EAs (M e DP): em relação à população geral²⁰ e ao estudo com pacientes com diagnóstico de TBH³⁵. Percentuais de religiosidade entre os sujeitos com EAs, adventistas³⁶ e idosos³⁷

R	Sujeitos com EAs N = 117 (M e DP)	População geral baixa renda N = 383 (M e DP)	Pacientes bipolares N = 168 (M e DP)	Sujeitos com EAs N = 117 (%)	Adventistas N = 264 (%)	Idosos N = 30 (%)
RO	4,5 (1,2)	3,7 (1,5)	4,2 (1,5)	58,0% - Alta	99,3% - Alta	33% - Alta
RNO	4,8 (1,0)	3,9 (1,5)	4,4 (1,5)	77,7% - Alta	97,3% - Alta	100% - Alta
RI	12,9 (2,2)	13,2 (2,8)	12,4 (2,8)	68,2% - Alta	98,0% - Alta	85,3% - Alta

Características de qualidade de vida

As características de qualidade de vida podem ser observadas em comparação a outros três estudos brasileiros que utilizaram o WHOQOL-BREF: um estudo realizado com amostra da população geral²⁴; outro com indivíduos com o Primeiro Episódio de Psicose (PEP)³⁹ e o terceiro com pacientes com Esquizofrenia, em sua maioria há mais de 10 anos⁴⁰. Com relação à QV psicológica e social (Tabela 6), parece que nossa amostra se encontra novamente abaixo de uma população sem diagnóstico e acima de populações clínicas.

Nesse sentido, pior QV psicológica e social, em relação à população geral²⁴, pode ser explicada pelo fato de que os indivíduos da amostra foram selecionados justamente por buscarem ajuda devido às EAs. Tal comportamento de busca de ajuda provavelmente reflete algum tipo de sofrimento psicológico e social decorrente dessas EAs^{4,5,14}. Vale destacar que alguns estudos apontam que a falta de um sistema cognitivo de crenças que ofereçam sentido às EAs está associada a mais sofrimentos e incapacitação^{41,42}.

Tabela 6. Comparações entre as médias de cada dimensão do WHOQOL-BREF, entre os sujeitos com EAs; a população geral²⁴; indivíduos PEP³⁹ e pacientes com esquizofrenia⁴⁰

Dominios WHOQOL-BREF	Sujeitos com EAs N = 117	População geral N = 700	PEP N = 37	Pacientes esquizofênicos N = 219
Físico	67,13 (18,25)	58,9 (10,5)	67,8 (17,5)	13,25 (2,42)
Psicológico	61,15 (19,39)	65,9 (10,8)	59,1 (20,5)	12,18 (2,86)
Social	63,41 (24,07)	76,2 (18,8)	57,7 (26,6)	10,54 (3,26)
Ambiental	63,89 (15,05)	59,9 (14,9)	65,4 (17,2)	13,24 (2,26)

Características sociodemográficas

Em relação aos dados sociodemográficos da presente amostra, comparando-se com as demais pesquisas, pode-se agrupar os estudos em dois blocos, pela semelhança de características: o primeiro bloco seria formado pela pesquisa com indivíduos com EAs, pelos estudos com população geral^{20,24,30} e com grupos religiosos³⁶. Em todos, a maioria dos sujeitos era do sexo feminino, casada e empregada.

No segundo bloco, estariam os estudos com pacientes PEP³⁹, pacientes com TBH³⁵ e pacientes com esquizofrenia há mais de 10 anos⁴⁰. Nesses, ambas as amostras se caracterizam por pessoas do sexo masculino, desempregadas e solteiras. Dessa forma, parece possível que as pessoas que procuraram auxílio em Centros Espíritas possuam características sociodemográficas mais próximas às de uma população não clínica.

Limitações

Entre as limitações deste artigo está que as comparações das diferenças de nossos achados com os dos demais estudos devem ser analisadas com cuidado, pois não foram realizados testes estatísticos para avaliar a significância estatística das diferenças encontradas. É preciso também cautela na extrapolação dos nossos achados para o total de pessoal com EAs na população geral. Primeiro, porque nossa amostra é a de pessoas que buscaram ajuda devido a EAs, o que não reflete todo o conjunto de pessoas com EA, especialmente as que integraram bem as EAs em suas vidas e, provavelmente, são mais saudáveis^{1,43}. Além disso, é difícil saber o quanto a nossa amostra pode se assemelhar às pessoas que buscam auxílio em outras religiões em decorrência das suas EAs. Assim, seria muito importante investigar as populações que, devido às suas EAs, buscam auxílios em outros grupos religiosos e mesmo em outros grupos de apoio em nossa sociedade.

CONCLUSÃO

Este estudo apresentou características de personalidade, religiosidade e qualidade de vida em pessoas que buscaram instituições espíritas e apresentavam experiências anômalas (EAs). Além disso, também investigou comparativamente se a população estudada possuía características mais próximas de populações gerais ou de amostras de pacientes psiquiátricos. O principal achado deste estudo foi observar que em todas as características (sociodemográficas, perfil de personalidade, religiosidade e QV) os indivíduos com EAs parecem se encontrar em uma espécie de "limiar" entre os dados obtidos de uma população geral e os de amostras com transtornos mentais.

Assim, uma hipótese seria que os indivíduos que buscaram auxílio religioso para EAs constituem uma população de risco para transtornos mentais e necessitam de atenção para explorar a existência de um transtorno mental e/ou para um melhor entendimento e integração da EA. Por outro lado, as características de nossa amostra podem refletir uma população heterogênea em que um subgrupo teria EAs efetivamente relacionadas a transtornos mentais e outro subgrupo teria EAs não patológicas.

O fato de 40% dos que buscaram auxílio nos centros espíritas não se declararem espíritas reflete que esse tipo de assistência é buscado por um público mais amplo. Isso apon-

ta para o perfil religioso sincrético do brasileiro, bem como para a importância do papel que os grupos espíritas têm no cuidado em saúde do país²⁵. Os altos níveis de religiosidade organizacional e privada podem refletir estratégias de *coping* religiosos com as EAs. A relativamente menor religiosidade intrínseca pode se dever a crises em relação às crenças mais íntimas causadas pelas EAs.

Finalmente, foi possível oferecer uma visão geral sobre as características encontradas em uma população de pessoas que apresentam EAs e que buscam auxílio em grupos espíritas. Em se tratando, provavelmente, de uma população de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais ou de problemas emocionais em geral, é preciso desenvolver abordagens adequadas para lidar com essa demanda. Sendo assim, o melhor atendimento das necessidades dessa população passa não só pelo maior conhecimento de seu perfil, mas de suas crenças e valores também.

Além disso, a melhor identificação de critérios que ajudem a diferenciar quando uma EA é sintoma de um transtorno mental, de quando ela é uma experiência não patológica e até mesmo associada a melhor saúde e bem-estar. É preciso, ainda, desenvolver e aprimorar abordagens que integrem e aproveitem a capilaridade oferecida pelos grupos religiosos para a triagem e, conforme a situação, condução do caso ou encaminhamento para profissional de saúde mental.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Letícia Oliveira Alminhana – O artigo é produto de sua tese de doutorado (UFJF/MG). Fez a revisão teórica, a coleta de dados (juntamente com Adair Menezes Jr.) e confeccionou o artigo.

Adair Menezes Jr. – Realizou a coleta de dados (junto à Letícia O. Alminhana), auxiliou na revisão teórica, revisou e corrigiu todo o artigo.

Alexander Moreira-Almeida – Professor orientador de todo o estudo, guiou a escolha do método, dos referenciais bibliográficos, revisou e corrigiu todo o artigo.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não houve nenhum conflito de interesse.

AGRADECIMENTOS

Nossos sinceros agradecimentos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e às pessoas que aceitaram participar deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Almeida AM, Lotufo Neto F, Greyson B. Dissociative and psychotic experiences in Brazilian spiritist mediums. *Psychother Psychosom*. 2007;76:57-8.
2. Menezes AJ, Moreira-Almeida A. O diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso. *Rev Psiq Clin*. 2009;36(2):75-82.
3. Moreira-Almeida A, Cardeña E. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33,Suppl1:S21-36.
4. Cardeña E, Lynn SJ, Krippner S (ed.). *Varieties of anomalous experience: examining the scientific evidence*. Washington: APA; 2000.
5. Almeida AM, Lotufo Neto F. Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. *Rev Psiq Clin*. 2003;30:21-8.
6. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr Bull*. 2012;38(3):475-85.
7. WHO. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL group. *Psychol Med*. 1998;28:551-8.
8. Alminhana LO, Moreira-Almeida A. Personalidade e religiosidade/espiritualidade R/E. *Rev Psiq Clin*. 2009;36(4):153-61.
9. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:975-90.
10. McDonald DA, Taylor A. Religion and the five factor model of personality: an exploratory investigation using a Canadian university sample. *Pers Individ Dif*. 1999;27:1243-59.
11. Cloninger CR. *Feeling Good. The Science of Well-Being*. New York, NY: Oxford University Press; 2004.
12. Cloninger CR, Svrakic NM, Svrakic DM. Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. *Dev Psychopathol*. 1997;9:881-906.
13. Dragan M, Svrakic NM, Cloninger RC. Epigenetic perspective on behavior development, personality, and personality disorders. *Psychiatr Danub*. 2010;22(2):153-66.
14. Menezes AJ, Alminhana LO, Moreira-Almeida A. Perfil sociodemográfico e de experiências anômalas em indivíduos com vivências psicóticas e dissociativas em grupos religiosos. *Rev Psiq Clin*. 2012;39(6):203-7.
15. Spittlehouse JK, Pearson JF, Luty SE, Mulder RT, Carter JD, McKenzie JM, et al. Measures of temperament and character are differentially impacted on by depression severity. *J Affect Disorders*. 2010;126:140-6.
16. Hori H, Noguchi H, Hashimoto R, Nakabayashi T, Saitoh O, Murray RM, et al. Personality in schizophrenia assessed with the temperament. *Psychiatry Res*. 2008;160:175-83.
17. Gonzalez-Torres MA, Inchausti L, Ibáñez B, Aristegui M, Fernandez-Rivas A, Ruiz E, et al. Temperament and character dimensions in patients with schizophrenia, relatives, and controls. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197:514-9.
18. Gonçalves DM, Cloninger CR. Validation and normative studies of the Brazilian Portuguese and American versions of the Temperament and Character Inventory – Revised (TCI-R). *J Affect Disorders*. 2010;124:126-33.
19. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig H. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. *Rev Psiq Clin*. 2008;35(1):31-2.
20. Lucchetti G, Lucchetti AL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health*. 2012;51:579-86.
21. Taunay TCD, Gondim FA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LM, et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev Psiq Clin*. 2012;39(4):130-5.
22. Koenig HG, Meador KG, Parkerson G. Religion index for psychiatric research. *Amer J Psychiat*. 1997;154:885-6.
23. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública*. 1999;33(2):198-205.
24. Cruz LN, Polaczky CA, Comey AS, Hoffmann JF, Fleck MP. Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL-BREF in a southern general population sample. *Qual Life Res*. 2011;20:1123-9.
25. Schumann C, Stroppa A, Moreira-Almeida A. The contribution of faith-based health organizations to public health. *International Psychiatry*. 2011;8(3):62-4.
26. DeHaven MJ, Hunter IB, Wilder L, Walton JW, Berry J. Health programs in faith-based organizations: are they effective? *Am J Public Health*. 2004;94:1030-6.
27. ADE- SP (Associação de Divulgadores do Espiritismo de São Paulo) Disponível em: http://www.adesaopaulo.org.br/pdf/Institui%C3%A7%C3%B5es_Esp%C3%ADritas_no_Brasil%E2%80%9393Cadastrado_da_ADE-SP-2.pdf.
28. Franco DP. *Atendimento Fraternal*. Rio de Janeiro: FEB; 1990.
29. Kardec A. *O Livro dos Médiuns*. Rio de Janeiro: FEB; 1993.
30. Zohar AH, Cloninger CR. The Psychometric Properties of the TCI-140 in Hebrew. *Eur J Psychol Assess*. 2011;27(2):73-80.
31. Gutiérrez-Zotes JA, Cortés MJ, Valero J, Peña J, Labad A. Psychometric properties of the abbreviated Spanish version of TCI-R (TCI-140) and its relationship with the Psychopathological Personality Scales (MMPI-2 PSY-5) in patients. *Actas Esp Psiquiatr*. 2005;33(4):231-7.
32. Eley D, Young L, Przybeck TR. Exploring the temperament and character traits of rural and urban doctors. *J Rural Health*. 2009;31:79-84.
33. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiq Clin*. 2010;37(1):12-5.
34. Bairrão JFM, Rotta RR. Mulheres médiuns e caboclas espirituais. *Arq Bras Psicol*. 2010;62(2):169-77.
35. Stroppa A. *Religiosidade na Evolução do Transtorno Bipolar do Humor*. Dissertação de Mestrado. Juiz de Fora: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, MG; 2010.
36. Silva LBE, Silva SSBE, Marcílio AG, Pierin AMG. Prevalência de hipertensão arterial em adventistas do sétimo dia da capital e do interior paulista. *Arq Bras Cardiol*. 2012; [online]. ahead print. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br>.
37. Duarte FM, Wanderley KS. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. *Psic.: Teor. e Pesq*. 2011;27(1):49-53.
38. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol*. 1967;5(4):432-43.
39. Cotton SM, Gleeson JFM, Alvarez-Jimenez M, McGorry PD. Quality of life in patients who have remitted from their first episode of psychosis. *Schizophr Res*. 2010;121:259-65.
40. Mas-Expósito L, Antonio J, Amador-Campos, Gómez-Benito J, Lalucat-Jo L. The World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version: a validation study in patients with schizophrenia. *Qual Life Res*. 2011;20:1079-89.
41. Schofield K, Claridge G. Paranormal experiences and mental health: Schizotypy as an underlying factor. *Pers Individ Differ*. 2007;43:1908-16.
42. Frank JD, Frank JB. *Persuasion and healing: a comparative study of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins Press; 1991.
43. Negro PJ Jr, Palladino-Negro P, Louzã MR. Do religious mediumship dissociative experiences conform to the sociocognitive theory of dissociation? *J Trauma Dissoc*. 2002;3:51-73.