FRANCISCO LOTUFO NETO

PSIQUIATRIA E RELIGIÃO - A PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE MINISTROS RELIGIOSOS

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Livre-docente junto ao Departamento de Psiquiatria

São Paulo 1997

Psiquiatria e Religião: A prevalência de Transtornos Mentais entre Ministros Religiosos

Resumo

O campo é vasto e foi necessário delimitá-lo. Optou-se pelos estudos psiquiátricos a respeito da religião que tiveram a preocupação de testar uma hipótese, de estudar a relação entre transtornos mentais e religião de forma empírica. Por isso, deixou-se de lado imensa quantidade de literatura muito rica, mas contendo apenas reflexões e opiniões a respeito. Este trabalho divide-se em duas partes. Na primeira, uma introdução sobre os principais conceitos acerca de religião, espiritualidade e fé, além de definir os diferentes tipos do uso da expressão saúde mental. A seguir examinou-se as características da religião saudável, comparando-as com as da religião que pode ser prejudicial à saúde mental. Apresentou-se os diferentes mecanismos pelos quais a religião pode influenciar á saúde e detalhou-se o que os trabalhos mostram sobre a relação entre religião, saúde física, bem estar e os diferentes transtornos mentais. Os problemas metodológicos do estudo da religião na psiquiatria foram abordados e as principais recomendações encontradas na literatura detalhadas.

Na segunda parte, resumiu-se a literatura sobre transtornos mentais em ministros religiosos, ficando evidente que o tema foi muito pouco estudado. Os trabalhos são antigos, de muito antes do início de cuidados como critérios e instrumentos diagnósticos. Examinou-se também a literatura sobre os fatores de estresse na vida do sacerdote.

Para investigar a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos cristãos, não católicos moradores da cidade de São Paulo, 750 questionários contendo o "Self-Report Psychiatric Screening

Questionnaire (SRQ-20)" e o "Inventário da Vida Religiosa" foram enviados pelo correio. Das 207 respostas, quarenta foram sorteados e convidados para uma entrevista com o "Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry" (SCAN) e uma entrevista aberta visando responder à Escala para Gravidade de Estressores (eixo IV do DSM-III-R).

A prevalência de transtornos mentais no mês que precedeu a entrevista foi de 12.5%, e 47% receberam um diagnóstico quando a vida toda foi considerada. Os principais diagnósticos foram Transtornos Depressivos (16.4%), Transtornos do Sono (12.9%) e Transtornos Ansiosos (9.4%). Religiosidade do tipo Intrínseco foi associada com saúde mental . Problemas financeiros, problemas com outros pastores, conflitos com os líderes leigos da igreja, dificuldades conjugais, problemas doutrinários na igreja e sobrecarga de trabalho foram os fatores de estresse identificados mais importantes.

The prevalence of Mental Disorders

Among Clergy in Sao Paulo - Brazil.

Abstracts

The relationship between religion and psychiatry was reviwed. The main religious issues influencing mental health were detailed.

Methodological problems were discussed.

To investigate their mental disorders prevalence, the Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) and the Religious Life Inventory were mailed to 750 religious ministers. From the 207 who answered, 40 were randomly chosen and invited to a diagnostic interview with the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) and an open interview with the Severity of Psychosocial Stressors Scale (DSM-III-R axis IV). During the month before the interview mental disorders prevalence was 12.5%, and 47% received a psychiatric diagnosis when the lifetime period was considered. Their main diagnoses were Depressive Disorders (16.4%), Sleep Disorders (12.9%) and Anxiety Disorders (9.4%). Intrinsic religion orientation was associated with positive mental health and quest orientation scores were significantly higher in the group with a larger probability of mental disorder symptoms and diagnosis. Financial problems,

problems with church members and with other pastors, leadership conflicts, marital difficulties, doctrinal problems in the church, and overwork were the main identified stressors

À Gilia pela amizade e companheirismo Ao Quico, Cely, Coraly, Carmem, Odila e Hernani Este trabalho é dedicado a: Francisco Lotufo

Amasília Nogueira Lotufo

Cymodocéa Alves de Camargo Becker

João Jorge Becker

Jorge Bertolazzo Stella

Daily Resende França

Sérgio Freddi

Wanda Freddi

Abival Pires da Silveira

Eliseu Cremm

Osmar Ludovico da Silva

John Mc Call

Darci Corazza

Maria G. de Ávila Corazza

Martha Robbins

Zenon Lotufo Jr.

José Cássio Martins

Joseph Valmont Richard

Clarice Osório Teixeira

Francisca Franco Bernardes

Jacira Freixo

Niel Leonel Correa

João Bosco Lodi

Agradecimentos:

Agradeço aos ministros religiosos que emprestaram muito do seu valioso tempo.

À Dra. Laura Andrade e Prof. Dr. Jair de Jesus Mari pela ajuda no planejamento.

À Cynthia Kohli, Cristiane Pinheiro Lima, Ilse de Carvalho Salles, Dr. Dewton de Moraes Vasconcellos, Joana D'Arc Maria da Silva e Edna Soares do Nascimento pela inestimável ajuda.

Ao Prof. Jorge Wolney Amaro pela troca de idéias e comentários nas reuniões gerais do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP que deram origem a este trabalho

Ao Prof. Valentim Gentil Filho pelo estímulo constante

Este trabalho só foi possível graças à bolsa concedida pela FAPESP (93/4651-0)

Índice

		Página
I	Conceitos de religião, fé e crença	1
I.A.	A Fé	4
I.A.1.	Estágios de desenvolvimento da fé	5
I.B.	Crença	10
I.C.	Espiritualidade	10
I.D.	Teologia	11
I.E.	Religião	12
I.F.	Tipos de orientação religiosa	15
I.F.1.	Classificações dicotômicas	15
I.F.2.	A religião extrínseca e intrínseca de Allport	17
I.F.3.	A religião tipo meio, fim e busca de Batson & Ventis	20
I.F.4.	Religião compromissada e consesual	20
I.F.5.	Dimensões religiosas de Glock	21
I.F.6.	Religião vertical, horizontal e consoladora	24
I.F.7.	Classificação de Alston	24
I.G.	Conceitos de saúde mental	25
I.G.1.	Características negativas da asúde mental	26
I.G.2.	Características positivas da saúde mental	26
I.H.	Psiquiatria e religião	28
II	Religião saudável e madura versus religião	30
	prejudicial ou patológica	
II.A.	Diferenciação entre religião saudável ou não, levando	33
	em conta a maneira de ser religioso	
II.A.1.	Religiosidade extrínseca e intrínseca	33

II.A. 2.	Religiosidade tipo meio, fim e busca	36	
II.B.	Religião imatura ou prejudicial	41	
II.B.1.	Perspectivas psicodinâmicas sobre a religião imatura	43	
II.B.2.	Outras perspectivas	46	
II.B.3.	Fanatismo religioso	47	
II.C.	Religião madura e saudável	49	
II.D.	Avaliação da maturidade religiosa	53	
III.	O impacto da religião sobre a saúde física e mental	62	
III.A.	Religião e saúde física, bem estar, estresse e satisfação	62	
	conjugal		
III.A.1.	Religião e bem estar	62	
III. A2.	Religião e saúde física	66	
III.A3.	Religião e mortalidade	71	
III.A4.	Religião e hipertensão arterial	73	
III.A5.	Religião e estresse	75	
III.A6.	Religião e satisfação conjugal	79	
III.B.	O impacto da religião sobre a saúde mental	80	
III.B.1.	Religião e ajustamento pessoal	81	
III.B.2.	Filiação religiosa e transtorno mental	82	
III.B.3.	Orientação religiosa e saúde mental	83	
III.C.	Religiosidade e outros critérios de saúde mental	88	
III.C.1.	Preconceito	88	
III.C.2.	Autoritarismo	90	
III.C.3.	Dogmatismo, tolerância a ambiguidade e rigidez	92	
III.C.4.	Sugestionabilidade e dependência	92	
III.C.5.	Auto-realização e auto-estima	93	

III.D.	O impacto da religião sobre a saúde física e mental de	94
	pessoas idosas	
III.E.	Saúde e a pessoa não religiosa	97
III.F.	Religião e psicopatologia	98
III.F.1.	Psicoses	98
III.F.2.	Depressão	100
III.F.3.	Suicídio e tentativa de suicídio	101
III.F.4.	Transtornos ansiosos	108
III.F.5.	Transtorno obsessivo-compulsivo	109
III.F.6.	Transtornos dissociativos	113
III.F.7.	Epilepsia	120
III.F.8.	Homossexualismo	120
III.F.9.	Alcoolismo e drogas	123
III.G.	Síntese	128
IV	Mecanismos através dos quais a religião influencia	133
	a saúde mental	
IV.A.	Comportamento e estilo de vida	133
IV.B.	Hereditariedade	138
IV.C.	Apoio Social	138
IV.D.	Sistema de crenças	140
IV.E.	Rituais religiosos	142
IV.E.1.	Oração	144
IV.E.2.	Meditação	150
IV.E.3.	Confissão	158
IV.E.4.	Perdão	159

IV.E.5.	Conversão	160
IV.E.6.	Exorcismo	162
IV.E.7.	Liturgia	163
IV.E.8.	A Benção	164
IV.E.9.	Técnicas de alteração de consciência	164
IV.F,	Experiência mística	165
IIV.G.	Experiências de proximidade com a morte	165
IV.H.	Direção espiritual	166
IV.I.	Idioma para expressar estresse	169
IV.J.	"Locus of Control"	171
IV.L.	Influências superempíricas e cura espiritual	173
IV.M.	Influências sobrenaturais	175
IV.N.	Explicação multifatorial	176
V.	O estudo científico da religião - a questão	180
V.	O estudo científico da religião - a questão metodológica	180
V. V.A.	<u> </u>	180 182
	metodológica	
	metodológica Principais críticas metodológicas aos trabalhos sobre	
V.A.	metodológica Principais críticas metodológicas aos trabalhos sobre psiquiatria e religião	182
V.A.	metodológica Principais críticas metodológicas aos trabalhos sobre psiquiatria e religião Recomendações para o estudo científico da religião	182
V.A. V.B.	metodológica Principais críticas metodológicas aos trabalhos sobre psiquiatria e religião Recomendações para o estudo científico da religião em psiquiatria	182 195
V.A. V.B. V.C.	metodológica Principais críticas metodológicas aos trabalhos sobre psiquiatria e religião Recomendações para o estudo científico da religião em psiquiatria Medidas usadas para avaliar o compromisso religioso	182 195 196
V.A. V.B. V.C. V.C.1.	metodológica Principais críticas metodológicas aos trabalhos sobre psiquiatria e religião Recomendações para o estudo científico da religião em psiquiatria Medidas usadas para avaliar o compromisso religioso Filiação religiosa	182 195 196 196
V.A. V.B. V.C. V.C.1. V.C.2.	metodológica Principais críticas metodológicas aos trabalhos sobre psiquiatria e religião Recomendações para o estudo científico da religião em psiquiatria Medidas usadas para avaliar o compromisso religioso Filiação religiosa Freqüência a serviços religiosos	182 195 196 196 198
V.A. V.B. V.C. V.C.1. V.C.2. V.C.3.	metodológica Principais críticas metodológicas aos trabalhos sobre psiquiatria e religião Recomendações para o estudo científico da religião em psiquiatria Medidas usadas para avaliar o compromisso religioso Filiação religiosa Freqüência a serviços religiosos Conhecimento da tradição religiosa	182 195 196 196 198 200

	religiões	
VI.B.	Transtornos mentais entre clérigos e ministros	210
	religiosos	
VI.C.	Sexualidade do ministro religioso	222
VI.D.	Estresse na vida de ministros religiosos	225
VI.E.	Psicoterapia com ministros religiosos	236
VII	A prevalência de transtornos mentais entre	239
	ministros religiosos em São Paulo	
VII.A	Introdução	
VII.B	Objetivos	239
VII.C	Hipóteses	239
VII.D	Método	240
VII.E	Resultados	247
VII.F	Discussão	249
VII.G	Conclusões	257
	Tabelas	259
	Referências Bibliográficas	266
VIII	Apêndice 1 - Aspectos históricos	309

370

Apêndice 2 - Instrumentos

IX

I. Conceito de Religião, Fé, crença e Espiritualidade

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

Ao viajarmos visitamos templos e catedrais, ouvimos embevecidos as 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, orientamnos e consolam em tempos de aflição. Ficando apenas neste século, temos a vida de homens e mulheres como Albert Schweitzer, Dietrich Bonhoeffer, Martin Luther King Jr., Malcolm X, Gandhi, Madre Teresa de Calcutá, Irmã Dulce, Betinho que nos edificam e que mostram ser possível um ser humano melhor.

Ao mesmo tempo a religião está associada com a opressão dos que seguem suas doutrinas e perseguição das pessoas, especialmente se são de outra religião ou em nada crêem. Há um imenso golfo entre as idéias 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 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 (RODRIGUES, 1897; QUEIRÓS, 1966).

Estudar e escrever sobre religião envolve perigo:

- A experiência de Salmon Rushdie, até hoje 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 salientam 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 para 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 existem em todos os tópicos desta área de estudo (BELZEN, 1993).

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 e uma das perguntas mais difíceis de responder (BATSON; VENTIS, 1982).

Com a resposta "sim" você pode estar se identificando com maneiras de ser e pensar que absolutamente nada têm a haver consigo. Pessoas que respondem "não", são 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 a vida, pode mudar as noções sobre quem você é e o sentido ou significado da sua vida. A experiência religiosa é complexa do vista psicológico, envolvendo emoções, ponto de atitudes, valores, comportamentos, ambiente social. 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 principio 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 o modo como são utilizadas se sobrepõem, com um autor usando o termo religião no sentido em que outro usa fé ou espiritualidade.

I.A. Fé

uma característica geral das vidas humanas, processo dinâmico, central para o self, que ajuda a pessoa a dar forma a seus relacionamentos pessoais e sociais, e fornece a base para que encontre uma maneira de manter coerência em sua vida. Conecta a alma com aquilo que tem mais valor, o coração com aquilo que dá à nossa vida significado e sentido. Para muitos, mas não necessariamente para todos, é a ligação da alma com uma força central de valor e poder, que constitui a transcendência. Não pode ser reduzida à religião ou crença, embora possa a elas reduzida relacionada, nem pode ser ao termo "espiritualidade". A fé tem uma história, um desenvolvimento em nossas vidas (FOWLER, 1994).

Ela é caracterizada por quatro elementos:

- É um processo centralizador e de integração que fornece a base para a formação de crenças, valores e significado;
- Dá coerência e direção à vida das pessoas;

- Une-as, ao compartilharem confiança e lealdade umas com as outras;
- Torna as pessoas capazes de lidar e enfrentar os limites da condição humana, baseando-se naquilo que tem a qualidade de essência em suas vidas (FOWLER, 1994).

I.A.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, cronológica, desenvolvimento psicológico ou idade mental. Estes fatores têm um papel para estabelecer 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 (FOWLER 1986). 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 (BARNHOUSE, 1986; FOWLER, 1986):

I.A.1.a. Fé Primal ou Indiferenciada

É a fé que antecede a linguagem, sendo uma disposição de confiança e lealdade em relação ao ambiente, que toma a forma de mutualidade no relacionamento com quem nos prove os cuidados primários.

I.A.1.b. Fé Intuitiva-projetiva

Correlaciona-se com o estágio pré-operacional de PIAGET (1968) e com o estágio de punição e desobediência de KOHLBERG (DUSKA; WHELAN, 1975). 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.

I.A.1.c. Fé Mítico-literal

As novas operações lógicas adquiridas tornam possível a compreensão de relações de causa e efeito, mas há 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 no uso de símbolos e conceitos permanece em geral concreta e literal. É característico da criança escolar, embora às vezes seja visto em adolescentes e adultos. Tudo é tomado literalmente е os símbolos 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.

I.A.1.d. Fé Sintético-convencional

Emerge tipicamente no início da adolescência, a preocupação com a identidade e interioridade do 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 afirmação de outras pessoas importantes. 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 nosso vir a ser parece estar integralmente 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.

I.A.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 no assumir por si só autoridade e responsabilidade qualitativamente novas. Desenvolve-se em adultos jovens, em geral entre os 30 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 psiquiatras está nesta fase, daí sua dificuldade em compreender a linguagem religiosa.

1.A.1.f. Fé conjuntiva

Neste estágio há um enfraquecimento das polarizações e paradoxos na natureza da verdade. Procura-se descobrir maneiras de unificar aparentes oposições na mente e experiência. Sabe que símbolos são símbolos, e é capaz de reduzi-los a significados abstratos, mas aprendeu que a iniciativa deve ser entregue à verdade, se ela vai nos corrigir e transformar. A fé neste período aprende a ser receptiva, a esperar, a ser parte do movimento maior do espirito ou ser. Desenvolve-se uma humildade epistemológica diante da complexidade e riqueza do mistério. Valoriza o que é estranho, pois daí, talvez possa vir a nova

verdade ou a libertação do auto-engano. Usa múltiplos nomes e metáforas para o sagrado. É conjuntivo, dialético, usa ambos e "e" para compreender, ao invés do simples "ou". O poder simbólico é reunido ao significado conceitual. 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 seja atingido antes da meia idade. Quando ocorre uma transição para o estágio 6, esta é, em geral, precipitada por uma desilusão, e pelo reconhecimento de que a vida é mais complexa do que a lógica do estágio 5.

O pensamento deixou 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 (FOWLER, 1986).

I.A.1.g. Fé universalizante.

A partir da consciência dos paradoxos e, abraçando tensões polarizadas do estágio anterior, ocorre um processo radical de descentralização do "self" como ponto de referência dos valores para construção do epistemológico e com traz identificação е participação а Essência transformação onde 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.

I.B. Crença

Crença é a base intelectual a afirmações de sentido que codificam as doutrinas ou ideologias de uma tradição ou grupo particular (FOWLER, 1994).

Para GLOCK(1962), a crença religiosa pode ser abordada da perspectiva das doutrinas da religião institucionalizada, do ponto de vista da definição de religião (que pode transcender à doutrina tradicional), da importância da crença para o indivíduo e da função que ela tem na sua vida:

Há três tipos de crença religiosa:

- crenças que oferecem garantia, que garantem a existência de deus e definem o seu caráter;
- crenças que fornecem sentido, que definem o propósito divino e o papel do homem em relação a este;
- crenças que oferecem meios para implementar o propósito divino.
- crenças que fornecem a base para os aspectos éticos da religião.

I.C. Espiritualidade

Processo pelo qual os indivíduos reconhecem a importância de orientar suas vidas a algo não material que está além e é maior do que eles próprios, de modo a haver reconhecimento ou, pelo menos, alguma dependência a um poder superior, ou espirito. A espiritualidade envolve um processo pessoal dirigido a relacionar o si próprio com o poder superior essencial. Deus, um espírito vivo, pessoal e invisível, criador da vida e o modelo perfeito que deve ser procurado.

A pessoa espiritual pode ser diferenciada através das seguintes características:

- crença central em um deus perfeito, criador de todas as coisas ou em um valor essencial, um espirito que não é feito pelo homem ou por qualquer material.
- a pessoa engaja-se (mas não necessariamente) na prática regular de oração, meditação, estudo espiritual, adoração ou culto a deus, com o propósito de se aperfeiçoar ou de se aproximar do divino.
- procura com o coração que seu comportamento ou pensamento estejam alinhados com os ensinamentos espirituais.
- procura atividades espirituais e sociais e a comunhão com pessoas com o mesmo pensamento ou preocupação.
- a visão de mundo, crenças, pensamentos e comportamentos da pessoa estão baseados na sua fé - fé na verdade e no valor de sua orientação espiritual em explicar e ordenar o mundo, os eventos e habitantes (MARTIN; CARLSON 1988).

Espiritualidade trata da busca humana por uma vida satisfatória e com sentido, descobrindo a natureza essencial de si mesmo e seu relacionamento com o universo.

I.D. Teologia

Teologia pastoral é o ramo da teologia responsável por criar uma compreensão teológica e desenvolver teorias e práticas de ministério pertinentes à cura, apoio e orientação das pessoas (HILTNER 1958). Conduz seu trabalho em diálogo com as disciplinas

correlatas. As questões e respostas derivam da imersão do ministro na prática real de cuidado pastoral. O desafio da teologia pastoral é incorporar à sua metodologia os insights das novas teologias, psicologias, movimentos culturais e teorias do conhecimento (GRAHAM 1987).

Tarefa importante da Teologia Pastoral é o aconselhamento, o esforço intencional para ajudar as pessoas a se ajustar mais efetivamente à cultura em que escolheram viver (MALONY, 1994).

I.E. Religião

BETSON; VENTIS (1982) citam Leuba que, em 1912, já catalogava 48 definições distintas de religião. YINGER (1967) diz: "Qualquer definição de religião será satisfatória apenas para seu autor - e, freqüentemente, nem para ele".

WILLIAM JAMES (1902) a define como "Sentimentos, atos e experiências do ser humano individualmente, quando em solidão, em relação a aquilo que consideram o divino".

ERIKSON (1958) a descreve como uma força ordenadora capaz de traduzir e dar sentido à escuridão que rodeia a existência humana, e à luz que a permeia (pervade) além de toda a compreensão.

FROMM (1950) fala em um sistema de idéias, normas e ritos que satisfazem a necessidade, enraizada na existência humana, de um sistema de orientação e um objeto de devoção.

YINGER (1967) define religião como o sistema de crenças e práticas, através das quais um grupo de pessoas luta com os problemas essenciais da vida humana. Um homem religioso é aquele

que reconhece a profundidade e o absurdo da tragédia humana, mas que recusa aceitar isto como sendo a conclusão dos fatos. Diante do muro, vê uma fenda, uma saída para si e para os outros, e procura alargá-la.

Religião é a tradição acumulada composta das miríades de crenças, práticas que expressam e formam a fé de pessoas do passado e do presente. Seus componentes incluem a arte, arquitetura, símbolos, rituais, mitos, narrativas, escrituras, doutrinas, ensinamentos morais, música, práticas de justiça e misericórdia e, muito, muito mais. Pode ser a fonte do despertar e da formação da fé das pessoas no presente (FOWLER, 1994).

Para GIDDENS (1989), apesar do aspecto multifacetado, todas as religiões compartilham elementos comuns que envolvem um conjunto de símbolos que evocam um sentimento de reverência e admiração e estão associados a um ritual, praticado por pessoas que têm uma determinada crença.

A religião refere-se a sistemas de crenças e culto que as pessoas herdam ou adotam e que entendem ser meios que conduzem à felicidade e satisfação. O propósito da religião é prover uma estrutura onde possamos desenvolver nossa consciência espiritual (O'MARCHU 1994).

BATSON; VENTIS (1982) propõem uma definição funcional da religião: "Tudo aquilo que nós individualmente fazemos para pessoalmente lidar com questões que nos confrontam porque estamos conscientes de estarmos vivos e de que iremos morrer". A religião lida com as questões:

Qual é o sentido de minha vida?

Como devo me relacionar com os outros?

Como lido com o fato de que vou morrer?

O que fazer com minhas falhas?

São questões existenciais, que podem ser respondidas de maneira universal, filosófica e abstrata. Na religião, estas perguntas são confrontadas de maneira pessoal, espera-se que as respostas tragam conseqüências para a vida da pessoa.

Uma das dificuldades do estudo da religião está no fato de que ela não é homogênea; diversas são as maneiras de ser religioso e de comportamento religioso. Indivíduos que são religiosos em um aspecto, podem não ser em outro (WILSON, 1978). O fenômeno religioso é multidimensional e KING; HUNT (1975) identificaram pelo menos 21 fatores que compõem a variável religião.

A experiência religiosa é individual, para cada indivíduo pode ser completamente diferente, mesmo no âmbito da mesma crença religiosa (FOWLER, 1994).

A religião varia enormemente de uma época para outra, entre gerações, sociedades, classe social e ocupação.

Assim, alguns enfatizam aspectos da experiência, o envolvimento social com divindades (SPIRO, 1966), elementos intrapessoais (SMITH,1978), aspectos cognitivos e ritualísticos (LENSKY, 1963), significado, sentido e métodos como são integrados em sistemas de ação (GEERTZ, 1966).

De modo estereotipado, a religião é colocada como em oposição às principais virtudes da sociedade moderna: fé versus

rigor cientifico, salvação em outro mundo versus soluções tecnológicas aos problemas humanos, aderência a idéias antigas versus progresso e aperfeiçoamento (SHRIVER ,1980).

Entre as muitas experiências religiosas, está a de ser curado, na perspectiva religiosa também chamada de salvação. Os médicos crêem que sua atividade requer experiência clínica e base na racionalidade científica. Não se dão conta do quanto de sua autoridade efetiva é de natureza religiosa em caráter. Esta autoridade deriva do poder último da morte, ao qual a prática médica procura resistir, e a autoridade vem pela posse real, do ponto de vista do paciente, de conhecimento oculto e mágico (MCGILL 1980).

I.F. 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 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:

I.F.1. Classificações dicotômicas

Diversas são as dicotomias estabelecidas para a religião:

instável e estável, convencional e devocional, sistema de valor alto e baixo, pessoal e ritualizada (ALLEN; SPILKA, 1967).

SALZMAN et al. (1965) fala em religião saudável e não saudável.

PRUYSER (1977) contrastou religião saudável da neurótica.

ADORNO et al., (1950) 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 (1950), divide a religião em humanista e autoritária. A humanista seria mais saudável por focalizar a força do ser humano e a auto-realização. Na autoritária as pessoas deixam-se controlar por um deus que é visto como merecendo reverência, adoração e obediência.

SPILKA (1989) classifica a religião em funcional ou disfuncional. É funcional se satisfaz as necessidades da pessoa por significado, auto-estima, 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 (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 falta de autoconfiança, desespero, desconfiança, ansiedade e medo (ALLPORT, 1950).

I.F.2. A religião Intrínseca e Extrínseca de Allport

ALLPORT; 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.

ALLPORT; ROSS (1967), estudando o preconceito racial, mostraram com grande impacto que ele está relacionado à religiosidade extrínseca. Esta classificação tornou-se 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 haviam sido publicados a utilizando (KAHOE, 1985; DONAHUE 1985 a ; 1985b; HOOD 1985).

A religião intrínseca estabelece uma estrutura que fornece significado através do qual toda a vida é compreendida. O motivo principal é a religião. Outras necessidades, por mais fortes que sejam, são vistas como secundárias e são, dentro do possível, trazidas em harmonia com a crença e prescrições religiosas. Tendo abarcado um credo, a pessoa se esforça para internalizá-lo e segui-lo totalmente. Ela vive sua religião (KAHOE 1985).

PAYNE (1991) descreve o tipo intrínseco como sendo de grande compromisso, vendo a religião como um fim em si mesmo, vivida de modo não egoísta, preocupando-se mais com os princípios que com as conseqüências. Com grande preocupação pelos padrões morais, disciplina, consistência, consciência e resistência à pressão externa para se desviar."

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 auto-justificação. O credo abraçado é seguido levemente, ou seletivamente modelado para atender às próprias necessidades (KAHOE, 1985).

A religião extrínseca mede aquele tipo de religião 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.

ALLPORT; ROSS (1967) resumem: A pessoa motivada extrinsecamente usa sua religião, enquanto que a que é motivada intrinsecamente a vive.

ALLPORT (1968) afirmou: "Sinto-me seguro em afirmar que saúde mental é facilitada por uma orientação religiosa intrínseca".

ALLPORT expandiu esta classificação bipolar para outra com quatro pontos: intrínseca, extrínseca, pró-religiosos indiscriminados (os que concordavam com itens de ambas as escalas), e anti-religiosos indiscriminados (os que discordavam dos itens de ambas escalas, não religiosos) (DONAHUE, 1985).

DONAHUE (1985), em estudo utilizando meta-análise, verificou que o conceito de religião intrínseca é excelente medida do compromisso (dedicação) religioso e 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. KIRKPATRICK; HOOD (1990) vê isto como um defeito, salientando que a escala intrínseca parece ser pobremente definida conceitualmente e empiricamente, e mede apenas o empobrecido construto teórico "compromisso" religioso. A dimensão extrínseca parece ser bem definida, mas nas duas não fica claro qual é o alvo do compromisso. Elas não levam em consideração o conteúdo e a natureza das crenças às quais a pessoa se dedica. Apesar de serem responsáveis por enorme quantidade de dados, acham que já é tempo de abordagens teóricas e psicométricas mais sólidas.

HATHAWAY; PARGAMENT (1990) levantam outras críticas:

- desirabilidade social alguns itens têm a tendência de apresentarem maior probabilidade de serem assinalados porque são mais valorizados pela cultura. Esta crítica também foi feita por BATSON; VENTIS (1982), mas os dados não foram replicados.
- ausência de discriminação pró-religiosa tendência a responder de maneira positiva a material religioso sem levar sua coerência (por exemplo, consideração a indivíduos apresentam escores elevados nas escalas extrínseca intrínseca, que teoricamente são opostas. Entretanto PARGAMENT desenvolveram et al. (1988)outra medida direta religiosidade extrínseca, e seus dados sugerem que ela não interfere sobre a religiosidade intrínseca.

I.F.3. A religião do tipo meio, fim e busca de BATSON; VENTIS (1982)

Batson; Ventis (1982), a classificação opinião de aspectos importantes intrínseca/extrínseca deixa de lado 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 religião-meio: judeus convertidos à forca durante 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 busca é uma abordagem que envolve o enfrentar das questões existenciais em toda a sua complexidade, resistindo às respostas simples e concretas. A religião busca, segundo BATSON E VENTIS (1982) seria um tipo de religião mais madura, cética em relação às crenças ortodoxas tradicionais e suas respostas, é aberta à sensação de incompletude e a novas tentativas.

I.F.4. Religião compromissada e consensual

ALLEN; 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 norteamericanos (335 protestantes) e descreveram cinco dimensões do

ser religioso:

- conteúdo se o indivíduo conceitualiza o tópico de modo abstrato-relacional ou concreto-literal;
- clareza precisão e coerência das crenças do indivíduo, se com discernimento ou vago;
- complexidade número de categorias, elementos ou aspectos da religiosidade, se aborda a religião de modo diferenciado , ou monopolista-dicotômico;
- flexibilidade qualidade de adaptação ou acomodação a idéias,
 crenças ou atitudes diferentes de outros;
- importância força e valor das crenças religiosas no desempenho diário do indivíduo.

Estas 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 religiosas têm significado claro, e são abertas idéias 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 е idéias tradicionais, mas estes são vagos, indiferenciados, neutralizados, ou adotados de modo seletivo. O preconceito está relacionado a esta maneira de ser religioso.

I.F.5. Dimensões religiosas de GLOCK (1962)

GLOCK (1962) definiu cinco fatores ou dimensões básicas da

religião: ritual (freqüência a serviços religiosos ou práticas religiosas), vivencial (conhecimento direto da realidade essencial que surge da experiência ou emoção religiosa), ideológica (sistema de crenças), intelectual (conhecimento das doutrinas ou textos sagrados) e conseqüencial (as boas obras ou efeitos das outras dimensões).

I.F.5.a. A dimensão ritualística

Abrange as práticas religiosas específicas esperadas dos adeptos daquela tradição A dimensão ritualística enfatiza a freqüência a serviços religiosos ou de práticas religiosas. Por exemplo, ser membro de uma igreja, freqüência 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.

I.F.5.b. A dimensão vivencial

Todas as religiões têm certas expectativas de que a pessoa, em algum momento, terá conhecimento direto com uma realidade essencial ou experimentará uma emoção religiosa. A emoção pode variar, a ênfase no sentimento também, mas sempre algum valor será atribuído à experiência subjetiva. Por exemplo, a conversão, a glossolalia, o batismo pelo espirito santo, além de experiências mais sutis e menos públicas como a fé, a confiança em deus e a comunhão.

Estas experiências não são abertamente expressas e diferenciam-se em quatro tipos: preocupação (necessidade de se

ter uma ideologia com base (transcendental); cognição (consciência do divino, intensa no caso da conversão, suave diante da beleza da natureza; pública ou particular), confiança ou fé (a vida de alguma forma está nas mãos de um poder divino em quem se pode confiar, estar livre de preocupações pode ser um indicador disto), e medo (o quanto a pessoa teme o divino e de que maneiras).

I.F.5.c. A dimensão intelectual

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

Há muitas diferenças no que as diferentes tradições requerem em termos de conhecimento religioso, e acerca da qualidade deste conhecimento. Atitudes acerca do conhecimento, preconceitos, grau de sofisticação com que os textos são lidos, a presença de crítica nestas leituras. Avaliar o conhecimento religioso diante de todas estas perspectivas e relacioná-lo a diferentes maneiras de ser religioso parece ser parte importante na compreensão do lado religioso do homem.

I.F.5.d. A dimensão consequencial

Todas as prescrições acerca do que a pessoa deve fazer e as atitudes que deverá tomar como conseqüência 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.

I.F.5.e. A Dimensão ideológica

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

I.F.6. 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).

I.F.7. Classificação de Alston (LEVIN; VANDERPOOL, 1987)

I.F.7.a. Religiões sacramentais - focalizam naquilo que é sagrado, expresso ou simbolizado através de coisas naturais - objetos, lugares, personagens, comida, bebida e sobre as ações e comportamentos humanos pertinentes a eles. O ritual é o centro energizador da religião sacramental. Enfatizam as ações dos participantes durante o serviço religioso e na vida diária, aquilo que é sagrado, profano e proibido (tabú) (Catolicismo tradicional, Ortodoxos Gregos e Russos e religiões populares - folk religions).

I.F.7.b. Religiões proféticas - o sagrado está localizado na Sagrada). verbal humana (A Palavra expressões As ensinamentos pessoas características, е de 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, mormonismo, luteranos, calvinistas metodistas).

I.F.7.c. 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)

I.G. Conceitos de Saúde Mental

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

BATSON; VENTIS (1982), revisando os estudos sobre religião e saúde mental, encontraram sete tipos diferentes de conceituação 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, que afirmam o que é.

I.G.1. Características negativas de saúde mental

I.G.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 freqüência trabalha. A ênfase é em sintomas, síndromes ou padrões apresentados pelos pacientes.

I.G.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.

I.G.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.

I.G.2. Características positivas da saúde mental

I.G.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.

I.G.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 indivíduo saudável ambiente. No estes sistemas estariam organizados hierarquicamente. Para ALLPORT, uma pessoa madura teria sempre uma filosofia de vida unificada, padrão um integrador.

I.G.2.c. Mente aberta e flexibilidade

ADORNO (1950); ROKEACH (1960) enfatizam a importância para a saúde mental de ser capaz de adaptar-se à 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.

I.G.2.d. Auto-aceitação e auto-realização

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); HORNEY (1951).

A experiência de auto-realização (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).

I.H. Psiquiatria e Religião

A necessidade de uma prática psiquiátrica mais sensível à cultura tem sido extensamente debatida. As dimensões religiosa e estão entre fatores mais espiritual os importantes estruturação da experiência humana, das crenças, valores, padrões de comportamento e de doença. Apesar disto, a psiquiatria tende a ignorar ou a ver como patologia as dimensões religiosa e espiritual da vida. Por exemplo, no DSM-III R, todas as 12 referências à religião estão sendo utilizadas para ilustrar psicopatologia (POST 1990; 1992). A literatura clínica descreve a experiência mística como sintoma de regressão do ego, psicose borderline, episódio psicótico, disfunção do lobo temporal. As tendências positivistas da psiquiatria rejeitam qualquer subjetivismo ou idéias mentalistas, o que resulta no desvalorizar da religião (LUKOFF ET AL. 1992).

O DSM-IV procura consertar a falta de atenção prévia à dimensão espiritual dos problemas, incluindo uma categoria "Problemas psicoreligiosos ou psicoespirituais".

- Problema psicoreligioso é definido como experiências que a pessoa sente como estressante ou perturbadora, 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).
- Problema psicoespiritual são experiências que a pessoa acha estressante ou perturbadoras que envolvem е seu relacionamento com força transcendente, um ser ou não necessariamente ligado a crenças e práticas de uma igreja organizada ou instituição religiosa (experiências de morte próxima, místicas, uma pessoa que começa a praticar meditação e sente mudanças perceptuais).

A incorporação desta categoria não patológica, torna 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 ensinos espirituais em questão.
- Transtornos mentais com conteúdo religioso, como obsessões ou delírios, que necessitam do diagnóstico e tratamento adequados, mas que a literatura mostra ter valor terapêutico o abordar a ideação religiosa.
- Problemas psicoreligiosos não atribuíveis a transtorno mental, mas que podem se originar em conflitos que podem ser abordados em psicoterapia (LUKOFF et al. 1992).

II. Religião saudável e madura versus religião prejudicial ou patológica

Se a religião é benéfica ou prejudicial, é controvérsia que continua desde o diagnóstico de "Loucura religiosa" e das idéias 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 auto-realização. 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, auto-estima 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 não funcional é muito negativa e procura o controle social através da culpa, medo e vergonha. Encoraja os seguidores a adotar uma atitude de superioridade, de ser 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 auto-denigrir-se e diminui a auto-estima, 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 paranóia com a idéia 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 reassegurador.
- 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 auto-destrutivos.
- 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 o psiquiatra ou psicoterapeuta saiba 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. A religião pode ser um abrigo, um perigo, uma terapia, uma expressão ou uma supressão de doença mental (SPILKA; HOOD; GORSUCH, 1985).

II.A - Diferenciação entre religião saudável ou não, levando em consideração a maneira de ser religioso

II.A 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, "Locus of control" interno, motivação e melhores notas escolares. Os escores extrínsecos foram associados a dogmatismo e autoritarismo.

WIEBE; FLECK (1980), estudando 158 estudantes universitários

canadenses, observaram que os intrínsecos tendem a ter maior consciência, disciplina, preocupação com padrões morais, consistência, quando comparados responsabilidade е com extrinsecamente 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 auto-indulgência e indolência.

MASTERS; 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 ("internal state of awareness").
- 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 auto-eficácia e auto-estima.

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 idéia de que religiosidade intrínseca correlaciona-se positivamente com saúde mental e que a extrínseca estaria associada com saúde mental precária parte de Batson e seus colaboradores (BATSON; VENTIS, 1982). Estas defendem o ponto de vista que as medidas de religiosidade intrínseca não levam em consideração o desejo de se apresentar bem aos olhos da sociedade, o que interfere nos resultados. Em síntese, os relatos subjetivos de indivíduos religiosos não corresponderiam às suas ações. Assim, as correlações positivas encontradas com saúde mental se devem apenas ao desejo tido por indivíduos com esta forma de ser religioso de parecerem bem aos olhos do público.

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

II.A.2. Religiosidade tipo meio, fim e busca

BATSON; VENTIS (1982) fizeram a seguinte pergunta:

"Ser mais religioso estará associado com mais saúde mental ou mais doença?"

A religião foi considerada quantitativamente, medida através da filiação religiosa, freqüência a serviços religiosos, interesse, força das atitudes religiosas e força de crenças religiosas ortodoxas. Em segundo lugar, endereçaram a associação entre religião e saúde mental, e não a causalidade. Assim, se não for encontrada correlação entre as duas, temos evidência de que religião não causa saúde. Mas se for encontrada correlação, diversas possibilidades precisam ser consideradas: Religião causa saúde, saúde mental leva a um maior envolvimento religioso, ou alguma outra variável causa ambas (por exemplo: estrutura familiar estável, inteligência, sociabilidade, etc.).

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

Tabela II.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
Auto-aceitação e auto- realização	1	4	10	15
Unificação e organização	0	1	0	1
Mente aberta e flexível	0	2	7	9
Total	15	15	37	67

Olhando-se a fileira "Total" na tabela II.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 relação negativa existe com três das diferentes concepções: "competência pessoal e controle", "auto-aceitação ou auto-realização", 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; VENTIS (1982) concluem acerca da importância de se conceito saúde diferenciar 0 de mental, pois totalmente opostos podem ser encontrados, se as diferentes definições não forem consideradas. Assinalam necessário levar diferentes maneiras emconta as 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 deverá 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 deverá 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 possui 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 e realmente importante
na vida deverá prover "unificação e organização" da
personalidade.

Entretanto, deverá correlacionar negativamente com "mente aberta e flexível", pois, se já conheço as respostas, não há necessidade de estar aberto a novas idéias e pontos de vista. Acharam não ser possível fazer previsões sobre as duas outras.

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

Esperam que esta maneira de ser religioso tenha uma relação positiva com "mente aberta e flexível", "auto-aceitação e autorealização" 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 II.2 resume estas hipóteses.

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

Conceitos de Saúde Mental	Orientação Religiosa					
Ausência de doença	?	?				
Comportamento Social Adequado	-	+				
Liberação de Preocupação e Culpa	-	+	-			
Competência Pessoal e Controle	_	+	+			
Auto-aceitação e Auto- realização	-	;	+			
Mente Aberta e Flexível	-	-	+			
Unificação e Organização	_	+	_			

Tabela II.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	0	1	2	3	0	0	0	1	0
Culpa									
Competência Pessoal e Controle	0	1	3	3	1	1	1	0	0
Auto-aceitação e Auto-	0	1	0	1	2	1	1	1	0
realização									
Unificação e Organização	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Mente Aberta e Flexível		0	4	0	3	0	2	0	0
Total	0	3	10	8	6	3	4	2	0

Observando-se cuidadosamente a tabela II.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 "Auto-aceitação" e "Auto-realização". Não foi encontrada a relação negativa prevista com "Liberação de Preocupação e Culpa" que havia sido prevista.

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

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

II.B. 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, graçanatureza, 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 haver 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).

II.B.1. 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. Têm dificuldade de adquirir novas informações, ignoram 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, vivem diante da compulsão da necessidade moral. Regras, regulamentos e convenções tornam-se as normas que guiam decisões e comportamentos.
- O modo depressivo-mazoquista: a sensação de falta de valor e inferioridade com a convicção religiosa do próprio pecado e maldade. O deus é julgador e condenador, a identificação com o Cristo sofredor que expressa necessidades e conflitos narcisistas e agressivos poderosos. O sofrimento assume a posição central da vida religiosa. Só são amados por deus se estiverem 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: acham que ocupam uma posição privilegiada na instituição religiosa, ou que são especialmente abençoados e favorecidos por deus. Acham 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 deus está do nosso lado. Acham que, por isto, estão protegidos 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 falharam em cumprir seus deveres religiosos. Clinicamente, isto se manifesta através de depressão, auto-estima pobre e sensação de vergonha, o que mascara uma superioridade narcísica.
- O modo paranóide: Assemelha-se no contexto religioso às características do caráter autoritário (ADORNO et al 1950).

 Tendem a aderir a crenças religiosas convencionais e a valores da classe média, mantêm uma atitude de submissão sem crítica a figuras de autoridade idealizadas (sacerdotes, pastores, rabinos, bispos, papa) e são excessivamente críticos aos que são de fora, ou que rejeitam ou violam os seus padrões.

 Envolvem-se freqüentemente em argumentos e discussões acerca de assuntos religiosos. Quem tem visão oposta torna-se o inimigo, que deve ser atacado e derrotado. Idealizam e exaltam os líderes, defendendo suas faltas, mesmo que estas sejam óbvias.

 Estas características são evidentes em aderentes fanáticos de cultos e seitas, onde 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, renunciam 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.

II.B.2. Outras perspectivas

Outros fatores que podem ser problemáticos para a saúde mental envolvem a doutrina da religião, se estritamente legalista e comportamentos dos pais relacionados à fé. Nas igrejas e particularmente em seitas e cultos totalitários pode ocorrer disciplina excessiva, manipulação, intimidação, liderança autoritária e controle de informação.

ARTEBURN; FELTON (1991) cunharam os termos fé tóxica e "religious addiction", comparando sistemas de crenças disfuncionais com transtornos que envolvem dependência. Outro rótulo, definido como uma síndrome, é "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 claramente 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.

II.B.3. 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.

L'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. A religião é usada para manipular, e colocada como prioridade às custas do cuidar de si próprio, das suas responsabilidades emocionais e práticas, e das da família.

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).

II.C. 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 freqüentar 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 vivência e compreende o amor e benevolência de deus

- (i.e. confiança e sensação da presença da providência divina versus independência e desesperança exagerados);
- Arrepender-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, qualitativo 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 idéia 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:

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

II.D. Avaliação 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 fenômenos desviantes surgiram, е se suas psicológicas, se houverem, são patológicas ou não. Entretanto, de um ponto de vista psicológico, comportamento que é aceito ou ate 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 especificas 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 uma certa maneira;
- Comunitária, requer que as pessoas freqüentem 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 psicopatologia, inteligência, personalidade, tipos de interesse vocacional, ajustamento conjugal, psicodinâmica, 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 tolerado em relação a nenhuma outra área da vida (MALONY, 1988; 1992).

"Religious Status Interview" e a "Religious Status Inventory" são capazes de predizer a maturidade ou imaturidade religiosa de uma pessoa cristã. Discriminam entre pessoas com níveis diversos de patologia, e predizem quem poderá sofrer mais "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 contribuíra 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, auto-estima 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; 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" (1976). Isolamento é um sinal de psicopatologia, mesmo no século 4 e.c. (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, a visão mais crítica é 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 da 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 do 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 mau formada, 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 da 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 explicita, consciente e intencional. Requer apoio e reasseguramento 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.

PFFEIFER (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 (freqüência 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 ajudála 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.

III. O Impacto da Religião Sobre a Saúde Física e mental

III.A. Religião e saúde física, bem estar, estresse e satisfação conjugal

III.A.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. Entretanto, nem toda experiência religiosa é "Shalom", podendo, algumas, trazer problemas de saúde e aumento de mortalidade. 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 correlação positiva entre espiritualidade saudável e medidas de saúde e bem estar subjetivo (ELLISON; SMITH, 1991).

III.A.1.a. Religião associada a mal estar

CAMPBELL et al. (1976) publicaram trabalho sobre a qualidade de vida do norte-americano, baseado em dados do "Survey Research Center", colhidos de julho a agosto de 1971, em amostra de 2.164 pessoas representativas da população maior de 18 anos dos Estados Unidos. Encontraram relação negativa entre duas medidas de

compromisso religioso e bem estar geral. HADAWAY; ROOF (1978) reanalisando 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), e os resultados foram exatamente opostos. Tanto os que atribuíam importância à sua religião como sentido à vida, quanto os que a praticavam, uma fonte de avaliaram suas vidas como valendo a pena. Isto ficou nítido, quando se observou que entre os que freqüentavam regularmente a igreja ou sinagoga uma ou mais vezes por semana guase 63% avaliaram suas vidas como valendo a pena. Entre os que nunca menos que 40% avaliaram-se desta maneira. frequentavam, importância atribuída à fé e à freqüência a serviços religiosos podiam predizer satisfação e sensação de que a vida valia a pena em todas as religiões, com exceção da fé judaica. Explicam isto por ser a religião judaica um grupo minoritário e com uma herança de associação entre compromisso religioso e sofrimento.

POLOMA; PENDENTLON (1989) assinalam 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 tem, na verdade, um papel benéfico sobre a qualidade de vida.

III.A.1.b. Religião associada a bem estar

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 e Leucemia, com um grupo-controle de 18 pacientes com doenças crônicas não malignas e que não ofereciam 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, a força e correlação entre religião e bem estar subjetivo em adultos verificando também a qualidade desses estudos. Somente vinte e oito (5%) fizeram esta relação e, em dezoito, a amostra foi de idosos. No geral, a religião esteve positivamente associada ao bem estar; entretanto, o tamanho do efeito ("effect size") foi moderado (0.16 +/- 0.09). O número de estudos foi maior no início do período estudado, tendo diminuído de frequência com o passar do tempo. Quanto maior a idade, o tamanho do efeito ("effect size"), mostrando a importância da religião para uma população particularmente vulnerável que é a dos idosos (r=0.64). Atividades ou práticas religiosas estiveram associadas a bem estar mais freqüentemente que medidas religiosidade. Religião predisse melhor bem estar que idade, gênero e raça, e foi tão potente quanto educação, socioeconômico, estado civil, trabalho e atividade social. Apesar destas evidências, religião é muito menos estudada e utilizada que todas estas outras variáveis.

ARGYLE; 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. Recomendam para consulta a revisão de ELLISON; 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 auto-avaliação 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 freqüência 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 estava melhor, e com a manutenção da esperança.
- Os que tiveram escore maior em bem-estar espiritual também tiveram escores elevados em auto-realização, e menores níveis de psicopatologia no MMPI, e em diversas medidas de depressão.

- Bem estar espiritual correlacionou-se positivamente com auto-estima, auto-afirmação, 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.

III.A.2. Religião e Saúde Física

LEVIN; 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; VANDERPOOL (1987) selecionaram destas centenas de estudos os 27 que utilizaram freqüência a serviço religioso como variável. Destes, 20 (81%) mostraram uma associação positiva significativa da maior freqüência 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 freqüência 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 freqüência a serviços religiosos e saúde se mantém.

Concluem:

"Em resumo, parece claro que ir freqüentemente a serviços religiosos é um fator protetor contra grande variedade de doenças..."

SCHILLER; 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 variáveis religiosas. 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. Em 24 (77%) destes estudos, a relação entre religião е utilização dos servicos de saúde significativa, foi difícil estabelecer conclusão mas uma generalizável. Talvez o único achado semi-consistente é que judeus tendem a usar mais certos serviços de saúde. 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; 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 e emoções, organização social, rituais e cerimônias como oração e meditação). Avaliaram estudos a respeito de doença cardiovascular, gastrointestinal, câncer uterino, outras formas de câncer, mortalidade, hipertensão e derrame, e 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. Freqüência a cerimonias 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, freqüência 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 (freqüência a serviço religioso, prática de oração, ou apoio social) é utilizada, o resultado é sempre uma associação positiva ou benéfica com saúde. A causalidade não pode ser atribuída, pois a maioria dos estudos é transversal.

Entretanto, 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, freqüentam menos a igreja.

FERRARO; ALBRECHT-JENSEN (1991) examinaram dados obtidos por um instituto de pesquisa de 1984 a 1987, em uma amostra de indivíduos, não-institucionalizados, de nacionalidade norte-americana, maior que 18 anos de idade. O nível de prática religiosa (freqüência da prática de oração e a serviços religiosos) foi associada de modo significativo à saúde em todas as faixas de idade. Controlaram a freqüência a outros grupos não religiosos (Rotary Club, etc.) para verificar se apoio social explicaria esses resultados e, mesmo assim, a associação se manteve.

LEVIN; MARKIDES (1986)levaram estas variáveis intervenientes em consideração ao estudarem a relação entre freqüência a serviços religiosos e uma avaliação subjetiva da gerações de mexicanos-americanos saúde, emtrês indivíduos) em San Antonio, Estados Unidos, durante 1981 e 1982. Controlaram os efeitos do nível educacional, renda mensal, autoavaliação da religiosidade e estado da saúde física. Concluíram que a relação entre freqüência a serviços religiosos não está associada à saúde de maneira significativa, especialmente quando a limitação das atividades em idosos é controlada. estão doentes ou, de algum modo incapacitados, 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.

GARTNER et al. (1991) concluem:

"Apesar da unanimidade dos dados acima impressionar, eles não são suficientes para conclusões definitivas acerca do beneficio à saúde do compromisso religioso".

III.A.3. Religião e Mortalidade

A idéia 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 em Rosetta (BRUHN et al 1966; WOLF 1976) e Alameda (BERKMAN; BRESLOW, 1973) nos Estados Unidos mostraram que a participação em comunidades religiosas diminui a mortalidade. A freqüência 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.

HOUSE et al. (1984) analisaram em "follow-up" de 2700 pessoas quais fatores sociais poderiam melhor predizer taxas de mortalidade mais baixas. Para mulheres, quando outros fatores de risco foram controlados, foi a freqüência a serviços religiosos.

COMSTOCK; 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 freqüentavam 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; NORTHCOTT (1987) por não ter controlado educação, idade, saúde física e incapacitação.

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

- 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 tem menor incidência de câncer peniano e mulheres menor 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; VANDERPOOL (1987) em trabalho resumido anteriormente,

concluíram que baixa freqüência 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.

III.A.4. Religião e Hipertensão arterial

LEVIN; VANDERPOOL (1989)revisaram literatura а 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 incluíram freqüência 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 (freqüência a servicos 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. 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 freqüência a serviços religiosos sobre a pressão arterial em um grupo de homens que não apresentavam hipertensão doenca cardiovascular. A análise foi feita consideração idade, fatores socioeconômicos, tabagismo, e razão altura/peso. A pressão arterial foi medida três vezes em de setenta minutos. A pressão arterial período dos frequentavam a igreja e que atribuíam grande importância à sua religião foi significativamente menor que no grupo que atribuía pouca importância ou não freqüentava. 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; LARSON (1994), comentando estes achados, atribuem os resultados ao efeito que a religião pode ter sobre indivíduos mais tensos ou nervosos: O relacionamento 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.

III.A.5. Religião e Estresse

NESS; WINTHROB (1980) verificaram diminuição do estresse 51 membros de 43 emocional emigrejas pentecostais vivenciaram cura pela fé, afirmando que quanto mais as pessoas se à atividade religiosa menos relatam de sofrimento emocional.

WILLIAMS et al (1991), em um estudo longitudinal acompanharam amostra de 720 adultos da área metropolitana de New Haven (Estados Unidos), examinados em dois momentos diferentes para avaliar em que medida a filiação religiosa e freqüência a cultos influenciavam os níveis de estresse. Observaram que as pessoas que freqüentavam regularmente serviços religiosos, apesar

de sofrerem a mesma quantidade de estresse, relatavam menores níveis de sofrimento psicológico, quando comparados com os que freqüentavam 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 em que o nível de freqüência a serviços religiosos é maior, as conseqüências do estresse são reduzidas. A filiação religiosa não apresentou relação com o estado de saúde mental.

Dois outros grandes estudos epidemiológicos (STARK; 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 inadequação psíquica foi construído baseado em perguntas do tipo: "Eu me preocupo muito", "Sinto-me sozinho com freqüência", "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 à religião para enfrentar recorrer 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 freqüência a serviços religiosos, o mesmo achado se repetiu. A exceção foram os protestantes moderados (que freqüentavam a igreja pelo menos uma vez por semana), grupo onde não se encontrou diferença (STARK; GLOCK, 1968; STARK, 1971).

• LINDENTHAL et al. (1970) investigaram o relacionamento comprometimento mental е dois aspectos comportamento religioso, a participação institucional e a oração. Foram entrevistados um adulto de cada 938 casas da região de New Haven, Estados Unidos, compondo uma amostra de 1095 indivíduos representativos da comunidade étnica, índice racial е socioeconômica. 0 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 trabalho, casamento, interpessoais, familiares, educacionais, mudanças). Observaram que a freqüência a servicos religiosos era menor entre comprometimento psicopatológico e que isto se mantinha ou aumentava de crise. da emtempos Com aumento psicopatologia, a participação em atividades religiosas organizadas diminui. Em épocas de crise, a freqüência a serviços religiosos diminui mais ainda para gravemente incapacitados. Estes não parecem utilizar a

religiosa melhor enfrentar instituição para as dificuldades e não a procuram em épocas de crise. O grau comprometimento religioso de esteve diretamente relacionado dimensões mais com as pessoais internalizadas do comportamento religioso. Em tempos de crise, quanto mais incapacitada a pessoa está, ou quanto menos controle possuir, maior a probabilidade de que recorrerá à oração, mesmo que a freqüência religiosa diminua.

relatam MARTIN; CARLSON (1988) interessante série 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 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 dos sujeitos afirmaram terem sido afetados positivamente pelo filme, mas todos mostraram melhora da função imune, medida pela atividade das naturais células "killer" na saliva. Os resultados foram replicados e são consistentes (sic).

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 sofrido haviam três eventos vitais altamente estressantes recentemente. Os grupos-controles foram participantes de um grupo de auto-ajuda 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 auto-estima positiva no grupo recém-enlutado. Em um estudo longitudinal, o apoio espiritual correlacionou-se positivamente com ajustamento pessoal e emocional no grupo de estudantes com grande estresse.

III.A.6. 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 freqüência de orgasmos e maior satisfação com a freqüência 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 que todas conjugal oito satisfação as outras variáveis pesquisadas (GLENN; WEAVER, 1978). Pessoas com casamentos de longa duração assinalam que a religião é o fator mais importante num casamento feliz (SPORAWSKI; HOUGHSTON, 1978) e a freqüência a serviços religiosos é o fator que melhor prediz estabilidade conjugal (GLENN; 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 freqüência a serviços religiosos foi associada ao desejo de casar com a mesma pessoa novamente, e à ausência de discordância sobre papéis do casal.

III.B. O 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 critica 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... "

III.B.1. 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 auto-estima, e se sentiam menos adequados.

Em adultos, os que pertenciam a uma seita religiosa tinham menor taxa de problemas psiquiátricos, e pacientes de uma clínica psiquiátrica freqüentavam igreja ou eram dela membros com menor freqüência que os controles (STARK, 1971). Isto foi interpretado como conseqüência 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; 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)."

III.B.2. Filiação Religiosa e Transtorno Mental

DALGALARRONDO; 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 foi o de SLATER (1947), analisando a militares não-comissionados denominação religiosa de 9354 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. 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; 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; BEIT-HALLAHMY, 1975).

III.B.3. 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 "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 da pessoa ter um alto índice de ortodoxia religiosa ou de freqüentar 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 há uma correlação negativa com compromisso religioso.

Em estudo pelo "National Opinion Research Center" da 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

freqüência 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 freqüência moderada a serviços religiosos, o índice de inadequação psíquica foi mais baixo. Entre os protestantes que freqüentavam a igreja pelo menos uma vez por semana, também não foi encontrada associação (ARGYLE; 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% população americana, mas são apenas 50% dos 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 abordagem padronizada da filiação religiosa, e nenhum estudo, até então, havia notado esta discrepância epidemiológica.

LARSON et al. (1992), revisaram artigos publicados no "American Journal of Psychiatry" e no "Archives of General Psychiatry" que mediam 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 incluído uma os estudos haviam associação compromisso religioso e saúde mental. Setenta e dois por cento (72%) apresentaram uma associação positiva, 16%, negativa e, em 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 ou a frequência a serviços religiosos, ou ter um relacionamento com deus, ou é o apoio social que a religião traz (LARSON 1993).

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 na população de não pacientes; pelo contrário, a associação é entre saúde mental e religiosidade, maior felicidade e satisfação com casamento, trabalho e vida em geral.

A experiência mística é, na verdade, sinal da saúde e agente poderoso de transformação. Sendo que 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.

PFEIFER; WAELTY (1995) estudaram 44 pacientes internados em uma clínica psiquiátrica de Basel, na Suíça, com os diagnósticos transtornos de depressão, ansiosos transtornos de personalidade, e um grupo-controle recrutado entre membros de um coral, grupo de estudo bíblico e estudantes da Universidade de Basel, pareados segundo religiosidade e nível educacional e 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 neuroticismo religiosidade. entre е a vida correlacionou-se Satisfação com negativamente

neuroticismo e, positivamente com compromisso religioso.

III.C. Religiosidade e Outros Critérios de Saúde Mental III.C.1. Preconceito

BATSON; VENTIS (1982) sintetizam a visão das décadas de cinquenta, sessenta e setenta 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 conseqüência 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 freqüência a serviços religiosos foi avaliada em 26 observações de 22 estudos, vinte e quatro mostraram que os que estavam mais envolvidos em atividades religiosas eram menos 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 freqüentam moderadamente à igreja, com uma religiosidade de tipo extrínseco. Não ocorre entre os que vão freqüentemente a igreja ou têm uma religiosidade intrínseca. Importante que não ocorre também entre os que não vão à igreja (DITTES 1969; GORSUCH; 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; VENTIS (1982) defendem a idéia 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 curvilinear entre freqüência à igreja e preconceito. Os menos preconceituosos são os que vão aos serviços religiosos com muita freqüência e os que não vão. Os mais preconceituosos são os que vão ocasionalmente à igreja. Além disso, religião intrínseca tem relação inversa com preconceito, apesar de DONAHUE (1985) não ter observado isto. Religião extrínseca relaciona-se positivamente com preconceito."

III.C.2. Autoritarismo

SANUA (1969) fez revisão para avaliar se a religião é base para uma saúde mental sólida, bem estar geral e humanitarismo. Avaliou 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 religião 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 Psychiatrics 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; 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 da classe trabalhadora (HOGAN; EMLER 1978) e valores religiosos (GARTNER et al. 1991).

Representantes de uma classe social (liberais acadêmicos de classe média) estigmatizam as crenças de outra classe como sendo patológicos. "This public hostility of liberal social scientists towards working-class political ideology is of course scandalous; it is itself, moreover an expression of prejudice" (HOGAN; EMLER, 1978).

Não há dados cientificamente sólidos para defender a idéia de que compromisso religioso estaria associado ao conceito de autoritarismo de ADORNO e cols. (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. Quando a freqüência 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.

III.C.3. Dogmatismo, tolerância a ambigüidade e rigidez

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

MARTIN E NICHOLS (1962) concluíram que 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.

III.C.4. Sugestionabilidade e Dependência

BEIT -HALLAHMI (1975), revisando ARGYLE; 13 estudos, concluíram haver forte correlação entre religiosidade 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 psicológicos, medidas psicomotoras e comportamentais. Entretanto, dependência e submissão, os resultados emrelação à contraditórios, pois há pelo menos dois trabalhos com opinião divergente a respeito.

III.C.5. Auto-realização e Auto-estima

GARTNER (1981), em revisão de 15 estudos, encontrou significativa correlação negativa entre compromisso religioso e auto-realização. 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 auto-realização. Pontos são também retirados por crenças na natureza humana má, e nos valores benéficos do arrependimento, controle de impulsos e auto-sacrifício. É necessário, pois, cuidado ao se interpretar o significado destes resultados.

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

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

WICKSTROM E FLECK (1983) mostraram que auto-estima 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 auto-estima.

III.D. Impacto da Religião Sobre a Saúde Física e Mental de Pessoas Idosas

Nos Estados Unidos, metade das pessoas com mais de 65 anos de idade freqüentam 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 freqüência à igreja diminui por doença ou seqüelas de doenças e a religião privada (oração) aumenta em freqüência 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; 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 (ARGYLE; BEIT-HALLAHMI, 1975; MOBERG, 1965; STARK, 1971).

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 freqüência a serviços religiosos, quão religioso 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 menos religiosos foi duas vezes maior que a dos 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 sugere um aumento da freqüência 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".
- trabalhos operacionalizaram religião como atividade • Estes religiosa organizacional (freqüência à igreja e a atividades relacionadas); atividade religiosa não organizacional (oração, leitura das escrituras, ouvir programas televisão rádio); rituais religiosos na ou religiosos (sacramentos, leis sobre dieta, modo de vestir) 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.
- Freqüência 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 freqüência a cultos, uma vez que, entre idosos, isto pode ser importante viés, pois freqüenta quem tem boa saúde física, e boa saúde física relaciona-se sempre positivamente com bem estar. Assim, freqüência 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 freqüência a cultos e saúde mental se mantém (IDLER, 1987; KOENIG et al. 1988).

Por serem os comportamentos religiosos tão prevalentes 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.

III.E. 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. E 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; 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), comparou 39 pessoas com níveis extremamente baixos de religiosidade a grupo-controle com níveis médios e altos, utilizando o "Langer Symptom Survey" para avaliar a saúde mental. O grupo com baixa religiosidade tinha duas vezes mais sintomas que o grupo com alta 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; MILFORD (1983), usando também o "Langer Symptom Survey". Os achados foram semelhantes aos dois estudos anteriores.

III.F. Religião e psicopatologia

Relação entre religiosidade e quadros psiquiátricos específicos:

III.F.1. Psicoses

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

A freqüência 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; NOYES (1975) levantaram os dados de pacientes internados em uma clínica para queimados, cujo diagnóstico foi tentativa de suicídio por queimadura. Dos 14 entrevistaram pessoalmente cinco, consequiram identificados, relato escrito de outro e os prontuários dos demais, com diagnósticos baseado no 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 interpretadas auditivas, que foram como vindas Concluíram que comportamentos auto-destrutivos associados crônica podem estar relacionados esquizofrenia а culturais, no caso religiosos, e deve-se estar atento à sua presença, para prevenir eventuais tentativas de suicídio.

KLAF; HAMILTON (1961), comparando delírios de dois períodos históricos diferentes, demonstraram a influência cultural. No século XIX, era mais freqüente 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; 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; 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; 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.

III.F.2. Depressão

FARR; HOWE (1932) tentaram justificar a idéia de que religião estaria associada a psicoses afetivas (ARGYLE; 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 sido influenciado tibetanos е pode ter por variáveis transculturais (GUPTA, 1983).

III.F.3. Suicídio e tentativa de suicídio

III.F.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, distraindo a problemas pessoais pessoa de que poderiam, outras emcircunstâncias, liberar tendências suicidas.

Durkheim filiação religiosa medida usou а como de integração, apresentando a idéia 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 compulsoriamente 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 países católicos, a participação religiosa católicos. Nos evitaria a anomia, pela maior possibilidade de integração, pois esta religião requer contatos mais freqüentes 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; 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; 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 pais.

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 conseqüência, convergência das taxas de suicídio.

Os resultados contraditórios, obtidos pela operacionalização do conceito de religião em termos de filiação religiosa, levou à hipótese que religiosidade ou compromisso religioso teriam maior efeito e validade (JARVIS E NORTHCOTT, 1987).

COMSTOCK; PARTRIDGE (1972) observaram que os que não freqüentavam a igreja ou o faziam irregularmente tinham uma chance quatro vezes maior de cometer suicídio, quando comparados aos que iam à igreja freqüentemente. A menor freqüência a serviços religiosos foi capaz de predizer suicídio melhor que outros fatores, como, por exemplo, desemprego (GARTNER et al., 1991). Este tipo de medida pode ser criticada, pois a baixa freqüência pode ser apenas um reflexo de uma integração pessoal que está se deteriorando (ARGYLE; 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 suicídio: Rituais religião е е crenças religiosas participação importante na sua prevenção. Outras medidas de religiosidade como freqüência a serviços religiosos, pertencer a uma comunidade religiosa, e força da crença e da organização forneceram resultados mistos, mas, em geral, apoiando a idéia 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).

III.F.3.b. Tentativa de suicídio

Os trabalhos empíricos apresentam resultados contraditórios.

ARGYLE; BEIT-HALLAHMI (1975) investigaram a hipótese de que a religião poderia deter o suicídio, concluindo, ambigüamente, 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; 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 (JARVES 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; NORTHCOTT, 1987).
- NELSON (1977), estudando aceitabilidade do suicídio, observou que indivíduos idosos institucionalizados têm menor probabilidade de aceitar sentimentos auto-destrutivos, quando religiosos.
- HOELTER (1979), estudando cinco dimensões de religiosidade (ortodoxia, subjetiva, crença em um ser supremo, freqüência a igreja na infância e atual), observou que, entre estudantes universitários, todas correlacionam-se negativamente com a aceitabilidade do suicídio.

III.F.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 a maioria dos estudos são transversais; portanto, fatores socioculturais e psicológicos podem ser tanto causa, quanto conseqüência de crenças ou comportamentos religiosos (PRESSMAN et al., 1992).

SANUA (1969) e BERGIN (1983) encontraram relações ambígüas, 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, freqüentemente, 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.

III.F.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 espirito 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 idéia 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; 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."

1987) GREENBERG (1984,е GREENBERG al. (1987)et apresentaram diversos relatos de casos com clientes iudeus, 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 (GREENBERG, 1987). 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 freqüência, sintomas relacionados às leis dietéticas e orações. Três dos pacientes não eram de famílias religiosas; o inicio 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 idéia de RACHMAN (1983) de que idéias 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 domestico 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.

III.F.6. Transtornos dissociativos

III.F.6.a. Possessão

BOURGUIGNON; 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 de alteração de consciência, mas, na maior parte do tempo, o indivíduo está lúcido. Ela pode ser indicadora de neurose, psicose ou transtornos de personalidade, 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; 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, delirium, paralisia geral, epilepsia e confusão senil. WARD; 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 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.

III.F.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 freqüentemente 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 freqüentemente 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, freqüentemente, sem consciência da pessoa (SHAFFER; COZOLINO, 1992; GOULD; 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 nenhuma lembranca destes eventos. As pouca ou incluíram quadros dissociativos, transtornos psiquiátricas 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 atribuídos, o que foi extensivamente investigado pela polícia norte-americana. Estes autores partem de uma crença sem qualquer fundamento científico. Não há dados que corroborem existência quadro clínico, nem deste comprovação da а contribuição de eventos traumáticos passados na sua origem.

BUCKY; 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 ritualistico satânico é gerada por um pequeno número de profissionais; os relatos estão relacionados ao nível pequeno de treinamento, tipo de licenciatura, e freqüência 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

Isto ocorre, por exemplo, de palavras. empânicos coletivos, onde rumores sobre veneno na áqua, 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 (por exemplo, adolescentes simulando evidências de que um ritual satânico ocorreu); na 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; a polícia, entretanto, nada encontrou).

III.F.6.c. Doença Psicogênica 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, cefaléia, tosse, dor abdominal, náusea, vômitos, movimentos coréicos, tremor, anestesia, globo retro-esternal, 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 "Tarantism", 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 (Coréia 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.

III.F.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.

III.F.8. 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 benvindos às comunidades religiosas e que possam nelas exercer os seus dons, podendo ser ordenados ministros, como qualquer pessoa.

psiquiátrica também visão é polarizada. Alquns 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; 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; DURRANCE (1986) estudaram um grupo religioso de auto-ajuda constituído por "ex-homossexuais", que oferece um programa de "recuperação". Aceitam a homossexualidade como uma situação humana que não impede a filiação, compromisso e participação religiosas, ao mesmo tempo em que não apóiam o comportamento e o estilo de vida homossexuais. O grupo afirma que seus participantes mudam sua orientação sexual e, se isto for

verdadeiro, há muitas implicações para o campo da saúde mental e para a compreensão da orientação sexual. Cem questionários de auto-avaliação foram distribuídos a participantes por tempo prolongado, em 20 grupos deste movimento em diferentes cidades. As cinqüenta 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 namoros heterossexuais. O critério de mudança de orientação estável e conflituosa (ausência de sonhos, fantasias, homossexuais) estava presente em seis sujeitos casados e, provavelmente, em três solteiros.

Seguimento de seis anos conseguiu localizar 11 sujeitos, 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.

III.F.9. 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; BEIT-HALLAHMY, 1975). Apesar protestantes em geral terem ficado em posição intermediária, índices mais altos de alcoolismo paradoxalmente, os encontrados entre protestantes criados emos O11denominações 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; BEIT-HALLAHMI (1975) encontraram correlação negativa entre religiosidade pessoal, freqüência à igreja e o uso de álcool nos quatro estudos que analisaram.

Em revisão de 20 estudos, feita em 1976, GORSUCH; 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; SMART (1985) procuraram examinar o impacto de fatores religiosos (filiação religiosa, freqüência a serviços religiosos e sentimentos de religiosidade) no consumo de diversas drogas (álcool, cannabis e outras drogas ilícitas e não ilícitas). A foi constituída por 1.031 alunos amostra 1.035 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; 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 freqüência à igreja está mais fortemente associada à abstinência de drogas do que variáveis do tipo sentimento religioso (ADLAF; 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 declaram de determinada nominais (pessoas que apenas ser religião, sem qualquer outro vínculo). Os que adotavam uma religião de orientação "experimental" com aceitação de idéias 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 freqüência 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, freqüência 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; 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 freqüência 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; HUGHES, 1985; COCHRAN e cols., 1988; BENSON; 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, quanto aspiração acadêmica ou motivação para ser bem sucedido, freqüência de socialização com colegas, freqüência 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, delinqüência, e comportamentos auto-destrutivos 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

foram 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.

III.G. 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, uso de drogas, uso de álcool, delinqüência, depressão e divórcio.
- Uma relação ambígua ou complexa com ansiedade, psicoses, autoestima, transtornos sexuais, preconceito, inteligência e educação.

 Uma associação positiva com autoritarismo, dogmatismo, intolerância à ambigüidade, rigidez, sugestionabilidade, dependência, auto-realização e epilepsia do lobo temporal.

A maioria dos estudos que encontraram uma relação positiva entre religião e saúde mental, media saúde mental através de eventos da vida real, que podem ser observados diretamente, com validade inquestionável: confiabilidade е saúde mortalidade, suicídio, drogas, uso de abuso de álcool, delingüência e divórcio.

DONAHUE; 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; 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; VENTIS, 1982, LARSON et al., 1992, LARSON; 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 auto-realização, 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: auto-realização, autoritarismo, dogmatismo, tolerância à ambigüidade, 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 eventos reais, claramente observáveis medidos, е confiabilidade validade е inquestionáveis (por freqüência 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 conseqüências 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 acreditam em deus e 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.

IV. Mecanismos através dos quais a religião pode influenciar a saúde mental

A religião pode ter uma influência tanto benéfica quanto prejudicial sobre a saúde.

Devido a 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 e 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;
VANDERPOOL (1989) os seguintes componentes estruturais e
funcionais da religião foram identificados como tendo uma
influência sobre a saúde:

IV.A. Comportamento e estilo de vida

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?

MARTIN; CARLSON (1988) em revisão sobre a relação entre religião e medicina comportamental, propõem baseados em 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", que saúde acompanha determinados estilos de vida e problemas acontecerão se houver desarmonia com os princípios espirituais e divinos.

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 de longa história em diversas religiões, às vezes é encontrado entre pacientes psiquiátricos, sendo difícil o diagnóstico diferencial; a auto-flagelação, por alguns grupos muçulmanos e cristãos é considerada por alguns como um meio de espiritual, aprofundar a compreensão е por outros comportamento bizarro e auto-destrutivo. (FALLON; 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 das recomendações médicas.

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.

Outra recomendação médica frequente é componente da prática espiritual - o dia semanal de descanso - relaxar o corpo e a mente, refrescar e restaurar, adorar a deus, comunhão com a família e outros fiéis.

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 só a capacidade de promover saúde.

outras Hoje doenças são prioritárias, muitas delas relacionadas 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 competição, 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 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).

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; NORTHCOTT (1987) resumem os modos pelos quais a religião procura reduzir o risco de doenças ou morte:

- prescrevendo comportamentos que as previnem ou que auxiliam no seu tratamento,
- proscrevendo 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.
- proscrever 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, transfusão de sangue ou cuidado médico especializado).

NESS; 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.

IV. B. 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; BOTHA 1981), maiores taxas de doença circulatória, colites e doença de Tay-Sachs entre judeus "ashkenazi" (LEVIN; SCHILLER 1987), menor incidência de câncer em "Hutteritas" (MORGAN et al 1983), maior taxa de depressão e nanismo entre os "Amish" da Pensilvânia.

IV.C. Apoio social

Pertencer e participar de um grupo religioso pode trazer conseqüências 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 freqüência 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 aceita-la, de suportar a dor, e de enfrentar o processo de reabilitação (ARGYLE; 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 е а 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 minoria e não consequem sancionar ou normatizar uma visão do transcendente, perderam os princípios organizadores universalmente, o que pode predispor a ansiedade e desespero. Problemas de saúde podem acometer indivíduos mental abandonaram religiões apoiadas pela maioria (SCHUMAKER, 1992).

Apesar do apoio social ser reconhecido como uma conseqüência importante da religião, parece não ser o principal meio através da qual ela exerce sua ação sobre a saúde. A religião mantém seu efeito benéfico, mesmo quando o apoio social e controlado (LEVIN; MARKIDE 1988).

IV.D. 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 auto-conceitos emocionais mais saudáveis e dar-se de modo não egoísta.

Efeitos prejudiciais podem advir de certas idiossincrasias da convicção religiosa. Por exemplo a distorção da idéia 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 as crianças, o que pode criar nelas níveis de ansiedade mais elevados (BOWERS 1968).

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 nossos 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 e 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; STARK, 1965). Parte da crise na saúde mental pode estar relacionada a falta de cognições religiosas passíveis

de serem cridas, não desconfirmáveis e transcendentes (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 pode 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 idéias, mas os medicos têm dificuldades em aceitá-las, devido à falta de estudos científicos adequados.

IV. E. 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.

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 idéia 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 a consciência e aliviadas ou expressas pela primeira vez.

Examinar-se-á agora alguns dos principais rituais religiosos:

IV.E.1. 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 freqüentemente utilizada, inclusive pelos médicos (dois terços de uma amostra de 126 médicos relataram rezar pelos seus pacientes; MARTIN; 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; PENDLETON, 1991, RICHARDS 1991).

POLOMA; 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 freqüência 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; CARLSON (1988), FINNEY; 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 cléricos, apesar de possuírem uma das melhores expectativas de vida, ficavam atras dos médicos e advogados. A taxa de mortalidade dos missionários 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 abençõem 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; St JOHN (1957) dividiram em três grupos 45 clientes de psicoterapia, com 22 a 60 anos de idade, com queixas de estresse, ansiedade, depressão, cefaléia, 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 habituados 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. principais problemas metodológicos foram a ausência 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; WELLDON (1965) em estudo duplo-cego solicitaram oração para 19 pacientes com artrite reumatóide, comparando sua evolução com outros 19 controle, 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 (freqüência 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 e que todos os estudantes tinham o mesmo tipo de compromisso religioso, o que pode ter enviesado os resultados.
- MARTIN (MARTIN; 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 а participantes de um grupo que se 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 ministrar 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.

IV.E.2. 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 freqüentemente descrita como de muito descanso, silêncio e com intensa sensação de alerta, freqüentemente descrita como felicidade.

termo meditação refere-se a um grupo de técnicas aumentar certas capacidades, planejadas para incluindo estados concentração, a regulação de conscientes 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 auto-compreensão. (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 auto-observação. 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 sangüíneo 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, tanto o estado quanto o traço: reduz tensão, aumenta a energia, diminui a tendência de auto-acusar, o humor fica mais estável, as emoções são experimentadas como mais vívidas, aumenta a sensação de identidade, o estabelecimanto de autoconsciência e há diminuição do abuso de drogas. Pode ser vista como instrumento complementar à psicoterapia (CARRINGTON; 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 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 ad) 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 a própria percepção de conflitos inconscientes e maior facilidade de comunicá-las 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; 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 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 esquizóide ou esquizotípica pois podem se isolar mais ou permanecer envolvidas com as fantasias eliciadas, ao invés de adotar a perspectiva de auto-observação 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; 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 "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 opióides. 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 baseado, 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 egóico, desenvolver a sensação de harmonia com o universo, e a capacidade de aumentar a compaixão, sensibilidade e serviço a outros.

IV.E.3. 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 ultimas 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 conseqüência 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). Ha falta de evidências experimentais dando apoio a estas crenças.

IV.E.4. 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).

IV.E.5. Conversão

No grego e hebraico significa voltar e retornar. Tem na tradição judaica-cristã a conotação no pensamento, sentimento e ação de uma pessoa ou povo quando deixam de lado os ídolos e se voltam para o deus verdadeiro, ou quando se arrependem e retornam a aliança com deus (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, esta está consciente de suas faltas, 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; BUCKLEY, GALANTER (1989;1978) entrevistou participantes de duas seitas orientais nos Estados Unidos, a Igreja da Unificação (Rev. Moon), e a Missão da Luz Divina, que década de setenta oitenta foram foco е de na controvérsias, com acusações de lavagem cerebral, manipulação e exploração de seus membros. O recrutamento pode ser aberto ou disfarçado (participar de uma reunião sobre problemas sociais, por exemplo). O novo membro potencial é recebido em uma atmosfera de apoio e aceitação condicional onde se oferece uma visão do mundo que promete a solução para todos os problemas potenciais. O aderir ao grupo (conversão) trás um alívio do sofrimento neurótico e uma sensação de bem estar e diminuição no consumo de drogas. Isto serve como reforço para manter a pessoa no grupo, pois a partir de então qualquer dissensão é recebida com repúdio. De todos os que vão as reuniões iniciais, permanecem os que tem problemas neuróticos leves e conflitos familiares. psiquiátricos mais são graves não aceitos. discretamente convidados a se retirar. Quanto mais próximo a pessoa se sente do grupo e seus valores maior é o alivio que experimenta. O grupo estrutura todas as áreas da vida da pessoa, seu trabalho, vida sexual, socialização, casamento, interesses intelectuais. Não há conflito, pois tudo já está pré-determinado. Quanto mais a pessoa se conforma às normas do grupo, mais ela sobe na hierarquia e é considerada "santificada".

IV.E.6. 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 n\u00e3o funciona imediatamente, a falta de cura n\u00e3o \u00e9 atribu\u00e1da ao sistema terap\u00e9utico, mas ao curandeiro ou ao rem\u00e9dio).
- Relação terapeuta-cliente : o vinculo é importantíssimo.
 Na prática clínica tem sido demonstrado que calor humano, empatia, e terapeuta genuíno produzem melhores resultados (ROGERS et al. 1967; SLOANE et al. 1975). No meio mágico, a onipotência e carisma do curandeiro (a auto-apresentação com poderoso, auto-confiante, onipotente e energia autoritária).
- Remissão espontânea de sintomas psicológicos.

• Abreação: Exorcismo pode funcionar como uma abreação (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 alivio. Alem de ser eficaz para o indivíduo, prove catarse para o grupo (Kiev 1972).

IV.E.7. Liturgia

Termo usado no Ocidente para indicar a adoração oficial pública à deus pela igreja. Envolve a participação ativa e consciente da assembléia 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)

IV.E.8. A benção

Benção, passes, imposição de mãos, unção dos enfermos são práticas presentes em diversas religiões desde a antigüidade. 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).

IV.E.9. 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 utilizam 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.

IV.F. A experiência mística

E 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.

IV.G. 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 um outro nível de existência. Cerca de um terço das pessoas que tiveram um contato próximo com a morte, relatam este tipo de experiência. GREYSON; HARRIS (1987) resumem os problemas psíquicos 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 medo a experiência seja interpretada prévios; que instabilidade mental; dificuldade em reconciliar as mudanças de atitude com as expectativas da família e dos amigos; sensação de ridículo e da isolamento: medo do rejeição dos dificuldade de comunicar o significado e o impacto da experiência e dificuldade em manter papéis prévios que agora não têm mais o mesmo significado.

IV.H. 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 conseqüências 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; 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 sobreposição dos temas abordados, com os diretores espirituais tópicos psicológicos, endereçando todos os psicoterapeutas evitando os temas espirituais. As 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. Usadas 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 torna-se 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.

IV.I. 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, transes, "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 Guine 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 que varrem a 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. O movimento pentecostal que se espalha pela América Latina não é um movimento de modernização, mas uma tentativa de abandonar "o mundo". 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 se oferecerá oportunidade para crescimento pessoal, transformação social e ajustamento.

A religião pode oferecer formas de acomodação, novos grupos provendo apoio social, um sistema explicativo, restruturação 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 inovativas 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).

IV.J. "Locus of Control"

Termo derivado da teoria de aprendizado social, refere-se a estados internos que explicam porque certas pessoas ativamente, obstinadamente е voluntariamente tentam lidar circunstancias difíceis, enquanto outros sucumbem diante delas. Algumas pessoas agem e outras deixam de agir em face do desafio. É uma abstração que se desenvolve de encontros específicos acumulados onde as pessoas percebem as seqüências causais que ocorrem em suas vidas. A crença que o indivíduo apresenta sobre a relação entre suas ações e as consequências. Um "Locus of Control" interno está associado com o perseguir ativo dos alvos, através de ação, procura de informação, vigilância, tomada de decisões autônomas e sensação de bem estar. Os com "Locus of Control" externo têm com mais freqüência depressão e ansiedade, e lidar com experiências estressantes menor capacidade de (LEFCOURT, 1991).

Alguns sistemas teológicos podem privilegiar um ou outro tipo de "locus of control." Por exemplo, o Calvinismo e determinístico e a corrente Wesleyiana 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.

(1988), três estilos de lidar e Para PARGAMENT et al. solucionar problemas estão relacionados com a religião: cooperação, o delegar e a auto-direção. Estes estilos foram claramente identificados através de analise 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 do indivíduo, e correlacionar-se-ia competência 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 os enfrentar. No delegar, o indivíduo é visto como passivo, delegando a deus responsabilidade para lidar com as dificuldades. A pessoa espera soluções e isto parece estar relacionado à 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 auto-direção 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.

IV.L. Influências superempíricas e cura espiritual

Uma forca 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 Elóptica, 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, auto-realização, 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 "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 estatísticamente 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 e 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.

IV.M. 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; 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 equação de causalidade, ou uma variável cultural, mas uma maneira de vivenciar e perceber o mundo (KROLL, 1995).

IV.N. Explicação multifatorial

Uma combinação não reducionista de algumas ou todas Teoricamente explicações acima. devido ao multidimensional da religião parece que nenhum fator por si só pode explicar porque certas expressões ou características da religião poderiam promover ou prejudicar а saúde. 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 a determinada maneira de ser religioso que promove saúde.

Por exemplo para os adventistas teríamos: evitar carne baixos níveis de (dieta com gordura е colesterol), desencorajamento de casamentos entre familiares selecionar de uma população, o que tendencia a determinado problema de saúde), ênfase na solidariedade da família e companheirismo religioso (prevenindo efeitos fisiológicos do estresse e ansiedade), ênfase teológica na responsabilidade sobre a própria saúde (encorajamento de cuidados e comportamentos benéficos), sensação de confiança e paz pela expectativa de Deus estar agindo no mundo e através dos rituais religiosos, 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; 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 e 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 a 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, freqüentar 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 proscrições religiosas. São 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; 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.

V. 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 psicoterápicas perspectivas correntes a religiosas (Psicanálise, Análise Jungiana, Psicologia Transpessoal, Terapia Cognitiva); ou o uso de tecnologias próprias à religião como técnicas para a psicoterapia (Meditação Transcendental, Psicotranse. Terpsicoretranseterapia, Terapia Passadas, Terapia Noossofrológica, 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: freqüência de uma atividade eclesiástica; freqüência do orar ou rezar; concordância com questionários que avaliem atitudes e crenças religiosas, deixando de lado a vivência da experiência religiosa.
- 3. A introspeção 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.

V.A. 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:

- 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 Psychiatrits 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.

(1983) criticam STARK (1971);BERGIN literatura а disponível, como sendo pobre, antiga e, em geral, de qualidade faltam comparação; grupos de as amostras 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 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 pletora 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 freqüentemente 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 auto-realização 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 auto-realização. Pontos subtraídos se a resposta for afirmativa à afirmação "I orthodoxly religious". Em outros testes, variáveis como autodisciplina, altruísmo, humildade, obediência à autoridade, moralidade convencional são avaliadas negativamente, sendo vistas como prejudiciais, enquanto que, auto-expressão, 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 guiam 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 três categorias: "conselheiros", "clientes" "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 freqüência o compromisso religioso foi uma variável dos trabalhos científicos publicados de 1978 a 1982 no "American Journal of Psychiatry", no Psychiatry", no "British Journal of "Canadian Journal 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 artigos avaliavam apenas denominação religiosa. 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 freqüência 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 freqüência 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 socio-econômico, 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 auto-seleção 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 conseqüência 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 freqüência 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, atitudes 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 freqüência 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 freqüência a serviços religiosos é medido é inadequado. Os estudos populacionais nos EUA mostram que 42% da população freqüenta 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 freqüência a serviços religiosos, considerar que as diversas tradições atribuem valor diferente às práticas religiosas, 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 freqüência 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.

V.B. 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 freqüência, 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.

V.C. 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, freqüência a cultos ou serviços religiosos ou de práticas religiosas privadas (oração, leitura, programas de rádio ou televisão, meditação, etc.), ou grau de participação em atividades ligadas à igreja, medidas de religiosidade, etc. (WILSON, 1978; ROBINSON; SHAVER, 1973).

V.C.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 deconhecendo 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 manutenção e sentimentos de transcendência ou de contato com o sobrenatural. O caráter organizacional da igreja, as crenças, atitudes, valores, pensamentos, experiências subjetivas 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).

V.C.2. Freqüência a serviços religiosos

Um item inquirindo sobre freqüência 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 freqüência pode variar entre judeus e gentios, católicos e protestantes, entre os diversos tipos de protestantes, entre as denominações.

Um problema do uso da freqüência a serviços e a práticas religiosas (freqüência 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 freqüência 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 freqüência, mas a inter-relação entre as várias práticas (p.e. duas pessoas com a mesma freqüência 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.

Freqüência 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: freqüência de comunhão ou confissão; carismáticos: freqüência ao sermão e a reuniões de oração; quakers e bahais: freqüência de contemplação silenciosa, palestras inspiracionais e apelos por justiça social) (LEVIN; MARKIDES, 1986)

Apesar destas críticas, a freqüência é uma das melhores medidas, por sua simplicidade e por correlacionar com

religiosidade intrínseca (LARSON; LARSON, 1994).

V.C.3. Conhecimento da tradição religiosa

Freqüência a serviço religioso é uma maneira indireta de saber como a pessoa participa de outras práticas importantes da Mas isto não é suficiente, deve-se caracterizar sua religião. específicos necessários conhecimentos sobre considerando-se variações, as suas sacramentos, aspectos proféticos e místicos. Cada religião coloca uma ênfase diferente na importância e na quantidade da freqüência a serviços religiosos. Sem conhecer as ênfases, expectativas e identidade cultural não se pode 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 (Você acredita nisto ou naquilo?). Se cognitivos a fé 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, freqüência 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 saúde são: filiação religiosa, religião е incluindo denominação, localização geográfica e duração da residência neste local (índice de coesão e integração, isolamento), idade atual e batismo, crisma, confirmação, conversão, salvação, Mitsvah, "kundalini awakening", "opening", ou o que for relevante para a tradição religiosa em questão; freqüência a serviços religiosos, freqüência a outras atividades (classes, funções, encontros, reavivamentos etc.); o conteúdo específico; autoavaliação do compromisso religioso. Em suma é necessário o uso de múltiplas medidas.

- 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 charactheristics. In EDWARDS, P. (Ed.) **The Encyclopedia of Philosophy** v.7, p.141-144. Macmillan, London 1982. (apud Levin e Vanderpool 1987).
- 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 md Religion. (report 132).
 American Psychiatry Press, Washington DC. 1992. Leaders and
 Flowers: A Psychiatric Perspective on Religious Cults.
- 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
- 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 interpenetation of civilizations. Baltimore, JOHNS HOPKINS Press. 1978
- 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.

VI. Transtornos mentais em ministros e líderes religiosos VI.A. Transtornos Mentais em Líderes e Fundadores de Novas Religiões

líderes Diversos е fundadores de novas religiões apresentaram comportamentos que poderiam ser caracterizados hoje Inovadores e líderes de novos movimentos psicóticos. políticos e religiosos são freqüentemente tomados como loucos, particularmente quando suas inovações são inaceitáveis, 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 progressos 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 epileptóide. Mudanças só podiam ser iniciadas pela anormalidade, e distingue o gênio verdadeiro (de tipo epileptóide) 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 epilépticos, nos momentos que precedem uma crise.

Estas idéias 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; 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 Stylittes 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 cairem 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 grande parte da comunidade judaica no século XVII, alternava dias de angústia e êxtase.

- JAMES (1902) disse: "dificilmente 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; 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; JAMISON, 1990).
- SWENDENBORG (1688 1772) teve sua biografia analisada por Maudsley em 1869. Nascido de uma família religiosa, seu pai era bispo e professor de teologia, destacou-se com 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 visões е 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 qustativas e sentia seu cabelo como uma multidão de cobras. Apresentou idéias paranóicas acerca dos Quakers. Mantinha a idéia 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 suas 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, seguidores Blake, Balzac, Baudelaire, tendo como 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 Sommerset Maughan (MAUGHAN, 1949). Permaneceu em um quadro psicótico de tipo catatônico por três anos, negligenciando seu corpo ao e cabelos compridos, unhas sem se alimentar, extremo, 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 sequidores. 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 idéias 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 internados hoje.

A maioria das sociedades tribais parecem 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, conseque 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 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 idéias são aceitas pela sociedade. É o caso de Nietsche. Strindberg e Artaud, apesar de terem apresentado respectivamente paralisia geral, paranóia e esquizofrenia, e de suas idéias 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, idéia 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 soluções sejam aceitas de pessoas que em outras épocas seriam estigmatizados como loucas. "Épocas de desespero necessitam de

remédios desesperados", a psicopatologia pode ter um papel inovador.

5. Sociedades pequenas, principalmente pré-literadas, são mais abertas a uma maior variedade de comunicações idiossincráticas. Em outras palavras, há sociedades que conseguem atribuir sentido a psicopatologia. O conceito de psicopatologia de algumas sociedades é mais restrito que o das sociedades ocidentais.

VI.B. 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 porcento (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 porcento (18.55%) eram maníaco-depressivas, sendo este o valor esperado pelo acaso. Achou maior número de casos de melancolia involutiva e esquizofrenia paranóide 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 paranóia também foram observados 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; FERGUSON, 1953; KELLEY, 1958) advogaram que mulheres prépsicóticas 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 freqüência os diagnósticos de esquizofrenia e transtornos psiconeuróticos, enquanto que na população leiga eram mais frequentes as síndromes Explica cerebrais orgânicas e a deficiência mental. diferença pela sífilis e o alcoolismo serem extremamente raros entre as freiras e muito freqüentes 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 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 casos hospitalizados por mais de 5 anos, 92% eram psicóticas, sendo 71% esquizofrênicas e 20% 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 paranóide 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 freqüência de diagnósticos psiquiátricos foi semelhante ao da população geral.

MEIBURG; 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 freqüentes foram: estado ansioso, estado tensional,

transtorno gastrointestinal funcional, depressão, piloroespasmo, hipertensão, enxaqueca, cefaléia, doença cardíaca, bronquite, aumento da próstata, deformidade duodenal, hemorróidas e amebíase interrogada. Metade dos diagnósticos eram devidos 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)73 candidatos relata que de missionários, 23% foram rejeitados por sérios problemas mentais (psicoses ou neuroses incapacitantes) e 47% foram condicionalmente, pois possuíam algum problema emocional poderia prejudicar seu desempenho CITA MASSERMAN (1955) avaliou 364 candidatos num período de 15 anos. Vinte e um porcento foram rejeitados, 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 paranóides), 8 maníaco-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 auto-acusatória seria o transtorno mais proeminente entre elas, justificando isto através de:

- sessenta e quatro porcento 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 auto-exame 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; 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 freqüência, 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 freqüentes 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 freqüência, 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 virem 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: tinham 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 numero significativo (p=0,01) 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 freqüência 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 porcento (46%) receberam o diagnóstico de transtorno de personalidade, sugerindo a presença de problemas de ajustamento já há longo tempo.

VANDER VELDT; 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 alta 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 Passivoagressiva foi frequente entre os clérigos.

McALLISTER; 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. de idade Observaram diferenca entre sacerdotes 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 (sexual acting out) foram mais frequentes entre os sacerdotes (25% da amostra). O Alcoolismo foi mais frequente entre os clérigos homens (32 internações) e drogas, mais freqüente 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 precoce entre os clérigos, sendo que quase metade apresentavam 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).

freiras pacientes entraram na vida religiosa 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 internado, 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 freqüentes 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 paranóide e esquizóide. 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 episcopais. Os critérios foram descrever-se como alcoolista e satisfazer o conceito de alcoolismo de Keller ("Alcoolismo é um comportamento crônico manifesto transtorno de por beber sequidamente bebidas alcóolicas 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; BEIT-HALLAHMI (1975) revisaram alguns artigos e assinalaram que, entre candidatos а vida religiosa seminaristas, o índice de neuroticismo era elevado nos Estados (ROE, 1956). Estas pessoas seriam mais isolados 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) descrevem os problemas psicológicos de 29 homens e 13 mulheres com idades entre 29 e 64 anos, clérigos católicos, encaminhados para tratamento. Utilizaram para avalialos o WAIS (Weschler Adult Intelligence Scale), o MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) e o Teste de Rorschasch. Identificaram os sequintes 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.

VI.C. Sexualidade do ministro religioso

A sexualidade dos ministros religiosos tem estado em evidencia 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 ambigüidades que o tema suscita (LEBACQZ; 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; 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; 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 historias 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 paroquia. A seguir, entrevistaram em profundidade cerca de vinte pastores por todo o país que concordaram em compartilhar suas histórias. Reconhecem que a metodologia utilizada não foi cientifica, 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).

VI.D. 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 historia 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 qualidades 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, 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 considerados bem. Conclui que as podem ser 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 realizálo. 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, freqüentemente 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

resultados tangíveis, patologia dos apresenta paroquianos, tensões decorrentes de estressores do passado não corretamente sentimentos de inferioridade. resolvidos, е As esposas falta acontecimentos inesperados, raiva, assinalaram: de resultados tangíveis do trabalho, perfeccionismo, excesso de atividades, auto-imagem, impossibilidade de mudar de 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 freqüentes 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 freqüência 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, oficiar 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 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 auto-determinar 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 historia 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; 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 freqüência com que achavam o aconselhamento pastoral estressante, e com que freqüência pensavam em deixar esta área de atuação. Às esposas foi perguntado com que freqüência as atividades de conselheiro causavam nelas estresse e tensão.

Apenas 0.7% consideraram a atividade estressante sempre, 16.1% freqüentemente, 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.

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 metodista e episcopal. 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 categorias: sobrecarga, seis sub responsabilidade, ambigüidade 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 enfrentálos. Completaram também o questionário sobre Religião e Estresse de RAYBURN; RICHMOND (1982). Em cada grupo, 10% da amostra foi entrevistada pessoalmente para esclarecimentos sobre estresse. Observaram que as freiras tinham menor nível de estresse e e possuíam os melhores recursos pessoais para lidar com Rabis reformadas, que constituíam 0 grupo tradicional, tinham os níveis mais elevados condições para contra ele lidarem com sucesso ("coping"). 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 congregação ou aos pastores, que não são inferiores ou competidoras.

episcopais, que são mais aceitas, apresentaram menor 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 papeis 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.

VI.E. 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. Historias de abuso na infância não são incomums. 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 auto-aperfeicoamento, 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.

VII. Prevalência de Transtornos Mentais entre Ministros Religiosos de São Paulo

VII.A. Introdução

Diversas revisões mostram o benefício da religiosidade intrínseca e da freqüência a serviços religiosos para a saúde em geral e à saúde mental em particular (BERGIN, 1983; GARTNER et al, 1991; LARSON; LARSON, 1994). Entretanto, poucos estudos examinaram a pessoa-chave em assuntos religiosos: os membros do clero (MOORE, 1936; CHRISTENSEN, 1960; 1961; 1963a; 1963b; MCALLISATER; VANDER VELDT, 1961; 1965; BRADSHAW, 1977; KEDDY et al, 1990; RICKNER; TAN, 1994). Estes estudos são antigos, tendo sido realizados antes que critérios diagnósticos começassem a ser utilizados em psiquiatria, ou avaliassem psicopatologia com instrumentos de auto-avaliação, que GARTNER et al (1991) denominaram "testes de personalidade com confiabilidade e validade psicométricas limitadas". Não temos um retrato atualizado das necessidades dos ministros religiosos e do impacto de sua religião sobre sua saúde mental.

VII.B. Objetivos

Este trabalho visa estudar a prevalência de transtornos mentais em uma amostra de ministros religiosos cristãos, não católicos, residentes na cidade de São Paulo, verificando sua correlação com orientação religiosa, e os fatores de estresse da vida pastoral.

VII.C. Hipóteses

Como se viu na revisão os clérigos estão sujeitos a um perfil de fatores estressantes peculiar, que inclue exigência de falhas, disponibilidade constante, sobrecarqa sem trabalho, mediação frequente de conflitos e pouco reconhecimento social financeiro do seu trabalho. Espera-se е por prevalência maior de transtornos depressivos e ansiosos que na população.

Como religiosidade intrínseca está relacionada à melhor saúde, foi feita a hipótese de que os clérigos com esta orientação terão uma prevalência menor que os com orientação predominantemente extrínseca ou de busca.

VII.D. Método

VII.D.1. Procedimento

Uma carta explicando os objetivos e procedimentos deste estudo e dois questionários, o Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20; HARDING et al 1980) e o Inventário de Vida Religiosa (BATSON; VENTIS, 1982), com um envelope selado para retorno, foram enviados a 750 ministros religiosos das Igrejas Batista, Presbiteriana, Presbiteriana Independente, Metodista, Metodista Livre, Assembléia de Deus, Adventista, e a outros, pertencentes a uma mala direta de uma agência especializada em divulgar informações a missionários. Todos estavam vivendo ou trabalhando na cidade de São Paulo. Dezessete cartas foram devolvidas pelo correio por problemas no endereçamento. Duzentas e doze respostas foram obtidas, e cinco excluídas porque os

questionários foram respondidos ou por um membro da família, pela secretária da igreja, ou por uma pessoa com papéis administrativos, ou de cuidado, não relacionados à atividade pastoral.

As duzentas e sete respostas foram divididas em dois grupos, de acordo com o resultado no SRQ-20, acima ou abaixo do ponto de corte. Vinte sujeitos em cada grupo foram sorteados, através de uma tabela de números aleatórios, e convidados, por telefone, entrevista mais detalhada. Esta foi considerado mais conveniente, na casa, no gabinete pastoral, ou no Hospital das Clínicas da FMUSP. Quando não se consequia contatar a pessoa através do telefone, uma carta-convite, solicitando contato foi enviada pelo correio. Se nenhuma resposta fosse obtida, o próximo nome da lista com o mesmo sexo era convidado. Três sujeitos foram substituídos, sequindo-se este critério.

A entrevista utilizou o SCAN - Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (WING et al., 1990), os períodos Estado Atual ("Present State") e A Vida Toda Antes ("Lifetime before") foram escolhidos. Somente a parte I do SCAN utilizada, pois ninquém apresentou respostas positivas screening para a parte dois (Sintomatologia psicótica, ou indicando organicidade). Após completar-se o SCAN, uma entrevista aberta, sequindo os itens do eixo IV do DSM III-R (Escala de para fatores psicossociais), foi utilizada gravidade verificar os principais fatores subjetivos de estresse na vida pastoral.

VII.D.2. Instrumentos

VII.D.2.a. SRQ-20 - Self-Report Psychiatric Screening Questionnaire (HARDING et al, 1980)

instrumento foi planejado para triar transtornos Este mentais em serviços de atendimento primário. É constituído por 24 itens, divididos em duas partes. Os primeiros vinte itens são planejados para detectar transtornos não psicóticos, restantes, para detectar transtornos psicóticos. A versão de 20 itens foi a utilizada neste estudo, por ter sido validada no (MARI; WILLIAMS, 1986), tendo Brasil sido observada sensibilidade de 83% e especificidade de 80%. Este instrumento foi considerado um instrumento adequado para ser usado pesquisas de campo realizadas em dois estágios, e um ponto de corte de cinco para homens, e sete para mulheres foi recomendado. Os que ficaram acima do ponto de corte foram denominados grupo SRQ-20 positivo, e todos os outros, grupo SRQ-20 negativo.

VII.D.2.b. SCAN - Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (WING et al., 1990)

Foi desenvolvido pela "Task force on Psychiatric Assessment Instruments", composto pela Organização Mundial de Saúde e pela "Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration" para aprimorar a confiabilidade da medida e a classificação dos transtornos psiquiátricos. Os elementos desse sistema são:

- PSE-10 ("Present State Examination"), um questionário que estrutura o exame clínico e provê avaliação para sintomas e

sinais psiquiátricos. A parte I inclui seções para sintomas não psicóticos, informação obtida pelo sujeito, e a triagem para a parte II. Esta inclui sintomas psicóticos, outras seções e informações obtidas a partir dos prontuários do sujeito.

As seções da parte I são:

- 1. Introdução: doenças físicas, transtornos somatoformes
- 2. Sintomas neuróticos não-específicos: preocupação, tensão, etc.
- 3. Pânico e ansiedade livre-flutuante
- 4. Fobias
- 5. Sintomas obsessivos e compulsivos
- 6. Ideação e humor depressivo
- 7. Comprometimento da concentração, atenção e energia
- 8. Apetite, peso, sono
- 9. Transtornos alimentares
- 10. Ideação e humor expansivos
- 11. Uso de álcool
- 12. Uso de outras substâncias
- 13. Triagem para a parte II
- SF/SD contém escalas complementares breves, necessárias ao diagnóstico pelo CID-10 ou DSM III-R.

No uso rotineiro, um ou dois períodos (primário e secundário) são selecionados:

- período primário (o mais recente período avaliado): Estado atual (PS, o mês antes do exame); episódio atual (PE, o ano anterior ao exame); qualquer período da vida (LE, o período completo de doença desde seu início até a hora do exame).

- período secundário (um período anterior ao primário): Episódio representativo (RE, um período mais característico que o primário, ou com sintomatologia diferente); toda a vida antes (lifetime before, (LB, do início da doença até o início do período primário).

Os dados são processados pelo CATEGO-5, obtendo-se dois perfis: 59 itens agrupados, cada um com um grau de probabilidade e um escore; 10 escores para os diferentes tipos de sintoma, e um escore total. Diagnósticos do CID-10 e do DSM III-R podem ser obtidos. Um índice de definição é fornecido, e um valor de pelo menos cinco é necessário para que o diagnóstico clínico possa ser considerado com grande probabilidade de ser significativo.

Um estudo de confiabilidade foi realizado em vinte centros ao redor do mundo, e os resultados ainda não foram publicados. FARMER et al (1993), em um estudo com psicóticos e seus parentes de primeiro grau, compararam o SCAN com o SADS em cinco centros europeus, encontrando concordância muito grande entre os dois instrumentos.

VII.D.2.c. Escala da Gravidade dos Estressores Sociais (Eixo IV, DSM III-R)

Esta escala fornece uma lista dos principais estressores psicossociais humanos, sendo que questões específicas sobre a vida pastoral foram acrescentadas. Dois escores foram obtidos acerca do último ano, variando de um (nenhum) a seis (catastrófico): o primeiro para eventos agudos; e o outro, para eventos de longa duração.

VII.D.2.d. Inventário da vida religiosa (BATSON; VENTIS, 1982)

É formado por diversas escalas:

a. Escala de orientação Religiosa (ALLPORT; ROSS, 1967)

Formada por dois instrumentos que medem, respectivamente, religiosidade extrínseca e intrínseca.

- b. A versão de GLOCK; STARK (1966), para a Escala de Ortodoxia Religiosa (planejada para medir crenças nas doutrinas religiosas protestantes tradicionais), é componente importante da orientação intrínseca.
- c. Escala de religiosidade externa: planejada para medir um componente da religiosidade extrínseca o grau em que o ambiente social externo influencia a religiosidade da pessoa. Religião que é uma resposta à influência social refletiria uma orientação extrínseca, pois seria provavelmente motivada pelo desejo de obter aprovação social.
- d. Escala Interna: Foi planejada para medir um componente da orientação intrínseca, o grau em que a religião individual é resultante de necessidades internas por certeza, força e direção. Baseia-se na necessidade de encontrar respostas claras e firmes às questões existenciais.
- e. Escala Interacional: planejada para medir o componente básico da orientação religiosa do tipo busca: o grau em que a religião da pessoa envolve um dialogar aberto com as questões existenciais levantadas pelas contradições e tragédias da vida; a prontidão para enfrentar questões existenciais sem diminuir sua complexidade; autocrítica; percepção das dúvidas religiosas, e o estar aberto a mudanças.

BATSON combinou estas seis escalas e, empregando análise fatorial, produziu três fatores independentes: religião como meio (meio para atender outras necessidades); como fim (crença devota verdadeira, religião como uma resposta final e clara), e religião como busca (enfrentar as questões existenciais em toda a sua complexidade, rejeitando respostas simplistas). O instrumento foi submetido a estudo de validade e diferenças estatísticas confiáveis foram obtidas, indicando quais fatores discriminavam de modo previsível entre pessoas com escore elevado e baixo nessas orientações (BATSON; VENTIS 1982).

VII.D.3. Análise Estatística

A prevalência global foi calculada através de:

$$PV+ = S.P + [(1 - E) (1 - P)]$$

onde:

PV+ é igual a valor preditivo positivo;

S = sensibilidade;

E = especificidade;

P = Prevalência (HULLEY; CUMMINGS, 1988).

A prevalência diagnóstica específica foi calculada multiplicando-se a prevalência global pela razão entre as freqüências diagnósticas específicas e o número confirmado de casos.

Os seguintes testes estatísticos foram utilizados: Para comparação entre os grupos SRQ-20 positivo e negativo, Teste de Pearson; para comparações entre o SCAN com e sem grupos diagnósticos, Teste Exato de Fisher; e para a relação entre

escalas de orientação religiosa e os outros instrumentos, o Teste Mann-Whitney U-Wilcoxon Rank Sum.

VII.E. Resultados

Perfil Demográfico

Duzentos e sete (28.2%) ministros religiosos responderam ao questionário SRQ-20; 201 (97.1%) eram homens; 183 (88,4%) casados; 12 solteiros; 3 viúvos, e 2 divorciados. Cento e setenta e oito (85.9%) tinham educação universitária e 16 completaram o curso colegial. A idade média foi 44.7+/- 13.6 (68.6% estavam entre 30 e 60 anos de idade). Representavam as seguintes denominações religiosas: 87 batistas; 52 presbiterianos; 19 metodistas; 6 da Assembléia de Deus, e 43 de diversas outras.

Resultados do SRQ-20

Cinqüenta e dois (25.1%) apresentaram escore acima do ponto de corte, sendo classificados como grupo SRQ-20 positivo. Não houve diferença entre os dois grupos quanto ao gênero, educação e estado civil. O grupo SRQ-20 positivo tinha uma idade média de 40,2+/-10.8, e o grupo negativo, 46.4+/-13.7 (p=.005).

Prevalência de transtornos mentais no Estado Atual (Present State)

No geral, 22% dos sujeitos apresentaram sintomatologia psiquiátrica; mas, quando o índice de definição foi aplicado,

12.5% apresentaram sintomas suficientes para receber um diagnóstico com significado clínico. A sensibilidade do SRQ-20 foi de 1.0, e a especificidade foi de 0.645. Os diagnósticos específicos encontrados no Estado Atual estão detalhados na tabela VII.1.

Prevalência de transtornos mentais durante a vida antes (lifetime before)

A prevalência de sintomas neste período foi de 68%, com 42% recebendo um diagnóstico psiquiátrico com significado clínico. Estes estão descritos na tabela VII.2.

Prevalência de Transtornos mentais durante toda a vida (Lifetime ever)

Setenta e três por cento dos ministros religiosos apresentaram sintomas psiquiátricos, quando todo o período de vida foi considerado; e 47% receberam um diagnóstico psiquiátrico significativo (tabela VII.3).

Inventário da vida e orientação religiosas

Não houve diferença entre os dois grupos SRQ-20 quanto à variável religião como um meio (p = 0.29). Mas o grupo SRQ-20 positivo apresentou valores significativamente menores (p=0.007) na orientação religião como um fim, e maiores na religião como busca (p=0.005). As principais diferenças foram encontradas nas escalas intrínseca (p=0.005), interna

(p = 0.02), e interacional (p = 0.002) (tabela VII.4).

Nenhuma diferença de orientação religiosa foi encontrada, quando os sujeitos foram divididos de acordo com a presença ou ausência de um diagnóstico pelo SCAN, apesar de existir uma tendência de escores mais baixos na orientação religião como um fim, no grupo com sintomas no período durante a vida anterior do SCAN (p = 0.08).

Eventos estressores na vida dos ministros religiosos

Os principais eventos estressores na vida dos 40 ministros que foram entrevistados estão detalhados na tabela VII.5.

O grupo SRQ-20 positivo apresentou escores significativamente maiores para estresse agudo (p = 0.007) e crônico (p = 0.04).

VII.F. Discussão

A prevalência de transtornos mentais (47%) nesta amostra de ministros religiosos é maior que a encontrada na população de São Paulo, onde a prevalência global de transtornos mentais para a vida toda foi 31%, 33% para homens e 29% para mulheres (ALMEIDA FILHO et al., 1992).

Como os dados para o Exame Atual do Estado Psíquico não estão disponíveis para São Paulo, comparamos os resultados desta amostra (12.5%) a outros estudos que usaram o PSE 9 em outros locais. Estamos considerando aqui somente as prevalências global e masculina, apesar das mulheres não terem sido excluídas desta

amostra. BEBBINGTON et al (1981) obtiveram, em Clamberwell (Londres), uma prevalência global de 10.9%, e de 6.1% para os homens. HENDERSON et al (1979), em Camberra, obtiveram prevalência global de 9%, e de 7% para os homens. MAVREAS et al (1986), em Atenas, obtiveram prevalência global de 16%, e de 8.6% para os homens. ORLEY; WING (1979), em Uganda, encontraram 24% dos homens com um diagnóstico clínico significativo, explicando a alta morbidade pelos casos não tratados de depressão.

Há uma diferença importante entre o PSE 10 e o PSE 9, pois o primeiro inclui diagnósticos relacionados a álcool e depressão, o que poderia explicar as prevalências mais elevadas obtidas na amostra. Entretanto, estes diagnósticos não estavam presentes entre os ministros religiosos, o que torna os dados comparáveis. Excluindo Uganda, o índice de transtornos mentais entre os ministros religiosos de São Paulo foi maior que em qualquer outro local.

As seguintes prevalências específicas foram encontradas em São Paulo por ALMEIDA FILHO et al (1992):

Diagnóstico	Prevalência	Prevalência
	Global	Masculina
Transtornos Ansiosos	10.6%	7.3%
Transtornos Fóbicos	7.6%	4.9%
Conversão	2.8%	-

Transtorno de Ajustamento	0.6%	-
Depressão	1.9%	_
Mania	0.3%	_
Psicoses	0.9%	_
Abuso e Dependência de Álcool	7.6%	15.2%

Depressão, não encontrada na amostra paulista de ALMEIDA FILHO et al. (1992), foi o diagnóstico mais frequente entre ministros religiosos (16.4%). Apesar disto ter sido conseqüência de um viés de amostra, dados de Porto Alegre (5.9%) e Brasília (1.1%), duas das principais cidades do país, também mostraram uma prevalência menor de depressão (ALMEIDA FILHO et al 1992). depressão, dezessete pastores com apenas quatro receberam qualquer tipo de tratamento (um através de antidepressivos, três com psicoterapia, sendo que apenas um foi além da consulta Esta falta de tratamento apropriado pode também ser uma explicação para a prevalência elevada. Apesar de no Brasil o acesso aos serviços de saúde mental não ser fácil, isto pode ser agravado pela dificuldade que os ministros religiosos têm em procurar ajuda. Somente dez pastores informaram conversar ou procurar orientação com alguém de sua igreja ou com outro colega ministro ou bispo, com medo de incompreensão e de repercussões para sua carreira.

Nesta amostra, foi observada discreta prevalência aumentada de Transtornos Ansiosos (9.4%), mas menor de Transtornos Fóbicos. (1.17%). Alcoolismo, o principal diagnóstico psiquiátrico nos homens de São Paulo (15.2%), não foi encontrado entre os

ministros religiosos. No passado, problemas com álcool foram observados (abaixo do índice de definição 5) em 7.3%. Todos os quatro ministros com este problema atribuíram o ponto de mudança no comportamento de tomar bebida alcoólica à conversão ou a uma experiência religiosa. Ninguém recebeu um diagnóstico de abuso ou dependência no "Present State Examination", e a maioria tinha a abstinência como uma norma. Pesquisa prévia constatou ser o álcool o problema mais freqüente em uma amostra de sacerdotes católicos e episcopais (MCALLISTER; VANDER VELDT, 1965; VANDER VELDT; MCALLISTER, 1962), o que não foi confirmado nesta amostra.

Novamente, como afirmado e revisto por BENSON (1992), a religião teve um impacto enorme no início do uso de álcool e drogas. Estes dados também mostram seu impacto sobre o uso problemático, pois três dos quatro ministros haviam tido, no passado, ou um uso prejudicial de álcool, ou uma síndrome de dependência.

Psicoses não eram esperadas nesta amostra devido ao viés de seleção da amostra, pois a maioria das listagens de endereços eram de ministros ativos. A ausência de Transtorno Obsessivo-Compulsivo vai contra a tradição psiquiátrica de relacioná-la à religiosidade. FITZ (1990) mostrou a falta de estudos adequados sobre este relacionamento. CHRISTENSEN (1963b) encontrou reações obsessivo-compulsivas em 15% dos 100 ministros religiosos de sua amostra; a maioria com pensamentos obscenos que tinham medo de poder verbalizar. LA BORIA (1975) encontrou as mesmas reações em 70% de sua amostra de clérigos hospitalizados investigados na Itália, e BRADSHAW (1977) observou personalidade obsessivo-

compulsiva em 27 dos 140 clérigos pacientes. Queixas do tipo obsessivo acerca de temas relacionados à sexualidade sugeridos por quatro dos pastores entrevistados desta amostra, mas nenhum com a freqüência ou características que satisfizessem do PSE. pastor tinha critérios Um sintomas obsessivos OS relacionados diagnóstico Pósao Transtorno por Estresse Traumático.

amostragem pode ter sido responsável pela viés de prevalência elevada de transtornos afetivos encontrada entre os pastores. Apesar de SIEMIATYCKI et al. (1984, 1984b) mostrado a validade de pesquisas epidemiológicas baseadas correspondência, sem evidência de uma qualidade inferior resposta, e sem haver diferença na comparação entre os que responderam primeiro e os que responderam mais tarde; metodologia que utilizaram, enviaram lembretes quatro vezes para obter 68.5% de taxa de resposta. Neste estudo nenhum lembrete foi enviado, e a resposta obtida foi de apenas 25%. Nenhum dado demográfico está disponível para assegurar que a amostra é representativa da população de ministros religiosos. Na opinião de SIEMIATYCKI et al. (1984b), uma taxa de resposta de apenas 25% pode mudar a prevalência observada de uma doença, se a doença for a causa de não resposta. No caso dos pastores, é necessário pensar que talvez a doença possa estar aumentando as taxas de resposta. Aqueles que estão sofrendo poderiam ter maior motivação para responder aos questionários.

Outra explicação pode estar no período em que a pesquisa foi realizada: período este de recessão econômica e inquietação

tudo com repercussão na vida da igreja, social, desemprego e insegurança entre os membros das igrejas evangélicas que às classes protestantes pertencem sociais desfavorecidas. Este fator pode trazer menores salários preocupações econômicas aos pastores e instabilidade no número de membros da igreja, pois razões econômicas são uma das possíveis explicações para mudança e mobilidade religiosa (BOURGUIGNON, Períodos 1992). inesperados de desemprego, com denominações não provendo qualquer assistência, e épocas em que o ministro está mudando de igreja foram também uma frequente.

Os ministros religiosos, quando comparados à população brasileira, possuem melhor nível de educação (85% com nível universitário). No Brasil, menos de 10% da população completa o segundo grau. A pressão para se ter um estilo de vida classe média e a ausência dos meios para tal são outra fonte de estresse.

Um achado inesperado foi a exposição à violência e a grande freqüência com que enfrentam problemas relacionados a infrações legais ou criminais. Diversos ministros e familiares foram assediados, ou ameaçados fisicamente, ou através de telefonemas de madrugada, durante divisão de igrejas ou conflitos; certamente um comportamento não esperado em ambientes cristãos.

Problemas legais ou criminais estão relacionados ao envolvimento involuntário ou ingênuo do pastor, procurando ajudar pessoas problemáticas que procuram a assistência da igreja (p.e. um pastor recebeu em sua casa uma mulher que sofreu abuso e que

não tinha para onde ir. Mais tarde foi processado, quando um namorado induziu-a a declarar que não havia recebido seus salários de empregada doméstica; ou o pastor que foi detido por estar com um ladrão de automóveis a quem procurava evangelizar). Roubo de doações e ofertas da igreja pelo tesoureiro foi um problema que dois ministros precisaram enfrentar. Problemas legais, relacionados a conflitos sociais, também foram citados. Uma das descrições mais emocionantes foi a de um pastor que viu seu trabalho em uma favela terminar abruptamente, quando os moradores foram despejados e caminhões e tratores destruíram tudo. Um ministro com Transtorno por Estresse Pós-Traumático foi torturado por motivos políticos.

O sucesso é avaliado através do número de membros da igreja. Este foi o critério quase unânime. Mesmo quando critérios de avaliação mais qualitativos eram mencionados, afirmava-se que o "crescimento da igreja é a conseqüência."

Conflitos por doutrina e interpessoais entre membros da igreja e divisões de igrejas foram temas comuns de preocupação. Sete pastores atravessaram esta experiência. Um a estava atravessando, sendo processado por um dos grupos que queria ficar com o prédio da igreja e sua conta bancária; um outro era o mediador numa igreja que havia se dividido.

A grande prevalência de transtornos do sono pode ser explicada pela co-morbidade com transtornos depressivos e ansiosos. Metade dos sujeitos com o diagnóstico queixou-se de hipersonia, a conseqüência inevitável de noites mal dormidas (ROTH et al 1994). Sobrecarga de trabalho (p.e. trabalho secular

e eclesiástico, duas ou três igrejas ou congregações sob sua responsabilidade, falta de privacidade, chamadas telefônicas tarde da noite, ausência de dias livres para lazer) foram referências comuns. Este sintoma pode, pois, ser entendido.

Orientação religiosa intrínseca foi novamente correlacionada melhor saúde mental. Como este foi um estudo de corte transversal, não sabemos se ela foi a responsável pela melhor saúde mental, ou se sujeitos com sintomatologia psiquiátrica mudam sua visão, questionando mais sua fé e apresentando maior número de preocupações existenciais. A ausência de diferença entre os dois grupos em relação à orientação religiosa extrínseca pode ser explicada pela composição da amostra; pessoas dedicadas à religião. BATSON; VENTIS (1982) não puderam encontrar dados acerca do relacionamento entre orientação religiosa e mental definida como ausência de doença, o critério que foi utilizado neste trabalho. A expectativa por eles sugerida de ausência de doença relacionada à religiosidade tipo fim, e não à religiosidade do tipo busca foi mantida, uma encontrados principais diagnósticos foram transtornos depressivos e ansiosos relacionados que podem ser classificação de conceitos saúde definida de mental como "preocupação e culpa."

A maior prevalência de transtornos depressivos e outros diagnósticos psiquiátricos é um achado que necessita ser replicado com o aperfeiçoamento da metodologia e de amostras mais amplas, e também em outros centros, ou com outros grupos religiosos. A maioria dos fatores de estresse poderiam ser

lidados através de melhor treinamento durante os anos de seminário: orientação e aconselhamento pré-conjugal, mediação de conflitos, teoria de sistemas, treino de auto-afirmação, técnicas cognitivas, administração do tempo, administração do estresse e alvos com critérios realistas. Planejar, visando épocas quando uma igreja não está disponível; fornecer treinamento em trabalho secular, e desenvolver grupos de pastores para compartilhar e receber supervisão são medidas que podem ser realizadas e investigadas.

VII.G Conclusões

- A religião, uma variável que influencia a saúde mental, está sendo negligenciada pela psiquiatria nos seus estudos e programas de tratamento e prevenção.
- É necessário que o psiquiatra esteja familiarizado com a literatura sobre religião e conheça a religiosidade de sua clientela, para saber como utilizá-la clinicamente.
- Nas pesquisas é necessário uma avaliação multidimensional, que a respeite em sua complexidade.
- Orientação religiosa intrínseca parece ser benéfica à saúde mental.
- Ministros religiosos cristãos não católicos residentes em São Paulo, tem uma prevalência aumentada de transtornos afetivos e ansiosos, e menor de abuso e dependência de álcool e drogas.

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.
- 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.
- 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 Metaanalysis. 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 charactheristics. In EDWARDS, P. (Ed.) **The Encyclopedia of Philosophy** v.7, p.141-144. Macmillan, London 1982. (apud Levin e Vanderpool 1987).
- 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 md Religion. (report 132).
 American Psychiatry Press, Washington DC. 1992. Leaders and
 Flowers: A Psychiatric Perspective on Religious Cults.
- 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
- 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 interpenetation of civilizations. Baltimore, JOHNS HOPKINS Press. 1978
- 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.
- 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 ultraorthodox 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.
- 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 value s in the treatment of dependency. **Alcoholism Treatment Quarterly** v.7(3), p. 17-46, 1990.
- BRUHN, J.G.; CHANDLER, B.; MILLER, M.Cc; 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.
- 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, 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.

- 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).
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 lenght 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
- 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.
- 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).
- 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???.
- 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 socialfactors. **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, Yellows Spring Ohio, 1960. (apud Lea 1982).
- FENICHEL, O. The psychoanalythic 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.
- FLUGEL, J.C. Man, Morals and Society. London: Duckworth. 1945 (apud Argyle & Beit-Hallahmi, 1975).
- FOUCAULT, M. Madness and Civilization A History of Insanity in the Age or 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 150°. Congresso da Associação Psiquiátrica Americana, Philadelphia, 1994.
- FOX, W.S. Greek and Romans. In Gray, L.H. & Moore, G.F. (Eds.)

 The mithology of all races. Cooper Square Publishers, Ney York,
 1964.
- FANK, J.D. **Persuasion and Healing**. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1973.
- FRANKL, V. Man's search for meaning. New York, Washington Square Press. 1985.
- 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.
- 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.
- 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 mistical ecstasy: Some preliminariy 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.
- GREEBERG, 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, Springfiels 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.
- 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.
- 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. a (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. Americam 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
- 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 haque, 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.
- 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.
- 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. Psychoanalitic consideration of Korean Shamanism.
 Korean Neuropsychiatric Association Journal v.2: p.121-129,
 1972. (apud Prince 1992).
- KIM, K.I. Psychodinamic 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.
- 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.
- IRVING, J. A prayer for Owen Meany a novel. William Morrow & Company, New York, 1989.
- 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.
- 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.Gg.; 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.
- 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 conductive 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. Religião e Psiquiatria. Reunião Geral do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Novembro de 1991? ou 2.
- 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.
- 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^a).
- MASLOW, A.H. Motivation and personality. New York, Harper, 1954.
- 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.
- 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.
- 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).
- 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.; KENNELL, 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, Phylosophical 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.
- 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.
- 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.
- POST, S.G. DSM-III R and religion (Letter). American Journal of Psychiatry v.147: p.813. (1990).
- POST, S.GgDSM-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.
- RICHARDON, 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.
- 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 Brazileira**, 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, Springfiels 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.
- 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: Penquin 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 Menschem, 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. Faitj Development and Fowler. Religious Education Press, Birmingham, Alabama, 1986.
- SCHNEIDER, K. Zur Einführung 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 medels of behaviour. British Journal of Social and Clinical Psychology v.9: p.320-7, 1970.
- 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.
- 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.
- 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 nonaocoholic clergy. **Journal for the Scientific Study of Religion** v.12: p.101-108, 1973.
- SOUTHHARD, 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.
- SPILKA, B.; HOOD, R.W., Jr. & GORSUCH, R.L. The Psychology of Religion: an empirical approach. Englewood Cliffs, NJ, Prentice

- Hall, 1985. (apud Belzen 1992)
- SPILKA, B. Functional and disfunctional 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. Psychopatology 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. Penguim 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 selbstmorduerhutung, 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).
- 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.
- VENKOBA, 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 psychoanthropological perpective. **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 narcisism. **Review of Religious Research** v.25: p.257-264, 1984. (apud Larson 1994).
- WEBSTER, A.C. Patterns and relations of dogmatism, menta health, and psychological health in selected religious groups. **Dissertation abstracts**, v.27: p.4142-A, 1967. (apud Batson e Ventis, 1982).
- 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 childrem: 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 excelent 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, Nashvile, 1990.
- WORTHINGTON, E. Religious counseling: A review of published Empirical Research. **Journal of Counseling and Development** v.64: p.421-431, 1986.
- 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.

VIII. Apêndice 1: Psiquiatria e Religião através da história

A história da relação entre a religião e a psiquiatria é importante pois permite ao médico compreender do ponto de vista clínico comportamentos poderosos, complexos, variados e imprevisíveis. Este estudo é necessário não só pela credibilidade das crenças religiosas, mas pelo poder que a religião possui de influenciar a saúde e a doença (SHRIVER 1980a).

ROBINSON (1986) afirma que psiquiatria e religião separaramse há apenas 100 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, em desacordo com a história, que sugere que a associação das duas é normal para os seres humanos. A desmistificação da doença mental através da medicina não trouxe um tratamento mais humanitário, e com isto a doença perdeu seu sentido humano integral. Sentimentos religiosos, cerimônias religiosas e profissionais ligados a religião, sempre estiveram presentes quando as pessoas estão sendo afligidas por uma doença (SHRIVER 1980a). Neste resumo da história da psiquiatria serão destacados apenas os fatos, lendas e curiosidades mais pertinentes que ilustram como este casamento foi intempestuoso: uniões, lutas pelo poder, tentativas de cooperação e diversas separações. A psiquiatria nos seus primórdios, por toda a antigüidade e idade média, esteve interligada com a religião. Explicações naturais, somáticas, psicológicas e sobrenaturais coexistiram sem conflito excessivo (BELZEN, 1992).

VIII.A. Antigüidade 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 freqüentemente atribuídos a influências malignas baseadas na perda da alma, intrusão de espíritos e mágica imitativa, e lidada no contexto da feitiçaria (WARD, 1989).

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

Desde a Idade da Pedra identifica-se o tratamento por trepanação craniana, providenciando-se assim uma pequena abertura para que os espíritos escapem (WARD, 1989).

VIII.A.1. Egito, Assíria, Israel e Judá

BROMBERG (1975) apresenta o texto de um tablete com escrita cuneiforme, datado de 3000 anos AEC (antes da era comum), sobre Marduk, filho de Ea (deusa das profundezas), enviado com 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 era descrito como "o homem que está entre as mãos dos deuses" (LOZA, 1990 apud SIMS, 1994).

PREUSS (1975) em artigo escrito no inicio do século, mas traduzido para o inglês e republicado, estuda do ponto de vista psiquiátrico personagens bíblicos, e o que o Talmud tem a dizer sobre estes problemas.

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

- Nabucodonosor, Imperador da Babilônia, conquistador de Judá em 586 AEC, responsável pelo exílio de toda a elite da época, isolou-se de seus companheiros e comeu grama como se fosse um boi. Seu cabelo ficava molhado com o orvalho e seu cabelo era abundante como o das águias (Daniel 4:29).
- Saul, o primeiro rei de Israel, provavelmente apresentou o diagnóstico de depressão e mania, períodos em que apresentava idéias suicidas e outros com ideação homicida, (Para Perus seu diagnostico foi Epilepsia; 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 antigüidade, comportou-se como louco diante do rei de Gath, que segundo uma 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), referese 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), 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 conseqüência 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.
- Antiochus Epiphanes da família Selêucida (reinou de 175 a 164 AEC). Foi o responsável pelo inicio da revolta dos Macabeus, ao proibir o culto e prática das leis judaicas, saqueando o templo de Jerusalém, lá sacrificando porcos, e matando a 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 ser seu diagnóstico o de Transtorno Bipolar: saía para beber com amigos, distribuía dinheiro na rua, andava coroado 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 molharse com o valioso ungüento. Amava fazer o inesperado, dava ossos de presente, ou coisas preciosas a desconhecidos escolhidos ao acaso na rua, apenas para ver sua reação (GOWAN, 1976).

- 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 (apud PREUSS, 1975) relata que os judeus expulsavam demônios através de fórmulas secretas que se originaram com Salomão.

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

GREENBERG; WITZTUM; PISANTE (1987) mencionam que 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 destrói 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. Ha a referência explicita "não possuímos medicamentos para os loucos" (PREUSS, 1975).

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 Alcóolico.

O Talmud afirma a necessidade de avaliação criteriosa por parte dos juizes, 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 estórias 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 atráz 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 estava demorando muito tempo. 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 muito.' Orações compridas eram consideradas uma virtude e Rabi Eliezer não suspeitou que um processo neurótico poderia estar presente" (GREENBERG; WITZTUM; PISANTE, 1987).

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 a seus relacionamentos familiares e interpessoais. SUESS; HALPERN (1989) descrevem vários rituais ou cerimônias que 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 conseqüências 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 e "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 freqüência a literatura talmúdica e judaica contem alguns preceitos que se assemelham às praticas da terapia comportamental. GREENBERG; WITZTUM; PISANTE (1987), mencionam que Shammai (50AEC - 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).

VIII.A.2. Índia

No Hinduísmo, a quarta parte 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, que foram práticas reconhecidas de uma filosofia de vida, não anormais, como nos parecem hoje (ZILBOORG E HENRY, 1941).

No período pre-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 contemporâneas do Egito, Mesopotâmia e Creta.

No período védico a principal contribuição esta no "Atharva Veda", na verdade um compêndio de demonologia onde as doenças e

curas estão relacionadas a fantasmas, duendes, mágicas, feitiços e maldições.

O sexto século a.C., o período pos-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 bemaventurança). Um aforisma da Upanishad diz: "Quem deseja, sonha; quem não deseja, não sonha." O "Ayurveda" sistema hindu antigo de medicina, tem sua origem atribuída a 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. Ha referências a uma epidemia de suicídios coletivos na cidade de Ayodhya, chocada com a noticia 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" - auto-imolação 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. (Venkoba Rao, 1975)

VIII.A.3. China e Japão

Na medicina chinesa antiga (VEITH, 1975) 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, possessão demoníaca e o espirito vingativo de ancestrais e outros fenômenos suprahumanos eram propostos como causadores de doença mental, persistindo estas idéias até hoje. Na China há descrições de epidemias de histeria.

No Japão, a idéia de fantasmas de sacerdotes com vida dissoluta, chamados de "tengu", foi incorporada ao Budismo, sendo a eles atribuído 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 (VEITH, 1975).

VIII.A.4. 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 Odisséia 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

Dionísios, 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 (FOX, 1964).

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

Heródoto relata que Kambises 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 coberta para sua própria incapacidade de prover qualquer assistência..." (ZILBOORG; HENRY, 1941). O período pós-hipocrático caracterizou-se por grande progresso, principalmente através da observação clinica acurada. Na época de Galeno, o misticismo oriental minou a substância da ciência clássica. ZILBOORG; HENRY (1941) afirmam que para a medicina a Idade Média começou após a morte de Galeno.

Muitas das crenças demonológicas da antigüidade, persistem atë hoje, e são do âmbito de estudo da psiquiatria transcultural.

VIII.B. Idade Média

VIII.B.1. 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 (KEMP, 1989).

Na Idade Média ocorreram diversas epidemias psíquicas.

Por exemplo a "Cruzada das Crianças", onde a idéia de que

Jerusalém continuava em poder dos muçulmanos, e que só podia ser

libertada por pessoas puras, levou a milhares de crianças (talvez

30.000) 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, abandonados por esse costume.

Diversos pensadores deste período abordaram a doença mental:

Agostinho (354 a.D.), considerado o precursor das idéias 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 cristão. 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 (GRAHAM, 1967).

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 (GRAHAM 1967).

Abelardo, protagonista de um dos romances mais famosos da historia, 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 Media, água benta, orações, relíquias, música e ervas (KEMP, 1989).

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

a. Religião e demonologia preponderando sobre a visão médica

ZILBOORG; HENRY (1941) afirmam que os debates religiosos e metafísicos tomaram o lugar das tradições empíricas na medicina e que a psiquiatria foi dominada por idéias 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. Quase todos os doentes mentais eram considerados feiticeiros, bruxos ou enfeitiçados e os tratamentos eram comumente a tortura e o exorcismo.

Diversos santos eram invocados para curar a doença mental.

Por exemplo: São Avertin, São João e São Valentino eram

padroeiros dos epilépticos (GRAHAM, 1967). 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."

b. 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. Critica ZILBOORG (1941) por retratar as idéias e atitudes acerca do insano, como uma mistura de superstição, crueldade e abuso.

As evidências contra esta visão tenebrosa são inúmeras:
- os textos médicos desde o século 14 são baseadas em Galeno e
não contêm referências demonológicas.

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

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

NEUGEBAUER (1979) avaliou textos legais desde o século XIII, mostrando 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 antiquidade 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 descobri-la, não consequindo demovê-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 (NEUGEBAUER, 1979).

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 freqüentes 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 tratamentos combinavam partes animais, ervas, rituais, "straving" a cabeça, fumigar o púbis, sangria ou sanguessugas. As petições populares para interdição mostram que a explicação "doença mental" era aceita como válida.

No "Bethlem Hospital" 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 o trabalho de Soranus, que proibia seus empregados de açoitarem pacientes com a finalidade de fazê-los obedecer.

c. 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 é eterna e não podia ser perdida. É ela que diferencia o homem do animal, se ela se perde, não há mais obrigação do homem ser tratado como tal. Se a doença mental é vista como doença da alma, tratamentos radicais se tornam justificados quando o exorcismo e os tratamentos morais falharam.

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, eram aceitos como normais: manias de dançar, grupos que vagavam pelos campos se auto-flagelando 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 maior.

KROLL; BACHRAH (1982a) colecionaram 134 relatos de visões, procurando demostrar 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 e 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 vistas como 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; 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 diagnostico 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 era mais comum 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 idéia 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, 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 freqüentemente 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.

A experiência religiosa, mais que qualquer outra levanta a questão do relativismo cultural. 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. Hoje, muitos desses comportamentos seriam classificados como psicóticos.

VIII.B.2. 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 ate o período de Averois (1126-1198), quando a intolerância religiosa voltou a grassar novamente.

POLVAN (1970) da Universidade de Istambul descreve 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 Islam, 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" e 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 contem 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 Othman.

O Alcorão é um guia para a iluminação incluindo eventos históricos, estórias 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).

Ha 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 está bêbado", depois: "Beber vinho é um ato detestável de Satanás" e finalmente a proibição como um comportamento detestável. Esta proibição foi posteriormente estendida a todas

as substâncias que poderiam provocar intoxicação e aos narcóticos.

- o homossexualismo é condenado no dialogo 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. (BAASHER, 1975)
- Há relatos que o profeta orou por uma mulher epiléptica.
- 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 idéia 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 (BAASHER, 1975). Muitas pessoas com psiconeurose não conseguiam se ajustar a atmosfera religiosa do Islam, e buscavam estas outras seitas religiosas onde podiam achar refúgio em companhia de pessoas com problemas semelhantes em uma sociedade semi-protegida. Estas seitas, em contraste, com os caminhos rígidos, preconceituosos e disciplinadores do Islam, ofereciam amor, carinho, compreensão e indulgência.

VIII.C. Renascença, Reforma e Iluminismo

Durante a renascença surge o celebre "Malleus Malleficarun", 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 (Kemp, 1989).

Martinho Lutero antes da reforma protestante, monge devoto, repetia sua confissão e para estar certo de que havia incluído tudo revisava sua vida inteira ate que o confessor exausto o interrompia (GREENBERG; WITZTUM, 1991).

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..." (GREENBERG; WITZTUM, 1991).

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 balanças muito sensíveis. Hoje o termo é usado em inglês denotando 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" (GREENBERG; WITZTUM; PISANTE, 1987).

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", Alfonso Liguori em 1773.(SUESS; HALPERN, 1989). O bispo John Moore na sua monografia "Of religious melancholy" descrevia "naughty and sometimes blasphemous thoughts arose in the minds of certains worshippers, despite their attempt to suppress them, and despite their being good moral people..." (GREENBERG; WITZTUM; PISANTE, 1987).

Para os teólogos, ate o Concilio Vaticano II, os escrúpulos envolviam uma questão de princípio, que era resolvida de acordo com a doutrina geral sobre o julgamento da consciência. Três causas eram sugeridas:

- a natural e o modo de vida do homem (o temperamento humano permite o medo e as causas naturais podiam ser físicas ou morais. Doenças físicas como a depressão podiam causar a idéia de que se pecou. A causa moral produz o mesmo efeito através da mente meticulosa que se perde nos detalhes).
- Deus não causava os escrúpulos, mas podia adiar a iluminação da mente de modo que a pessoa pudesse ver claramente o certo e o errado. Isto podia ser para punir a pessoa pelos seus pecados ou para promover o seu desenvolvimento espiritual, através do exercício da paciência, humildade e confiança em Deus.
- o diabo Quando se originavam do inferno eram acompanhados pelo escurecimento da mente e da amargura do coração (SUESS; HALPERN, 1989).

As 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 (JASPERS, 1961).

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 praticados 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.

VIII.D. 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 a 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 (DAIN, 1964).

BURDETT em 1891 (Apud ROBINS 1986) relata 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 criticas 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 (DAIM 1964).

FOUCAULT (1973) relata que ate 1815 Bethlehem, o famoso hospital londrino, 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 expectadores. 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 inicio a um movimento de reforma que se espalhou pelos Estados Unidos, humanizando o tratamento dos doentes mentais (DEUTSCH, 1946).

Em 1828 Heinroth na Alemanha defendia a idéia que doença mental era uma doença da alma, conseqüência do pecado e da culpa. Foi criticado 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.

Durante os séculos XVIII e XIX uma das maiores influências da religião sobre a psiquiatria foi, principalmente, quanto ao diagnóstico. Estas duas categorias estavam entre os mais freqüentes diagnósticos da época, e não são mais utilizadas hoje em dia:

VIII.D.1. 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 na periferias das cidades, e através dos pregadores da televisão.

Tem grande influência e aceitação no Brasil, como pode-se observar hoje nas concorridas reuniões em estádios de futebol 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 (DAIN, 1964). 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 (ROBINS, 1986).

O diagnóstico de "excitação religiosa" em 1842 em New Hampshire durante o pico do segundo movimento milenarista adventista em New England 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 (FARR; HOWE, 1932 apud ARGYLE; BEIT HALLAHMY, 1975). Na época da revolução Francesa este diagnostico chegou a corresponder a 25% das internações, tendo desaparecido em 1828 (Stone, 1934). Durante um movimento de reavivamento em 1905 no País de Gales, o numero 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 cairam de 10.686 para 5673 (ARGYLE; BEIT HALLAHMY, 1975).

SAVAGE (1886, apud SIMS 1994) 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 diagnostico ainda é feito hoje, como descreve artigo publicado na revista "National Geographic" em 1996 sobre os peregrinos internados por excitação, a "Síndrome de Jerusalém."

VIII.D.2. 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.

Hoje, nos grupos cristãos mais esclarecidos, a masturbação perdeu o seu caráter pecaminoso, tendo a psiquiatria importante papel na divulgação destas idéias.

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 (MENNINGER, 1973).

HARE (1962) analisa o desenvolvimento desta idéia, 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, 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 idéia de que masturbação fosse causa de insanidade, mas passou a prevalecer a idéia da sua relação com quadros neuróticos, principalmente neurastenia. Esta idéia 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), anéis de prata.

Estas idéias só vieram 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 presume-se têm profundo impacto sobre a saúde mental como a clitoridectomia ainda são adotadas em países islâmicos.

VIII.D.3. Brasil

BASTIDE (1978) cita Tschudi (1866), que se espantou com o grande numero de suicídios entre os escravos, principalmente o número muito maior nas fazendas dos senhores bons do que na dos senhores 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 histária trágica a D'Assier acrescentou: "O senhor sabe, ninguém pode reconhecer o caminho de sua casa quando não tem mais a cabeça para quiar a gente."

VIII.E. 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 européia 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 clinica. 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".

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

a. O período de 1900 a 1920

A pratica 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 (William James, Leuba e outros) e da sociologia (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. Houve o surgimento do 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, que foi além do interesse frio meramente acadêmico. A capelânia 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 passado 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 relacionamento 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 onde 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 freqüente encontrar psiquiatras de origem católica e episcopal.
- Há três tipos de envolvimento:
- o não-conformista (trocam idéias 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 mobilizou programas de treinamento e recomenda que serviços comunitários passem a ser 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 básico, "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 clinica. 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 a 1990

Este período assistiu a formação de múltiplas alianças entre psiquiatria e religião, devido às inumares 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 espiritas, 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 auto-ajuda e os movimentos de desenvolvimento pessoal.

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

VIII.E.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.

Possuia 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. Ao mesmo tempo que a

critica, argumentando ser ela uma ilusão, defende-a mostrando a importante função que ela imperfeitamente realiza.

Sua ambivalência fica clara neste texto a respeito do Homemlobo:

" 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 as seguintes idéias sobre religião:

1 - esta 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 idéias 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 associais. Mas não foi o 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 valida.

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 vêm a deus como mais semelhantes a deus que protestantes.

Os dados indicam uma projeção parental mais geral e específica. 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 persequições. 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 protege 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 " I have one quite secret prayer...." (apud KOENIG 1990). Outros teóricos psicanalistas expressam idéias paralelas:

Para FENICHEL (1945) o obsessivo tem conflitos sobre submissão e rebelião, crueldade e gentileza, como resultado de regressão à fase anal-sádica de desenvolvimento.

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 idéias freudianas foi proposta por FLUGEL (1945) e postula que o constructo do superego e projetado em Deus. Deus e a instituição religião servem ao adulto como se fossem pais que entram na consciência, punem e recompensam. A criança é 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; BEIT-HALLAHMI (1975) que encontraram evidências de que o comportamento religioso tem uma qualidade irracional semelhante ao superego:

- A maioria dos estudantes achavam que deveriam ter comportamento mais estrico,
- a religião sempre tem um componente ético,
- Deus é frequentemente percebido como alquém que proíbe ou pune,
- As pessoas religiosas são mais autoritárias e Deus é percebido desta maneira.

PFISTER (1948) acha que a função da religião é o alivio de culpa (PFISTER, 1948). 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. É tanto mais forte quanto mais rigorosa foi a disciplina no lar e se a pessoa é do sexo feminino. A culpa é usada pelas igrejas como meio de controle, no interesse da religião e do controle social. Revisão feita por ARGYLE; BEIT-HALLAHMI (1975) mostra que há evidências para apoiar esta teoria. A dificuldade destas formulações é que não podem ser verificadas, a não ser por estudos psico-históricos que ainda não são quantificáveis. Freud além de ultrapassar sua competência e entrar no campo da cultura, cometeu dois erros metodológicos, ao raciocinar em termos de analogia e ao reduzir religião ao seu aspecto psicológico, deixando de lado o aspecto cultural. 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, conclui que a religião também se originava da culpa. A religião humana originou-se na culpa passada pela morte de pai, ou na transferência universal, pela necessidade de termos um pai forte. O resultado foi que a psicanálise não foi aceita em círculos religiosos, apesar de outros como Jung e Fromm, terem procurado uma integração (BELZEN, 1992).

Alem 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.

A visão negativa da psicanálise sobre religião trouxe ao meio religioso uma reação de defesa, criando uma visão negativa e preconceituosa sobre a mesma. 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. Busca diferenciar estudando a vida de alguns santos e místicos os fenômenos religiosos dos patológicos, como visões, possessões, êxtases místicos. Vergote diferencia psicoterapia de confissão (arrependimento baseado em um pacto específico entre o indivíduo e Deus), principalmente confundidas por Foucault (History of sexuality I pg 68). A psicoterapia liberta o "grip" que ata as representações subjetivas de prazer e desejo à repressão, forçando o indivíduo a confrontar seu mundo de significados religiosos, a abri-los e infundir neles uma nova mobilidade ao examinar sua função dentro da estrutura completa de seu conteúdo pessoal. Significados religiosos podem mascarar conflitos inconscientes e estes podem 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 a psiquiatria é utilizada as crenças religiosas do paciente assumem imenso significado. Ceticismo ou hostilidade à religião deixam de ter sentido, quando o psiquiatra procura se sentir tendo 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? Como a pessoa espera o seu resultado, com uma perspectiva mágica, supersticiosa ou religiosa? A mágica assume 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, 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. A experiência religiosa e espiritual de nossos pacientes devem ser avaliadas para a etiologia, diagnóstico, prognóstico e tratamento.

A fenomenologia da religião e o estudo das atitudes religiosas em pessoas diferentes. A atenção contínua ao aspecto religioso da experiência revela aquilo que é mais importante para elas, aquilo que carrega o máximo de significado. A religião envolve a consciência e o fenomenologista pode observar que é nas e através das atividades religiosas que esta se revela (McGILL 1980).

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

- estudar os diversos tipos de doenças, notando que 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 na coincidência entre religião e loucura. A psicose como uma forma extrema de existir, poderia fornecer pistas para esta experiência de busca do significado. Alem disso a fé, por ser absurda, possibilita distinguir entre o que está alem da compreensão (o conteúdo da revelação) e o que é contrario à razão (o absurdo).

Kurt Schneider, outro expoente do movimento fenomenológico, publicou em 1928 "Zur Einführung in die Religionspsychopatologie" (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 em 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 (BELZEN, 1992).

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 sobre qual é 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. Jung e Existencialismo

É injusto não mencionar a influência do primeiro e deste movimento sobre o pensamento religioso e psiquiátrico de hoje. Impossível revisar suscintamente suas contribuições.

d. Principais correntes de Psicologia da Religião na Europa

Paiva (1990) apresenta quatro das principais correntes ou escolas européias de Psicologia da Religião, que representam as tendências mais consolidadas atualmente, descrevendo o histórico de cada unidade, seu enfoque teórico e metodológico, suas linhas de pesquisa e a definição adotada de psicologia da religião:

- Centro de Psicologia da Religião de Lovaina (Bélgica). Criado por Vergote em 1950, tendo como principal característica 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 sobre 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 e 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 a escola se caracterizava pelo uso da introspeção experimental sistemática de Wundt. Após a Segunda Guerra Mundial foi desmantelada e sobrevive através da publicação do "Archiv für Religioonpsychologie", que apesar de mais aberta hoje a psicologia acadêmica, enfatizava a expressão religiosa da psicologia.

VIII.E.3. Psicologia , Psiquiatria e Religião no Brasil

Os primeiros estudos sobre a relação 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 transes 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 "psicoafim", 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 mantêm-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.

- 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 Burki teólogo e psicoterapeuta suiço, que trabalhou principalmente entre estudantes universitários e que atualmente dirige seminários de revisão de vida, promovendo crescimento pessoal e espiritual.

Em 1977 foi realizado em Itaici a reunião da Fraternidade
Teológica Latino Americana, quando a reflexão e 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 possue excelente
material didático para facilitar a disseminação destes
conhecimentos. Presta serviços importantes em catástrofes
naturais atendendo sobreviventes com estresse pós-traumático.

Mais recentemente, o CPPC, dividiu sua equipe em três grupos, um dedicado a aperfeiçoar e treinar pastores no aconselhamento, o denominado curso Logus. A cada semestre proporciona um curso com 8 semanas de duração a pastores interessados.

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 Wolney Amaro (1996), fruto de longos anos de estudo e reflexão sobre o relacionamento entre Psicoterapia e Religião.

Umbanda e Candomblé

Os escravos trazidos da África eram batizados na chegada e forçados a freqüentar 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 Preto- Velho, 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 e 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 (KRIPPNER 1989).

Espiritismo

O espiritismo incorporou a doutrina da reencarnação, a importância da incorporação dos guias espirituais nas cerimônias religiosas e de cura e deixou de lado os tambores, beber rum, e homenagear os orixás. 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 tem 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 epilépticos, esquizofrênicos e personalidade múltipla.

 Desenvolveu o psicotranse, em que um médium incorpora os problemas do paciente, permitindo que sejam aliviados e trabalhados.
- Eliane Ignacio 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. Provê 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 (Torrey 1986). Não cobra entrada, ou pelas curas e tratamento homeopático oferecido. O moto é "Dar de graça o que recebeu de graça" (Mateus 10:8). Diversos hospitais psiquiátricos são espiritas.

Outros desenvolveram trabalhos terapêuticos em torno deste sincretismo com a religião:

- A "Mens Sana" do falecido Frei Albino Aresi, com a noossofrologia. Usa elementos do espiritismo e da parapsicologia no tratamento, inclusive com a participação de sensitivas, mulheres que intuem os problemas do cliente.
- David Akstein com a Terpsicoretranseterapia, incorporando técnicas de indução de transe e utilizando este estado na sessão de terapia.
- Norberto Kepp, com a Trilogia Analítica, propondo que a origem principal das neuroses é o desejo inconsciente de ser igual a deus.
- Muito divulgado entre nós, mas de origem norte-americana é a "Terapia de vidas passadas", que propõe que muitos de nossos problemas se originaram em eventos traumáticos em outras vidas. O tratamento acontece pela indução de um estado hipnótico e por uma técnica muito parecida com a dessensibilização sistemática.

Como se vê o Brasil é rico nesta integração. Faltam entretanto 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. 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. É necessário ampliar nossos horizontes para podermos empatizar com pessoas que vivem de outra maneira.

Encerrando

Que ROBINSON (1986) talvez tenha se precipitado, ao anunciar o divórcio entre psiquiatria e religião, fica claro em livro editado por MILLER; 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..."