



UFG

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

SÉRGIO VENCIO

**AVALIAÇÃO DO EIXO HIPOTÁLAMO-HIPÓFISE-ADRENAL EM
INDIVÍDUOS COM E SEM MEDIUNIDADE (EXPERIÊNCIAS
ANÔMALAS) EM UM CONTEXTO RELIGIOSO.**

**Goiânia
2017**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS
DE TESES E
DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Dissertação:

Nome completo do autor: Sérgio Alberto Cunha Vencio

Título do trabalho: Avaliação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal em indivíduos com e sem mediu-
nidade (experiência anômala) em um contexto religioso

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Dr. Sérgio Vencio,
Endocrinologista
CAM/UFPA

Assinatura do(a) autor(a)³

Ciente e de acordo:

Prof. Dr. Leonardo Caixeta
Prof. Adjunto - Doutor do
Dept. de M. B. C. D. - UFG

Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 11 / 10 / 17

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente
- Submissão de artigo em revista científica
- Publicação como capítulo de livro
- Publicação da dissertação/tese em livro

²A assinatura deve ser escaneada.

SÉRGIO VENCIO

**AVALIAÇÃO DO EIXO HIPOTÁLAMO-HIPÓFISE-ADRENAL EM
INDIVÍDUOS COM E SEM MEDIUNIDADE (EXPERIÊNCIAS
ANÔMALAS) EM UM CONTEXTO RELIGIOSO.**

Sub título - Transe dissociativo mediúnico: Aspectos demográficos, psicopatológicos e marcadores biológicos

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Goiás para
obtenção do Título de Mestre em
Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo
Ferreira Caixeta

**Goiânia
2017**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Vencio, Sérgio Alberto Cunha

Avaliação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal em indivíduos com e sem mediunidade (experiências anômalas) em um contexto religioso [manuscrito] : Transe dissociativo mediúnico: Aspectos demográficos, psicopatológicos e marcadores biológicos / Sérgio Alberto Cunha Vencio. - 2017.

137 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Goiânia, 2017.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

1. Mediunidade. 2. Dopamina. 3. Dissociação. 4. DDIS. 5. Adrenal. I. Caixeta, Leonardo Ferreira, orient. II. Título.

CDU 612.43

Ata de Defesa de Dissertação de Mestrado realizada por **Sérgio Alberto Cunha Vencio**. Aos trinta dias do mês outubro de 2017, às 17:00 horas, reuniu-se na Sala 02 – Faculdade de Medicina/UFG, a Comissão Julgadora infra nomeada para proceder ao julgamento da Defesa de Dissertação de Mestrado intitulada "**Avaliação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal em indivíduos com e sem mediunidade (experiências anômalas) em um contexto religioso**", como parte de requisitos necessários à obtenção do título de Mestre, área de concentração Dinâmica do Processo Saúde-Doença. O Presidente da Comissão julgadora, **Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta**, iniciando os trabalhos concedeu a palavra ao candidato, para exposição em até 50 minutos do seu trabalho. A seguir, o senhora Presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos Examinadores, os quais passaram a arguir o candidato durante o prazo máximo de 30 minutos, assegurando-se ao mesmo igual prazo para responder aos Senhores Examinadores. Ultimada a arguição que se desenvolveu nos termos regimentais, a Comissão, em sessão secreta, expressou seu Julgamento, considerando o candidato aprovado(a) ou reprovado(a).

Banca Examinadora

Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta - Presidente
Prof. Dr. Alexandre Chater Taleb – Membro
Prof. Dr. Alexandre Roberti - Membro
Prof. Dr. Joaquim Tomé de Souza – Suplente

Aprovado(a)/Reprovado(a)

Aprovado
Reprovado

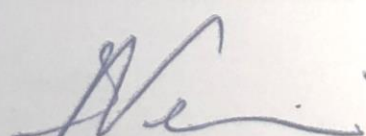
Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou o candidato Sérgio Alberto Cunha Vencio Habilitado () Não habilitado. Nada mais havendo a tratar, eu, **Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta**, lavrei a presente ata que, após lida e achada conforme foi por todos assinada.

Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta - Presidente
Prof. Dr. Alexandre Chater Taleb – Membro
Prof. Dr. Alexandre Roberti - Membro
Prof. Dr. Joaquim Tomé de Souza – Suplente

Assinatura:

[Assinatura]

A banca examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Dissertação:



Sérgio Alberto Cunha Vencio

Dedico este trabalho...

*Dedico esta dissertação a **Deus**, Pai de amor.*

*Ao mestre amado **Jesus**, médico dos médicos.*

*Aos meus pais, **Dezir** e **Virgília**, pelo exemplo de trabalho e honestidade. E acima de tudo pela oportunidade dessa encarnação.*

*À minha esposa querida, companheira de vida, **Adriana**, pelo incentivo, apoio e aprendizado mútuo.*

*Aos meus filhos tão amados, **Rafael** e **Isabela**, presentes de Deus, sentido maior da vida.*

*Aos meus **avós** que do plano espiritual velam por mim e minha família. Gratidão eterna.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, amigo e colega de turma Leonardo Ferreira Caixeta pelo apoio incondicional e experiência me ajudando e guiando nessa empreitada.

À Comunidade Espírita Ramatís, porto seguro de paz e trabalho honesto. Gratidão aos médiuns e frequentadores que se voluntariaram para participar do estudo com imensa boa vontade e desprendimento.

Ao meu amigo e colega endocrinologista Jorge Cecílio Daher pelo incentivo no começo dessa empreitada.

Gratidão aos amigos e mestres que a vida vai colocando em nossos passos, Prof. Dr. Louis Gooren, Dr. Áureo Ludovico de Paula, Prof. Dr. Amélio Godoy-Mattos e Prof. Dr. Daniel Giannella Neto (in memoriam).

Aos meus professores da graduação, em especial Prof. Dra. Sílvia Leda, Prof. Dr. Reinaldo Borges e Prof. Dr. Jofre Marcondes Resende Filho.

Aos professores da pós-graduação da Universidade Federal de Goiás, com um apreço muito especial pelo Prof. Dr. Celmo Celeno Porto, que orientou o mestrado de meu Pai e ainda continua a inspirar centenas de almas no dia a dia da UFG. Meu amigo pessoal Prof. Dr. Marcelo Fouad Rabahi, pessoa séria e humilde, completamente dedicado ao ensino e prática da medicina.

Ao Laboratório Atalaia pela ajuda nos custos dos exames, pela presteza em auxiliar e compreender a dificuldade que envolve um processo como esse. Ao Instituto de Ciências Farmacêuticas pelo apoio em todos os sentidos.

Gratidão eterna à Allan Kardec, Dr. Adolpho Bezerra de Menezes, Eurípedes Barsanulfo e todos os seres de luz que iniciaram o caminho da medicina e espiritualidade.

SUMÁRIO

| | |
|---|-------------|
| TABELAS | XI |
| FIGURAS | XII |
| ANEXOS E APÊNDICES..... | XIII |
| SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS..... | XIV |
| RESUMO..... | XVI |
| ABSTRACT..... | XVII |
| 1 INTRODUÇÃO | 18 |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA..... | 28 |
| 2.1. A RELAÇÃO ESPIRITUALIDADE E SAÚDE. ASPECTOS CIENTÍFICOS | 28 |
| 2.2. A MEDIUNIDADE | 31 |
| 2.3. MEDIUNIDADE E CORRELATOS FISIOLÓGICOS | 34 |
| 2.4. QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DISSOCIATIVO (DDIS) | 36 |
| 3 OBJETIVOS..... | 39 |
| 3.1. OBJETIVO PRIMÁRIO | 39 |
| 3.2. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS | 39 |
| 4 MÉTODOS | 40 |
| 4.1. DESENHO DO ESTUDO | 40 |
| 4.2. UNIVERSO E AMOSTRA | 40 |
| 4.3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS | 41 |
| 4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO | 41 |
| 4.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO | 41 |
| 4.6. COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS | 42 |
| 4.7. DA REUNIÃO MEDIÚNICA E DA VISUALIZAÇÃO CRIATIVA..... | 44 |
| 4.8. COLETA DE AMOSTRA BIOLÓGICA (SANGUE) E ANÁLISE DOS EXAMES LABORATORIAIS..... | 46 |

| | |
|--|-----------|
| 4.9. ANÁLISE ESTATÍSTICA..... | 48 |
| 5 RESULTADOS..... | 49 |
| 5.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS..... | 50 |
| 5.2. EXAMES LABORATORIAIS | 52 |
| 5.2.1 – <i>Glicose</i> | 52 |
| 5.2.2 – <i>ACTH</i> | 55 |
| 5.2.3 – <i>Cortisol</i> | 55 |
| 5.2.4 – <i>Noradrenalina</i> | 56 |
| 5.2.5 – <i>Adrenalina</i> | 58 |
| 5.2.6 – <i>Dopamina</i> | 59 |
| 5.3. QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DISSOCIATIVO – DDIS..... | 63 |
| 5.3.1 – <i>Seção 1 - Queixas Corporais (Sintoma somático)</i> | 63 |
| 5.3.2 – <i>Seção 2 - Abuso de Substâncias</i> | 64 |
| 5.3.3 – <i>Seção 3 - História Psiquiátrica</i> | 65 |
| 5.3.4 – <i>Seção 4 - Episódio Depressivo Maior</i> | 66 |
| 5.3.5 – <i>Seção 5 - Sintomas Positivos de Esquizofrenia (Sintomas Schneiderianos de Primeira Ordem)</i> | 68 |
| 5.3.7 – <i>Seção 7 – Abuso infantil</i> | 70 |
| 5.3.8 – <i>Seção 8 - Características Associadas a Transtorno de Identidade Dissociativa</i> .. | 71 |
| 5.3.9 – <i>Seção 9 - Sobrenatural/ Possessão/ Experiências de Percepção Extra-sensorial/ Cultos</i> | 72 |
| 5.3.10 – <i>Seção 10 - Transtorno de Personalidade Borderline</i> | 73 |
| 5.3.11 – <i>Seção 11 - Amnésia Dissociativa</i> | 74 |
| 5.3.12 – <i>Seção 12 - Fuga Dissociativa</i> | 74 |
| 5.3.13 – <i>Seção 13 - Transtorno de Despersonalização</i> | 74 |
| 5.3.14 – <i>Seção 14 - Transtorno de Identidade Dissociativa</i> | 75 |
| 6 DISCUSSÃO | 77 |
| 7 CONCLUSÃO | 90 |
| REFERÊNCIAS..... | 91 |
| ANEXOS | 98 |
| ANEXO 1 – DADOS DEMOGRÁFICOS PARA OS TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS..... | 98 |

| | |
|---|------------|
| ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA | 125 |
| APÊNDICES | 127 |
| APÊNDICE 1 – TCLE | 127 |
| APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO E DE ANTECEDENTES | 131 |
| APÊNDICE 3 – MATERIAL SUPLEMENTAR | 133 |

| | |
|---|-----------|
| <i>Tabela 1 - Neuroimagem e mediunidade</i> | <i>35</i> |
| <i>Tabela 2 - Comparação dos resultados do DDIS em 2 populações com transtorno dissociativo</i> | <i>38</i> |
| <i>Tabela 3 - Características sócio demográficas dos participantes nos dois grupos</i> | <i>51</i> |
| <i>Tabela 4 - Resultados dos exames pré-intervenção nos dois grupos</i> | <i>52</i> |
| <i>Tabela 5 - Resultados dos exames pós-intervenção nos dois grupos</i> | <i>54</i> |
| <i>Tabela 6 - Resultados dos exames pré e pós-intervenção nos dois grupos</i> | <i>59</i> |
| <i>Tabela 7 - Comparação dos resultados históricos do DDIS com os dois grupos analisados</i> | <i>76</i> |

FIGURAS

| | |
|--|----|
| <i>Figura 1 - Taxonomia dos fenômenos dissociativos em eixos</i> | 22 |
| <i>Figura 2 - Artigos publicados no tema saúde e espiritualidade</i> | 28 |
| <i>Figura 3 - Desenho do estudo</i> | 43 |
| <i>Figura 4 - A reunião mediúnica de desobsessão</i> | 45 |
| <i>Figura 5 - A reunião de simulação</i> | 46 |
| <i>Figura 6- Fluxograma grupo médiuns</i> | 49 |
| <i>Figura 7 - Fluxograma grupo voluntários</i> | 50 |
| <i>Figura 8 - Glicemia nos dois grupos antes e após intervenção.</i> | 53 |
| <i>Figura 9 - Noradrenalina nos dois grupos antes e após intervenção.</i> | 57 |
| <i>Figura 10 - Dopamina nos dois grupos antes e após intervenção.</i> | 60 |
| <i>Figura 11 - Diferença comparativa entre os grupos pré e pós-intervenção</i> | 62 |
| <i>Figura 12 - Histograma de distribuição do número de sintomas somáticos nos dois grupos</i> | 64 |
| <i>Figura 13 - Percentual de pacientes que apresentaram depressão maior em cada grupo e autotclassificação atual dos médiuns estudados</i> | 67 |
| <i>Figura 14 - Histograma mostrando a distribuição do número de sintomas scheredianos nos dois grupos</i> | 69 |
| <i>Figura 15 - Pontuação relacionada a aspectos sobrenaturais de acordo com o DDIs e percentual de pacientes com pontuação acima de 5.</i> | 72 |

ANEXOS e APÊNDICES

Anexos

| | |
|---|------------|
| <i>Anexo 1 – Dados Demográficos para os Transtornos Dissociativos - Questionário DDIS</i> | <i>96</i> |
| <i>Anexo 2 - Aprovação Cômite de Ética</i> | <i>123</i> |

Apêndices

| | |
|--|------------|
| <i>Apêndice 1 – TCLE</i> | <i>125</i> |
| <i>Apêndice 2 - Questionário sócio demográfico e de antecedentes</i> | <i>129</i> |
| <i>Apêndice 3 – Material Suplementar</i> | <i>131</i> |

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|----------|---|
| ACTH – | Hormônio adrecorticotrófico |
| APA - | Associação Psiquiátrica Americana |
| CID-10 – | Código Internacional de Doença - versão 10 |
| CRH - | Hormônio liberador de corticotropina ou ACTH |
| DDIS - | Dados demográficos para os transtornos dissociativos, do inglês <i>Dissociative Disorders Interview Schedule</i> |
| DID – | Transtorno de identidade dissociativa, do inglês <i>Dissociative identity disorder</i> |
| Dr. – | Doutor |
| Dra. – | Doutora |
| DSM-IV - | Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 4, do inglês <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> |
| DSM-V - | Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 5, do inglês <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> |
| EA - | Experiência anômala |
| ECLIA – | Eletroquimioluminescência |
| EQM – | Experiência de quase morte |
| HHA – | Hipotálamo-Hipófise-Adrenal |
| HPLC – | Cromatografia líquida de alta performance, do inglês <i>High performance liquid chromatography</i> |
| mcg/dL – | Microgramas por decilitro |
| mIU/mL – | Microunidades por mililitro |
| MR - | Mineralocorticoide |
| N/A - | Não aplicável |
| ng/mL – | Nanogramas por mililitro |
| p.ex. – | Por exemplo |
| PA – | Pressão arterial |
| pg/mL – | Picogramas por mililitro |
| Prof. – | Professor |
| R/S - | Religiosidade e espiritualidade |

| | |
|--------|--|
| RNM - | Ressonância nuclear magnética |
| SNA - | Sistema Nervoso Autônomo |
| TCLE – | Termo de consentimento livre e informado |
| TD – | Transtorno dissociativo |
| UFG – | Universidade Federal de Goiás |
| VP - | Vasopressina |

Vencio S. Avaliação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) em indivíduos com e sem mediunidade (experiências anômalas) em um contexto religioso. [Tese]. Goiânia: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás; 2017. 135p.

Objetivo - Avaliar o eixo HHA e o estado de saúde mental em uma condição de dissociação não-patológica (mediunidade)

Métodos - Neste estudo prospectivo e controlado, 29 médiuns de psicofonia (grupo1) foram avaliados pré e pós psicofonia e comparados com 22 voluntários não médiuns do mesmo contexto religioso (grupo 2) pré e pós uma visualização criativa, simulando uma assistência mediúnica. Catecolaminas plasmáticas, ACTH, cortisol e glicose foram medidas pré e 1 hora após a intervenção. Um questionário estruturado DDIS foi aplicado (Dissociative Disorders Interview Schedule) e os resultados foram comparados com dados históricos de pacientes com transtorno dissociativo (TD) que responderam ao DDIS.

Resultados - No grupo 1, o cortisol e o ACTH diminuíram (14,7 µg/dl para 11,2 µg/dl com $p=0,001$ e 20,6 pg/ml para 13,9 pg/ml com $p\leq 0,001$, respectivamente), apesar disso, o eixo HHA mostrou respostas diversificadas com epinefrina e noradrenalina diminuindo após a intervenção (39 pg/ml a 33 pg/ml e 311,2 pg/ml para 284,1 pg/ml, respectivamente) e aumento da dopamina (41,7 pg/ml a 44,4 pg/ml com $p=0,046$). No grupo 2, o cortisol diminuiu de 15,5 µg/dl para 13,4 µg/dl ($p=0,01$). Os escores obtidos na entrevista estruturada (DDIS) foram semelhantes nos dois grupos, porém com diferenças consideráveis quando comparados com os valores históricos de pacientes com TD.

Conclusão - Este estudo mostrou que uma hora após a psicofonia o eixo HHA permanece preservado em médiuns. A dopamina foi a principal característica neuroquímica de manifestações religiosas e pode eventualmente se constituir num marcador desse fenômeno.

Vencio S. Evaluation of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis in individuals with and without mediumship (anomalous experiences) in a religious context [thesis]. Goiânia: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás; 2017. 135p.

Objective - To evaluate the HPA axis and the mental health status in a non-pathological dissociation condition (mediumship)

Methods - In this prospective and controlled study, 29 psychophonic mediums (group 1) were evaluated before and after psychophony and compared to 22 non-medium volunteers of the same religious context (group 2) before and after a creative visualization, simulating a mediumistic assistance. Plasma catecholamines, ACTH, cortisol and glucose were measured pre-and 1 hour after the intervention. A structured questionnaire - DDIS was applied (Dissociative Disorders Interview Schedule) and the results were compared with historical data from patients with dissociative disorder (DD) who answered the DDIS.

Results - In group 1, cortisol and ACTH decreased (14.7 µg/dl to 11.2 µg/dl with p-0.001 and 20.6 pg/ml to 13.9 pg/ml with p-0.001, respectively), However, the HPA axis showed diversified responses with epinephrine and noradrenaline decreasing after the intervention (39 pg/ml at 33 pg/ml and 311.2 pg/ml at 284.1 pg/ml, respectively) and an increased in dopamine (41.7 pg/ml to 44.4 pg/ml with p-0.046). In group 2, cortisol decreased from 15.5 µg/dl to 13.4 µg/dl (p -0.01). The scores obtained in the structured interview (DDIS) were similar in both groups, but with considerable differences when compared with historical data from TD patients.

Conclusion - This study showed that one hour after psychophony the HPA axis remains preserved in mediums. Dopamine was the main neurochemistry of religious manifestations and may eventually constitute a biomarker of this phenomenon.

1 INTRODUÇÃO

O aspecto religioso e espiritual das diferentes culturas é reconhecidamente importante na vida em sociedade, influenciando valores, comportamentos e apresentando uma relação variável com a incidência de doenças e a cura das mesmas. Esse relacionamento com o invisível sempre esteve presente na sociedade e, a depender da época analisada, era encarada de forma mais ou menos positiva. (CARDEÑA et al., 2001)

A medicina e em especial a psiquiatria tem uma relação tradicionalmente negativa e paradoxal com a religiosidade. Negativa porque as experiências místicas e espirituais eram tidas como evidências de psicopatologia, e paradoxal porque essas afirmações foram feitas fora de um contexto científico e metodológico rigoroso. A interferência real da religiosidade no processo de saúde necessita do rigor científico que exclui crenças pessoais para uma análise racional aprofundada. (MOREIRA-ALMEIDA; CARDEÑA, 2011)

Essa visão distorcida não é recente. Freud definiu as experiências místicas como consequências do “desamparo infantil” e “regressão ao narcisismo primário”. As mais diferentes definições estão presentes na literatura médica, como psicose borderline, episódio psicótico, disfunção do lobo temporal, quadros histéricos ou até como um perigo para o indivíduo e a comunidade. (SOMMER, 2012)

Apesar da relevância do tema no cotidiano, existe uma tendência a se ignorar ou considerar patológica a dimensão religiosa e espiritual da vida. O simples fato de existir o interesse de milhões de pessoas no assunto deveria constituir argumento inquestionável para a realização de pesquisas sérias e com metodologia de primeira linha. (DAHER et al., 2017)

Uma análise crítica do assunto deve fugir dos extremos observados entre a ingênua aceitação de tudo e o radical ceticismo que rejeita até

mesmo a evidência científica de peso. Avanços nessa área iriam de encontro ao desejo da maioria dos pacientes, que sentem como positivo serem questionados sobre sua crença e o aspecto espiritual de sua doença. (EHMAN et al., 1999)

Algumas religiões têm, entre suas práticas, fenômenos dissociativos que são muitas vezes chamados de mediúnicos por seus praticantes, onde se acredita que uma pessoa possa estar em comunicação com um ser imaterial ou eventualmente sob o controle desse ser ou entidade não material. (ROCK et al., 2011)

O termo dissociação ou "desagregação" cunhado por Pierre Janet implica que pelo menos dois processos mentais não estariam associados ou integrados. Essa visão que ainda predomina se refere à perda da unicidade no funcionamento da individualidade humana, originando automatismo motores e/ou sensoriais fora de um controle consciente (JANET, 1901)

O DSM-IV e o DSM-V - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 4 e 5, do inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, separam o fenômeno de possessão não patológica, considerada parte normal de práticas culturais e religiosas, da possessão patológica, doentia, que ocorre no transtorno dissociativo onde o indivíduo acredita ser tomado por um ser extracorpóreo (espírito ou divindade) e se apresenta com sofrimento psicológico e/ou diminuição da adaptação e desempenho social. (APA, 2013)

Devido a suas características, pode haver o entendimento de que a mediunidade (posse/transe) representa apenas uma forma cultural de expressar distúrbios dissociativos. Ou seja, as manifestações religiosas como o êxtase, o falar línguas, profetização, mediunidade e outras, seriam variantes dos distúrbios dissociativos. Uma certa rejeição científica não é completamente destituída de razão, pois realmente faltam estudos controlados, sistematizados que possam elucidar melhor as bases neurofisiológicas desses fenômenos. (BELL et al., 2011)

Um estudo realizado em médiuns brasileiros submetidos a um questionário para avaliação do escore para distúrbios dissociativos e comparados aos dados históricos da literatura, foi possível fazer uma distinção bem clara entre as duas condições, que obviamente podem coexistir, mas são independentes. (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008)

Agrupamentos religiosos frequentemente fomentam experiências de caráter psicóticos e dissociativos como os chamados transe, êxtases e visões espirituais. Por essa razão, eles se constituem em populações privilegiadas para a investigação científica desses fenômenos em amostras não clínicas. Mesmo com investigações bem executadas do ponto de vista metodológico, nem sempre é possível distinguir se uma experiência que acontece nas comunidades religiosas pode ser configurada como um transtorno mental associado a sintomas de conteúdo religioso ou se trata somente de uma experiência espiritual não patológica. (MENEZES JR. et al., 2012)

Em 1995, Steinberg definiu as principais características para o diagnóstico do transtorno dissociativo: Amnésia, despersonalização, desrealização, confusão de identidade e a alteração de identidade. (STEINBERG, 1995)

Cardeña, por sua vez, propõe de forma didática três subdivisões para os fenômenos dissociativos (CARDEÑA, 1994) :

- 1- Dissociação como ausência da consciência de estímulos ambientais ou de comportamentos em andamento;
- 2- Dissociação como coexistência de sistemas mentais separados que deveriam ser integrados na consciência, memória, ou identidade do indivíduo; e
- 3- Dissociação como comportamento em progresso ou percepção inconsistentes com o relato verbal introspectivo do indivíduo.

No subitem 2 encontramos como exemplo o transtorno de personalidade múltipla, estados de transe e a possessão espiritual. Cardeña

deixa claro que nem todo fenômeno dissociativo é patológico e que os mesmos, nas suas diferentes formas de manifestação, variam conforme as diferentes culturas.

O estudo dos fenômenos dissociativos e dos transtornos mentais associados à dissociação é um dos maiores desafios da psiquiatria. Claramente o termo envolve um conjunto de doenças com características e gênese diferentes. Alguns até argumentam que o conceito de dissociação carece de qualquer utilidade como conceito patológico. A incerteza sobre o termo pode originar-se de descrições diagnósticas vagas que se referem explicitamente à "origem psicogênica" da "perda da integração psíquica". Os sistemas diagnósticos que tem abordado os fenômenos dissociativos de transe e posse, nem sempre são bem-sucedidos. (JUREIDINI, 2004)

O atributo central dos transtornos dissociativos é a disfunção das funções habitualmente integradas de percepção do ambiente, identidade, memória ou consciência. A ocorrência pode ser gradual ou súbita, transitória ou crônica. De acordo com o DSM-IV, existem quatro subtipos básicos: transtorno dissociativo de identidade, fuga dissociativa, amnésia dissociativa e transtorno de despersonalização. (NEGRO JUNIOR et al., 1999)

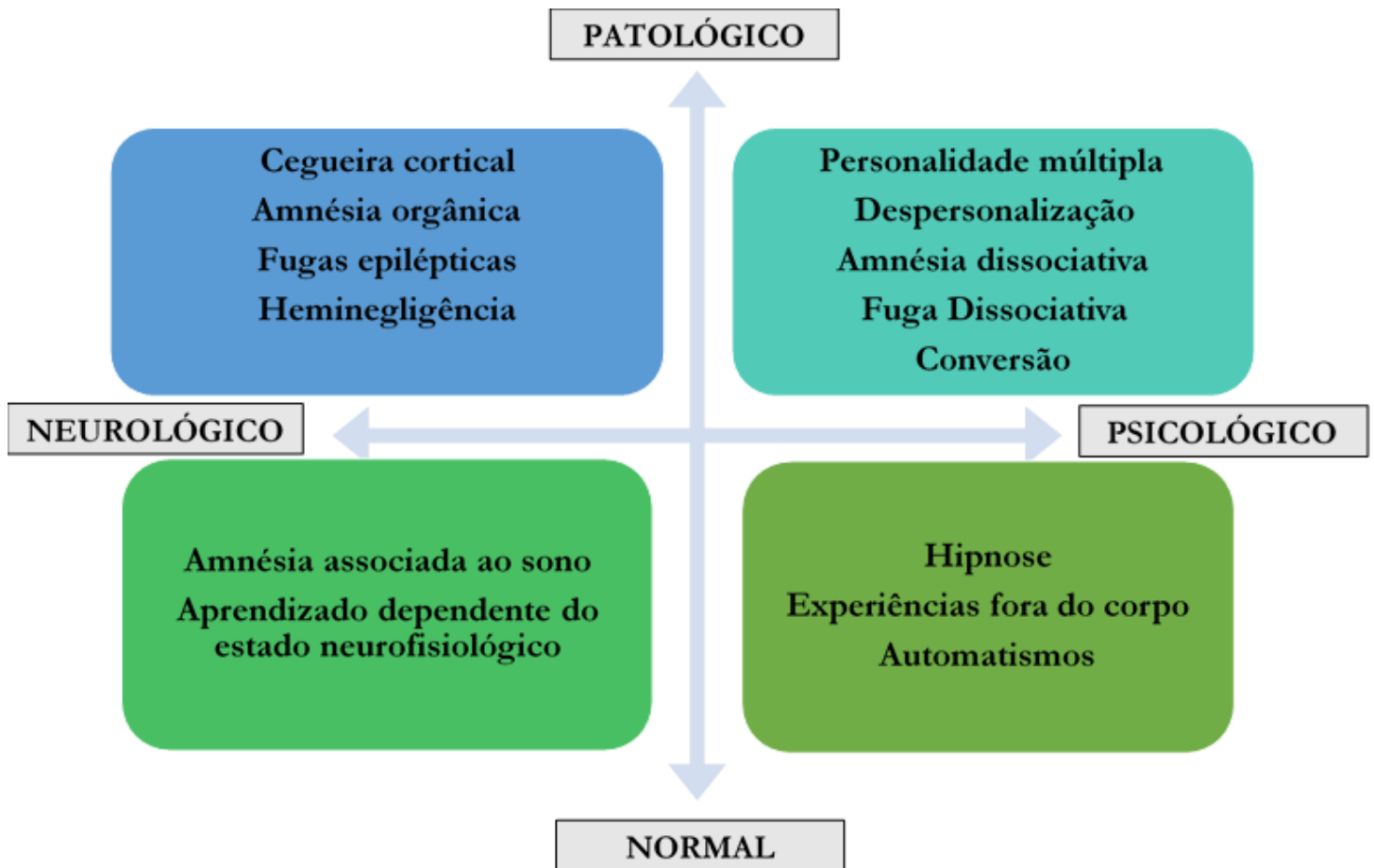
Estima-se que um terço da população irá apresentar algum tipo de transtorno dissociativo durante a vida, a grande maioria sem consequência. O DSM-V prevê uma incidência de 11 a 500/100.000 habitantes, sendo a prevalência maior nas mulheres que nos homens. (PASTUCHA et al., 2009)

A dissociação pode ocorrer como alteração na consciência em que ambiente e o Eu se desconectam, mas também como um mecanismo de defesa que pode ser proposital ou não que levariam ao estreitamento da atenção e desorganização das funções de integração das informações que deveriam estar conscientes. (NEGRO JUNIOR et al., 1999)

Manifesta-se comumente por paralisias, cegueira e mutismo, mas também por surdez, visão em túnel, anestésias e parestesias, assim como fraqueza, movimentos anormais ou como parte de uma síndrome depressiva ou ansiosa. O prognóstico normalmente é regular ou bom para os casos de

amnesia, fuga dissociativa, despersonalização, mas ruim no transtorno de identidade dissociativa. (PASTUCHA et al., 2009)

Figura 1 - Taxonomia dos fenômenos dissociativos em eixos



Adaptado de Cardeña E. The Domain of Dissociation. In: Lynn SJ, Rhue JW, editors. Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives. New York: The Guilford Press; 1994 , p.15-31.

De acordo com Cardeña os fenômenos dissociativos poderiam ser agrupados de acordo com os eixos Normal – patológico e neurológico-psicológico descritos na figura acima.

O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) é o sistema de estresse endócrino do corpo que controla as respostas a vários estressores. Na pesquisa clínica, a atividade do eixo HHA tem sido extensamente investigada em referência à fisiopatologia das doenças mentais. O hipotálamo controla a secreção do hormônio adrenocorticotrópico (ACTH) na hipófise anterior, que, por sua vez, estimula a secreção de cortisol no córtex adrenal. (FUQUA; ROGOL, 2013)

Em condições de repouso, a secreção de ACTH e cortisol segue um ritmo circadiano em função da exposição à luz, ao estresse, cafeína e exercício aeróbico intenso, entre outros. Durante o estresse agudo, a secreção hormonal diurna é interrompida, o que aumenta a liberação de cortisol e ACTH em indivíduos saudáveis. Em indivíduos com distúrbios mentais relacionados ao estresse, esse mecanismo parece estar prejudicado. Assim, o ACTH e a liberação de cortisol durante condições basais estressantes e não estressantes proporcionam um índice para a função normativa (ou interrompida) de regulação do estresse pelo eixo HHA. (LOVALLO et al., 2006)

Disfunções do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) desempenham um papel importante na psicopatologia do transtorno depressivo maior. A hipersecreção de cortisol é um achado neuroendócrino proeminente na depressão e há evidências crescentes de que as alterações na atividade do eixo HHA também podem contribuir para o transtorno de personalidade limítrofe ou também chamada de borderline. (WINGENFELD et al., 2010)

Da mesma forma, também foram relatadas concentrações de cortisol basal aumentadas em pacientes portadores de transtorno de personalidade, mas as alterações da função do eixo HHA parecem ser influenciadas por sintomatologia relativa às comorbidades. Por outro lado, a gravidade dos sintomas de estresse pós-traumático foi negativamente associada à liberação basal de cortisol. (LIEB et al., 2015)

Embora a origem dessas anormalidades do eixo HHA ainda não tenha sido totalmente compreendida, as experiências traumáticas na infância

devem desempenhar um papel importante nas irregularidades do eixo HHA. Estudos pré-clínicos e clínicos têm frequentemente mostrado que o estresse de vida nas fases mais precoces tem efeitos duradouros sobre a atividade do eixo HHA, alterando o funcionamento dos receptores de glicocorticoides. (HEIM et al., 2008)

Fisiologicamente, o Sistema Nervoso Autônomo (SNA) é ativado por centros localizados no tronco cerebral e na medula espinhal. Essa ativação sofre influência direta do hipotálamo e por certas porções do córtex cerebral, em especial do córtex límbico. Os mecanismos para essas alterações ainda não estão totalmente esclarecidos. O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) desempenha um papel central na regulação da resposta ao estresse. (RAFF et al., 2014)

Portadores de transtorno dissociativo pós-traumático, quando solicitados a falarem sobre o acontecimento que gerou o trauma, apresentam supressão relativa da excitação autonômica (p. ex., menor elevação da frequência cardíaca e nas catecolaminas urinárias) quando comparados com pessoas com baixos escores de dissociação que sofreram um trauma semelhante. (ZABA et al., 2015)

Existe uma correlação negativa entre o escore de dissociação e o grau de atividade parassimpática, ou seja, o SNA parassimpático tem seu funcionamento de alguma forma reduzido em portadores de dissociação patológica quando comparados com controles saudáveis. (BASU et al., 2013)

A investigação de indivíduos que se manifestam principalmente com transtornos dissociativos (TD) é muito limitada, e os poucos estudos do eixo hipotálamo-hipófise-Adrenal (HHA) no TD possuem um viés confundidor nas comorbidades. Um estudo em adultos com transtorno dissociativo de identidade com extensas comorbidades relacionada ao transtorno de estresse pós-traumático encontrou resistência à supressão com dexametasona. Os estudos são controversos e dependem da doença, do diagnóstico correto e das comorbidades. Parece haver uma hiperexcitação

hipofisária na resposta ao estresse em pacientes que já sofreram traumas importantes. (KLOET, DE et al., 2012)

Este achado é semelhante ao encontrado por Simeon, que observou aumento do cortisol associado à resistência a baixas doses de dexametasona em uma amostra de 9 pacientes com transtorno de despersonalização onde foi excluído a presença de TEPT e depressão maior. (SIMEON et al., 2001)

Ao investigar os fenômenos fisiopatológicos das EA e a relação espiritualidade e saúde, uma importante pergunta que pode ser feita é se a dissociação patológica (transtorno dissociativo) e a não patológica (mediunidade) compartilham o mesmo padrão de ativação neural e de respostas fisiológicas que envolvem o Sistema Nervoso Autônomo (SNA).

A mediunidade, ou a dissociação não patológica também pode ser chamada de “experiência anômala” (EA), um termo que define vivências incomuns, irregulares ou que fogem da norma e se acredita serem diferentes do habitual ou das explicações usualmente aceitas da realidade. Apesar de poderem ser vivenciadas por uma parte expressiva da população, sem assumir implicações psicopatológicas, ainda causam grande divergência de opinião no meio científico. Como exemplo de EA podemos listar as alucinações, sinestésias (condição em que a impressão de um sentido é percebida como sensação de outro) e vivências interpretadas como telepáticas, dentre outras. (CARDEÑA et al., 2001)

As experiências anômalas são tão frequentes na população geral que a princípio, nenhuma teoria psicológica pode se considerar completa se não as levar em consideração. Apesar de sua enorme prevalência e importância, as experiências anômalas, religiosas, místicas e as consideradas “paranormais” têm sido negligenciadas de forma ampla pela prática e pesquisa médica. (ROSS, 2011)

Um aspecto que necessita ser ressaltado é que um evento considerado anômalo em uma cultura pode ser a norma em outra. Dessa

forma, a definição de anômalo passa pelo que se desvia de modo acentuado de uma norma cultural. (PELZANG et al., 2017)

A EA é parte importante de várias correntes religiosas, dentre elas o espiritismo. Frequentemente, a procura pelos centros espíritas ocorre em virtude da ocorrência de um tipo de EA e que são muitas vezes ressignificadas como algum tipo de mediunidade. (LUCCHETTI et al., 2012)

Diferentemente do que foi encontrado em portadores de transtorno de dissociação, ao avaliar o ritual teatral religioso na Ilha de Bali, observou-se aumento nos níveis plasmáticos de noradrenalina, dopamina e beta-endorfina com significância estatística em 15 participantes que referiam estar em transe de possessão, quando comparados com 9 participantes que não entraram em transe mas realizaram as mesmas atividades. Não houve diferença significativa entre os 02 grupos quanto à frequência cardíaca e à pressão arterial. (KAWAI et al., 2001)

Em sua tese de mestrado, Bastos-Junior encontrou aumento significativamente maior nas concentrações plasmáticas de noradrenalina em resposta à comunicação mediúnica no grupo de médiuns comparado com o grupo controle formado por médiuns, mas onde não houve comunicação. Não foi observada diferença entre os grupos com relação às concentrações plasmáticas de melatonina. (BASTOS-JUNIOR, 2016)

A análise da atividade autonômica cardíaca, através do estudo da variabilidade da frequência cardíaca dos participantes, demonstrou um significativo desvio do sistema nervoso autônomo em favor da atividade simpática nos médiuns como resposta à comunicação mediúnica, comparado com um desvio em favor do parassimpático no grupo controle. (BASTOS-JUNIOR, 2016)

A associação entre EA e transtorno dissociativo não é tão simples e linear como se imaginava. Ao mesmo tempo, o vivenciar das EA se relaciona com menor criminalidade em jovens, com melhora na qualidade de vida em depressivos e ansiosos, recuperação hospitalar mais rápida entre outros.

Além de inúmeros fatores que poderiam diferenciar as EA do transtorno mental, em especial as dissociações, a avaliação do eixo HHA pode ser um diferencial que merece ser estudado.

Caracterizar esses dois fenômenos que podem coexistir e ao mesmo tempo parecem ocorrer de forma independente pode ser um passo importante para que a ciência aprofunde no conhecimento das manifestações psíquicas e sua relação com as EA.

Aventamos a hipótese de que, diferentemente do que já foi mostrado no transtorno dissociativo (supressão do eixo HHA), a dissociação não patológica (mediunidade) manteria o eixo HHA preservado.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1. A relação espiritualidade e saúde. Aspectos científicos

Um marco para os estudos relacionando saúde e espiritualidade ocorreu com a publicação da revisão dos trabalhos que abordavam a religião como uma variável no processo saúde-doença. Desde então, a comunidade científica tem dado maior atenção ao tema, investigando diversos aspectos da influência da espiritualidade como um fator relevante de saúde mental (ou falta dela) em diversas áreas clínicas. (LARSON et al., 1986)

Figura 2 - Artigos publicados no tema saúde e espiritualidade

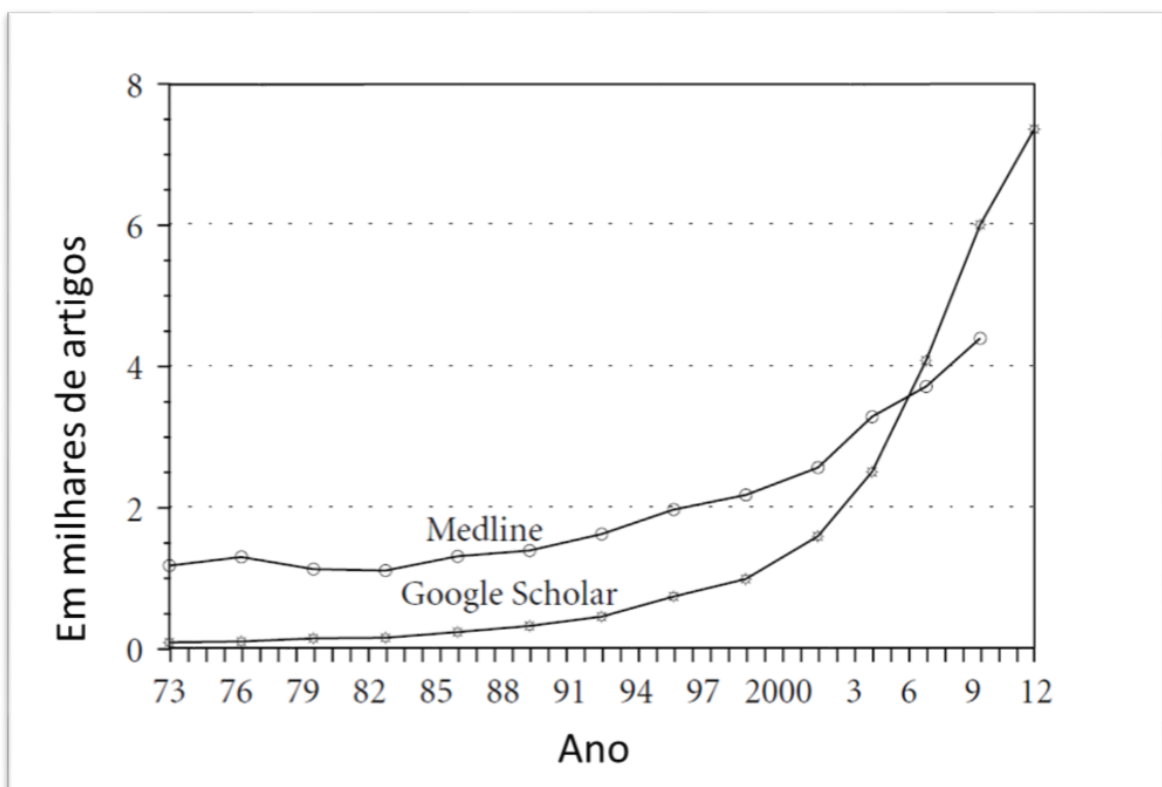


Figura 2 – Artigos publicados no tema saúde e espiritualidade, por período de 3 anos, não cumulativos. Adaptado de Harold Koenig. Religion, Spirituality, and Health: A Review and Update. Advances, summer 2015.

Em 1987, Jeff Levin e Preston Schiller publicaram uma revisão da literatura com duzentos trabalhos abordando a relação entre saúde e religiosidade. Segundo os autores, havia evidência para afirmar que a religiosidade está positivamente associada com saúde. A questão a ser colocada daqui para a frente é porque isso acontece? Dentro dessa visão, as pesquisas focadas nos mecanismos fisiopatológicos das EA e fenômenos associados poderiam auxiliar o entendimento e eventualmente apontar os motivos dessa associação. (SCHILLER; LEVIN, 1988)

A comunidade científica atendeu ao questionamento dos autores e na figura 2 podemos observar o crescimento não cumulativo de artigos publicados no tema saúde e espiritualidade desde a década de 70 do século passado.

Uma correlação positiva entre o compromisso religioso e o estado de saúde mental foi observada num estudo envolvendo idosos. A análise conclui que idosos que praticam sua fé têm menores níveis de depressão, ansiedade e alcoolismo; maior satisfação com a vida e maior bem-estar; adaptando-se melhor às questões de perda pessoal, doença e deficiência física. Essa atitude de superação é conhecida pelo termo *coping*, que pode ser livremente traduzido como resiliência. (LARSON; KOENIG, 2000)

No outro extremo do espectro da idade, vemos que o envolvimento religioso na adolescência está positivamente associado com valores que melhoram a sociabilidade e negativamente relacionado com os comportamentos de risco, incluindo suicídio, abuso de drogas, delinquência, atividade sexual precoce e gravidez na adolescência. Aparentemente, fazer parte de um agrupamento religioso nas primeiras fases da vida é um fator protetor. (DEBNAM et al., 2016)

A relação entre as EA e a doença mental é um campo de pesquisa que precisa ser aprofundado. Existem razões pelas quais essa relação poderia ser mais frequente: (a) Sobreposição, (b) EA contribuiria para a ocorrência do transtorno mental, (c) Transtorno mental contribuiria para a

ocorrência de EA, e (d) existem variáveis outras que contribuem para as duas experiências. (HAUG et al., 2017)

O embasamento científico para essas afirmações, porém é frágil. Observa-se que as EA podem contribuir para que o experienciador manifeste características mentais mais equilibradas do que as observadas na psicopatologia. Além disso, provavelmente essa relação não seja simples e linear, dependendo de uma série de fatores como reações pessoais internas e a reação das pessoas e do meio às EA. (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2003)

Tem-se mostrado de forma reiterada que a relação entre espiritualidade e saúde é positiva em muitos aspectos físicos e mentais. Apesar da maioria dos dados científicos ainda focarem na relação entre espiritualidade e doença mental, trabalhos mais recentes e de melhor rigor científico abordam essa relação também com doenças físicas como diabetes e patologias cardiovasculares, mostrando que a espiritualidade pode ser um importante fator de melhora ou proteção em diversas patologias. (KOENIG, 2015)

Portadores de doença mental vivenciam EA, mas não necessariamente as EA levam à doença mental e observa-se que a valência hedônica subjetiva determine essa relação. EAs associadas ao sofrimento são mais suscetíveis de serem classificadas como psicopatológicas, o inverso acontecendo com as EA vivenciadas de forma agradável. Define-se a valência hedônica como uma grandeza teórica dos estados afetivos, correspondendo ao quão agradável ou desagradável é uma circunstância subjetiva. Como valência positiva observa-se a felicidade, alegria e a gratidão, sendo que entre os estados negativos tem-se a tristeza, raiva e a culpa. (SHARMA et al., 2017)

A presença da vontade e o controle sobre a EA constituem outra esfera de diferenciação na relação entre a EA e o transtorno mental. Normalmente o transtorno dissociativo associa-se a uma condição de involuntariedade e capacidade limitada de empreender um comportamento

volitivo. Diferentemente, as EA, especialmente as que integram rituais culturais e religiosos demandam necessariamente a volição associada ao esforço contínuo em fazer parte de um grupo, requerendo assiduidade, pontualidade, quando não estudo, entre outras características. (WALLACE J, 1997)

2.2. A mediunidade

O interesse pela mediunidade e pela evidência que ela pode fornecer para a sobrevivência da personalidade humana após a morte não é um fenômeno novo. Começando no final do século XIX e continuando pelos próximos 50 anos, os médiuns receberam intensa e prolongada investigação. (STEVENSON, 1977)

Muitos fenômenos estudados incluindo alucinações não-patológicas, hipnose e mesmerismo, fenômenos psicofisiológicos incomuns e psi (termo coletivo para telepatia, clarividência, precognição e psicocinese) sugerem fortemente que os fenômenos mentais nem sempre estão confinados aos limites sensoriais e motores normais. (KELLY EW, 2010)

Allan Kardec, pseudônimo do professor francês Hippolyte-Léon Denizard Rivail, criou o neologismo “médiun”, que tem o seguinte significado: “MÉDIUM. (do latim, médium, meio, intermediário). Pessoa que pode servir de intermediário entre os espíritos e os homens” (KARDEC, 1861)

Da mesma forma, Kardec definiu a mediunidade como a “faculdade dos médiuns”, ressaltando que existem dois sentidos, um amplo e outro restrito:

“Todo aquele que sente, num grau qualquer, a influência dos Espíritos é, por esse fato, médium. Essa faculdade é inerente ao homem; não constitui, portanto, um privilégio exclusivo. (...) pode, pois, dizer-se que todos

são, mais ou menos, médiuns. Todavia, usualmente, assim só se qualificam aqueles em quem a faculdade mediúnica se mostra bem caracterizada e se traduz por efeitos patentes, de certa intensidade, o que então depende de uma organização mais ou menos sensitiva. ” (ALLAN KARDEC, 2013)

Obviamente Allan Kardec não inventou o fenômeno mediúnico, uma vez que ele está presente em todas as nações e culturas, mas fez bastante ao organizar, catalogar e estudar os diferentes tipos de mediunidade.

A coerência do conceito de transtorno dissociativo patológico e não patológico (mediunidade) como taxonomia de doenças supostamente universais (validade cultural ou não) depende de critérios diagnósticos sobre as concepções ocidentais da individualidade e do impacto das influências sociopolíticas nas categorias de doenças. (BHAVSAR et al., 2016)

Somente compreendendo os processos e como eles se relacionam com as categorias em si, podemos elaborar de forma útil não só a variabilidade observada nestes transtornos, mas também as razões para essas variações. É importante incorporar as definições das ciências sociais da mediunidade, a fim de esclarecer a relação entre uma série de dimensões desses estados, incluindo sofrimento, aceitabilidade cultural, instrumentalidade, volição, controle entre outras características. (DURING et al., 2011)

Para a psiquiatria clínica, os fenômenos mediúnicos (transtornos do transe e da possessão) são definidos como estados que envolvem "uma perda temporária do senso de identidade pessoal e plena consciência do ambiente" na CID-10 (código F44.3) e são classificados como um tipo de transtorno dissociativo. No DSM-IV, é feito um apelo para mais pesquisas sobre transtornos dissociativos de transe antes da inclusão formal na categoria de transtornos dissociativos. (APA, 2013)

A religião e a espiritualidade podem se constituir em ferramentas de superação complementar no tratamento da esquizofrenia, prevenção e remissão da depressão, drogadição e delinquência juvenil. Por outro lado, os

resultados são ainda conflitantes no tratamento da ansiedade. (DEIN et al., 2012)

Numa metanálise que avaliou 147 trabalhos totalizando 98.975 pacientes, foi encontrado que religiosidade está associada com baixos índices de sintomas depressivos. Em algumas situações essa proteção se mostrou mais forte, como na vigência de circunstâncias muito estressantes. (SMITH et al., 2003)

Um tipo de EA muito estudada é a experiência de quase morte (EQM). O primeiro relato científico sobre esse assunto data de 1740 e descreve a mudança que a ocorrência trouxe para a vida de um farmacêutico francês. É importante observar que mesmo quando as EA sejam únicas e transitórias, elas merecem um olhar científico, pois causam grande impacto sobre aqueles que as vivenciam. Não é infrequente que após algumas EA como as EQM ou experiências místicas de cura, ocorram mudanças de valores significativos na vida dos envolvidos. (RAWLINGS; DEVERY, 2015)

A Associação Psiquiátrica Americana no DSM-IV e no DSM-V, leva em consideração a formação religiosa do indivíduo e sugere uma análise crítica para definir se a questão religiosa pode ser integrada, se tornando um catalisador para a cura ou deve ser tratada como um transtorno mental, uma vez que em muitos casos as EA podem ser típicas manifestações de transtorno mental. (APA, 2013)

De acordo com Menezes, “A mediunidade pode ser definida como um conjunto de experiências nas quais um indivíduo (dito médium) ‘alega’ entrar em contato com ou estar sob o controle da personalidade de uma pessoa já falecida ou outro ser imaterial. As experiências mediúnicas são geralmente dissociativas, tais como automatismos motores, sensoriais ou cognitivos (por exemplo: ouvir ‘espíritos’ ou reproduzir movimentos corporais ou pensamentos causados por ‘espíritos’) e identidade alternativa / possessão”. (MENEZES JR. et al., 2012)

William James, considerado um dos cinco maiores psicólogos de todos os tempos, fundador do primeiro laboratório americano de psicologia, na Universidade de Harvard, dedicou mais de duas décadas ao estudo da mediunidade. Ele acreditava que as maiores conquistas científicas seriam advindas da investigação dos problemas psíquicos. O interesse de William James foi mais voltado para as experiências religiosas diretas, entendendo que a teologia e os aspectos organizacionais da religião eram de interesse secundário. Ele afirmava que as experiências religiosas eram apenas experiências humanas e como tal poderiam e deveriam ser mensuradas e analisadas criticamente. Para ele, “as teorias científicas são organicamente condicionadas tanto quanto as emoções religiosas o são”. (JAMES, 1904)

2.3. Mediunidade e correlatos fisiológicos

A investigação dos correlatos neurofisiológicos das manifestações mediúnicas tem sido realizada de forma cada vez mais científica e rigorosa, apesar de estarmos longe do ideal. A Tabela abaixo nos mostra um resumo de alguns estudos de neuroimagem envolvendo experiências religiosas e reforça a necessidade de existir linhas de pesquisa dedicadas ao assunto. (PERES J, 2013)

Três meses de prática de Hatha Yoga foi capaz de aumentar os níveis de melatonina em 30 homens saudáveis com idade entre 25-35 anos. Esse aumento apresentou correlação positiva com um escore de bem-estar. Da mesma forma, indivíduos treinados em meditação tradicional chinesa (quiet sitting) quando estudados pelo método da ressonância magnética funcional apresentaram uma ativação do hipotálamo e da pineal, tanto na primeira como na segunda fase da meditação. (HARINATH et al., 2004)

Desde a década de 70 do século passado, sabe-se que a relação entre os sistemas trofotrópico e ergotrópico de integração autonômico-somática é muito relevante para uma variedade de estados emocionais e

níveis de consciência. A importância do feedback aferente proprioceptivo para a formação reticular e do hipotálamo para a manutenção da responsividade ergotrópica é indicada juntamente com os efeitos clínicos benéficos de certas terapias comportamentais que empregam o relaxamento muscular esquelético como uma técnica para modificar a excitação do sistema nervoso central. (GELLHORN; KIELY, 1972)

Tabela retirada com autorização de – Peres J. Neuroimagem e

Tabela 1 - Neuroimagem e mediunidade

mediunidade: uma promissora linha de pesquisa - Rev Psiq Clín.

| Estudo | Método | Sujeitos | Paradigma | Atividade cerebral Diminuição (↓) Aumento (↑) |
|---|--------|-------------------------------|--|--|
| Azari <i>et al.</i> , 2001 ⁵⁹ | PET | 6 cristãos fundamentalistas | Experiência religiosa | ↑ DLPFC, dorsomedial frontal e córtex parietal medial |
| Newberg <i>et al.</i> , 2003 ⁵⁵ | SPECT | 8 franciscanos | Oração | ↑ PFC, lobos frontais inferiores e lobos parietais inferiores |
| Beauregard <i>et al.</i> , 2006 ⁵⁷ | fMRI | 14 carmelitas | Senso de união com Deus | ↑ RL córtex medial orbitofrontal, R córtex temporal médio, RL lobos parietais inferior e superior, RL caudate, L medial PFC, L ACC, L insular, L tronco cerebral, córtex visual estriado |
| Newberg <i>et al.</i> , 2006 ⁵⁶ | SPECT | 6 carismáticos | Glossolalia | ↑ L caudate ↓ DLPFC, L parietal superior |
| Beauregard <i>et al.</i> , 2009 ⁶⁴ | fMRI | 15 pacientes com NDE | Meditação “ser de luz” | ↑ R tronco cerebral, R córtex orbito frontal, R PFC, R lobo parietal superior, L lobo temporal, L insular, e L para-hipocampo |
| Harris <i>et al.</i> , 2009 ⁶² | fMRI | 15 crentes/15 descrentes | Julgamento de crenças “verdadeiro” vs. “falso” | Crença associada com ↑ atividade no ventromedial PFC; pensamentos religiosos associados com regiões do cérebro que governam emoções, autorrepresentação e conflito cognitivo; pensamento comum associado com redes de recuperação de memória |
| Ge <i>et al.</i> , 2009 ⁶³ | fMRI | 16 cristãos/16 não seguidores | Traços de julgamento sobre Jesus | Conectividade funcional entre MPFC e lobo parietal posterior, traço de julgamento diferenciado de líderes políticos e o eu, mas não entre Jesus e o eu. |
| De Araujo <i>et al.</i> , 2012 ⁶¹ | fMRI | 9 usuários de Ayahuasca | Efeito da Ayahuasca | ↑ áreas occipital, temporal e frontal |
| Peres <i>et al.</i> , 2012 ²² | SPECT | 10 psicógrafos | Escrita psicografada | ↓ L culmen, L hipocampo, L giro occipital inferior, L cíngulo anterior, R giro temporal superior e R giro pré-central |

PET: tomografia por emissão de pósitrons; SPECT: tomografia computadorizada por emissão de fóton único; fMRI: imageamento por ressonância magnética funcional; ACC: córtex singular anterior; PFC: córtex pré-frontal; DLPFC: córtex pré-frontal dorsolateral; R: direita; L: esquerda.

2013;40(6):225-32

Importante salientar que em 1971, no livro Entrevistas, Chico Xavier, trazendo uma mensagem mediúnica de André Luiz, médico desencarnado diz que “Assim é que muitos fenômenos da loucura e da obsessão, diz André Luiz, são atribuíveis à liberação anormal das catecolaminas, da medular da suprarrenal, tanto quanto dos seus depósitos outros no

organismo e, assim conseqüentemente, de seus produtos de metabolização, como sejam, a adrenolutina e o adrenocromo, cuja ação específica, interferindo na distribuição da glicose no cérebro, determina alterações sensoriais muito grandes, alterações estas que serão estudadas, com segurança pela medicina psicossomática do futuro.” (XAVIER, 1971)

2.4 Questionário para diagnóstico de transtorno dissociativo (DDIS)

O DDIS é dividido em 16 seções. Cada seção é pontuada independentemente. Todos os diagnósticos são feitos de acordo com as regras do DSM-V. É uma entrevista estruturada que gera dados para diagnósticos de transtorno somatoforme (desordem somática), episódio depressivo maior, transtorno de personalidade limítrofe e os cinco distúrbios dissociativos. Ele também questiona sobre abuso físico e sexual na infância, abuso de substâncias, sintomas Schneiderianos de primeira ordem para diagnóstico de esquizofrenia, características secundárias do transtorno de identidade dissociativo e experiências paranormais.

O questionário foi adaptado para a língua portuguesa (AMARAL DO ESPIRITO SANTO; PIO-ABREU, 2007) e sua tradução e uso foram autorizadas pelo autor na análise comparativa entre médiuns Brasileiros e portadores do transtorno da identidade dissociativa. (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008) Nós utilizamos a mesma versão traduzida por Moreira-Almeida et al. (Anexo 1, seção 8)

Usando o DDIS, Ross e cols. estabeleceram que o transtorno de identidade dissociativo é uma categoria discreta ou taxonômica comparada a outras categorias de diagnóstico na área da psiquiatria e não somente uma apresentação diferente do comportamento normal. (ROSS, 2005)

Existem duas entrevistas estruturadas para o diagnóstico de distúrbios dissociativos, a Entrevista Clínica Estruturada para Distúrbios

Dissociativos do DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders) (STEINBERG; STEINBERG, 1995) e o Plano de Entrevistas para Distúrbios Dissociativos (Dissociative Disorders Interview Schedule DDIS) (ROSS, 1996). O uso de ambos mostra confiabilidade e validade claras.

Relatos anteriores mostraram que o DDIS pode diferenciar transtorno de identidade dissociativo (TD) ou transtorno de personalidade múltipla de transtornos alimentares, transtorno de pânico e esquizofrenia de convulsões complexas parciais e distúrbios neurológicos gerais, de esclerose múltipla e de distúrbio dissociativo não especificado de outro modo. (ROSS, C.A., ANDERSON, G., FRASER, . A., REAGORP., , BJORNSONL., MILLERS, 1992)

Não há pontuação total para toda a entrevista. Os autores do DDIS verificaram uma especificidade de 100% e sensibilidade de 95% para o diagnóstico de TD, com uma reprodutibilidade inter-avaliadores global de 0.68.

O DDIS foi administrado a 1.308 indivíduos em oito diferentes categorias de diagnóstico, incluindo 296 pacientes diagnóstico de transtorno de identidade dissociativo. O estudo comprovou três hipóteses:

(1) A distância de Mahalanobis entre o distúrbio de identidade dissociativo e cada uma das outras sete categorias diagnósticas foi grande;

(2) A categoria diagnóstica mais próxima ao transtorno de identidade dissociativa foi o distúrbio dissociativo não especificado de outra forma;

(3) Categorias de diagnóstico não dissociativas estariam mais próximas uma da outra do que qualquer outra ao transtorno de identidade dissociativo.

Na tabela abaixo nós comparamos os valores da pontuação média de cada uma das 16 seções do questionário DDIS realizado por Ross e cols. em dois grupos de pacientes com TD. (ROSS, 2005)

Tabela 2 - Comparação dos resultados do DDIS em 2 populações com transtorno dissociativo

| | Ross 1992 n-166 | Ross 2005 n-296 |
|--|--------------------|--------------------|
| Seção 1 - Queixas Corporais (Sintoma somático) | 14,1 | 15,4 |
| Seção 2 - Abuso de Substâncias | 51,2% | Não consta |
| Seção 3 - História Psiquiátrica | 2,74 | 2,4 |
| Seção 4 - Episódio Depressivo Maior | 89,9% | Não consta |
| Seção 5 - Sintomas Positivos de Esquizofrenia (Sintomas Schneiderianos de Primeira Ordem) | 6,5 | 6,6 |
| Seção 6 - Transes, Sonambulismo | Não consta | Não consta |
| Seção 7 – Abuso infantil | 91% | Não consta |
| Seção 8 - Características Associadas a Transtorno de Identidade Dissociativa | 10,2 | 10,6 |
| Seção 9 - Sobrenatural/ Possessão/ Experiências de Percepção Extra-sensorial | 5,3 | 5,8 |
| Seção 10 - Transtorno de Personalidade Borderline | 5,1 | 5,5 |
| Seção 11 - Amnésia Dissociativa | Não consta | 4,3 |
| Seção 12 - Fuga Dissociativa | Não consta | Não consta |
| Seção 13 - Transtorno de Despersonalização | 100% | 100% |
| Seção 14 - Transtorno de Identidade Dissociativa | 100% | 100% |

Historicamente tem-se utilizado os dados relatados no estudo com 166 indivíduos com diagnóstico de TD onde o questionário DDIS foi aplicado. (Ross 1992). Para os dados que não constam na avaliação dos 166 pacientes, utilizaremos a pesquisa com 100 pacientes atendidos em um programa hospitalar de trauma, que comparou uma versão auto-relatada do DDIS (SR-DDIS) com a versão tradicional. (ROSS; BROWNING, 2017)

3.1. Objetivo primário

Avaliar o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal na dissociação não patológica (mediunidade), comparando com grupo controle constituído de indivíduos do mesmo contexto religioso que não manifestem a experiência anômala. (Não médiuns)

3.2. Objetivos secundários

Investigar a saúde mental dos médiuns utilizando a escala de transtorno dissociativo (DDIS) comparando com o grupo controle constituído de indivíduos do mesmo contexto religioso que não manifestem a experiência anômala. (Não médiuns)

Comparar os resultados do DDIS com os dados históricos de portadores do transtorno dissociativo

4.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo clínico prospectivo controlado e não randomizado, de intervenção, unicêntrico, que avalia o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, em um grupo de indivíduos com experiências anômalas (médiuns) em um contexto religioso, em comparação com um grupo controle constituído de indivíduos do mesmo contexto religioso que não manifestem a experiência anômala. (Não médiuns)

Devido às características específicas de cada grupo, a randomização e o cegamento em relação às intervenções não foram passíveis de serem realizadas.

4.2. Universo e amostra

A população de estudo foi composta de dois grupos

Grupo 1 ou grupo de médiuns - Médiuns de incorporação vinculados à Comunidade Espírita Ramatís, centro espírita localizado em Goiânia. Homens e mulheres, independente da etnia, com idade acima de 18 anos. Esta casa espírita foi selecionada por apresentar um treinamento padronizado dos médiuns assim como de suas atividades mediúnicas, permitindo uma melhor homogeneização da amostra estudada.

Grupo 2 ou grupo controle - Frequentadores da Comunidade Espírita Ramatís, que nunca tenham manifestado sinais de mediunidade ostensiva, ou cursado a escola de médiuns (curso de mediunidade) mas acreditam na teoria da doutrina espírita. Homens e mulheres, independente da etnia, com idade acima de 18 anos.

4.3. Procedimentos éticos

O estudo foi submetido ao comitê de ética do Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Goiás-GO em 07/08/2015 e aprovado em 26/01/2016 e está de acordo com as normas da declaração de Helsinki, CAAE: 48940515.5.0000.5078. (Vide Anexo 2)

4.4. Critérios de inclusão

Os sujeitos de pesquisa devem ser capazes de compreender claramente e cooperar com todos os procedimentos descritos no Termo de Consentimento do estudo (TCLE), incluindo o preenchimento dos questionários.

Homens e mulheres com idade acima de 18 anos.

Para o grupo 1 - Adultos participantes de reuniões mediúnicas desempenhando a função de trabalhadores da equipe (médiums psicofônicos) há pelo menos 03 anos.

Para o grupo 2 – Serem frequentadores da Comunidade Espírita Ramatís, mas sem manifestarem sinais e sintomas de mediunidade.

4.5. Critérios de exclusão

Uso de glicocorticóides sintéticos como prednisona, prednisolona, metilprednisona e hidrocortisona pelas vias oral ou tópica.

Gravidez.

Uso de estrogênio/anticoncepcional oral.

Antecedentes ou suspeita de síndrome nefrótica, insuficiência hepática, hipertireoidismo, acromegalia, insuficiência renal e diabetes.

Uso de drogas que interferem na biossíntese do cortisol: cetoconazol, aminoglutetimida, mitotano etc; uso de drogas que alteram o metabolismo do cortisol: diminuindo seus níveis plasmáticos (antiácidos, carbamazepina, colestiramina, colestipol, fenobarbital, fenitoína, rifampicina, ciclosporina, efedrina) ou aumentando (eritromicina).

Portadores de doença adrenal, hipofisária ou hipotalâmica

Portadores de epilepsia ou antecedentes de traumatismo crânio encefálico grave ou de meningite. Portadores de doenças psiquiátricas diagnosticadas. Uso de medicamentos psiquiátricos.

Sujeitos que não seguissem as orientações necessárias para a coleta de catecolaminas;

a) nas 8 horas antes da coleta: Não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas, chá, café e bebidas que contenham cafeína, como guaraná ou refrigerantes à base de cola.

b) no dia do exame não realizar atividade física extenuante.

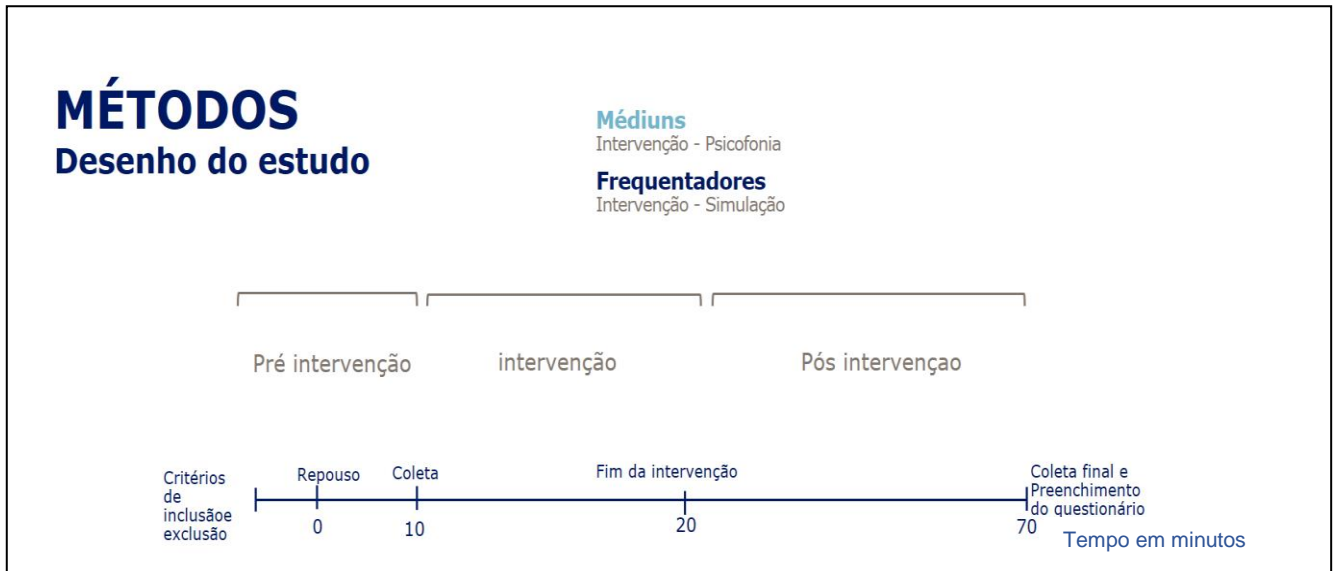
c) uso de inibidores da monoaminoxidase utilizados no tratamento da depressão e da doença de Parkinson: tranilcipromina (Parnate®), moclobemida (Aurorix®), selegilina (Niar®, Deprilan®, Eldepril® e Jumexil®) e sibutramina (Reductil®); vasodilatores que atuam com a inibição de canais de cálcio: verapamil (Dilacoron®) e nimodipina (Nimotop® e Noodipina®).

4.6. Coleta de dados e instrumentos

Todas as coletas de dados foram realizadas pelo próprio investigador na Comunidade Espírita Ramatís. O estudo está detalhado na figura 3.

Somente após a assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE -Apêndice 1) e os procedimentos do estudo, os participantes foram submetidos a dois questionários

Figura 3 - Desenho do estudo



1 - Questionário sócio demográfico e de antecedentes (Apêndice 2) utilizado para comparação entre grupos e análise da relação entre traumas e aparecimento da mediunidade, questões a respeito da idade, etnia, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, antecedentes mórbidos e medicamentos de uso diário.

2 – Questionário para diagnóstico de transtorno dissociativo – DDIS (Anexo 1).

O DDIS, questionário estruturado com 131 itens, utilizado como um instrumento para diagnóstico clínico dos transtornos dissociativos e para o rastreio de dissociação patológica. Faz o diagnóstico pelo DSM-IV de todos os transtornos dissociativos, transtorno de somatização, transtorno depressivo maior e do transtorno de personalidade borderline. Aborda em detalhes o abuso infantil físico e sexual, sintomas Schneiderianos (esquizofrenia), envolve a questão de experiências ditas paranormais, sonambulismo, amigos imaginários da infância, e transtorno de identidade dissociativa.

Este questionário tem sido utilizado em teses de mestrado e doutorado que estudaram o assunto comparando a avaliação entre médiuns e portadores do transtorno dissociativo. A presente escala em português foi validada no estudo do Dr. Alexander Moreira em sua tese de doutorado. (MOREIRA-ALMEIDA, 2004)

4.7. Da reunião mediúnica e da visualização criativa

Foram usadas como intervenções tanto a incorporação como a visualização criativa e seu efeito no eixo hipotálamo–hipófise–adrenal foi estudado através da avaliação laboratorial antes e após uma hora do início da intervenção.

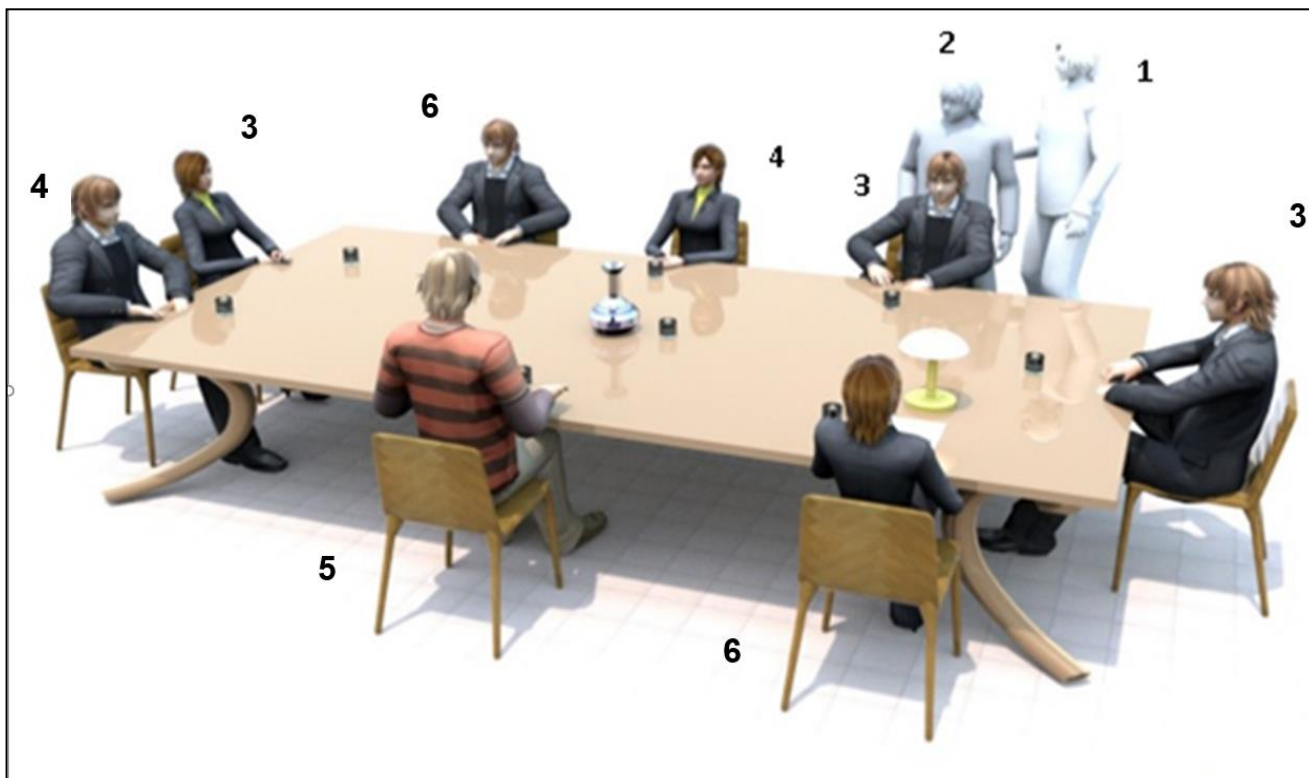
O grupo de médiuns (Grupo 1) foi o primeiro a ser avaliado. Antes de qualquer procedimento, todos os participantes assinaram o TCLE, e após isso, os critérios de inclusão e exclusão foram verificados e só depois iniciado a coleta de sangue

Os médiuns chegavam ao centro espírita pela manhã (07:30) e ficavam em repouso por pelo menos 10 minutos. Após a coleta, eram encaminhados para a sala mediúnica, e orientados a seguir os procedimentos padrões de uma reunião mediúnica de desobsessão, onde os mesmos, sob a direção de um coordenador, eram induzidos a se conectar com os mentores espirituais, com o objetivo de assistir espíritos desencarnados (mortos). (Veja figura 4)

Define-se como incorporação a pretensa comunicação com um ser imaterial realizada por um médium. A visualização criativa é definida como uma técnica meditativa, que no caso foi usada para sugerir o contato com seres extracorpóreos, mimetizando uma assistência espiritual.

Na coleta dos médiuns, o tempo médio do procedimento (prece inicial, abertura dos trabalhos, contato com a espiritualidade, incorporação e doutrinação) foi de 9 minutos. O mesmo tempo foi utilizado na visualização criativa para coleta do grupo controle.

Figura 4 - A reunião mediúnica de desobsessão



1 - Mentor espiritual; 2 - Espírito obsessor; 3 - Médiun psicofônico ou de incorporação; 4 - Médiun doutrinador; 5 – Dirigente; 6 - Médiun de sustentação

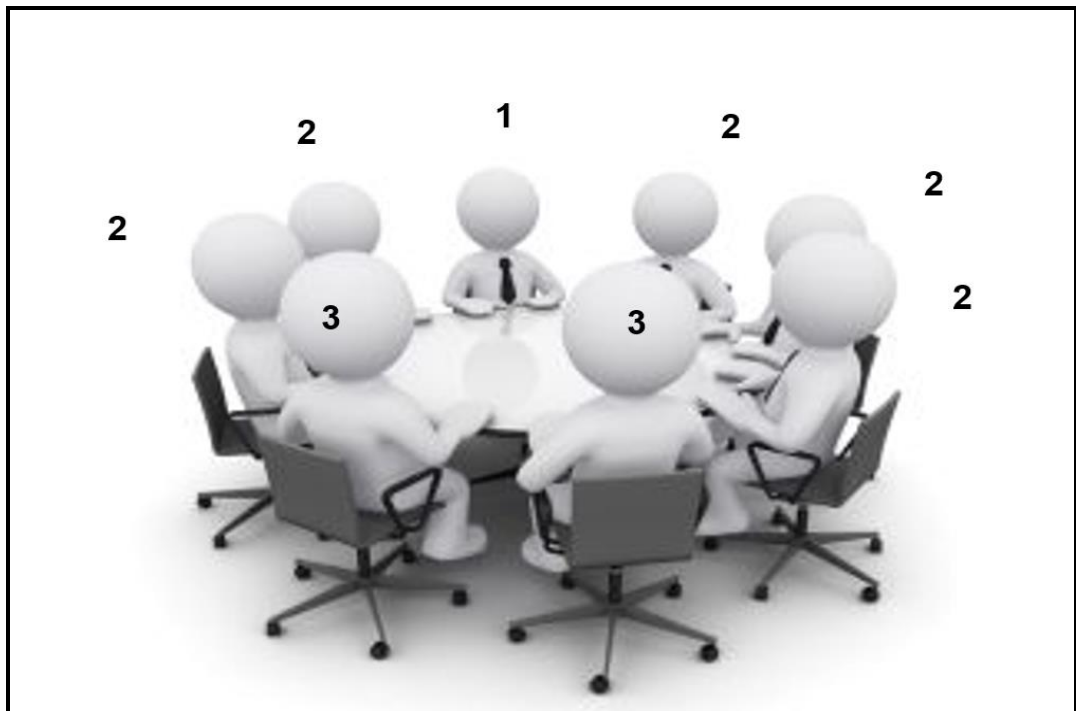
Os mesmos procedimentos experimentais foram realizados em ambos os grupos (médiums e frequentadores). Em uma data diferente, os frequentadores da Comunidade Espírita Ramatís selecionados, sem experiência com mediunidade, foram avaliados no mesmo horário, respeitando os mesmos procedimentos e após a primeira coleta, encaminhados para a mesma sala mediúnica, onde eram convidados a realizar uma visualização criativa.

O detalhamento do procedimento nos frequentadores está descrito na figura 5.

Uma vez na sala mediúnica os frequentadores eram orientados pelos mesmos dirigentes, contando também com o auxílio energético dos mesmos médiums de sustentação. Após o início, com um relaxamento, eram

induzidos a uma visualização criativa, sendo sugestionados a se observarem fora do corpo (dissociação não patológica) auxiliando eventuais espíritos desencarnados que necessitassem de ajuda, porém obviamente, sem a incorporação. (Vide figura 5)

Figura 5 - A reunião de simulação



1 - Dirigente 2 - Frequnetador; 3 - MEDIUM de sustentação

4.8. Coleta de amostra biológica (sangue) e análise dos exames laboratoriais

Amostras de sangue para dosagem de glicose e hormônios foram coletadas através de punção venosa em antebraço, com sistema fechado de coleta a vácuo (BD Vacutainer®), por profissional de saúde treinado para coleta laboratorial, preservando-se todas as condições de biossegurança e com os indivíduos sentados em posição confortável após pelo menos 10 minutos de repouso.

Todos os participantes evitaram a ingestão de substâncias que pudessem interferir na frequência cardíaca e/ou sistema adrenal (café, chá, chocolates, bebidas alcoólicas), por no mínimo 24 horas e cumpriram jejum de no mínimo 8 horas (noturno) antes da primeira coleta sanguínea, realizada pela manhã.

Todas as análises foram realizadas no Laboratório Atalaia, Avenida Campinas, n300 Vila Brasília, Aparecida de de Goiânia, Goiás.

Para a dosagem de ACTH, foi coletado sangue em tubo à vácuo com anticoagulante EDTA-PPT K2 (rolha branca), com centrifugação imediata e congelamento da amostra sem alíquotagem. A análise foi feita em ensaio de eletroquimioluminescência (electrochemiluminescence immunoassay ou “ECLIA”) tipo sanduíche, em analisadores de imunoensaios Elecsys e cobas e (Roche Diagnostics, Mannheim - Alemanha). Esse método possui coeficiente de variação menor do que 5%, sensibilidade de 1 pg/ml e linearidade de 2000 pg/ml.

A glicose foi coletada em tubo à vácuo com anticoagulante fluoreto de sódio (rolha cinza). A dosagem foi realizada pela metodologia enzimática com hexoquinase após centrifugação do plasma em analisadores de imunoensaios Elecsys e cobas e (Roche Diagnostics, Mannheim - Alemanha). Esse método possui coeficiente de variação menor do que 2%, sensibilidade de 2 mg/dl e linearidade de 750 mg/dl.

O exame de cortisol foi coletado em tubo à vácuo com gel separador (rolha vermelha) com centrifugação imediata e resfriamento da amostra sem alíquotagem. A análise foi feita em ensaio competitivo de eletroquimioluminescência (electrochemiluminescence immunoassay ou “ECLIA”), em analisadores de imunoensaios Elecsys e cobas e (Roche Diagnostics, Mannheim - Alemanha). Esse método possui coeficiente de variação menor do que 9%, sensibilidade de 0,5 µg/dL e linearidade de 65 µg/dL.

A determinação das concentrações de catecolaminas foi realizada através de cromatografia líquida de alta performance (HPLC; RECIPE, Munique, Alemanha; Waters, Milford, EUA).

As amostras de sangue venoso para catecolaminas foram coletadas em tubos heparinizados (rolha verde), e imediatamente invertidas para adequada mistura entre o sangue e o anticoagulante, centrifugadas, tendo o plasma separado e congelado. A sensibilidade do teste de noradrenalina usado é de 8 ng/l com coeficiente de variação menor do que 7%, adrenalina possui sensibilidade de 8 ng/l com coeficiente de variação menor do que 8%, a dopamina possui sensibilidade de 15 ng/l com coeficiente de variação menor do que 6%.

Todos os resultados foram enviados aos participantes com explicações resumidas.

4.9. Análise estatística

Os dados coletados foram tabulados em Excel e analisados pelo software SPSS versão 20.0 (IBM Corporation, Armonk, USA) e no Stata S/E versão 14. Foi realizada uma análise descritiva. Quando pertinente, as médias foram apresentadas no formato: média \pm desvio padrão (DP).

Os dados demográficos, laboratoriais e psicométricos dos grupos foram analisados com teste do Qui-quadrado (para variáveis categóricas), teste t de Student (para variáveis contínuas) e teste Mann-Whitney (para variáveis ordinais). Nas variáveis contínuas, subsequentemente, realizaram-se testes t pareados com fator intra-individual de condição (pré-comunicação vs. pós-comunicação) e testes t independentes com fator inter-individual de grupo (grupo médium vs. grupo controle). O valor de $p < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo e o intervalo de confiança de 95% foi adotado como padrão. Os valores foram expressos como média \pm erro padrão da média (EPM). Todas as análises estatísticas foram conduzidas sob circunstâncias cegas por um estatístico independente.

5 RESULTADOS

Nesse estudo clínico prospectivo controlado e não randomizado, de intervenção, 29 médiuns psicofônicos da Comunidade Espírita Ramatís em Goiânia foram avaliados antes e depois da incorporação e comparados com 22 frequentadores do mesmo centro espírita, que nunca haviam feito curso de mediunidade ou trabalhado como médiuns e que foram avaliados antes e depois de uma visualização criativa, mimetizando uma assistência mediúnica.

As figuras 6 e 7 detalham o processo de inclusão dos sujeitos de pesquisa nos dois grupos.

Figura 6- Fluxograma grupo médiuns

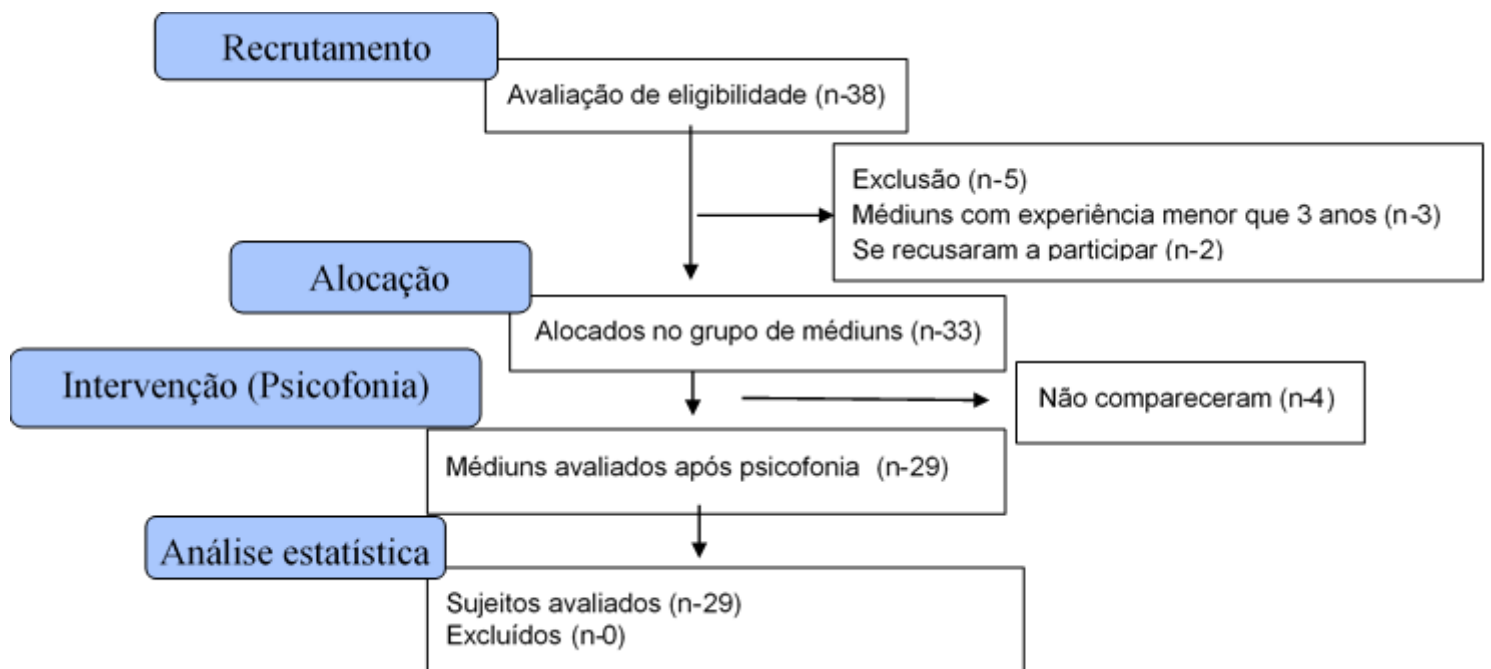
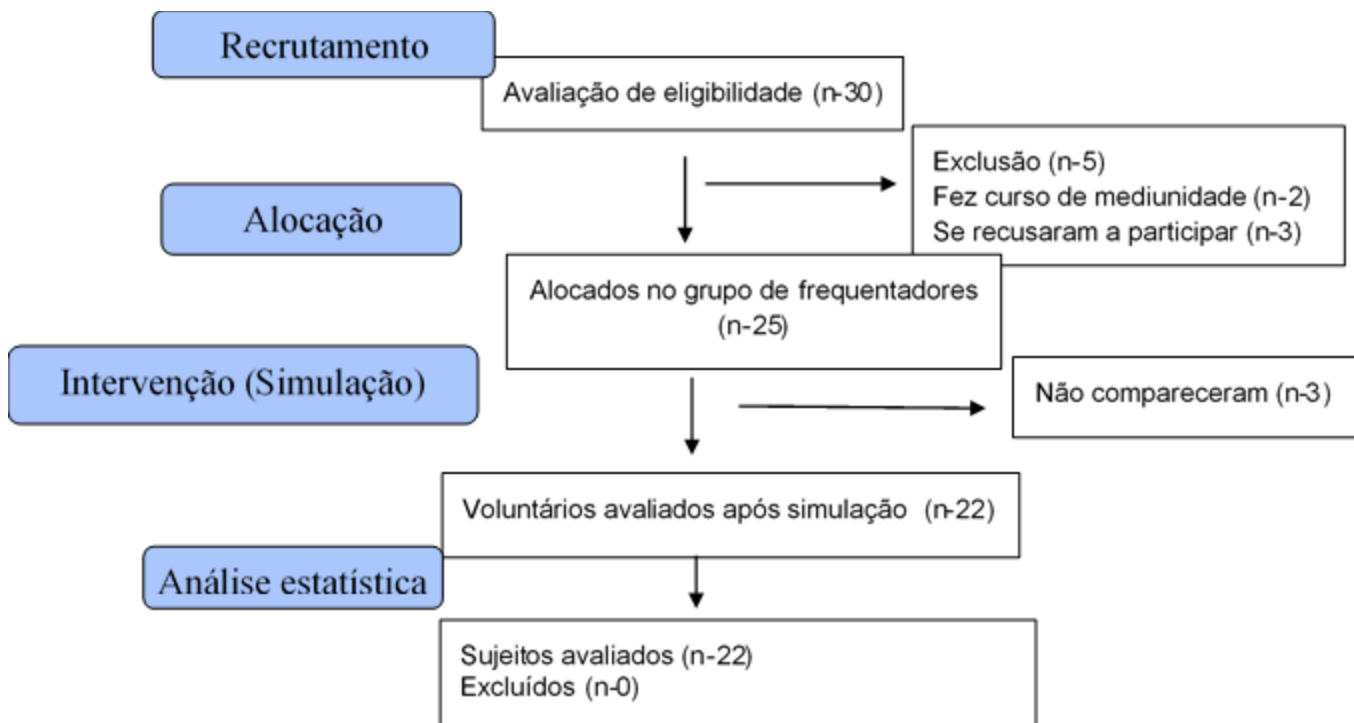


Figura 7 - Fluxograma grupo voluntários



5.1. Aspectos sociodemográficos

A presença das mulheres foi maior nos dois grupos, representando 69% dos participantes do grupo 1 e 59% do grupo 2, sem significância estatística entre os grupos. ($p= 0,31$)

O grupo 1 apresentou uma idade média maior que o grupo 2, respectivamente 50 e 39 anos. ($p= 0,003$)

Apesar das dificuldades em definir a etnia na população brasileira, a auto avaliação dos participantes não apresentou diferença significativa entre os dois grupos. ($p= 0,92$)

A renda média foi de R\$ 7000,00 no grupo 1 e R\$ 8200,00 no grupo 2 sem significância estatística entre os grupos. ($p= 0,9$)

O grupo 1 apresentou uma melhor escolaridade sem significância estatística, tanto no que se refere ao percentual de participantes com curso superior (79 x 59 com $p= 0,25$) como no percentual de participantes com pós graduação (52x41 com $p= 0,31$).

Quatro vezes mais participantes do grupo 1 buscaram o centro espírita devido a algum trauma, especificamente 52% no grupo 1 e 13% do grupo 2. ($p= 0,008$)

As demais características estão descritas na Tabela 3.

Tabela 3 - Características sócio demográficas dos participantes nos dois grupos

| | Unidade | Grupo médiums | Grupo controle | |
|--|--|---------------|----------------|----------|
| | | Média | Média | <i>p</i> |
| Sexo feminino | P e r c e n t u a l | 69 | 59 | 0,31 |
| Etnia (Branco/Negro/Outro) | | 76 / 7 / 17 | 72 / 9 / 19 | 0,92 |
| Estado civil (Solteiro/casado/separado) | | 24 / 62 / 14 | 45 / 36 / 18 | 0,22 |
| % desempregados | | 7 | 22 | 0,09 |
| Escolaridade (% curso superior completo) | | 79 | 59 | 0,25 |
| Tem Pós graduação? | | 52 | 41 | 0,31 |
| Houve algum trauma que o levou ao centro? | | 52 | 13 | 0,008 |
| Fez curso básico de espiritismo? | | 97 | 18 | 0,001 |
| Fez curso de mediunidade? | | 100 | 0 | <0,001 |
| Renda média | Reais | R\$7.000,00 | R\$8.200,00 | 0,9 |
| Aos primeiros sinais de mediunidade você tinha quantos anos? | anos | 17 (3-50) | N/A | N/A |
| Há quanto tempo trabalha com mediunidade? | anos | 13 (3-40) | N/A | N/A |
| Idade | anos | 50,5 | 39,5 | 0,003 |

5.2. Exames laboratoriais

Na tabela 4 observamos os resultados dos exames no período pré-intervenção.

Tabela 4 - Resultados dos exames pré-intervenção nos dois grupos

| Estatística descritiva dos exames pré intervenção grupo 1 e 2 | | | | | |
|---|-------|---------------|--------|--------|----------|
| | Média | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo | <i>p</i> |
| Glicose jejum basal grupo 1 | 91,3 | 14,0 | 74,0 | 124,0 | 0.002 |
| Glicose jejum basal grupo 2 | 81,8 | 12,3 | 62,0 | 115,0 | |
| Cortisol basal grupo 1 | 14,7 | 7,4 | 7,2 | 40,9 | 0.062 |
| Cortisol basal grupo 2 | 15,5 | 6,5 | 6,7 | 38,6 | |
| ACTH basal grupo 1 | 20,6 | 9,0 | 7,4 | 48,2 | 0.077 |
| ACTH basal grupo 2 | 23,1 | 10,8 | 7,7 | 47,9 | |
| Noradrenalina basal grupo 1 | 311,2 | 128,9 | 88,0 | 550,0 | 0.031 |
| Noradrenalina basal grupo 2 | 249,7 | 92,4 | 119,0 | 515,0 | |
| Adrenalina basal grupo 1 | 39,0 | 21,4 | 10,0 | 86,0 | 0.001 |
| Adrenalina basal grupo 2 | 22,2 | 11,8 | 10,0 | 43,0 | |
| Dopamina basal grupo 1 | 41,7 | 19,1 | 15,0 | 80,0 | 0.18 |
| Dopamina basal grupo 2 | 32,3 | 25,2 | 10,0 | 98,0 | |

5.2.1 – Glicose

a) Jejum. A glicemia média de jejum no grupo 1 foi de 91,3 mg/dl \pm 14,0 (74 a 124 mg/dl). Já no grupo 2, a glicemia média de jejum foi de 81,8 mg/dl \pm 12,3 (62 a 115). A diferença entre os grupos foi de 9,5 mg/dl com significância estatística. ($p= 0,002$)

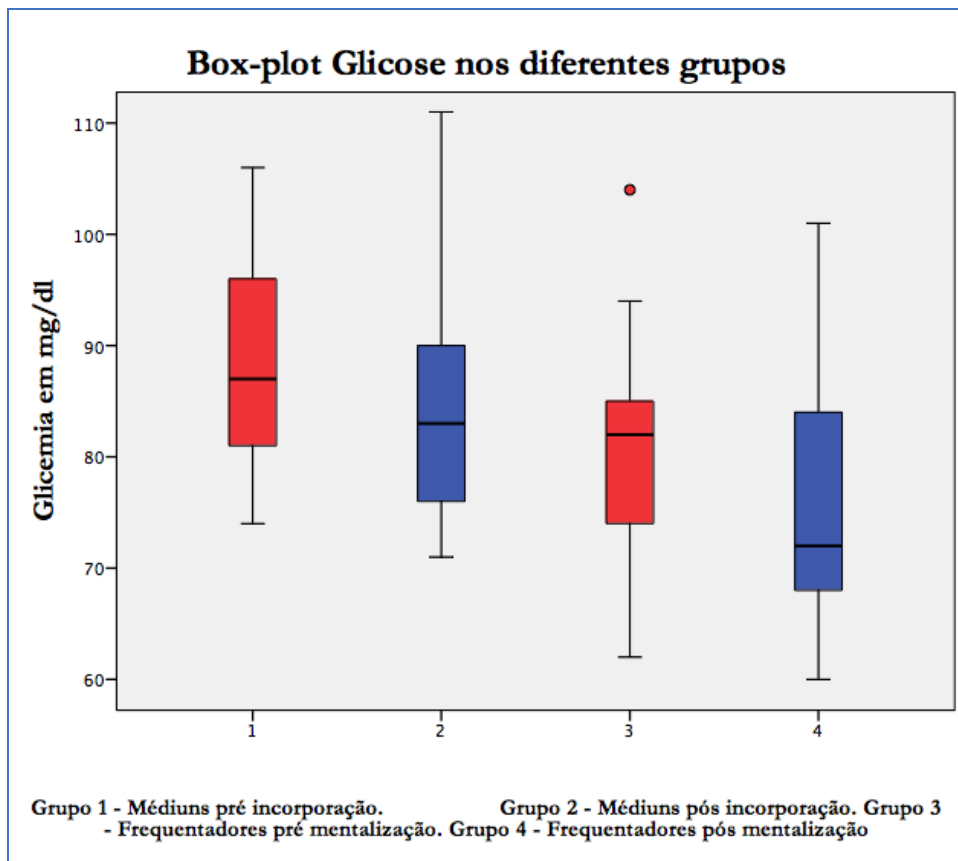
Na figura 8 podemos ver as medidas de glicemia dos dois grupos nos dois momentos.

b) Pós-intervenção. A glicemia média pós-incorporação no grupo 1 foi de 84,5 mg/dl \pm 11,3 (71 a 118). No grupo 2, a glicemia média pós mentalização foi de 74 mg/dl \pm 10,4 (60 a 101). A diferença entre os grupos foi de 10,5 mg/dl com significância estatística. ($p= 0,004$)

c) Diferença intragrupo. No grupo 1 a glicemia média em jejum foi de 91,3 mg/dl caindo para 84,5 mg/dl uma hora após a incorporação. A diferença entre os dois momentos foi de -6,8 mg/dl com significância estatística. ($p= 0,001$)

No grupo 2 a glicemia média em jejum foi de 81,8 mg/dl caindo para 74 mg/dl uma hora após a mentalização. A diferença entre os dois momentos foi de -7,8 mg/dl com significância estatística. ($p= 0,001$)

Figura 8 - Glicemia nos dois grupos antes e após intervenção.



d) Diferença intergrupos. A diferença da glicemia antes e uma hora após a incorporação no grupo 1 foi de -6,8 mg/dl \pm 7,7 (-38 a 4,0). A diferença da glicemia antes e uma hora após a mentalização no grupo 2 foi de 7,8 mg/dl \pm 5,9 (-25 a 3,0). Não houve significância estatística entre os grupos. ($p= 0,08$)

No grupo 1, cinco participantes apresentavam níveis glicêmicos em jejum dentro da faixa de intolerância à glicose em jejum (100 a 126 mg/dl), mas uma hora após a incorporação somente dois ainda persistiam com a alteração. Já no grupo 2, dois participantes apresentavam níveis glicêmicos em jejum dentro da faixa de intolerância à glicose em jejum, mas uma hora após a mentalização somente um ainda persistia com a alteração. Nenhum participante foi diagnosticado com diabetes mellitus.

Na tabela 5 observamos os resultados dos exames no período pós-intervenção.

Tabela 5 - Resultados dos exames pós-intervenção nos dois grupos

| Estatística descritiva dos exames pós intervenção grupo 1 e 2 | | | | | |
|--|--------------|----------------------|---------------|---------------|----------|
| | Média | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo | p |
| Glicose jejum pós intervenção grupo 1 | 84,5 | 11,3 | 71,0 | 118,0 | 0.004 |
| Glicose jejum pós intervenção grupo 2 | 74,0 | 10,4 | 60,0 | 101,0 | |
| Cortisol pós intervenção grupo 1 | 11,2 | 6,2 | 5,3 | 31,5 | 0.02 |
| Cortisol pós intervenção grupo 2 | 13,4 | 7,6 | 7,5 | 40,2 | |
| ACTH pós intervenção grupo 1 | 13,9 | 5,3 | 5,0 | 24,0 | 0.005 |
| ACTH pós intervenção grupo 2 | 22,6 | 14,3 | 7,6 | 71,5 | |
| Noradrenalina pós intervenção grupo 1 | 284,1 | 109,9 | 79,0 | 449,0 | 0.17 |
| Noradrenalina pós intervenção grupo 2 | 274,9 | 89,0 | 117,0 | 470,0 | |
| Adrenalina pós intervenção grupo 1 | 33,0 | 17,3 | 10,0 | 74,0 | 0.057 |
| Adrenalina pós intervenção grupo 2 | 23,8 | 15,7 | 8,0 | 59,0 | |
| Dopamina pós intervenção grupo 1 | 44,4 | 14,6 | 20,0 | 80,0 | 0.007 |
| Dopamina pós intervenção grupo 2 | 27,7 | 15,4 | 11,0 | 67,0 | |

5.2.2 – ACTH

a) Jejum. O ACTH médio inicial no grupo 1 foi de 20,6 pg/ml \pm 9 (7,4 a 48,2) Já no grupo 2, o ACTH médio inicial foi de 23,1 pg/ml \pm 10,8 (7,7 a 47,9). A diferença entre os grupos foi de -2,5 pg/ml sem significância estatística. ($p= 0,077$)

b) Pós-intervenção. O ACTH médio uma hora após a incorporação no grupo 1 foi de 13,9 pg/ml \pm 5,3 (5 a 24). Já no grupo 2, o ACTH médio uma hora após a mentalização foi de 22,6 pg/ml \pm 14,3 (7,6 a 71,9). A diferença entre os grupos foi de -8,7 pg/ml com significância estatística. ($p= 0,005$)

c) Diferença intragrupo. No grupo 1 o ACTH médio inicial foi de 20,6 pg/ml caindo para 13,9 pg/ml uma hora após a incorporação. A diferença entre os dois momentos foi de -6,7 pg/ml com significância estatística. ($p= 0,001$)

No grupo 2 o ACTH médio inicial foi de 23,1 pg/ml caindo para 22,6 pg/ml uma hora após a mentalização. A diferença entre os dois momentos foi de -0,5 pg/ml sem significância estatística. ($p= 0,46$)

d) Diferença intergrupos. A diferença do ACTH antes e uma hora após a incorporação no grupo 1 foi de -6,7 pg/ml \pm 7,3 (-27,3 a 5,2). A diferença do ACTH antes e uma hora após a mentalização no grupo 2 foi de -0,5 pg/ml \pm 12,6 (-21,9 a 38,7). Não houve significância estatística entre os grupos. ($p= 0,14$)

5.2.3 – Cortisol

a) Jejum. O cortisol médio inicial no grupo 1 foi de 14,7 μ g/dl \pm 7,4 (7,2 a 40,9). Já no grupo 2, o cortisol médio inicial foi de 15,5 μ g/dl \pm 6,5 (6,7 a 38,6). A diferença entre os grupos foi de -0,9 μ g/dl sem significância estatística. ($p= 0,062$)

b) Pós-intervenção. O cortisol médio uma hora após a incorporação no grupo 1 foi de 11,2 μ g/dl \pm 6,2 (5,3 a 31,5). Já no grupo 2, o cortisol

médio uma hora após a mentalização foi de 13,4 µg/dl ± 7,6 (7,5 a 40,2). A diferença entre os grupos foi de -2,2 µg/dl com significância estatística. (p= 0,02)

c) Diferença intragrupo. No grupo 1 o cortisol médio inicial foi de 14,7 µg/dl caindo para 11,2 µg/dl uma hora após a incorporação. A diferença entre os dois momentos foi de -3,5 µg/dl com significância estatística. (p= 0,001)

No grupo 2 o cortisol médio inicial foi de 15,5 µg/dl caindo para 13,4 µg/dl uma hora após a mentalização. A diferença entre os dois momentos foi de -2,2 µg/dl com significância estatística. (p= 0,01)

d) Diferença intergrupos. A diferença do cortisol antes e uma hora após a incorporação no grupo 1 foi de -3,5 µg/dl ± 2,6 (-9,4 a 2,7). A diferença do cortisol antes e uma hora após a mentalização no grupo 2 foi de -2,2 µg/dl ± 4,0 (-6,0 a 10,6). Não houve significância estatística entre os grupos. (p= 0,25)

5.2.4 – Noradrenalina

a) Jejum. A noradrenalina média inicial no grupo 1 foi de 311,2 pg/ml ± 128,9 (88 a 550). Já no grupo 2, a noradrenalina média inicial foi de 249,7 pg/ml ± 92,4 (119 a 515). A diferença entre os grupos foi de 61,5 pg/ml com significância estatística. (p= 0,03)

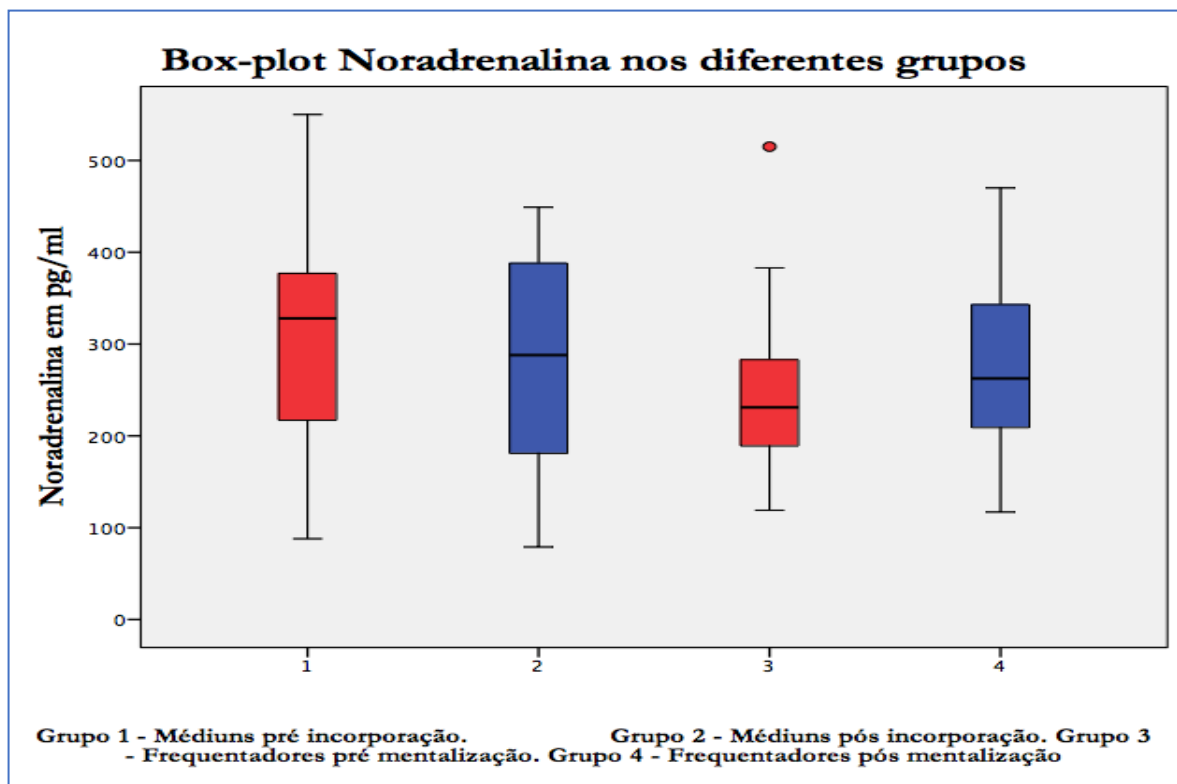
b) Pós-intervenção. A noradrenalina média uma hora após a incorporação no grupo 1 foi de 284,1 pg/ml ± 109,9 (79 - 449). Já no grupo 2, a noradrenalina média uma hora após a mentalização foi de 274,9 pg/ml ± 89 (117 a 470). A diferença entre os grupos foi de 9,2 pg/ml sem significância estatística. (p= 0,17)

Na figura 09 podemos ver as medidas de Noradrenalina dos dois grupos nos dois momentos.

c) Diferença intragrupo. No grupo 1 a noradrenalina média inicial foi de 311,2 pg/ml caindo para 284,1 pg/ml uma hora após a incorporação. A diferença entre os dois momentos foi de -27,1 pg/ml sem significância estatística. ($p= 0,39$)

No grupo 2 a noradrenalina média inicial foi de 249,7 pg/ml aumentando para 274,9 pg/ml uma hora após a mentalização. A diferença entre os dois momentos foi de 25,2 pg/ml sem significância estatística. ($p= 0,19$)

Figura 9 - Noradrenalina nos dois grupos antes e após intervenção.



d) Diferença intergrupos. A diferença da noradrenalina antes e uma hora após a incorporação no grupo 1 foi de -27,1 pg/ml \pm 168,7 (-360 a 264). A diferença da noradrenalina antes e uma hora após a mentalização no grupo 2 foi de 25,1 pg/ml \pm 87,4 (-146 a 172). Não houve significância estatística entre os grupos. ($p= 0,40$)

5.2.5 – Adrenalina

a) Jejum. A adrenalina média inicial no grupo 1 foi de 39 pg/ml \pm 21,4 (10,0 a 86,0). Já no grupo 2, a adrenalina média inicial foi de 22,2 pg/ml \pm 11,8 (10,0 a 43,0). A diferença entre os grupos foi de 16,8 pg/ml com significância estatística. ($p= 0,001$)

b) Pós-intervenção. A adrenalina média uma hora após a incorporação no grupo 1 foi de 33 pg/ml \pm 17,3 (10,0 a 74,0). Já no grupo 2, a adrenalina média uma hora após a mentalização foi de 23,8 pg/ml \pm 15,7 (8,0 a 59,0). A diferença entre os grupos foi de 9,2 pg/ml sem significância estatística. ($p= 0,057$)

c) Diferença intragrupo. No grupo 1 a adrenalina média inicial foi de 39 pg/ml caindo para 33 pg/ml uma hora após a incorporação. A diferença entre os dois momentos foi de -6 pg/ml sem significância estatística. ($p= 0,18$)

No grupo 2 a adrenalina média inicial foi de 22,2 pg/ml aumentando para 23,8 pg/ml uma hora após a mentalização. A diferença entre os dois momentos foi de 1,6 pg/ml sem significância estatística. ($p= 0,68$)

d) Diferença intergrupos. A diferença da adrenalina antes e uma hora após a incorporação no grupo 1 foi de -6 pg/ml \pm 23,5 (-66 a 26). A diferença da adrenalina antes e uma hora após a mentalização no grupo 2 foi de 1,6 pg/ml \pm 18,0 (-32,0 a 38,0). Não houve significância estatística entre os grupos. ($p= 0,27$)

Na tabela 6 observamos os resultados de exames nos períodos pré e pós intervenção em cada grupo

Tabela 6 - Resultados dos exames pré e pós-intervenção nos dois grupos

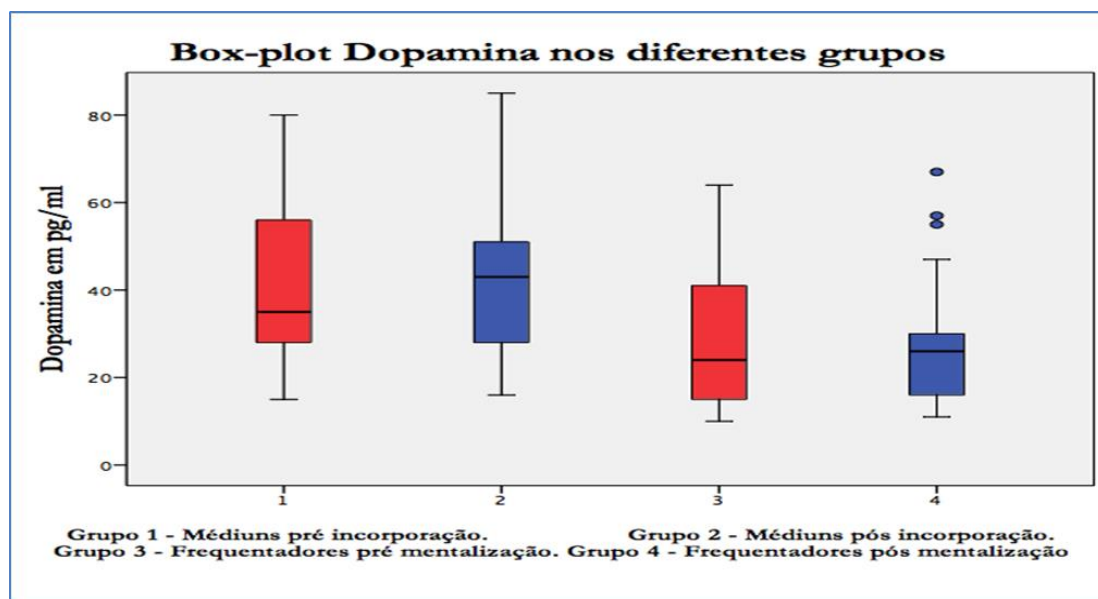
| Estatística descritiva dos exames pré e pós intervenção grupo 1 e 2 | | | | | | |
|---|-------|---------------|--------|--------|-------|--|
| | Média | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo | p | |
| Glicose jejum basal grupo 1 | 91,3 | 14,0 | 74,0 | 124,0 | 0.001 | |
| Glicose jejum pós intervenção grupo 1 | 84,5 | 11,3 | 71,0 | 118,0 | | |
| Glicose jejum basal grupo 2 | 81,8 | 12,3 | 62,0 | 115,0 | 0.001 | |
| Glicose jejum pós intervenção grupo 2 | 74,0 | 10,4 | 60,0 | 101,0 | | |
| Cortisol basal grupo 1 | 14,7 | 7,4 | 7,2 | 40,9 | 0.001 | |
| Cortisol pós intervenção grupo 1 | 11,2 | 6,2 | 5,3 | 31,5 | | |
| Cortisol basal grupo 2 | 15,5 | 6,5 | 6,7 | 38,6 | 0.01 | |
| Cortisol pós intervenção grupo 2 | 13,4 | 7,6 | 7,5 | 40,2 | | |
| ACTH basal grupo 1 | 20,6 | 9,0 | 7,4 | 48,2 | 0.001 | |
| ACTH pós intervenção grupo 1 | 13,9 | 5,3 | 5,0 | 24,0 | | |
| ACTH basal grupo 2 | 23,1 | 10,8 | 7,7 | 47,9 | 0.46 | |
| ACTH pós intervenção grupo 2 | 22,6 | 14,3 | 7,6 | 71,5 | | |
| Noradrenalina basal grupo 1 | 311,2 | 128,9 | 88,0 | 550,0 | 0.39 | |
| Noradrenalina pós intervenção grupo 1 | 284,1 | 109,9 | 79,0 | 449,0 | | |
| Noradrenalina basal grupo 2 | 249,7 | 92,4 | 119,0 | 515,0 | 0.19 | |
| Noradrenalina pós intervenção grupo 2 | 274,9 | 89,0 | 117,0 | 470,0 | | |
| Adrenalina basal grupo 1 | 39,0 | 21,4 | 10,0 | 86,0 | 0.18 | |
| Adrenalina pós intervenção grupo 1 | 33,0 | 17,3 | 10,0 | 74,0 | | |
| Adrenalina basal grupo 2 | 22,2 | 11,8 | 10,0 | 43,0 | 0.68 | |
| Adrenalina pós intervenção grupo 2 | 23,8 | 15,7 | 8,0 | 59,0 | | |
| Dopamina basal grupo 1 | 41,7 | 19,1 | 15,0 | 80,0 | 0.046 | |
| Dopamina pós intervenção grupo 1 | 44,4 | 14,6 | 20,0 | 80,0 | | |
| Dopamina basal grupo 2 | 32,3 | 25,2 | 10,0 | 98,0 | 0.67 | |
| Dopamina pós intervenção grupo 2 | 27,7 | 15,4 | 11,0 | 67,0 | | |

5.2.6 – Dopamina

a) Jejum. A dopamina média inicial no grupo 1 foi de 41,7 pg/ml \pm 19,1 (15 a 80). Já no grupo 2, a dopamina média inicial foi de 32,2 pg/ml \pm 25,2 (10,0 a 98,0). A diferença entre os grupos foi de 9,5 pg/ml sem significância estatística. ($p= 0,18$)

b) Pós-intervenção. A dopamina média uma hora após a incorporação no grupo 1 foi de 44,4 pg/ml \pm 14,6 (20 a 80). Já no grupo 2, a dopamina média uma hora após a mentalização foi de 27,7 pg/ml \pm 15,4 (11 a 67). A diferença entre os grupos foi de 16,7 pg/ml com significância estatística. ($p= 0,007$)

Figura 10 - Dopamina nos dois grupos antes e após intervenção.



c) Diferença intragrupo. No grupo 1 a dopamina média inicial foi de 41,7 pg/ml aumentando para 44,4 pg/ml uma hora após a incorporação. A diferença entre os dois momentos foi de 2,7 pg/ml com significância estatística. ($p= 0,046$)

No grupo 2 a dopamina média inicial foi de 32,2 pg/ml caindo para 27,7 pg/ml uma hora após a mentalização. A diferença entre os dois momentos foi de -4,5 pg/ml sem significância estatística. ($p= 0,67$)

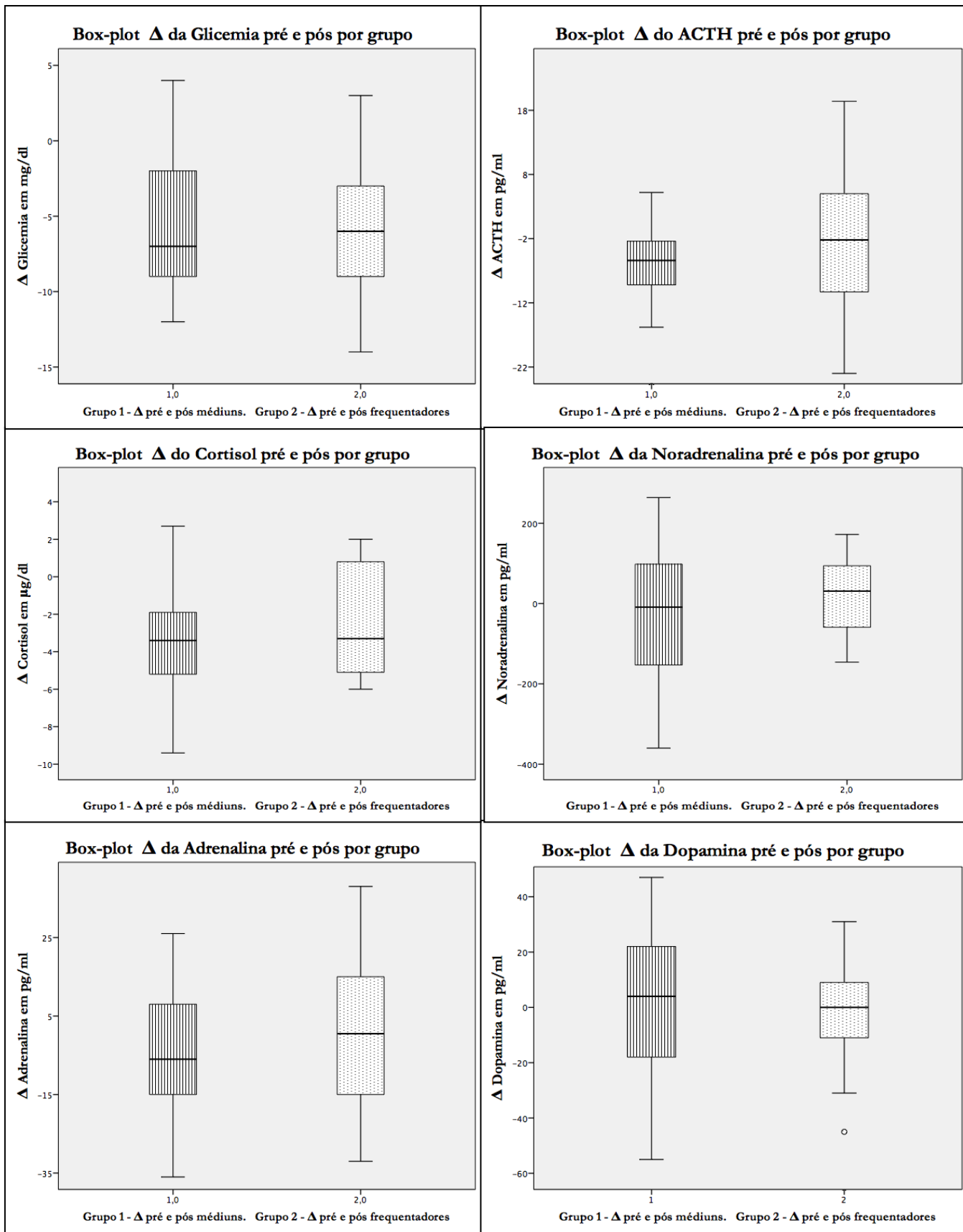
d) Diferença intergrupos. A diferença da dopamina antes e uma hora após a incorporação no grupo 1 foi de 2,65 pg/ml \pm 7,76 (--17 a 18). A diferença da dopamina antes e uma hora após a mentalização no grupo 2 foi de -4,5 pg/ml \pm 22,3 (-67 a 31). Não houve significância estatística entre os grupos. ($p= 0,11$)

Na figura 10 podemos ver as medidas de Dopamina dos dois grupos nos dois momentos e na figura 11 vemos a comparação entre o resultado da intervenção (diferença do exame pré e pós-intervenção) nos dois grupos, por exame.

Os exames avaliados possuem os seguintes valores de referência:

| | |
|---------------|-----------------------|
| Glicose | - 70 a 99 mg/dl |
| ACTH | - 7,2 a 63 pg/ml |
| Cortisol | - 6,2 a 18 μ g/dl |
| Noradrenalina | - menor que 420 pg/ml |
| Adrenalina | - menor que 84 pg/ml |
| Dopamina | - menor que 85 pg/ml. |

Figura 11 - Diferença comparativa entre os grupos pré e pós-intervenção



5.3. Questionário para diagnóstico de transtorno dissociativo – DDIS

Os resultados do DDIS se referem a análise de dois grupos distintos:

Grupo 1 - 29 médiuns psicofônicos da Comunidade Espírita Ramatís em Goiânia que foram avaliados antes e depois da incorporação

Grupo 2 - 22 frequentadores do mesmo centro espírita, que nunca haviam feito curso de mediunidade ou trabalhado como médiuns e que foram avaliados antes e depois da simulação, mimetizando uma assistência mediúnica.

5.3.1 – Seção 1 - Queixas Corporais (Sintoma somático)

Interpretação - Essa seção é pontuada de acordo com as regras do DSM-V. Para receber um diagnóstico de sintoma somático pelo DSM-V o participante deve ser positivo para um sintoma das perguntas 3-37 do questionário.

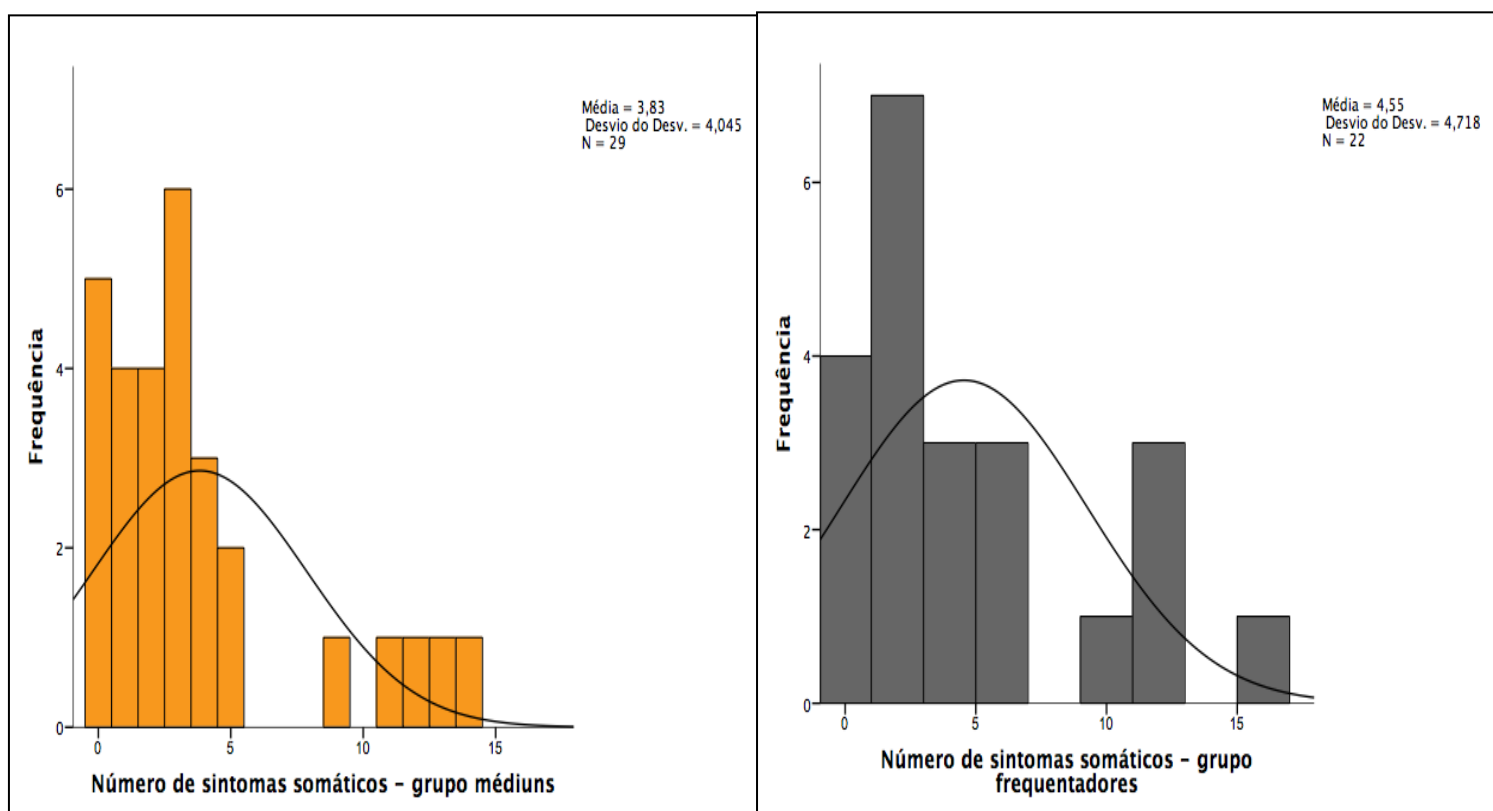
As perguntas 38 e 39 são do DSM-IV podem ser ignoradas para a pontuação do DSM-V. São incluídos apenas para efeitos de comparação das regras DSM-IV e DSM-V. Um antecedente de transtorno de somatização (o nome do DSM-IV para transtorno de sintomas somáticos) distingue DID de esquizofrenia, distúrbios alimentares e controles, mas não de transtorno de pânico.

Dado histórico - O número médio de sintomas positivos das perguntas 3-37 para DID foi 14,1. Dos 166 indivíduos, 39,8% atenderam aos critérios do DSM-III-R para o transtorno de somatização: estes dados não foram reanalisados pelos critérios do DSM-IV.

Resultado grupo 1 – Entre os médiuns, a média de pontuação foi de 3,8 sendo que 1 participantes (3,4%) apresentaram pontuação ≥ 14 , dentro dos critérios para desordem somática.

Respondendo de acordo com a pergunta - “Alguma vez você teve os seguintes sintomas físicos para os quais os médicos não conseguiam encontrar uma causa física? ”, os sintomas mais comuns foram sensação de barriga inchada, palpitação e dor nas costas.

Figura 12 - Histograma de distribuição do número de sintomas somáticos nos dois grupos



Resultado grupo 2 – Entre os voluntários, a média de pontuação foi de 4,5 sendo que 1 participante (4,5%) apresentou pontuação ≥ 14 , dentro dos critérios para desordem somática.

Respondendo de acordo com a pergunta - “Alguma vez você teve os seguintes sintomas físicos para os quais os médicos não conseguiam encontrar uma causa física? ”, os sintomas mais comuns foram sensação de enjojo ou náusea e palpitação.

5.3.2 – Seção 2 - Abuso de Substâncias

Interpretação - Essa seção é considerada como positiva para abuso de substância se o participante responder "sim" a qualquer pergunta nesta seção. Um histórico de abuso de substâncias diferencia DID de esquizofrenia, distúrbios alimentares, transtorno de pânico e controles

Dado histórico -: 51,2% dos 166 indivíduos com distúrbio dissociativo (DID) apresentavam uma história de abuso de substâncias ilícitas.

Resultado grupo 1 – Entre os médiums, 3 participantes (10,3%) relataram já ter apresentado problemas com bebida alcoólica e nenhum participante relatou ter usado drogas frequentemente. Nenhum dos médiums mantinha abuso de substâncias na atualidade.

Resultado grupo 2 – Entre os voluntários, 1 participante (4,5%) relatou ter usado drogas frequentemente, mas também estava em abstinência.

5.3.3 – Seção 3 - História Psiquiátrica

Interpretação - Esta é uma seção descritiva que não produz uma pontuação. Dado histórico - Em um estudo de questionário (Ross, Norton, & Wozney, 1989) descobriram que em 236 casos de DID, em média, o paciente com o transtorno tinha recebido 2,74 outros diagnósticos psiquiátricos.

Resultado grupo 1 – Entre os médiums, a média de outros diagnósticos psiquiátricos foi de 0,72. 15 participantes (51,7%) referiam ter recebido algum diagnóstico psiquiátrico no passado.

Os diagnósticos mais comuns foram depressão e ansiedade. 2 médiums (10,5%) relataram ter tido diagnóstico de ansiedade. 11 médiums (37,9%) relataram ter tido diagnóstico de depressão. 2 participantes (10,5%) relataram ter recebido 2 diagnósticos – ansiedade e depressão. Nenhum participante apresentou pontuação acima de 2,74 (triplo diagnóstico).

51,7% dos participantes referiam ter se submetido a tratamento para um problema emocional ou mental. 31% citavam ter recebido uma prescrição de medicação psiquiátrica, na maioria (80%) antidepressivos.

Resultado grupo 2 – Entre os voluntários, a média de outros diagnósticos psiquiátricos foi de 0,9. 11 participantes (50%) referiam ter recebido algum diagnóstico psiquiátrico no passado.

Os diagnósticos mais comuns foram depressão e ansiedade. 2 voluntários (9%) relataram ter tido diagnóstico de ansiedade. 4 (18,1%) relataram ter tido diagnóstico de depressão. 3 participantes (13,6%) relataram ter recebido 2 diagnósticos – ansiedade e depressão. 2

participantes (9%) apresentaram pontuação acima de 2,74 (triplo diagnóstico) – ansiedade, depressão e mania.

68% dos participantes (n=15) referiam ter se submetido a tratamento para um problema emocional ou mental. 45,4% mencionavam ter recebido uma prescrição de medicação psiquiátrica sendo, 45% antidepressivos e 45% ansiolíticos.

5.3.4 – Seção 4 - Episódio Depressivo Maior

Interpretação – A seção 4 é pontuada de acordo com as regras do DSM-5, que sofreram apenas pequenas alterações na formulação do DSM-III-R ao DSM-IV, e não houve alterações substanciais do DSM-IV comparado ao DSM-5. Para ser positivo o sujeito deve responder "sim" à pergunta 54. O participante deve responder "sim" a 4 perguntas de 55-62. A história de depressão não discrimina DID de outros grupos de diagnóstico.

Dado histórico - 89,8% dos 166 indivíduos tinham sido clinicamente deprimidos em algum momento.

Resultado grupo 1 – De acordo com a pergunta – “Você já teve um período de humor deprimido durando ao menos duas semanas em que você se sentiu deprimido, melancólico, desesperançado, diminuído ou para baixo, na fossa? ”, 13 médiums (44,8%) responderam positivamente.

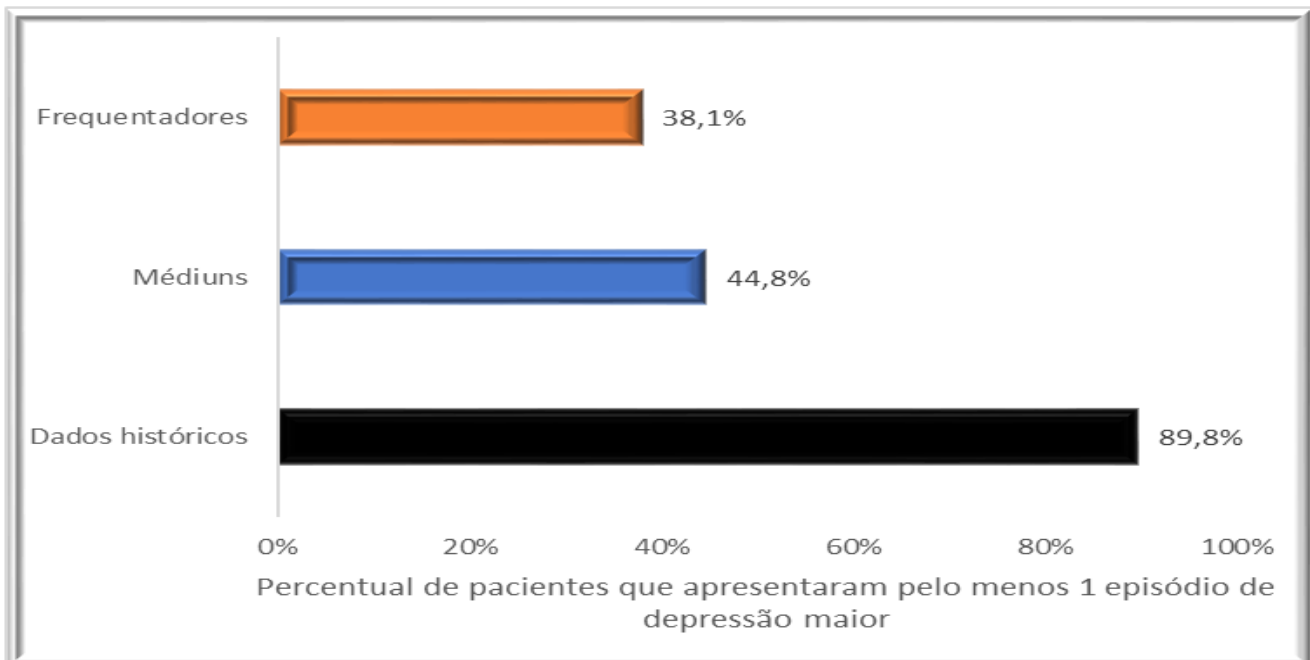
O principal sintoma apresentado foi “perda do interesse ou prazer nas atividades diárias, ou diminuição do desejo sexual. ”, presente em 12 médiums (41,3%).

Atualmente, esses 13 médiums se auto classificam da seguinte forma:

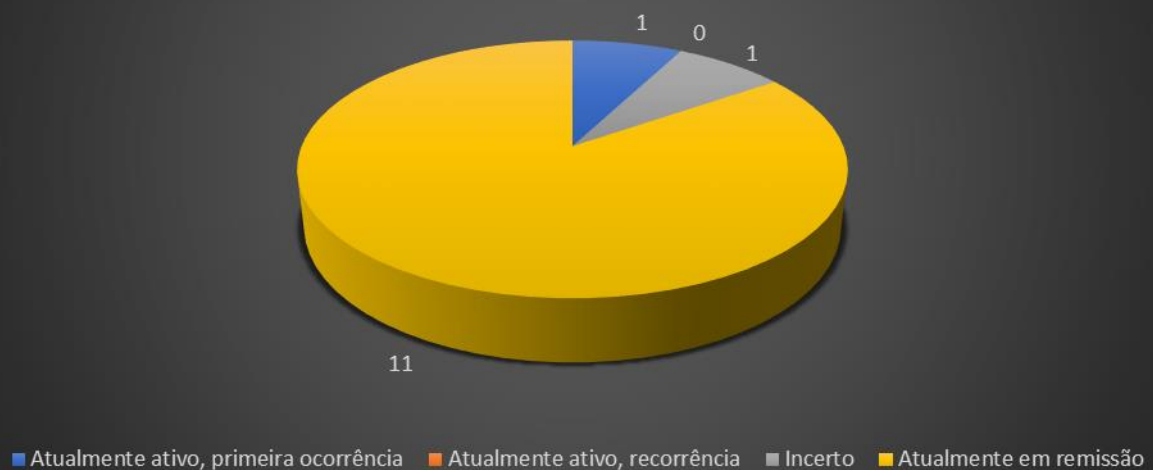
- 1 Médium (3,4%) - atualmente ativo, primeira ocorrência;
- 0 Médium (0%) - atualmente ativo, recorrência;
- 1 Médiums (3,4%) – incerto;
- 11 Médiums (37,9%) - atualmente em remissão.

Seis médiums (20,6%) citaram que em algum momento apresentaram “pensamentos recorrentes de morte, de suicídio, desejos de estar morto (a), ou tentativa de suicídio. ”, sendo que desses, 3 participantes haviam tentado suicídio, todos através da ingestão excessiva de medicamentos.

Figura 13 - Percentual de pacientes que apresentaram depressão maior em cada grupo e autotransclassificação atual dos médiums estudados



Auto classificação atual dos médiums que apresentaram pelo menos um episódio de depressão maior



Resultado grupo 2 – De acordo com a pergunta – “Você já teve um período de humor deprimido durando ao menos duas semanas em que você se sentiu deprimido, melancólico, desesperançado, diminuído ou para baixo, na fossa? ”, 15 voluntários (68,1%) responderam positivamente.

O sintoma de apresentação mais frequente foi “perda de energia ou fadiga quase todos os dias. ”, presente em 13 frequentadores (59%).

Atualmente, esses 15 voluntários se auto classificam da seguinte forma:

- 1 Frequentador (6,7%) - atualmente ativo, primeira ocorrência;
- 1 Frequentador (6,7%) - atualmente ativo, recorrência;
- 4 Frequentadores (26,6%) – incerto;
- 9 Frequentadores (60%) - atualmente em remissão.

Cinco frequentadores (22,7%) mencionaram que em algum momento exibiram “pensamentos recorrentes de morte, de suicídio, desejos de estar morto (a), ou tentativa de suicídio. ”, sendo que desses, 2 participantes haviam tentado suicídio através da ingestão excessiva de medicamentos e um tentou suicídio através da ingestão de medicamentos, corte dos pulsos ou outras regiões do corpo, ou queimou-se com cigarros ou provocou outros ferimentos em si mesmo.

5.3.5 – Seção 5 - Sintomas Positivos de Esquizofrenia (Sintomas Schneiderianos de Primeira Ordem)

Interpretação - Na seção 5, pontua-se o número total de respostas "sim". O número total de sintomas Schneiderianos positivos discriminam DID de todos os grupos testados incluindo esquizofrenia.

Dado histórico - O número médio de sintomas positivos nos 166 indivíduos foi de 6,5.

Resultado grupo 1 – O número médio de sintomas positivos foi de 2,4 entre os médiuns avaliados. Os sintomas mais frequentes foram “vozes dialogando na sua cabeça” e “vozes comentando as suas ações”, presentes em 27,5% dos médiuns.

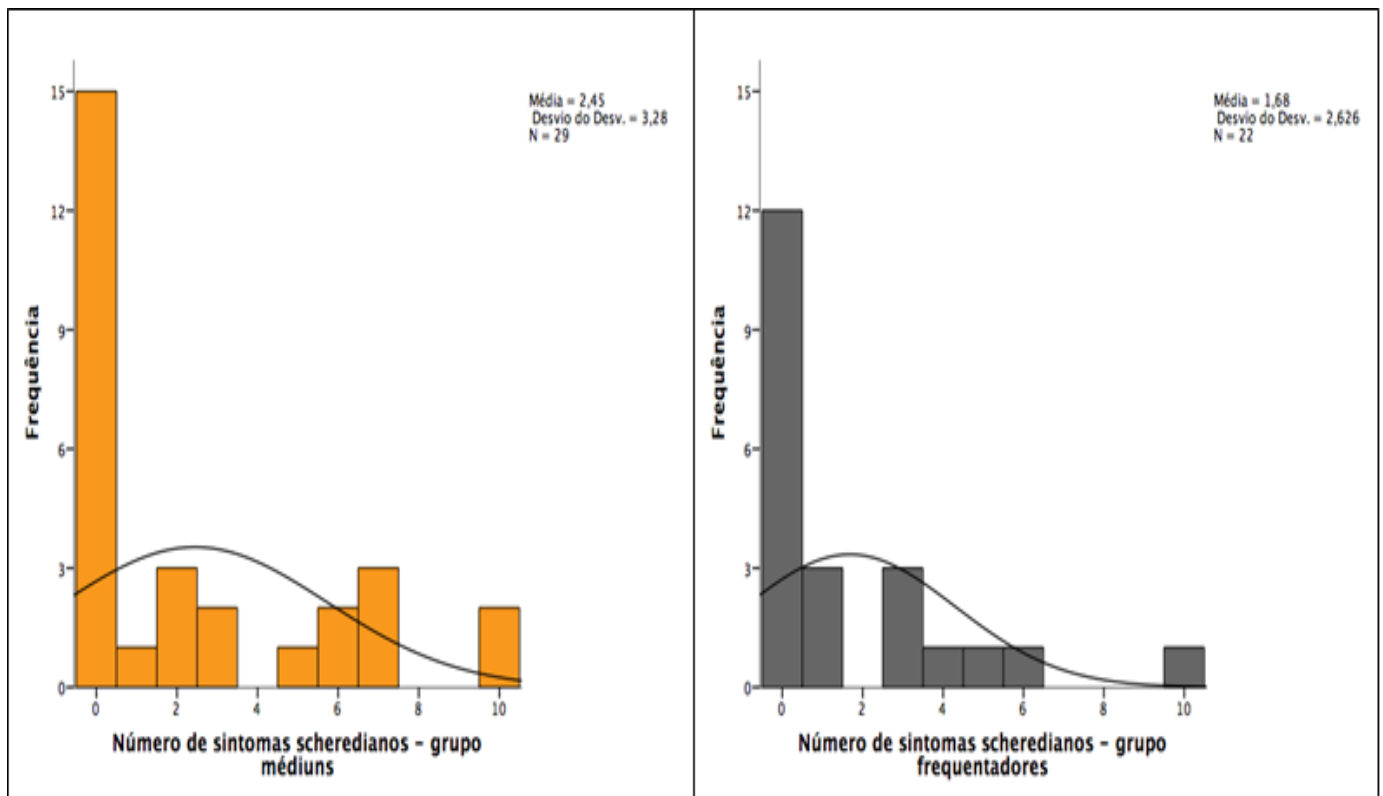
5 médiuns (17,2%) apresentaram pontuação > 6 dentro dos critérios propostos no questionário.

Resultado grupo 2 – O número médio de sintomas positivos foi de 1,7 entre os voluntários analisados. Os sintomas mais frequentes foram “vozes dialogando na sua cabeça” e “ouvir seus pensamentos como se falados em voz alta”, presentes em 27,2% dos frequentadores.

1 voluntário (4,5%) apresentou pontuação > 6 dentro dos critérios propostos no questionário.

Nos dois grupos, nenhum participante referiu que esses sintomas “Ocorreram somente sob efeito de drogas ou álcool. ” ou “Ocorreram somente durante um episódio depressivo maior.”

Figura 14 - Histograma mostrando a distribuição do número de sintomas scheredianos nos dois grupos



5.3.6 – Seção 6 - Trances, Sonambulismo, Companheiros da Infância

Interpretação - Cada um desses itens é pontuado independentemente. O sujeito é positivo para sonambulismo se ele responde "sim" à pergunta 67, positivo para transe se "sim" para 69, positivo para companheiros de brincadeira imaginários se "sim" para 71. Cada um desses itens discrimina DID de esquizofrenia, transtorno alimentar, transtorno de pânico e controles.

Resultado grupo 1 – 3 médiuns (15,8%) responderam positivamente à questão “você já andou durante o sono? ”. Esse número aumentou para 9 médiuns (31%) quando a questão foi “você já teve episódios como um transe onde você ficou com o olhar perdido no espaço, perdeu a consciência do que estava ocorrendo à sua volta e perdeu a noção do tempo? “

Questionados se “você teve amigos imaginários na infância? “, 9 médiuns (31%) afirmaram que sim.

Resultado grupo 2 – 3 frequentadores (13,6%) responderam positivamente à questão “você já andou durante o sono? ”. Esse número aumentou para 6 médiuns (27,2%) quando a questão foi “você já teve episódios como um transe onde você ficou com o olhar perdido no espaço, perdeu a consciência do que estava ocorrendo à sua volta e perdeu a noção do tempo? “

Questionados se “você teve amigos imaginários na infância? “, 3 voluntários (13,6%) afirmaram que sim.

5.3.7 – Seção 7 – Abuso infantil

Interpretação - O participante é pontuado positivo para abuso físico se responde "sim" à pergunta 73. Outros dados são descritivos. Uma história de abuso físico ajuda a discriminar DID de esquizofrenia, distúrbios alimentares e transtorno do pânico.

O participante é positivo para abuso sexual se ele ou ela responde "sim" à pergunta 78. O abuso sexual também discrimina DID dos outros três

grupos. Dado histórico - Dos 166 sujeitos, 84,3% relataram abuso sexual, 78,3% de abuso físico e 91,0% de abuso físico e / ou sexual.

Resultado grupo 1 – 6 médiuns (20,6%) relataram ter sofrido algum tipo de abuso, sendo que dentre esses, 5 participantes (83,3%) sofreram abuso físico e sexual, 1 (16,7%) referiu abuso sexual isolado.

Resultado grupo 2 – 4 voluntários (23,5%) relataram ter sofrido algum tipo de abuso, sendo que dentre esses, 3 participantes (75%) sofreram abuso físico e sexual, 1 (25%) referiu abuso físico isolado.

5.3.8 – **Seção 8 - Características Associadas a Transtorno de Identidade Dissociativa**

Interpretação - As respostas nesta seção são somadas para dar uma pontuação total. Uma resposta positiva nessa seção é "sim" ou "bastante frequentemente" ou "frequentemente", dependendo da estrutura da questão. "Nunca" e "ocasionalmente" são classificados como negativos.

As características secundárias discriminam DID do transtorno de pânico, distúrbios alimentares e esquizofrenia.

Dado histórico - O número médio de características positivas nos 166 indivíduos com DID foi de 10,2.

Resultado grupo 1 – O número médio de sintomas positivos foi de 2,34 entre os médiuns avaliados. Os sintomas mais frequentes foram “Você ouve vozes, algumas vezes, falando com você ou conversando dentro da sua cabeça? ”, presentes em 41,3% dos médiuns (n-12).

Nenhum médium apresentou pontuação ≥ 10 , dentro dos critérios propostos no questionário.

Resultado grupo 2 – O número médio de sintomas positivos foi de 2,18 entre os voluntários analisados. Os sintomas mais frequentes foram “há grandes períodos da sua infância após os 5 anos que você não consegue se lembrar? ” e “você ouve vozes, algumas vezes, falando com você ou conversando dentro da sua cabeça?”, presentes em 27,2% dos frequentadores (n-6).

1 voluntário (4,5%) apresentou pontuação ≥ 10 , dentro dos critérios propostos no questionário.

5.3.9 – Seção 9 - Sobrenatural/ Possessão/ Experiências de Percepção Extra-sensorial/ Cultos

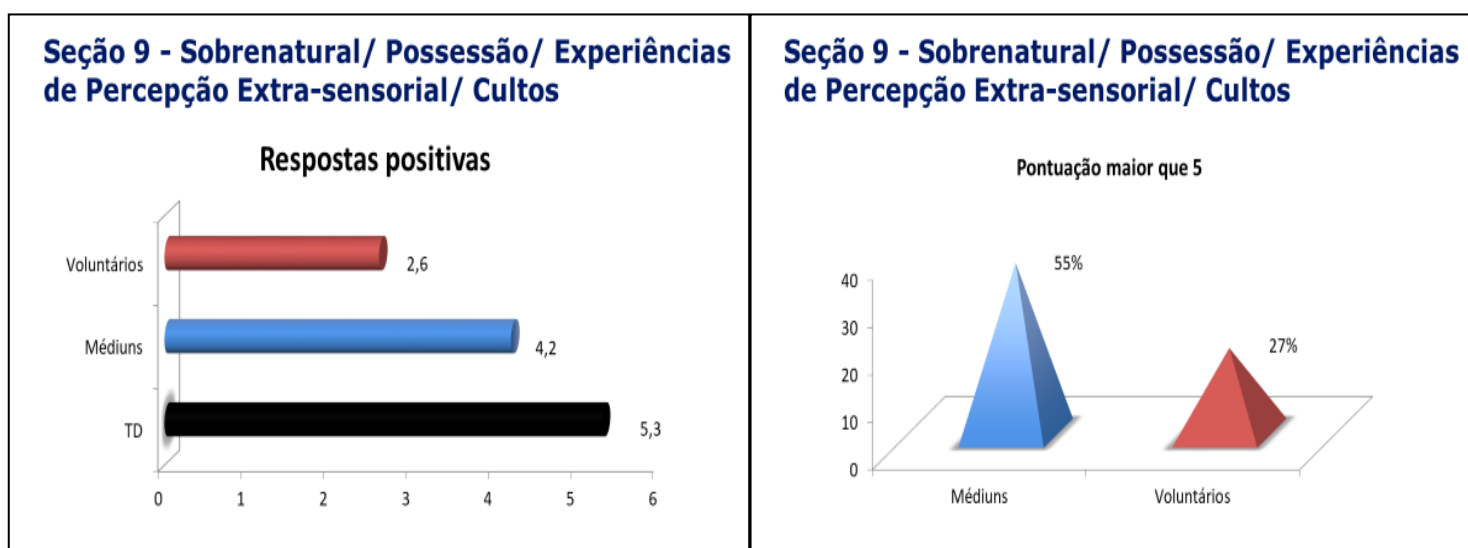
Interpretação - Na seção 9, as respostas positivas são somadas para dar uma pontuação total. Essas experiências discriminam DID dos outros grupos. Dado histórico - O número médio de respostas positivas nos 166 indivíduos foi de 5,3.

Resultado grupo 1 – O número médio de respostas positivas foi de 4,23 entre os médiuns avaliados.

86,2% responderam positivamente quando perguntados “você já teve qualquer tipo de experiência (tida como) sobrenatural? “. 89,6% responderam que já haviam experienciado o “deja vu (o sentimento que o que está acontecendo já aconteceu antes) ”.

55,1% (n-16) dos médiuns apresentaram pontuação ≥ 5 , dentro dos critérios propostos no questionário.

Figura 15 - Pontuação relacionada a aspectos sobrenaturais de acordo com o DDIs e percentual de pacientes com pontuação acima de 5.



Resultado grupo 2 – O número médio de respostas positivas foi de 2,9 entre os voluntários analisados.

Quando perguntados “você já teve qualquer tipo de experiência (tida como) sobrenatural?“, 6 voluntários (27,2%) responderam positivamente.

Também nesse grupo, ter experienciado o “deja vu (o sentimento que o que está acontecendo já aconteceu antes)”, foi o sintoma mais presente. (n-15; 68,1%).

22,7% dos voluntários (n-5) apresentaram pontuação ≥ 5 , dentro dos critérios propostos no questionário.

5.3.10 – Seção 10 - Transtorno de Personalidade Borderline

Interpretação - O participante deve ser positivo para 5 itens para atender aos critérios de personalidade borderline. Personalidade borderline não discrimina DID de outros grupos testados, exceto para transtorno de pânico e controles. Dado histórico - A média de 166 indivíduos DID foi de 5,1.

Resultado grupo 1 – A pontuação média entre os médiums foi de 1,0, e somente 1 médium (3,4%) apresentou pontuação acima de 5, dentro dos critérios propostos no questionário.

O sintoma mais presente (n-9; 31%) nesse grupo foi “flutuações frequentes de humor: perceptíveis desvios do humor normal para depressão, irritabilidade ou ansiedade, geralmente durando apenas poucas horas e raramente mais que uns poucos dias”.

Resultado grupo 2 – Entre os voluntários a pontuação média foi de 1,9. Uma pontuação acima de 5, dentro dos critérios propostos no questionário, foi alcançada por 3 frequentadores (13,6%). Assim como no grupo anterior. O sintoma mais frequente foi “flutuações frequentes de humor: perceptíveis desvios do humor normal para depressão, irritabilidade ou ansiedade, geralmente durando apenas poucas horas e raramente mais que uns poucos dias”, positivo em 8 participantes (36,3%).

5.3.11 – **Seção 11 - Amnésia Dissociativa**

Interpretação - O participante deve ser positivo para a pergunta 117, negativo para a pergunta 118, e positivo para a pergunta 119.

Dado histórico – Em uma pesquisa com 100 pacientes atendidos em um programa hospitalar de trauma, Ross e cols. encontraram que 75% apresentavam sintomas para amnésia dissociativa.

No nosso estudo nenhum médium, porém 1 voluntário (4,5%) foi positivos para amnésia dissociativa.

5.3.12 – **Seção 12 - Fuga Dissociativa**

Interpretação - O participante deve ser positivo para as perguntas 120 e 121, negativo para 122 e positivo para 123. No DSM-IV, a amnésia dissociativa e a fuga dissociativa constituem distúrbios separados. No DSM-5, a fuga é um subtipo de amnésia dissociativa, não uma desordem separada: quando a fuga está presente, chama-se amnésia dissociativa com fuga dissociativa.

Dado histórico – Entre os 100 pacientes atendidos em um programa hospitalar de trauma, 21% apresentavam sintomas para fuga dissociativa.

No nosso estudo nenhum médium apresentou critério para fuga dissociativa e 1 voluntário (4,5%) foi positivo.

5.3.13 – **Seção 13 - Transtorno de Despersonalização**

Interpretação - O participante deve ser positivo para a pergunta 124 a e b, negativo para 125 e positivo para 126. Este diagnóstico discrimina DID de outros grupos de maneira muito pobre.

Dado histórico – Entre os 100 pacientes do programa hospitalar de trauma, 57% apresentavam critérios para diagnóstico de despersonalização/desrealização.

No nosso estudo nenhum médium e nenhum voluntário foi positivo.

5.3.14 – **Seção 14 - Transtorno de Identidade Dissociativa**

Interpretação - O sujeito deve ser positivo para as perguntas 127-129 e negativo para 130 para receber um diagnóstico de DID.

Dado histórico – Entre os 100 pacientes do programa hospitalar de trauma, 46% apresentavam critérios para diagnóstico de transtorno de identidade dissociativa.

No nosso estudo nenhum médium apresentou critérios para diagnóstico de transtorno de identidade dissociativa e 1 voluntário (4,5%) foi positivo.

Na tabela 7 observamos a comparação dos resultados do questionário DDIS entre os grupos analisados e a respectiva significância estatística. Além disso, inserimos os dados históricos para uma visão geral.

Tabela 7 - Comparação dos resultados históricos do DDIS com os dois grupos analisados

| Variável | Dado histórico | | Grupo 1 | Grupo 2 | P* |
|---|----------------|--|---------|---------|------|
| Sintoma somático | 14,1 | | 3,8 | 4,5 | 0,28 |
| Abuso de substâncias | 51,2% | | 10,3% | 4,5% | 0,18 |
| História psiquiátrica | 2,74 | | 0,72 | 0,90 | 0,78 |
| Episódio depressivo maior | 89,8% | | 44,8% | 68,1% | 0,56 |
| Sintomas Schneiderianos | 6,5 | | 2,4 | 1,7 | 0,18 |
| Abuso infantil | 84,3% | | 20,6% | 23,5% | 0,54 |
| Características associadas a TID | 10,2 | | 2,34 | 2,18 | 0,31 |
| Sobrenatural | 5,3 | | 4,2 | 2,9 | 0,12 |
| Personalidade Borderline | 5,1 | | 1,0 | 1,9 | 0,21 |
| Amnésia dissociativa | 75% | | 0% | 4,5 | 0,82 |
| Fuga dissociativa | 21% | | 0% | 4,5% | 0,82 |
| Transtorno de despersonalização | 57% | | 0% | 0% | 1,0 |
| Identidade dissociativa | 46% | | 0% | 4,5% | 0,82 |

Grupo 1 – médiuns / Grupo 2 – voluntários (não médiuns) / TD – Transtorno dissociativo

*- O valor de p foi calculado entre os grupos 1 e 2.

Os resultados do presente estudo indicam que a dopamina plasmática aumentou com significância estatística em médiuns após psicofonia, mas não em voluntários não médiuns analisados após uma simulação, mimetizando a assistência mediúnica.

Em relação à avaliação do estado de saúde mental dos participantes não encontramos diferenças significativas entre médiuns e voluntários não-médiuns nos diversos aspectos analisados pelo questionário DDIS. No entanto, quando esses resultados foram comparados com os dados históricos de pacientes com transtorno dissociativo, há uma enorme diferença numérica para a maioria dos itens, com exceção feita para experiências consideradas paranormais.

As experiências anômalas constituem um grupo de atividades dissociativas por natureza, e trazem em sua psiconeurofisiologia um processo de difícil entendimento para a ciência e também para a população em geral. Por outro lado, os vários estudos que demonstram a relação positiva entre a espiritualidade e a melhora dos parâmetros de saúde física e mental nos falam da necessidade de diferenciar mais claramente as manifestações dissociativas patológicas das não patológicas.

Existe uma tendência a ignorar os efeitos que as atividades mediúnicas exercem no processo saúde-doença, considerando-se eventuais resultados como efeito placebo, superficializando o conceito de fé. Obviamente, a forma não científica como essas atividades são exercidas contribuem muito para a falta de análise mais aprofundada. Conceitualmente, o processo mediúnico é coordenado por seres não corpóreos, o que torna a metodologia analítica mais difícil.

Porém, o simples fato de milhares de pessoas mundo afora buscarem na religião, na mediunidade e em outras manifestações tidas como místicas, um auxílio para suas patologias, já merece a atenção da ciência moderna.

Um dos problemas em tentar explicar a religião a partir de uma perspectiva neuropsicológica é que ela é praticada de forma muito diferente em todo o mundo. Algumas religiões baseiam-se mais em temas cosmológicos e existenciais (por exemplo, deuses celestiais, descrições vívidas da vida após a morte), enquanto outros podem basear-se mais no culto espiritual ou de ancestrais. Todas as religiões, no entanto, invocam o conceito de "sobrenatural", que envolve um reino além da morte, invisível para os seres humanos. (BOYER, 2001)

Nossos achados vão de encontro ao já descrito por estudos neuropsicológicos e de imagem funcional, muitos dos quais utilizando meditadores experientes, apontando para o eixo cortical ventral como relacionado ao comportamento religioso, envolvendo principalmente as regiões ventricular temporal e frontal. Os estudos neurofarmacológicos geralmente abalizam a ativação dopaminérgica como a principal característica neuroquímica associada à atividade religiosa. (PREVIC, 2006)

A discussão se a religião tem origem no cérebro humano ou se simplesmente o cérebro responde a um comando extracorpóreo, dificilmente será respondida com as ferramentas de investigação existentes na atualidade. Estudos realizados em gêmeos, mostram razões para acreditar que a experiência e o comportamento religioso têm uma base biológica, na medida em que a religiosidade parece ser influenciada pela herança no mesmo grau que a inteligência. (D'ONOFRIO1999)

Outros estudos e a observação clínica mostram que apesar disso, a experiência religiosa tem características muito pessoais. Indivíduos de uma mesma família ressignificam de forma muito diferente as experiências do dia a dia, inclusive as religiosas. Essa linha de raciocínio fala a favor de uma força externa capaz de governar e determinar nossas reações, sendo o

cérebro uma ferramenta utilizada para esse fim e não o coordenador do processo. (D'AQUILLI 1993)

Isso tem uma importância significativa para o entendimento dos nossos resultados, uma vez que a existência de um ser imaterial que de alguma forma influencie o médium, poderia justificar a diferença encontrada na dopamina, e explicar porque os portadores de transtorno dissociativo, apesar de aparentemente vivenciarem experiências semelhantes, demonstrem um eixo adrenal comprometido em seu funcionamento. Um fenômeno (a mediunidade) tem origem externa e o outro (Transtorno dissociativo) tem origem na desarmonia cerebral.

A forma como a religião é referenciada pela ciência foi modificada no manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-IV (DSM-IV). Na versão anterior (DSM-III) a religião era utilizada para ilustrar exemplos de psicopatologias. A retirada destas menções negativas e a inclusão no DSM-IV e DSM-V de códigos designando "problemas religiosos e espirituais" são passos científicos importantes. Isso aumenta a sensibilidade em direção não só à relevância da religião na pesquisa clínica, mas também na consideração da relação individual do paciente com a sua fé e o seu impacto no processo de saúde física e mental. (DEIN et al., 2012)

Experiência anômala é uma parte importante de muitas religiões atuais, incluindo o Espiritismo. A busca por um centro espírita frequentemente ocorre devido a alguma EA, em alguns casos, ressignificada como mediunidade. Em nosso estudo, 52% dos médiuns versus 13% dos voluntários não-médiuns tiveram um trauma que os levou ao centro. Não houve diferenciação quanto ao tipo de trauma, o que seria um dado muito interessante para análise.

Destaca-se que 20,6% e 23,5% dos participantes nos grupos 1 e 2, respectivamente, relataram ter sido abusados na infância, seja abuso físico, sexual ou ambos. Mais do que um evento extremamente lamentável, há uma relação muito bem estabelecida entre o trauma e o desenvolvimento do transtorno dissociativo. (BROWN et al., 2005)

Em um estudo avaliando a relação entre religiosidade e espiritualidade (R/S) em uma ampla gama de doenças mentais, em 3.151 veteranos militares dos EUA, encontrou-se uma associação "dose-resposta" protetora entre os diversos níveis de R/S e vários resultados de saúde mental, mesmo após ajuste para variáveis sociodemográficas, militares ou o tratamento a que foram submetidos. (SHARMA et al., 2017)

Em que medida os médiuns estudados e que passaram por traumas podem ter sido protegidos pelo desenvolvimento volitivo da espiritualidade e contínuo trabalho voluntário e gratuito no Centro Espírita, este estudo não pode responder, mas dados como os de Sharma e cols. apontam para essa conclusão.

A religiosidade, como muitos outros parâmetros analisados pela ciência pode apresentar-se como protetora no desenvolvimento das doenças mentais ou não.

A hiperreligiosidade, definida como um distúrbio psiquiátrico no qual uma pessoa experimenta intensas crenças ou experiências religiosas que interferem com o funcionamento normal, e é uma característica importante da mania, transtorno obsessivo-compulsivo, esquizofrenia, epilepsia do lobo temporal e distúrbios relacionados. A hiperreligiosidade geralmente inclui crenças anormais e um foco no conteúdo religioso, que interfere no trabalho e no funcionamento social.

A renda mensal média foi semelhante entre os grupos 1 e 2 (R\$ 7000,00 versus R\$ 8200,00). É importante notar que esse rendimento foi algo em torno de seis vezes maior do que a média per capita brasileira. Nossos dados também mostraram que 79% dos médiuns tinham um diploma universitário, contra 59% dos não médiuns ($p=0,25$). Estes números estão de acordo com o censo demográfico nacional de 2010, que coloca o espiritismo como a religião com o maior percentual de seguidores com nível de ensino superior. (IBGE, 2010)

Esse importante dado descrito acima, é mais um fator de diferenciação entre as manifestações dissociativas patológicas e não

patológicas. No transcurso de uma doença mental é muito difícil que o paciente apresente condições de exercer suas atividades laborais de forma normal e independente, constituindo-se na maioria das vezes em uma pessoa dependente de cuidados familiares, inclusive financeiros.

Diferentemente, os médiuns são estimulados a estudar, aprimorando-se no conhecimento da doutrina e do trabalho mediúnico, assim como a realizar essas atividades de forma completamente gratuita, buscando seu sustento em outras atividades que não as experiências anomalias, de acordo com os preceitos do Cristo – Dai de graça o que de graça recebestes. (Mateus 10:8)

A maioria dos participantes no nosso estudo foram mulheres, 69% e 59%, respectivamente, no grupo 1 e 2. Isso está de acordo com vários estudos que mostram que as mulheres eram mais propensas a utilizar a medicina complementar e alternativa, bem como a buscar de forma mais frequente o compromisso de desenvolvimento espiritual. Vale ressaltar que também as mulheres estão mais predispostas a apresentar episódios dissociativos. (SPITZER et al.; FRASS et al., 2012)

Não houve diferença entre homens e mulheres, tanto na avaliação laboratorial, quanto nas respostas do questionário.

Embora os indivíduos do grupo 1 fossem mais velhos [50,5 anos versus 39,5 anos de idade com um valor de $p=0,003$, e mais propensos a relatar ter sofrido um trauma psicológico/físico (52% versus 13% com $p=0,008$), que os levou ao centro espírita, nenhum aumento no cortisol basal nem qualquer outra indicação de supressão/hiperatividade do eixo HHA foi encontrado em nossa pesquisa. Uma hora após a intervenção, os níveis de glicose, cortisol e ACTH foram menores nos dois grupos, mas no grupo 2, o declínio de ACTH não teve significância estatística ($p=0,46$).

Quanto ao abuso de substâncias, 10,3% dos médiuns relataram ter consumido drogas ilícitas em algum momento de suas vidas, enquanto esse número era menos que a metade entre não-médiuns (4,5%). Nenhum deles relatou uso de drogas na atualidade. Isto está de acordo com dados da

literatura mostrando que a espiritualidade/religiosidade está negativamente relacionada à dependência de drogas. (DEBNAM et al., 2016)

Estudos sugerem que há uma relação de mão dupla entre educação e religião. A influência que a religião exerce sobre a educação varia de acordo com as tradições religiosas. O resultado de uma amostra nacionalmente representativa de americanos mostrou que os pentecostais e os fundamentalistas são geralmente menos propensos a cursarem uma faculdade quando comparados a outros grupos religiosos e associados não-religiosos. Os médiuns estudados trabalham gratuitamente com mediunidade há 11 anos em média, e se prepararam por meio de um estudo sistemático por pelo menos 6 anos, em média. (SCHWADEL, 2011)

A atividade religiosa consiste em três componentes principais: crenças, práticas e experiências. Somente a prática religiosa pode ser observada de forma comportamental, embora paradigmas comportamentais e técnicas de observação possam ser utilizados para inferir a existência de certas crenças e práticas.

Um estudo desenhado para avaliar a forma como as redes fronto-mesolímbicas humanas orientam as decisões sobre doações de caridade através da ressonância magnética funcional, mostrou o sistema de recompensa mesolímbico é ativado tanto por doações quanto por recompensas monetárias. Além disso, as áreas orbitofrontal mediana orbitofrontal-subgenua e lateral, que também desempenham papéis fundamentais em mecanismos mais primitivos de apego e aversão social, direcionam medidas de doação ou oposição a causas sociais. Notavelmente, mais setores anteriores do córtex pré-frontal são recrutados quando as escolhas altruístas prevalecem sobre os interesses materiais egoístas. (MOLL 2006)

Os hormônios exercem uma ação crítica no desenvolvimento e expressão de uma extensa gama de condutas. Uma amostra da influência dos hormônios no comportamento, é a sua possível contribuição para a fisiopatologia das desordens psiquiátricas, particularmente na depressão.

O eixo HHA desempenha um papel central em uma variedade de doenças psiquiátricas, particularmente, transtorno depressivo maior, que tem sido relatado repetidamente como associada com a hiperatividade do eixo HHA. Este eixo desempenha uma função capital na resposta aos estímulos externos e internos, incluindo os estressores psicológicos. Além disso, é manifesto o papel basilar do estresse como desencadeante de eventos de desordens psiquiátricas em pessoas predispostas. (ANACKER et al., 2011)

Um elegante estudo relacionou uma resposta inadequada do eixo HHA a uma maior prevalência de sintomas dissociativos relacionados ao trauma, bem como alterações na expressão cinética dos genes que codificam o receptor mineralocorticoide (MR) e a proteína de ligação FK506 (FKBP51). Nesse estudo ficou bem estabelecida a relação entre o desenvolvimento do trauma e o transtorno dissociativo. (ZABA et al., 2015)

Vários estudos apontam para uma eventual anormalidade relacionada à capacidade de os glicocorticoides circulantes exercerem o efeito supressor no eixo HHA, levando a hipercortisolemia. Na outra extremidade do espectro de secreção de cortisol, algumas doenças se correlacionam com o hipocortisolismo, mais frequentemente causado por hipoativação hipotalâmica e hipoprodução de CRH (hormônio liberador de corticotropina), resultando em hiporreatividade patológica e feedback negativo intensificado do eixo HHA. (JURUENA 2004)

Depressão melancólica, anorexia nervosa, transtorno obsessivo compulsivo e transtorno de pânico estariam relacionados com o hipercortisolismo, enquanto transtorno de estresse pós-traumático, depressão sazonal, depressão atípica e síndrome da fadiga crônica se correlacionariam com o hipocortisolismo.

Até que ponto os níveis de cortisol seriam marcadores ou causadores da doença, ainda não se sabe. Mais estudos também precisam ser realizados para se elucidar se essas doenças são somente momentos diferentes de um mesmo espectro sindrômico.

No nosso estudo, em ambos os grupos, o eixo HHA permaneceu preservado, sem hipo nem hiperfuncionamento. A noradrenalina e a adrenalina decresceram descritivamente sem significância no grupo 1 (-27 pg/ml e -6 pg/ml) e aumentaram no grupo 2 também sem significância. (25,1 pg/ml e 1,6 pg/ml). Em uma visão mais aprofundada, 48% dos participantes do grupo 1 tiveram um aumento nos níveis de noradrenalina e adrenalina após a intervenção.

Esse dado bioquímico reforça os achados do questionário. Ou seja, não há incidência aumentada de doenças mentais nos médiums e isso se correlaciona com um eixo hipotálamo-hipófise adrenal normal.

O normofuncionamento do eixo HHA é coordenado pela secreção de CRH e vasopressina (VP) pelo hipotálamo, os quais, por sua vez, estimulam a secreção do hormônio adrenocorticotrópico (ACTH) pela hipófise, que em última instância, incita a secreção de glicocorticóides pela região cortical da glândula adrenal ou suprarrenal.

Uma resposta complexa que conecta os sistemas imunológico, nervoso e endócrino é necessária para manter a homeostase na presença de estressores. Os efeitos biológicos dos glicocorticoides são tipicamente adaptativos; contudo, a ativação excessiva ou inadequada do eixo HHA pode contribuir para o desenvolvimento de patologias.

Dados recentes mostraram uma relação inversa significativa entre a resposta do cortisol ao estresse após o teste de stress social de Trier e o comportamento de evitação (agorafobia). O teste de Trier é um procedimento de laboratório usado para induzir o estresse de maneira confiável em participantes de pesquisa humana. (WICHMANN et al., 2017)

No grupo 1, a dopamina inicial foi de 41,7 pg/ml aumentando para 44,4 pg/ml uma hora após a psicofonia. A diferença entre os dois momentos foi de 2,7 pg/ml com significância estatística. (p-0,046).

Estes dados estão de acordo com pesquisas anteriores, que correlacionam as atividades religiosas com a ativação do eixo dopaminérgico

e afirmam que a evolução da religião está ligada a uma expansão dos sistemas dopaminérgicos nos seres humanos, provocada por mudanças na dieta e outras influências fisiológicas. A noradrenalina e a serotonina (também conhecida como 5-hidroxitriptamina ou 5-HT) predominam nas atividades interpessoais, enquanto a dopamina e a acetilcolina controlam principalmente as interações extrapessoais. (PREVIC 1998)

Uma grande quantidade de evidências correlaciona o sistema dopaminérgico com o espaço extrapessoal. A dopamina também está envolvida na orientação para o tempo distante. Em roedores, ela é criticamente envolvida na previsão de recompensas futuras e, tanto em seres humanos como em animais, medeia a inteligência executiva (planejamento e estratégia) que requer a alteração do comportamento futuro com base no feedback atual. (SCHULTZ 1997)

Kawai e cols. investigaram 15 homens que exibiram comportamentos específicos de transe e de possessão durante um ritual típico, e foram comparados a 9 homens que não exibiam comportamento de transe e de possessão e simplesmente executavam ações semelhantes às do grupo de transe para descartar a interferência de serem ativos durante a cerimônia. O grupo de transe apresentou aumentos significativos nas concentrações plasmáticas de noradrenalina, dopamina e β -endorfina, 6 minutos após o ritual. (KAWAI et al., 2001)

Em um estudo com o objetivo de investigar correlatos fisiológicos de experiências dissociativas não-patológicas em vinte mulheres médiuns com vários anos de prática socialmente sancionada em comparação com vinte mulheres controle não-médiuns do mesmo contexto religioso, os médiuns apresentaram aumento significativamente maior na frequência cardíaca e nas concentrações plasmáticas de noradrenalina, hormônio estimulante da tireóide, prolactina e creatina fosfoquinase em comparação com controles não médiuns, imediatamente após a psicofonia. (BASTOS-JUNIOR, 2016)

Um estudo de ressonância magnética funcional (RNM), com o intuito de traçar correlatos neurais das crenças religiosas e não-religiosas,

observou que o pensamento religioso está mais relacionado com as regiões cerebrais que governam a auto-representação, a emoção e o conflito cognitivo, enquanto pensar sobre fatos comuns é mais dependente circuitos neurais da memória. O sinal da RNM foi maior quando os sujeitos avaliaram asserções religiosas em comparação com afirmações não religiosas em áreas do cérebro, incluindo o precuneus, córtex cingulado anterior, insula e córtex estriado ventral. O sinal amplificado foi encontrado para proposições não religiosas comparadas com proposições religiosas em numerosas regiões do hemisfério esquerdo, incluindo o giro parahipocampal, o córtex retrosplenial, o pólo temporal, o giro temporal médio e o hipocampo. (HARRIS et al., 2009)

De acordo com alguns autores, "a aceitação espiritual é de longe o traço de personalidade mais altamente correlacionado ($p < .001$) com o número de alelos repetidos do gene do receptor D4 da dopamina (DRD4)". (COMINGS et al., 2000; PREVIC, 2006)

Usando a Yoga Nidra para dissociar subjetivamente os dois principais aspectos complementares da consciência - a saber, consciência do nosso mundo sensorial e consciência de ação - Kjaer e cols. (2002) demonstraram aumento da liberação endógena de dopamina no córtex estriado ventral durante a meditação, medida pelo 11C-raclopride PET. Este marcador compete com a dopamina endógena na ligação aos receptores D2 da dopamina dos gânglios da base. O tônus dopaminérgico aumentado durante a meditação parece estar associado à redução na prontidão para a ação, uma reação bem-vinda ao comparar médiuns e voluntários não-médiuns.

A dopamina também está implicada nas experiências de quase-morte que, apesar das variações de conteúdo entre as culturas, parecem ser um fenômeno universal entre os seres humanos. A experiência de quase-morte envolve tipicamente um transporte para um "mundo diferente", "encontro com" seres diferentes "ou alguma forma ainda mais direta de uma experiência fora do corpo (por exemplo, autoscopia, a experiência de se olhar a partir de cima). Essas experiências são mais propensas a serem

interpretadas em um contexto espiritual por indivíduos religiosos (ROBERTS 1988).

As células produtoras de dopamina na região medular da glândula adrenal são células do Sistema Nervoso Autônomo pós-ganglionares modificadas que perderam seus axônios e dendritos, recebendo inervação das fibras pré-ganglionares correspondentes. A dopamina é um neurotransmissor catecolaminérgico encontrado nos neurônios dos sistemas nervoso central e periférico. No cérebro, a dopamina é produzida na área ventral tegmental e substância nigra. As células medulares adrenais são responsáveis por uma pequena quantidade dessa produção. Numa abordagem paraendócrina, a dopamina tem receptores no córtex adrenal e funciona como o precursor da adrenalina e noradrenalina, interferindo diretamente na resposta ao stress. (BEAULIEU; GAINETDINOV, 2011)

A dopamina tem um papel importante na regulação do humor e nos mecanismos de motivação e recompensa. A dopamina produzida nos neurônios da substância nigra ajuda na regulação do humor via corpo estriado. Sua atividade aumentada induz recompensa; atividade diminuída induz aversão. Desde que a dopamina é intrincada em uma variedade de funções críticas, não é uma surpresa observar um grande número de condições humanas que foram ligados a disfunções dopaminérgicas. (MASANA et al., 2012; IKEMOTO et al., 2015)

Apesar da escassez de dados na literatura, mesmo que a medição periférica plasmática/urinária de dopamina não corresponda aos níveis cerebrais, parece haver uma correlação entre os níveis sanguíneos/urinários e o efeito desta monoamina no cérebro. (BARBEAU et al., 1961)

A base biológica ou epifenômenos biológicos associados à experiência anômala é um tema muito controverso que exige grande cuidado na interpretação dos dados. A própria aceitação da existência da mediunidade está longe de ser universal, mas para restringir a questão a um contexto estritamente científico, nenhuma crença ou falta dela deve constituir uma barreira para investigar experiências subjetivas como essas.

Além do conceito de mediunidade em si, este estudo tem outras limitações. A generalização e condução desse tipo de estudo pode ser difícil, uma vez que a população que manifesta as experiências anômalas, não apresenta a mesma frequência em todos os países, e importantes diferenças culturais e de crenças podem levar a resultados diversos.

A ciência e especialmente a psiquiatria, tradicionalmente, tem uma relação negativa e paradoxal com a religiosidade. Negativas porque as experiências místicas e espirituais foram percebidas como evidências de psicopatologia e paradoxal, uma vez que essas suposições foram feitas fora de um contexto científico e metodológico rigoroso. Estudar a interferência autêntica da religiosidade no processo saúde-doença requer rigor científico, excluindo todos os credos pessoais objetivando a execução de uma análise racional e profunda. (DAHER et al., 2017)

A relação entre R/S e saúde vem sendo cada vez mais reconhecida pela ciência. Vários estudos destacam a importância da espiritualidade como um fator de melhoria da saúde. Os determinantes subjacentes são multifatoriais e parecem estar relacionados a mecanismos envolvendo as esferas comportamental, interpessoal, cognitiva, afetiva e psicofisiológica. (LEVIN, 2008)

Importante salientar que em 1971, no livro Entrevistas, Chico Xavier, trazendo uma mensagem mediúnica de André Luiz, médico desencarnado diz que “Assim é que muitos fenômenos da loucura e da obsessão, diz André Luiz, são atribuíveis à liberação anormal das catecolaminas, da medular da suprarrenal, tanto quanto dos seus depósitos outros no organismo e, assim conseqüentemente, de seus produtos de metabolização, como sejam, a adrenolutina e o adrenocromo, cuja ação específica, interferindo na distribuição da glicose no cérebro, determina alterações sensoriais muito grandes, alterações estas que serão estudadas, com segurança pela medicina psicossomática do futuro.”

A constatação de um eixo hipotalâmico hipofisário adrenal funcionando nos médiuns, com secreção pulsátil de dopamina, um neurotransmissor extremamente envolvido nos aspectos religiosos e paranormais, pode se constituir num marcador para o estudo das experiências anômalas.

A infinita miríade de formas de manifestações das crenças religiosas induziu a ciência a categorizar todos dentro da psicopatologia. O fanatismo natural que advém da conversão religiosa, induziu muitos no meio religioso, a classificar como mediúnico, transtornos mentais verdadeiros que necessitam de tratamento médico. Aparentemente os extremos bioquímicos e comportamentais se acompanham de co-morbididades.

O aprofundamento do estudo das atividades paranormais, mediúnicas ou ditas anômalas, pode estabelecer um campo fértil de análise no processo de interação entre mente-corpo, inclusive na elucidação científica da existência do espírito ou alma, ser imaterial que daria origem ao corpo físico. A metodologia científica atual traz ferramentas muito úteis na investigação, com desenhos prospectivos, randomizados, controlados e cegados, porém o problema reside na forma de se estudar o desfecho.

Atualmente os dados da literatura são abundantes em afirmar que existe uma relação positiva entre religiosidade e saúde física e mental, com trabalhos bem desenhados em todas as áreas. Porém, ainda se observa os efeitos da espiritualidade, sendo de muito difícil execução a análise das causas energéticas e/ou espirituais que poderiam estar provocando esses efeitos positivos. Obviamente já é um grande passo que a ciência séria e organizada se volte para esses aspectos, mas é necessário ir além.

Nesse trabalho observamos que é possível se criar um grupo para análise científica das atividades paranormais, isolando a atividade mediúnica, com um grupo controle que compartilha as mesmas crenças, evitando-se um viés importante.

A demonstração da integridade mental e de uma atividade do eixo adrenal preservada constitui um aspecto importante e que corrobora a crença da existência da dissociação não patológica.

A existência de médiuns sérios, que através de seus trabalhos mediúnicos possam interferir de alguma forma da saúde das pessoas merece um olhar científico.

7 CONCLUSÃO

Observou-se aumento significativo da dopamina sérica após o transe mediúnico (experiência anômala) no grupo 1, fato não identificado no grupo controle após a intervenção (visualização criativa). Os demais fatores do eixo HHA estudados não apresentaram diferença estatística entre os grupos.

Os dados deste estudo endossam dados anteriores que mostraram diferenças essenciais entre transtorno dissociativo e experiência anômala (dissociação não-patológica). As catecolaminas e especialmente a dopamina podem constituir um marcador biológico para a mediunidade. Acreditamos que outros estudos nesta área podem reduzir as barreiras que impedem a classe médica de investigar experiências anômalas sem preconceitos e com a intencionalidade de encontrar mecanismos de melhora para pacientes com doença mental.

Nossos dados mostraram que em médiuns que apresentam regularmente a experiência anômala e em voluntários não médiuns compartilhando as mesmas crenças religiosas, as pontuações no questionário estruturado DDIS são semelhantes entre os dois grupos e numericamente diferentes dos dados históricos de pacientes com transtorno dissociativo.

- AMARAL DO ESPIRITO SANTO, H. M.; PIO-ABREU, J. L. Dissociative disorders and other psychopathological groups: exploring the differences through the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). **Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)**, v. 29, n. 4, p. 354–8, 2007.
- ANACKER, C.; ZUNSZAIN, P. A.; CARVALHO, L. A.; PARIANTE, C. M. The glucocorticoid receptor: pivot of depression and of antidepressant treatment? **Psychoneuroendocrinology**, v. 36, n. 3, p. 415–25, 2011.
- APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5**. 2013.
- BARBEAU, A.; MURPHY, G. F.; SOURKES, T. L. Excretion of dopamine in diseases of basal ganglia. **Science (New York, N.Y.)**, v. 133, n. 3465, p. 1706–7, 1961.
- BASTOS-JUNIOR, MA. A. **Melatonina e catecolaminas plasmáticas, atividade elétrica cerebral e atividade autonômica cardíaca durante experiências anômalas em um contexto religioso**, (Master's thesis) Retrieved from BDTD (Accession oai:agregador.ibict.br.RI_UFMS:oai:repositorio.cbc.Universidade Federal do Mato Grosso - 2016.
- BASU, A.; LEVENDOSKY, A. A.; LONSTEIN, J. S. Trauma sequelae and cortisol levels in women exposed to intimate partner violence. **Psychodynamic psychiatry**, v. 41, n. 2, p. 247–75, 2013.
- BEAULIEU, J.-M.; GAINETDINOV, R. R. The physiology, signaling, and pharmacology of dopamine receptors. **Pharmacological reviews**, v. 63, n. 1, p. 182–217, 2011.
- BELL, V.; OAKLEY, D. A.; HALLIGAN, P. W.; DEELEY, Q. Dissociation in hysteria and hypnosis: evidence from cognitive neuroscience. **Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry**, v. 82, n. 3, p. 332–9, 2011.
- BHAVSAR, V.; VENTRIGLIO, A.; BHUGRA, D. Dissociative trance and spirit possession: Challenges for cultures in transition. **Psychiatry and clinical neurosciences**, v. 70, n. 12, p. 551–559, 2016.
- BROWN, R. J.; SCHRAG, A.; TRIMBLE, M. R. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. **The American journal of psychiatry**, v. 162, n. 5, p. 899–905, 2005.
- CARDEÑA, E. Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives. In: E.

.Lynn SJ, Rhue JW (Ed.); **The Domain of Dissociation**. p.15–31, 1994. New York: The Guilford Press.

CARDEÑA, E.; LYNN, S. J.; WASHINGTON, S. K. Varieties of Anomalous Experience : Examining the Scientific Evidence. , v. 15, n. 1, p. 143–146., 2001.

COMINGS, D. E.; GONZALES, N.; SAUCIER, G.; JOHNSON, J. P.; MACMURRAY, J. P. The DRD4 gene and the spiritual transcendence scale of the character temperament index. **Psychiatric genetics**, v. 10, n. 4, p. 185–9, 2000.

D'AQUILI, E. G., & NEWBERG, A. B. Religious and mystical states: A neuropsychological model. **Zygon**, 28, 177–200. 1993

DAHER, J. C.; DAMIANO, R. F.; LUCCHETTI, A. L. G.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Research on Experiences Related to the Possibility of Consciousness Beyond the Brain: A Bibliometric Analysis of Global Scientific Output. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 205, n. 1, p. 37–47, 2017.

DEBNAM, K.; MILAM, A. J.; FURR-HOLDEN, C. D.; BRADSHAW, C. The Role of Stress and Spirituality in Adolescent Substance Use. **Substance use & misuse**, v. 51, n. 6, p. 733–41, 2016.

DEIN, S.; COOK, C. C. H.; KOENIG, H. Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 200, n. 10, p. 852–5, 2012.

D'ONOFRIO, B. M., EAVES, L. J., MURRELLE, L., MAES, H. H., & SPILKA, B. . Understanding biological and social influences on religious affiliation, attitudes, and behaviors: A behavior genetic perspective. **Journal of Personality**, 67, 953–984. 1999

DURING, E. H.; ELAHI, F. M.; TAIEB, O.; MORO, M.-R.; BAUBET, T. A critical review of dissociative trance and possession disorders: etiological, diagnostic, therapeutic, and nosological issues. **Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie**, v. 56, n. 4, p. 235–42, 2011.

EHMAN, J. W.; OTT, B. B.; SHORT, T. H.; CIAMPA, R. C.; HANSEN-FLASCHEN, J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? **Archives of internal medicine**, v. 159, n. 15, p. 1803–6, 1999.

FRASS, M.; STRASSL, R. P.; FRIEHS, H.; et al. Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. **The Ochsner journal**, v. 12, n. 1, p. 45–56, 2012.

FUQUA, J. S.; ROGOL, A. D. Neuroendocrine alterations in the exercising human: implications for energy homeostasis. **Metabolism: clinical and**

experimental, v. 62, n. 7, p. 911–21, 2013.

GELLHORN, E.; KIELY, W. F. Mystical states of consciousness: neurophysiological and clinical aspects. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 154, n. 6, p. 399–405, 1972.

HARINATH, K.; MALHOTRA, A. S.; PAL, K.; et al. Effects of Hatha yoga and Omkar meditation on cardiorespiratory performance, psychologic profile, and melatonin secretion. **Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)**, v. 10, n. 2, p. 261–8, 2004.

HARRIS, S.; KAPLAN, J. T.; CURIEL, A.; et al. The neural correlates of religious and nonreligious belief. **PloS one**, v. 4, n. 10, p. e0007272, 2009.

HAUG, E.; ØIE, M.; ANDREASSEN, O. A.; et al. High levels of anomalous self-experience are associated with longer duration of untreated psychosis. **Early intervention in psychiatry**, v. 11, n. 2, p. 133–138, 2017.

HEIM, C.; NEWPORT, D. J.; MLETZKO, T.; MILLER, A. H.; NEMEROFF, C. B. The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. **Psychoneuroendocrinology**, v. 33, n. 6, p. 693–710, 2008.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico**. 2010. Disponível em <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>

IKEMOTO, S.; YANG, C.; TAN, A. Basal ganglia circuit loops, dopamine and motivation: A review and enquiry. **Behavioural brain research**, v. 290, p. 17–31, 2015.

JAMES, W. Review of “Human personality and its survival of bodily death”. **Proceedings of the society for psychical research**, 1904.

JANET, P. The Mental State of Hystericals. A study of mental stigmata and mental accidents. **Hysteria.**, 1901. New York: Putnam.

JUREIDINI, J. Does dissociation offer a useful explanation for psychopathology? **Psychopathology**, v. 37, n. 6, p. 259–65, 2004.

JURUENA MF, CLEARE AJ, PARIANTE CM. The hypothalamic pituitary adrenal axis, glucocorticoid receptor function and relevance to depression. **Rev Bras Psiquiatr.** sep;26(3):189-201. 2004.

KARDEC ALLAN. **O livro dos médiuns**. 49th ed. Brasília: Federação Espírita Brasileira, 2013. Publicado em 1861 p. 1-486

KAWAI, N.; HONDA, M.; NAKAMURA, S.; et al. Catecholamines and opioid peptides increase in plasma in humans during possession trances. **Neuroreport**, v. 12, n. 16, p. 3419–23, 2001.

KELLY EW. Some directions for mediumship research. **J Sci Explor.**, , n. 24,

p. 247–282, 2010.

KJAER, T. W.; BERTELSEN, C.; PICCINI, P.; et al. Increased dopamine tone during meditation-induced change of consciousness. **Brain research. Cognitive brain research**, v. 13, n. 2, p. 255–9, 2002.

KLOET, C. S. DE; VERMETTEN, E.; RADEMAKER, A. R.; GEUZE, E.; WESTENBERG, H. G. M. Neuroendocrine and immune responses to a cognitive stress challenge in veterans with and without PTSD. **European journal of psychotraumatology**, v. 3, 2012.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: a review and update. **Advances in mind-body medicine**, v. 29, n. 3, p. 19–26, 2015.

LARSON, D. B.; KOENIG, H. G. Is God good for your health? The role of spirituality in medical care. **Cleveland Clinic journal of medicine**, v. 67, n. 2, p. 80, 83–4, 2000.

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. **The American journal of psychiatry**, v. 143, n. 3, p. 329–34, 1986.

LEVIN, J. How faith heals: a theoretical model. **Explore (New York, N.Y.)**, v. 5, n. 2, p. 77–96, 2008.

LIEB, K.; REXHAUSEN, J. E.; KAHL, K. G.; et al. Increased diurnal salivary cortisol in women with borderline personality disorder. **Journal of psychiatric research**, v. 38, n. 6, p. 559–65, 2015.

LOVALLO, W. R.; FARAG, N. H.; VINCENT, A. S.; THOMAS, T. L.; WILSON, M. F. Cortisol responses to mental stress, exercise, and meals following caffeine intake in men and women. **Pharmacology, biochemistry, and behavior**, v. 83, n. 3, p. 441–7, 2006.

LUCCHETTI, G.; AGUIAR, P. R. D. C.; BRAGHETTA, C. C.; et al. Spiritist psychiatric hospitals in Brazil: integration of conventional psychiatric treatment and spiritual complementary therapy. **Culture, medicine and psychiatry**, v. 36, n. 1, p. 124–35, 2012.

MASANA, M.; SANTANA, N.; ARTIGAS, F.; BORTOLOZZI, A. Dopamine neurotransmission and atypical antipsychotics in prefrontal cortex: a critical review. **Current topics in medicinal chemistry**, v. 12, n. 21, p. 2357–74, 2012.

MENEZES JR., A.; ALMINHANA, L.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Perfil sociodemográfico e de experiências anômalas em indivíduos com vivências psicóticas e dissociativas em grupos religiosos. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 39, n. 6, p. 203–207, 2012.

- MOLL J, KRUEGER F, ZAHN R, PARDINI M, DE OLIVEIRA-SOUZA R, GRAFMAN J. Human frontomesolimbic networks guide decisions about charitable donation. **Proc Natl Acad Sci U S A**. 103(42):15623-8. 2006
- MOREIRA-ALMEIDA, A. Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas. , p. 205, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-12042005-160501>>. .
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; CARDEÑA, E. Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. **Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)**, v. 33 Suppl 1, p. S21-36, 2011.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F. Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 30, n. 1, p. 21–28, 2003.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO, F. L.; CARDEÑA, E. Comparison of brazilian spiritist mediumship and dissociative identity disorder. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 196, n. 5, p. 420–4, 2008.
- NEGRO JUNIOR, P. J.; PALLADINO-NEGRO, P.; LOUZÃ, M. R. Dissociação e transtornos dissociativos: modelos teóricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 4, p. 239–248, 1999.
- PASTUCHA, P.; PRASKO, J.; GRAMBAL, A.; et al. Dissociative disorder and dissociation - comparison with healthy controls. **Neuro endocrinology letters**, v. 30, n. 6, p. 769–73, 2009.
- PELZANG, R.; JOHNSTONE, M.-J.; HUTCHINSON, A. M. Culture matters: indigenizing patient safety in Bhutan. **Health policy and planning**, 2017.
- PERES J, N. A. Neuroimagem e mediunidade: uma promissora linha de pesquisa. **Rev Psiq Clín**, v. 40, n. 6, p. 225–232, 2013.
- PREVIC, F. H. The neuropsychology of 3-D space. **Psychological Bulletin**, 124, 123–164. 1998.
- PREVIC, F. H. The role of the extrapersonal brain systems in religious activity. **Consciousness and cognition**, v. 15, n. 3, p. 500–39, 2006.
- RAFF, H.; SHARMA, S. T.; NIEMAN, L. K. Physiological basis for the etiology, diagnosis, and treatment of adrenal disorders: Cushing’s syndrome, adrenal insufficiency, and congenital adrenal hyperplasia. **Comprehensive Physiology**, v. 4, n. 2, p. 739–69, 2014.
- RAWLINGS, D.; DEVERY, K. Near death experience and nursing practice: lessons from the palliative care literature. **Australian nursing & midwifery journal**, v. 22, n. 8, p. 26–9, 2015.
- ROBERTS, G., & OWEN, J. The near-death experience. **British Journal of**

Psychiatry, 153, 607–617. 1988.

ROCK, B. A. J.; BEISCHEL, J.; BOCCUZZI, M.; BIUSO, M. DISCARNATE READINGS BY CLAIMANT MEDIUMS : Assessing phenomenology and accuracy under beyond double-blind conditions. , v. 78, n. 2, p. 183–194, 2011.

ROSS, C.A., ANDERSON, G., FRASER, . A., REAGORP, . , BJORNSONL., MILLERS, D. Differentiating multiple personality disorder and dissociative Disorder not otherwise specified. **Dissociation**, v. 5, n. 2, p. 87–90, 1992.

ROSS, C. Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality. **Dissociative Identity Disorder**. p.464, 1996. New York: Wiley.

ROSS, C. Discriminating among diagnostic categories using the dissociative disorders interview schedule. **Psychological reports**, v. 96, n. 2, p. 445–453, 2005. Psychological Reports.

ROSS, C. A. Possession experiences in dissociative identity disorder: a preliminary study. **Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)**, v. 12, n. 4, p. 393–400, 2011.

ROSS, C. A.; BROWNING, E. The self-report Dissociative Disorders Interview Schedule: A preliminary report. **Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)**, v. 18, n. 1, p. 31–37, 2017.

SCHILLER, P. L.; LEVIN, J. S. Is there a religious factor in health care utilization?: A review. **Social science & medicine (1982)**, v. 27, n. 12, p. 1369–79, 1988.

SCHULTZ, W., DAYAN, P., & MONTAGUE, R. A neural substrate of prediction and reward. **Science**, 275, 1593–1599. 1997.

SCHWADEL, P. The Effects of Education on Americans' Religious Practices, Beliefs, and Affiliations. **Review of Religious Research**, v. 53, n. 2, p. 161–182, 2011.

SHARMA, V.; MARIN, D. B.; KOENIG, H. K.; et al. Religion, spirituality, and mental health of U.S. military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. **Journal of affective disorders**, v. 217, p. 197–204, 2017.

SIMEON, D.; GURALNIK, O.; KNUTELSKA, M.; HOLLANDER, E.; SCHMEIDLER, J. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in depersonalization disorder. **Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology**, v. 25, n. 5, p. 793–5, 2001.

SMITH, T. B.; MCCULLOUGH, M. E.; POLL, J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of

- stressful life events. **Psychological bulletin**, v. 129, n. 4, p. 614–36, 2003.
- SOMMER, A. Psychical research and the origins of American psychology: Hugo Münsterberg, William James and Eusapia Palladino. **History of the human sciences**, v. 25, n. 2, p. 23–44, 2012.
- SPITZER, C.; KLAUER, T.; GRABE, H.-J.; et al. Gender differences in dissociation. A dimensional approach. **Psychopathology**, v. 36, n. 2, p. 65–70.
- STEINBERG, M. **Handbook for the Assessment of Dissociation**. Washington DC.: American Psychiatric Press, 1995.
- STEINBERG, M.; STEINBERG, A. Using the SCID-D to assess dissociative identity disorder in adolescents: three case studies. **Bulletin of the Menninger Clinic**, v. 59, n. 2, p. 221–31, 1995.
- STEVENSON, I. Research into the evidence of man's survival after death: a historical and critical survey with a summary of recent developments. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 165, n. 3, p. 152–70, 1977.
- WALLACE J, N. J. Neuroticism and the Attentional Mediation of Dysregulatory Psychopathology. **Cognitive Therapy and Research**. p.135–156, 1997.
- WICHMANN, S.; KIRSCHBAUM, C.; LORENZ, T.; PETROWSKI, K. Effects of the cortisol stress response on the psychotherapy outcome of panic disorder patients. **Psychoneuroendocrinology**, v. 77, p. 9–17, 2017.
- WINGENFELD, K.; SPITZER, C.; RULLKÖTTER, N.; LÖWE, B. Borderline personality disorder: hypothalamus pituitary adrenal axis and findings from neuroimaging studies. **Psychoneuroendocrinology**, v. 35, n. 1, p. 154–70, 2010.
- XAVIER, F. C. **Entrevistas**. 1a ed. Uberaba: Editora IDE, 1971.
- ZABA, M.; KIRMEIER, T.; IONESCU, I. A.; et al. Identification and characterization of HPA-axis reactivity endophenotypes in a cohort of female PTSD patients. **Psychoneuroendocrinology**, v. 55, p. 102–15, 2015

Anexo 1 – Dados Demográficos para os Transtornos Dissociativos

Idade: [] []

Masculino: =1 Feminino=2 []

Solteiro = 1 Casado (incluindo concubinato) = 2 Separado/divorciado= 3

Viúvo = 4 []

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

Ocupação: Empregado = 1 Desempregado = 2 “Encostado”=3 Aposentado por invalidez=4

Trabalhos temporários (“bicos”) =5 Aposentado por idade ou tempo de serviço=6 []

Já esteve preso no passado?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Diagnósticos físicos atuais: []

[]

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

Diagnósticos psiquiátricos atuais: []

[]

[]

Diagnósticos psiquiátricos em remissão: []

[]

Plano de Entrevista para Transtornos Dissociativos - Versão DSM-IV

As questões no Plano de Entrevista para Transtornos Dissociativos precisam ser respondidas na ordem em que são apresentadas. Todos os itens da entrevista, inclusive todos os itens dos critérios DSM-IV para transtornos dissociativos, transtorno de somatização e personalidade borderline precisam ser interrogados.

As perguntas devem ser feitas utilizando-se exatamente as mesmas palavras do questionário para que se possa padronizar as informações obtidas em de diferentes entrevistas. O entrevistador não deve ler alto os cabeçalhos das seções.

O entrevistador deve iniciar a entrevista agradecendo o indivíduo por sua participação e então dizer:

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

1. Queixas Corporais

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

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

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

O entrevistador deve ler o seguinte trecho para o entrevistado:

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

a) nenhum problema médico ou doença foi identificada como responsável pelo sintoma.

b) se há uma doença física, os problemas causados pelo sintoma em termos de prejuízos ocupacionais e sociais são maiores que os esperados.

c) o sintoma não é causado por drogas ou medicações

O entrevistador deve agora fazer a seguinte pergunta:

“Alguma vez você teve os seguintes sintomas físicos para os quais os médicos não conseguiam encontrar uma causa física? ”

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

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

5. Vômitos (que não ocorram só em viagens)

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

6. Empachamento (barriga inchada com gases)

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

7. Diarréia

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

9. Dor nas costas

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

10. Dor nas juntas

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

11. Dor nas extremidades (mãos e pés)

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

12. Dor nos genitais fora das relações sexuais

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

13. Dor ao urinar

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

17. Dor no peito

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

18. Tontura

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

19. Dificuldade em engolir

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

20. Perda da voz

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

21. Surdez

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

22. Visão dupla

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

23. Visão embaçada

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

24 Cegueira, Perda da visão

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

25. Desmaio ou perda dos sentidos

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

26. Amnésia

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

27. Convulsões

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

28. Dificuldade para andar

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

29. Paralisia ou fraqueza muscular

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

30. Retenção urinária ou dificuldade para urinar

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

31. Períodos longos de perda do desejo sexual

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

32. Dor durante relações sexuais

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

33. Impotência sexual

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

34. Ciclos menstruais irregulares

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

35. Cólicas menstruais, Dores durante a menstruação

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

36. Fluxo menstrual excessivo

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

37. Vômitos por toda a gravidez

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

II. Abuso de Substâncias

40. Já teve problemas com bebida?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

41. Já usou drogas freqüentemente?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

42. Já injetou drogas na veia?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

III. História Psiquiátrica

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

46. Alguma vez já recebeu o diagnóstico de:

a) depressão []

b) mania, PMD []

c) esquizofrenia []

d) transtorno de ansiedade []

e) outro problema psiquiátrico (especifique) []

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

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

- a) amnésia dissociativa []
- b) fuga dissociativa []
- c) transtorno de identidade dissociativa []
- d) transtorno de despersonalização []
- e) transtorno dissociativo não especificado

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

48. Alguma vez já foi prescrita uma medicação psiquiátrica?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Duvidoso=89 []

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

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

IV. Episódio Depressivo Maior

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

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Se a pessoa respondeu Sim ou Incerto. O entrevistador deveria perguntar:

“Durante esse período você teve os seguintes sintomas aproximadamente todo dia por ao menos duas semanas?

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

56. Dormindo muito pouco ou em excesso.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

61. Dificuldade de concentração ou dificuldade de tomar decisões.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Se você já tentou o suicídio, você:

a) tomou remédios em excesso []

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

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

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

e) tentou enforcamento []

f) usou um outro método []

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Atualmente ativo, primeira ocorrência=1

Atualmente em remissão=2

Atualmente ativo, recorrência=3

Incerto=4

Devido a uma causa orgânica específica=5

V. Sintomas Positivos de Esquizofrenia (Sintomas Schneiderianos de Primeira Ordem)

64. Você já vivenciou o seguinte

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

a) vozes dialogando na sua cabeça []

b) vozes comentando as suas ações []

c) ter seus sentimentos produzidos ou controlados por alguém ou algo fora de você []

d) ter seus pensamentos produzidos ou controlados por alguém ou algo fora de você []

e) ter suas ações produzidas ou controladas por alguém ou algo fora de você []

f) Influências de fora de você se utilizando ou afetando seu corpo tal como uma força ou poder externo. []

g) ter pensamentos removidos da sua mente []

h) pensamentos que parecem ser também de outra pessoa []

i) ouvir seus pensamentos como se falados em voz alta []

i) outras pessoas sendo capazes de ouvir seus pensamentos como se eles estivessem altos []

k) pensamentos de natureza delirante que eram muito fora de contato com a realidade []

Se a pessoa respondeu não para todos os sintomas de esquizofrenia, vá para a questão 67, caso contrário, o entrevistador deveria perguntar:

“Se você já teve qualquer um dos sintomas acima, eles eram claramente limitados a um dos seguintes: ”

65. Ocorreram somente sob efeito de drogas ou álcool.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

66. Ocorreram somente durante um episódio depressivo maior.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

VI. Transes, Sonambulismo, Companheiros da Infância

67. Você já andou durante o sono?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

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

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

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

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

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

71. Você teve amigos imaginários na infância?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

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

Duvidoso=0 []

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

VII. Abuso Infantil

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

75. Se você foi fisicamente abusado, foi por:

a) pai []

b) mãe []

c) padrasto []

d) madrasta []

e) irmão []

f) irmã []

g) parente masculino []

h) parente feminino []

i) outro homem []

j) outra mulher []

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

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

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

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

78. Você foi abusado (a) sexualmente quando criança ou adolescente?

Abuso sexual inclui estupro ou qualquer tipo de toque ou carícia sexual não desejada a que você pode ter sido submetido (a).

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) manipulação dos genitais []
- b) outros tipos de carícias []
- c) penetração com um homem []
- d) penetração simulada com uma mulher []
- e) você realizando sexo oral em um homem []
- f) você realizando sexo oral em uma mulher []
- g) sexo oral feito em você por um homem []

h) sexo oral feito em você por uma mulher []

i) penetração anal com um homem []

j) sexo forçado com animais []

k) fotografias pornográficas []

l.) outros (especifique) _____ []

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII. Características Associadas a Transtorno de Identidade Dissociativa

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

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

Nunca=1; ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3;
Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []

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

Nunca=1; ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3;
Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []

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

Nunca=1; Ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3;
Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []

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

Nunca=1; Ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3;
Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []

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

Nunca=1; Ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3;
Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []

91. Você já teve episódios de “branco” ou “apagamentos” de certos períodos de tempo que você não consegue lembrar, excluindo as vezes em que você estava usando álcool ou drogas?

Nunca=1; Ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3;
Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []

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

Nunca=1; Ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3;
Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

94. Você já teve memórias retornando tudo de uma vez, como uma enxurrada ou um “flashback”?

Nunca=1; Ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3;
Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []

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

Nunca=1; Ocasionalmente=2; Razoavelmente Freqüente=3;
Freqüentemente=4; Duvidoso=5 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

97. Se você ouve vozes, elas parecem vir de dentro de você?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

100. Há uma outra pessoa ou pessoa dentro de você que tem um nome?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

101. Se há uma outra pessoa dentro de você, ele ou ela já apareceu e tomou o controle do seu corpo?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

102. Você já teve qualquer tipo de experiência (tida como) sobrenatural?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

103. Você já teve qualquer experiência de percepção extra-sensorial como:

a) telepatia mental []

b) ver o futuro acordado []

c) mover objetos com sua mente []

d) ver o futuro em sonhos []

c) deja vu (o sentimento que o que está acontecendo já aconteceu antes) []

f) outros (especifique) _____ []

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

a) demônio []

b) pessoa morta []

c) pessoa viva []

d) alguma outra força ou poder []

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

105. Você já teve contato com:

a) fantasmas []

b) poltergeists (causam ruídos ou objetos movendo ao seu redor) []

c) espíritos de qualquer tipo []

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

X. Transtorno de Personalidade Borderline

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

Você teve:

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

115. Sentimentos crônicos de vazio.

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

XI. Amnésia Dissociativa

117. Você já teve dificuldade para se lembrar de informações pessoais importantes, particularmente de conteúdo traumático ou estressante, que é grande demais para ser explicada por esquecimentos comuns?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

118. Se você respondeu sim à questão anterior, o distúrbio foi devido a uma doença física conhecida (ex.: apagamentos (blackouts) quando alcoolizado ou derrame), abuso de drogas ou outro problemas psiquiátrico?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

119. Os sintomas causaram em você sofrimento importante ou prejuízo em seu desempenho social ou ocupacional?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

XII. Fuga Dissociativa

Se a pessoa respondeu não a uma ou ambas as questões 118 e 119, vá para a 121.

120. Você já fez viagens súbitas e inesperadas para longe da sua casa ou local de trabalho, sem conseguir lembrar de seu passado?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

121. Durante esse período você ficou confuso sobre sua identidade ou assumiu parcial ou completamente uma nova identidade?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

122. Se você respondeu sim às duas questões anteriores, o distúrbio foi devido a uma doença física conhecida? (Ex.: apagamentos (blackouts) quando alcoolizado ou derrame)?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

123. Os sintomas causaram em você sofrimento significativo ou prejuízo em seu desempenho social ou ocupacional?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

XIII. Transtorno de Despersonalização

124. O entrevistador deve dizer: “Agora vou fazer-lhe várias perguntas sobre despersonalização.

Despersonalização quer dizer sentir-se irreal, como se você estivesse em um sonho, ver-se fora do corpo ou experiências semelhantes.

a) Você já teve um ou mais episódios de despersonalização suficientes para causar problemas no seu trabalho ou vida social?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

b) Você já teve a sensação de que seus pés e mãos ou outras partes do corpo tinham mudado de tamanho?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

c) Você já se viu fora do seu corpo?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

d) Você já teve uma forte sensação de irrealidade que durou por um certo tempo, excluindo quando você estava usando drogas ou álcool?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Se a pessoa não respondeu sim a qualquer uma das questões 124 a-d, vá para a questão 127.

125. Se você respondeu sim a qualquer uma das questões anteriores sobre despersonalização, o distúrbio foi devido a um outro problema tal como esquizofrenia, transtorno ansioso, epilepsia, abuso de drogas ou uma doença médica geral?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

126. Durante os períodos de despersonalização, você permaneceu em contato com a realidade e manteve sua capacidade de pensar racionalmente?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

XIV. Transtorno de Identidade Dissociativa

127. Você já sentiu como se existissem duas ou mais identidades ou personalidade distintas dentro de você, cada uma com seu próprio modo de perceber, pensar e se relacionar contigo mesmo e com os outros?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

Se a pessoa respondeu não à questão 127, vá para a questão 131.

128. Ao menos duas das identidades ou personalidades tomam, recorrentemente, o controle sobre o seu comportamento?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

O entrevistador deve marcar a questão 129 baseada na resposta à questão 117 e não deve ler alto a questão 129.

129. Já aconteceu de você não conseguir lembrar de informações pessoais importantes, que são extensas demais para serem explicadas por esquecimento habitual?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

130. O problema com diferentes identidades ou personalidades é devido a abuso de álcool ou drogas (ex.: apagões alcoólicos) ou um problema médico geral?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

O ENTREVISTADOR NÃO DEVE LER ALTO AS 2 QUESTÕES SEGUINTE

XV. Transtorno Dissociativo Sem Outra Especificação

131. A pessoa aparenta ter um transtorno dissociativo, mas não satisfaz o critério para um transtorno dissociativo específico. Exemplos incluem estados semelhantes a transes, desrealização sem despersonalização e aqueles estados dissociativos mais prolongados que podem ocorrer em pessoas que foram submetidas a períodos de persuasão coerciva intensa e prolongada (lavagem cerebral, reforma do pensamento e doutrinação enquanto cativo).

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

XVI. Item Conclusivo

132. Durante a entrevista, a pessoa apresentou processos de pensamento incomuns, ilógicos ou idiossincráticos?

Sim = 1 Não = 2 Duvidoso = 3 []

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

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO UNICÊNTRICO, ABERTO, TRANSVERSAL, COMPARATIVO E DESCRITIVO, AVALIANDO O EIXO HIPOTÁLAMO-HIPÓFISE-ADRENAL, EM INDIVÍDUOS COM EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS EM UM CONTEXTO RELIGIOSO, EM COMPARAÇÃO COM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DISSOCIATIVO E COM UM GRUPO CONTROLE (SHAM).

Pesquisador: Sérgio Alberto Cunha Vencio

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48940515.5.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina - UFG

Patrocinador Principal: COMUNIDADE ESPIRITA RAMATIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.394.878

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal, controlado, aberto e descritivo, comparando os resultados de exames hormonais e bioquímicos, de indivíduos alegadamente portadores de mediunidade (modalidade psicofônica) antes e durante o estado de transe mediúnico, comparando-se com um grupo controle constituído de indivíduos do mesmo contexto religioso que não apresentam a experiência anômala e com um terceiro grupo de pacientes portadores de transtorno dissociativo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Avaliar possíveis alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal de forma comparativa entre grupos formados por médiuns psicofônicos, pacientes portadores de transtorno dissociativo e um grupo controle constituído de indivíduos do mesmo contexto religioso que não apresentam a experiência anômala.

Objetivos específicos

Investigar a saúde mental dos médiuns e avaliar comparativamente a resposta adrenal entre médiuns de acordo com a qualidade do ser imaterial (espírito) comunicante, classificado entre

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cepufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.394.878

| | | | | |
|---|--|------------------------|--|--------|
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Termo de anuência CER - custos.pdf | 04/08/2015 14:14:41 | | Aceito |
| Outros | Local de coleta de dados.pdf | 04/08/2015 14:14:02 | | Aceito |
| Outros | Finalidade do estudo.pdf | 04/08/2015 14:13:37 | | Aceito |
| Outros | Detalhamento do projeto de pesquisa.pdf | 04/08/2015 14:13:29 | | Aceito |
| Outros | detalhamento do processo de obtenção do TCLE.pdf | 04/08/2015 14:12:46 | | Aceito |
| Outros | Detalhamento da função do pesquisador.pdf | 04/08/2015 14:12:34 | | Aceito |
| Outros | Declaração do orientador.pdf | 04/08/2015 14:12:27 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 04/08/2015 14:09:45 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.pdf | 04/08/2015 14:09:27 | | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 26 de Janeiro de 2016

Assinado por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitario CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephoufg@yahoo.com.br

Página 05 de 05

Apêndice 1 – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -

Você/Sr./Sra. está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Estudo clínico prospectivo de intervenção para avaliação do eixo hipófise adrenal em médiuns pós experiência anômala”. Meu nome é Sérgio Alberto Cunha Vencio sou o pesquisador responsável e minha área de atuação é Endocrinologia. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence ao pesquisador responsável. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizado de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas *sobre a pesquisa* poderão ser esclarecidas pelo pesquisador responsável, via e-mail contato@sergiovencio.com.br e, inclusive, sob forma de ligação a cobrar, através do(s) seguinte contato telefônico: (062) 9335-1908. Ao persistirem as dúvidas *sobre os seus direitos* como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62)3521-1215.

1. Informações Importantes sobre a Pesquisa:

O Título da pesquisa

“Estudo clínico prospectivo de intervenção para avaliação do eixo hipófise adrenal em médiuns pós experiência anômala”

Informações sobre quem está aplicando o termo de consentimento

Meu nome é Sérgio Alberto Cunha Vencio, sou endocrinologista e esse estudo embasará meu mestrado em Ciências da Saúde na UFG

Porque esse estudo está sendo feito?

O aspecto religioso e espiritual das diferentes culturas é reconhecidamente importante na vida em sociedade, influenciando valores, comportamentos, inclusive com uma relação variável na incidência de doenças e na cura das mesmas.

Trabalhos recentes mostram que a associação entre Experiências anômalas (EAs) e transtorno dissociativo não é tão simples e linear como se imaginava. Ao mesmo tempo, o vivenciar das EAs se relaciona com menor criminalidade em jovens, com melhora na qualidade de vida em depressivos e ansiosos, recuperação hospitalar mais rápida entre outros.

Diferenciar esses dois fenômenos que podem coexistir e ao mesmo tempo parecem existir de forma independente pode ser um passo importante para que a ciência aprofunde no conhecimento das atividades psíquicas e sua relação com as EAs.

Informamos que sua participação nesta pesquisa poderá trazer benefícios para o desenvolvimento do conhecimento sobre a relação da ciência e da espiritualidade, além de contribuir para o aperfeiçoamento profissional, com impacto social de relevância para a atenção à saúde, em seus diferentes níveis, e para a qualidade do ensino e da assistência.

Alguma medicação será testada? Você corre algum risco?

Esse estudo não envolve medicamentos, porém envolve a coleta de sangue. Efeitos colaterais decorrentes da coleta de sangue podem ocorrer e incluem dor da picada e pequenos hematomas no local da coleta.

Objetivo geral:

Avaliar possíveis alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal de forma comparativa entre grupos formados por médiuns psicofônicos, e um grupo controle constituído de indivíduos do mesmo contexto religioso que não apresentam a experiência anômala.

Objetivos específicos:

Investigar a saúde mental dos médiuns através de um questionário de transtorno dissociativo

Procedimentos para a realização da pesquisa:

Caso você aceite participar, de acordo com os critérios de inclusão da pesquisa você será alocado em um dos três grupos que são, grupo de médiuns, grupo de pacientes portadores de transtornos dissociativos ou grupo controle.

Sobre pagamentos e despesas:

Sua participação não acarreta nenhum benefício direto já que nenhum tratamento será realizado ou medicação utilizada. Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação. Você poderá pleitear indenização em caso de eventuais danos decorrentes de sua participação na pesquisa

O que acontece com os dados e informações coletados na pesquisa?

Serão garantidos o seu absoluto sigilo e anonimato, o que não lhes causará nenhum dano ou exposição. Esclarecemos, também, que os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

De que forma você poderá participar?

Para tanto, solicitamos a sua colaboração que se dará por meio de sua participação em duas etapas distintas:

Na primeira etapa serão realizados alguns questionamentos a respeito de seus antecedentes pessoais, história clínica e hábitos de vida. Também será aplicado um questionário de transtorno dissociativo, que serve para diagnóstico.

Na segunda etapa, você realizará exames laboratoriais e para isso serão coletadas amostras de sangue. Os exames laboratoriais que você irá realizar em um laboratório de análises são: hemograma completo, glicose no sangue, ACTH e Cortisol e catecolaminas plasmáticas.

Sua colaboração é importante e necessária para o desenvolvimento da pesquisa, porém, sua participação é voluntária. Você poderá retirar-se do estudo ou não permitir a utilização de seus dados em qualquer momento da pesquisa.

Poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa a qualquer momento da pesquisa.

Colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento que julgar necessário.

De acordo com a resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, solicitamos sua assinatura, o que representará estar de acordo em participar da pesquisa.

2 Consentimento da Participação da Pessoa como Sujeito da Pesquisa:

Eu,, inscrito(a) sob o RG/CPF/n.º de prontuário/n.º de matrícula, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado Estudo unicêntrico, aberto, transversal, comparativo e descritivo, avaliando o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, em indivíduos com experiências anômalas em um contexto religioso, em comparação com pacientes diagnosticados com transtorno dissociativo e com um grupo controle (sham).

Informo ter mais de 18 anos de idade, e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui, ainda, devidamente informado (a) e esclarecido(a), pelo pesquisador responsável Sérgio Alberto Cunha Vencio sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, de de

Assinatura por extenso do (a) participante

Assinatura por extenso do (a) pesquisador(a) responsável

Testemunhas em caso de uso da assinatura datiloscópica



Apêndice 2 - Questionário sócio demográfico e de antecedentes

Iniciais do Nome: _____ Data: _____

Quantos anos você tem? _____ Ocupação: _____

Como você definiria sua etnia? Você considera-se...

1. Oriental (....) 2. Branca (....) 3. Negra (....) 4. Parda (....) 5. Outras _____

Estado Civil:

1. Solteiro (a) () 2. Casado (a) () 3. Separado (a) () 4. Viúvo (a) ()
5. Outros ()

Renda familiar: _____

Escolaridade: Fundamental 1 (1^a – 5^a): incompleto (....) completo (....)

Fundamental 2 (6^a – 9^a): incompleto (....) completo (....)

Médio (1^o - 3^o): incompleto (....) completo (....)

Superior: incompleto (....) completo (....)

Pós-graduação? Se sim, qual? _____

Sua **mediunidade começou** quando você tinha quantos anos?

Houve algum **trauma** importante que te trouxe ao centro?

Trabalha como médium em reuniões espíritas há quanto tempo? _____

Fez **curso de doutrina básica**? Não () Sim () por quanto tempo? _____

Fez **curso de mediunidade**? Não () Sim () por quanto tempo? _____

Antecedentes: Quais os problemas de saúde você já teve? _____

Faz uso de alguma medicação de forma diária? _____

Apêndice 3 – Material suplementar

Figura S1 - ACTH nos dois grupos antes e após intervenção

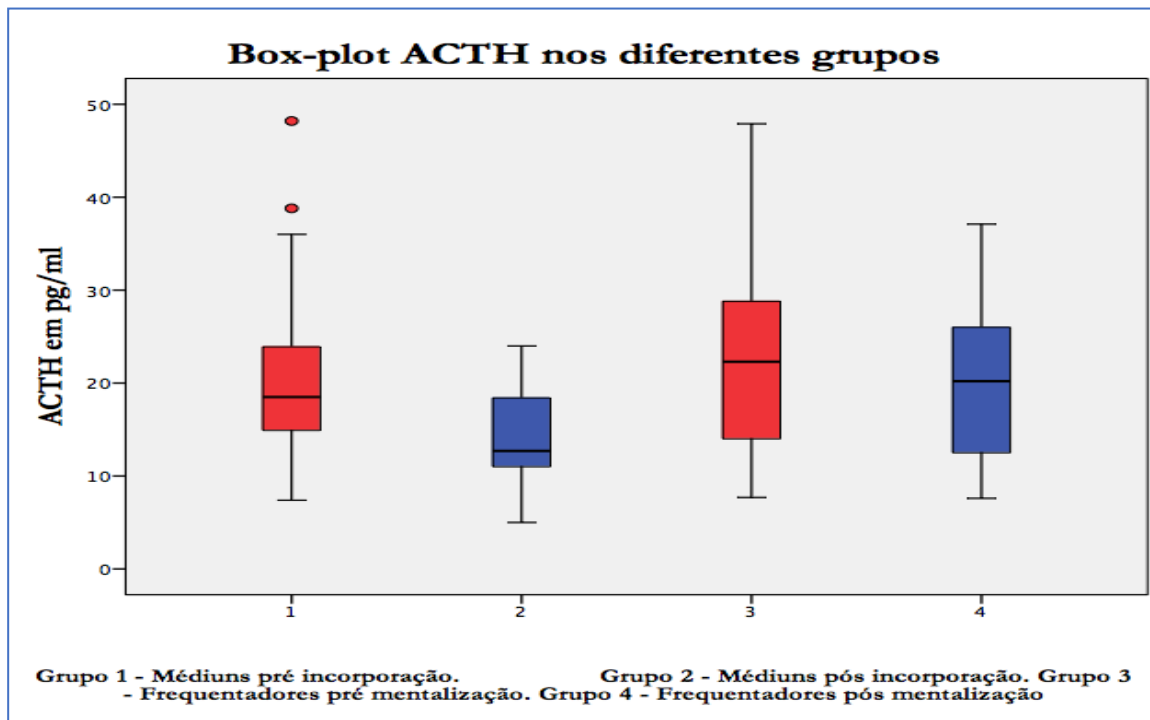


Figura S2 - Cortisol nos dois grupos antes e após intervenção

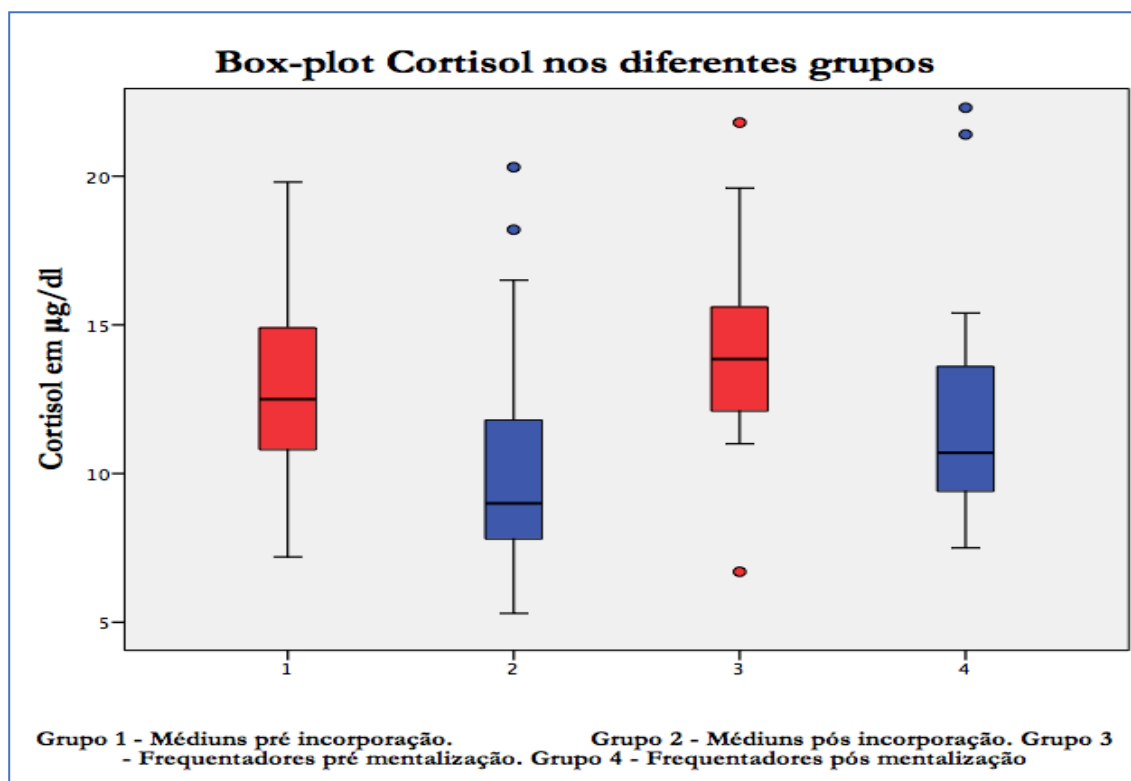


Figura S3 - Adrenalina nos dois grupos antes e após intervenção

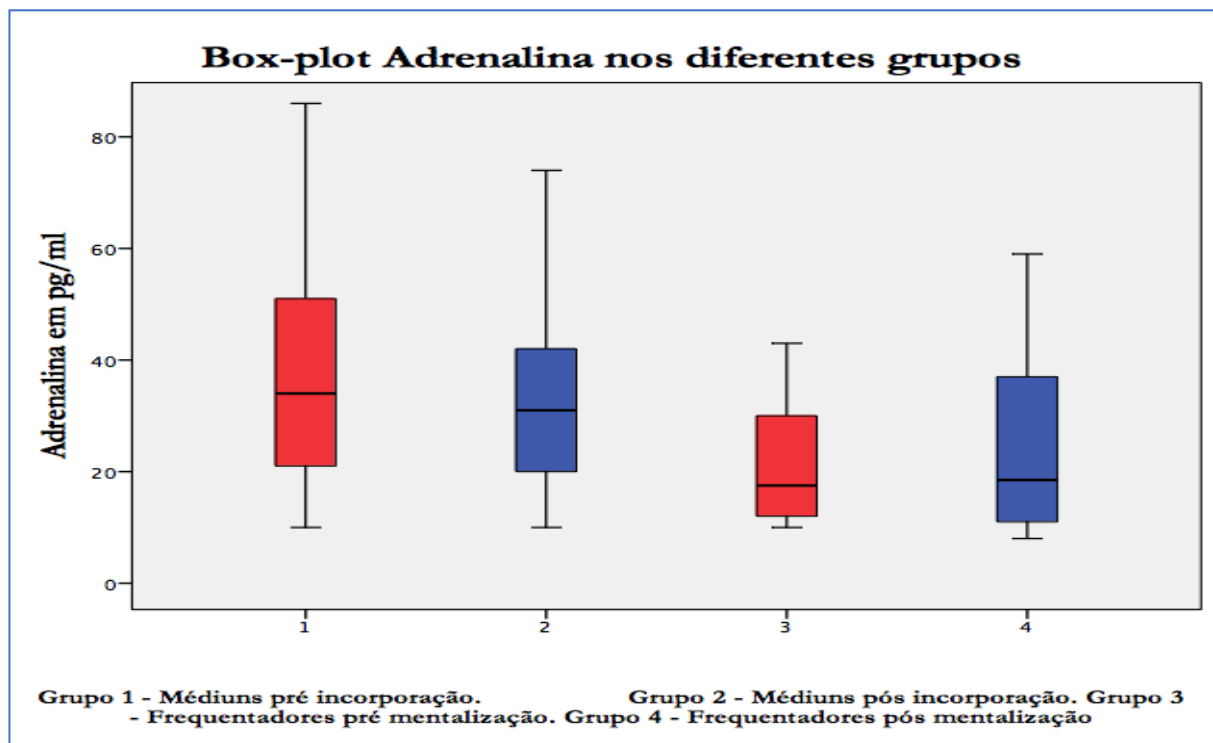


Figura S4 - Pontuação do DDIS, relacionada ao transtorno de somatização

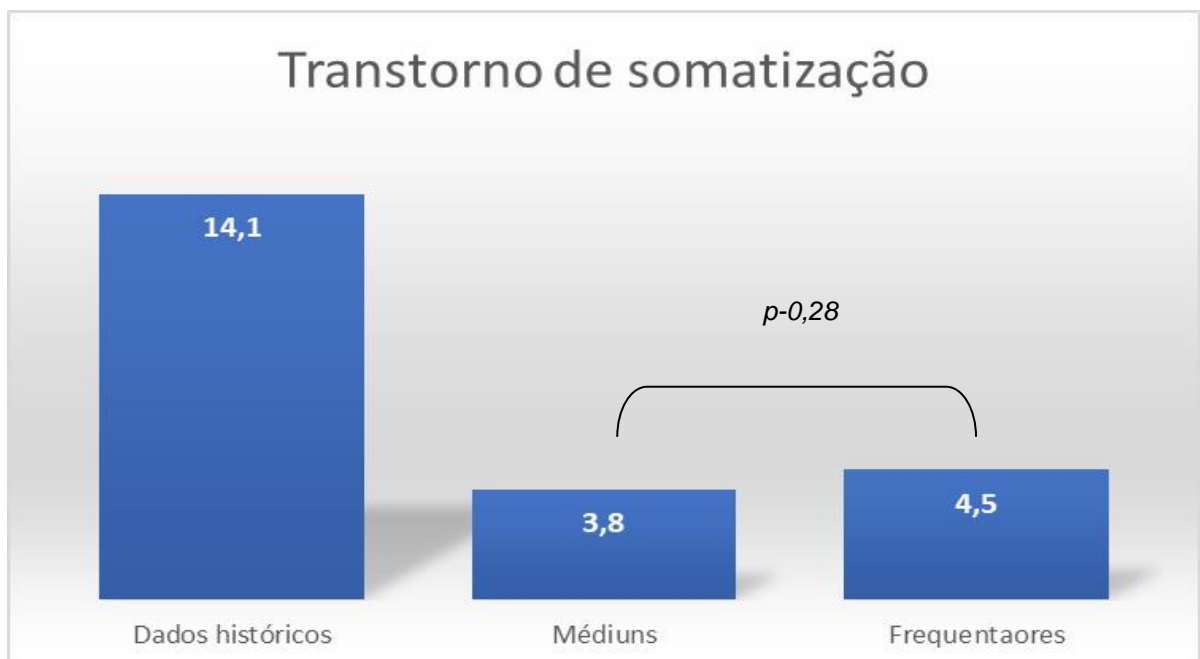


Figura S5 - Percentual de pacientes diagnosticados com transtorno de somatização de acordo com o DDIS.

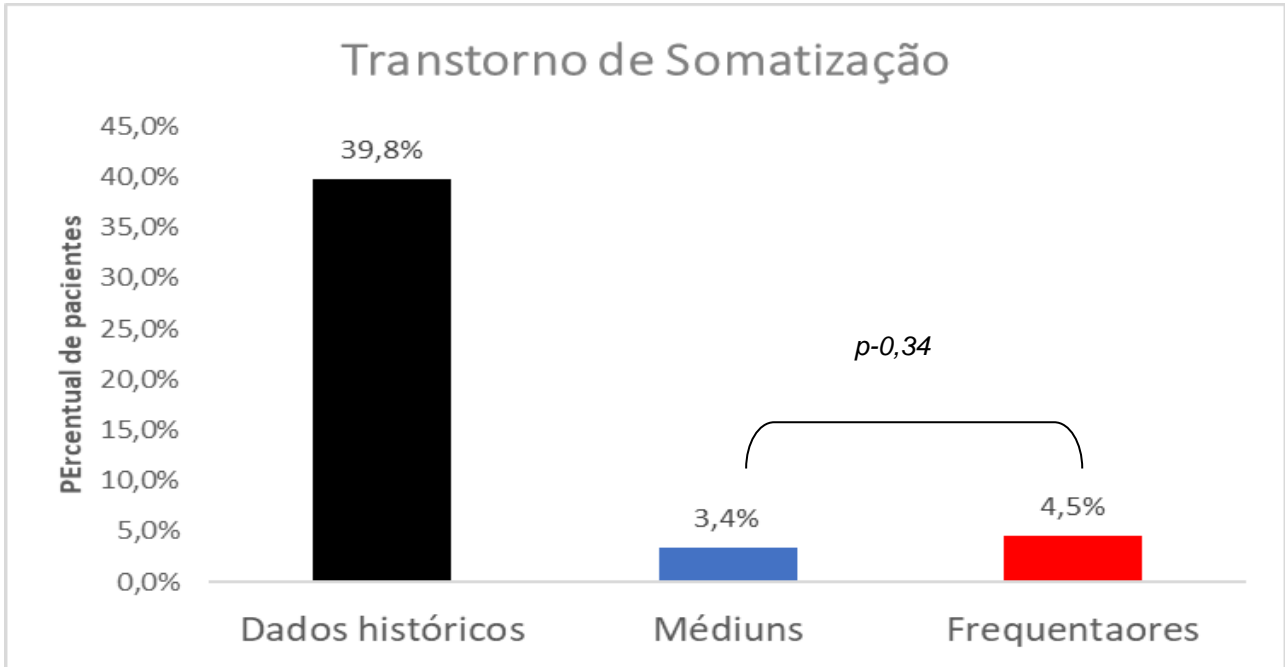


Figura S6 - Percentual de pacientes com drogadição em algum momento da vida.

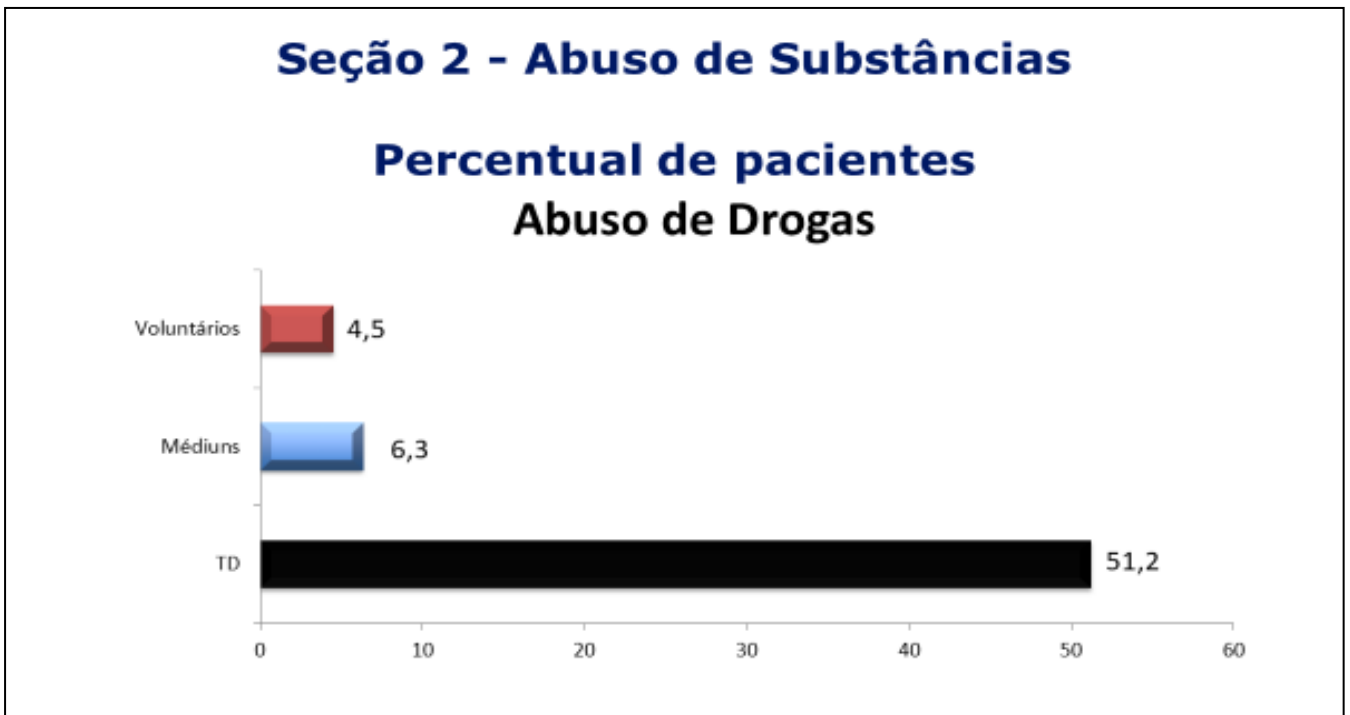


Figura S7 – Número médio de diagnósticos psiquiátricos recebidos ao longo da vida.

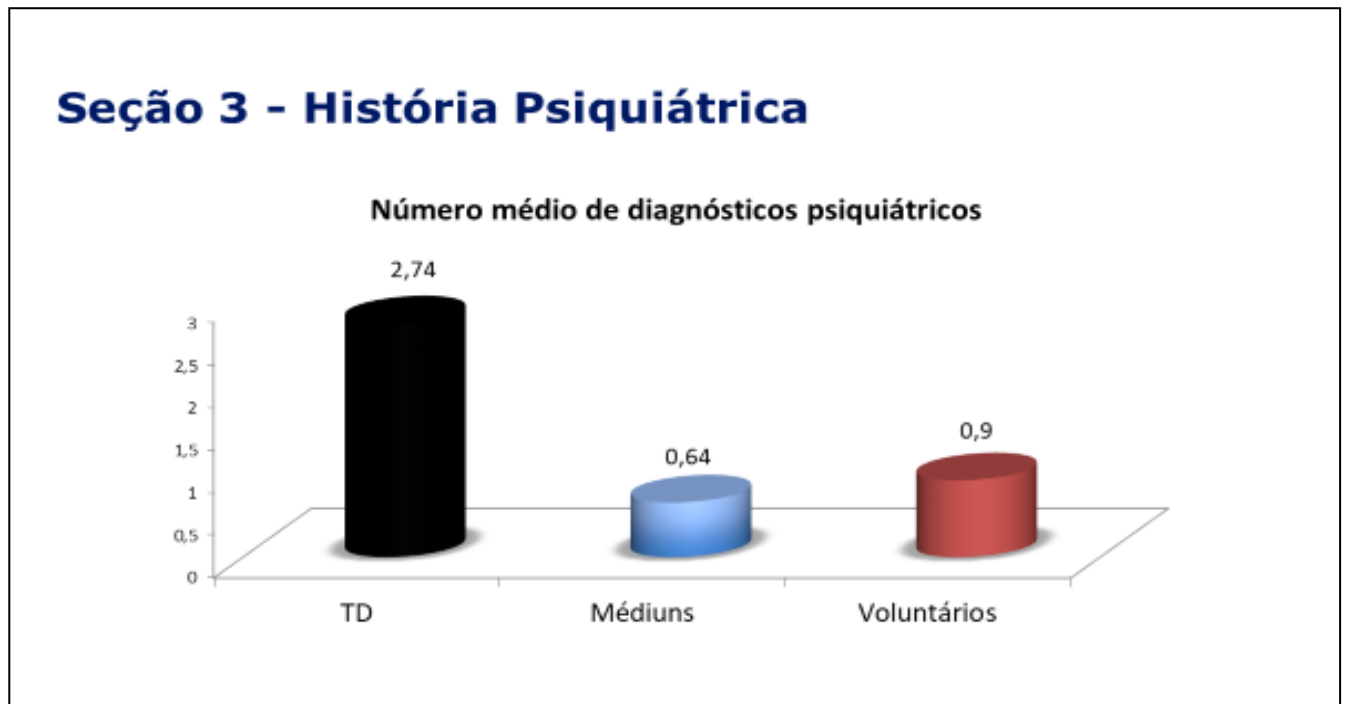


Figura S8 - Antecedentes de história psiquiátrica nos médiuns analisados.

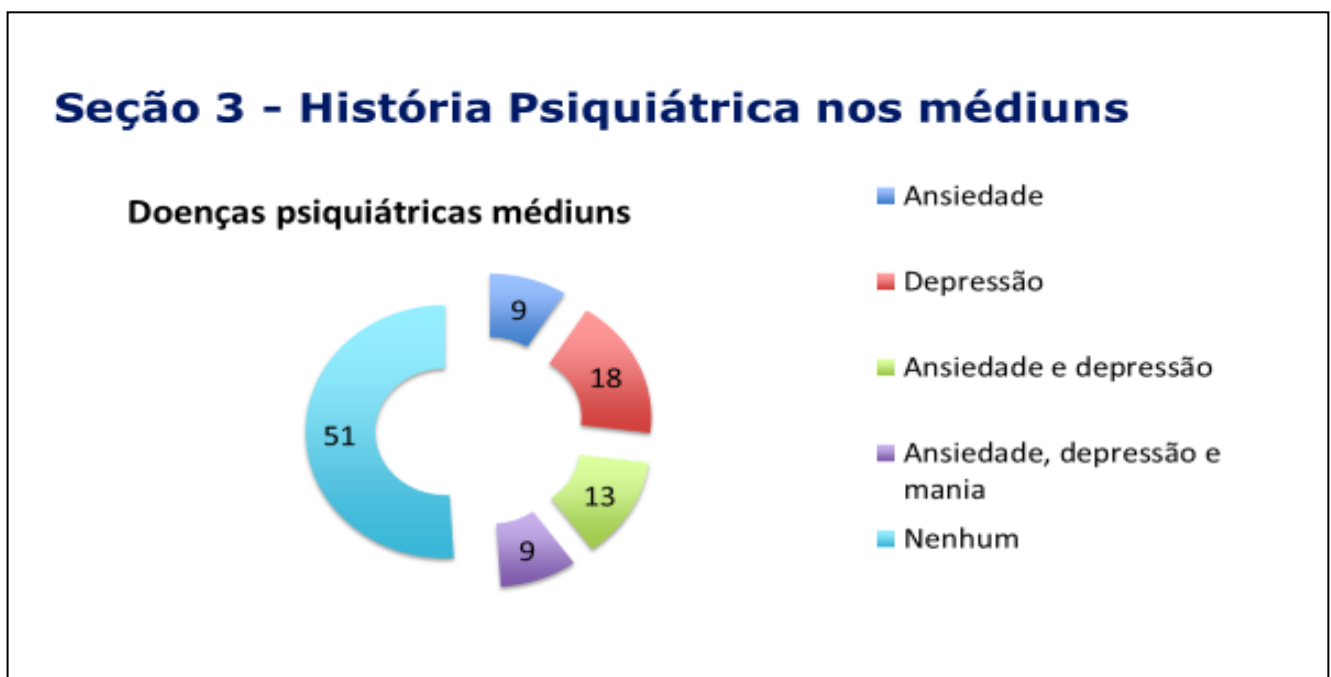


Tabela S1 - Descrição comparativa entre os grupos pré e pós-intervenção

| Estatística descritiva dos exames diferença pré e pós intervenção grupo 1 e 2 | | | | | |
|---|-------|---------------|--------|--------|--------|
| | Média | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo | ρ |
| Diferença pré e pós intervenção glicose grupo 1 | -6,8 | 7,7 | -38,0 | 4,0 | 0,08 |
| Diferença pré e pós intervenção glicose grupo 2 | 7,8 | 5,9 | -25,0 | 3,0 | |
| Diferença pré e pós intervenção Cortisol grupo 1 | -3,5 | 2,6 | -9,4 | 2,7 | 0,25 |
| Diferença pré e pós intervenção Cortisol grupo 2 | -2,2 | 4,0 | -6,0 | 10,6 | |
| Diferença pré e pós intervenção ACTH grupo 1 | -6,7 | 7,3 | -27,3 | 5,2 | 0,14 |
| Diferença pré e pós intervenção ACTH grupo 2 | -0,5 | 12,6 | -21,9 | 38,7 | |
| Diferença pré e pós intervenção Noradrenalina grupo 1 | -27,1 | 168,7 | -360,0 | 264,0 | 0,40 |
| Diferença pré e pós intervenção Noradrenalina grupo 2 | 25,1 | 87,4 | -146,0 | 172,0 | |
| Diferença pré e pós intervenção Adrenalina grupo 1 | -6,0 | 23,5 | -66,0 | 26,0 | 0,27 |
| Diferença pré e pós intervenção Adrenalina grupo 2 | 1,6 | 18,0 | -32,0 | 38,0 | |
| Diferença pré e pós intervenção Dopamina grupo 1 | 2,7 | 7,7 | -17,0 | 18,0 | 0,11 |
| Diferença pré e pós intervenção Dopamina grupo 2 | -4,5 | 22,4 | -67,0 | 31,0 | |