



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP

EDSON SIGUEYOSHI HAMAZAKI

Experiências religiosas, espirituais e anômalas na psicoterapia:
relatos dados por psicólogos

Doutorado em Ciência da Religião

São Paulo
2024

EDSON SIGUEYOSHI HAMAZAKI

Experiências religiosas, espirituais e anômalas na psicoterapia:
relatos dados por psicólogos

Doutorado em Ciência da Religião

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Ciência da Religião, sob a orientação da Professora Doutora Suzana Ramos Coutinho.

São Paulo
2024

Banca Examinadora

Dedico este trabalho à minha família.

À Adriana, esposa e parceira de uma vida.

Aos meus filhos Rafael, Amanda e Natália.

Aos meus netos Lucas e Elisa.

À minha mãe Sae e ao meu pai Satoru (in memoriam).

Pelo apoio, incentivo e paciência, ao longo de todo o percurso
que me trouxe até aqui.

**O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento
de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES - PROSUC)
Código de Financiamento 001 – processo número 88887.650534/2021-00**

**This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento
de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES - PROSUC)
Finance Code 001 – processo número 88887.650534/2021-00**

**O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação São Paulo
(FUNDASP)**

**This work was carried out with support from the Fundação São Paulo
(FUNDASP)**

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),
pela bolsa que viabilizou a realização deste trabalho.

À Fundação São Paulo, mantenedora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, pela bolsa, fundamental para que este trabalho pudesse ser realizado.

À Professora Doutora Suzana Ramos Coutinho que assumiu a responsabilidade de ser minha orientadora devido à saída do professor Everton da PUC-SP.

Ao Professor Doutor Everton de Oliveira Maraldi, orientador e amigo, pelo incentivo e ajuda providencial durante todo o período de realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Jeverson Rogério Costa Reichow e ao Professor Doutor Wagner Lopes Sanchez pelas preciosas pontuações e orientações dadas durante a qualificação desta tese.

A todos os Professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciência da Religião da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, especialmente: Maria José Fontelas Rosado Nunes, João Décio Passos, Everton de Oliveira Maraldi, Fábio Leandro Stern, Wagner Lopes Sanchez, Ênio José da Costa Brito e Eduardo Rodrigues Cruz, pelas belíssimas aulas durante o curso.

A Andreia Bisuli de Souza, assistente da coordenação do programa, pela atenção e carinho durante toda essa jornada.

A todos os colegas mestrandos e doutorandos do Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciência da Religião da PUC-SP, pelo apoio, solidariedade e cumplicidade. Que possamos continuar a ter cafés e almoços com conversas agradáveis e produtivas como foram as que desfrutamos ao longo destes semestres.

E a todos os amigos e colegas dos grupos de estudo e pesquisa: NUMINA/PUC-SP, GEALTER/PUC-SP, GEPSIREL/USP e PROEXP/IPq-HCFMUSP pelos estudos e reflexões que tanto contribuíram ao longo do desenvolvimento desse trabalho.

“No ser humano, tudo é psicológico, mas o psicológico não é tudo”

Antoine Vergote

“Religião é um fato especificamente humano.

Deus não tem religião”

Geraldo José de Paiva

RESUMO

Apesar da grande quantidade de estudos científicos sobre o impacto da religiosidade e espiritualidade na saúde mental e da prevalência de experiências religiosas, espirituais, dissociativas espirituais ou mediúnicas e anômalas (REDEMA) na população em geral, os muitos mitos, medos e preconceitos, que envolvem esse tema quando vinculado à prática clínica do psicólogo, fazem com que os profissionais encontrem dificuldades em lidar com essas experiências no processo psicoterapêutico. O objetivo desse estudo foi aferir se essas experiências são relatadas e/ou vivenciadas pelos pacientes no *setting* terapêutico durante a psicoterapia e, a partir dessa aferição, identificar e caracterizar tanto as experiências quanto o manejo clínico realizado. Não obstante as frequentes demandas religiosas e/ou espirituais apresentadas por pacientes no contexto clínico e da existência de ferramentas conceituais e clínicas para o manejo desses conflitos de forma ética e profissional, essa temática não tem sido abordada na formação profissional. Essas experiências podem causar considerável apreensão e sofrimento aos pacientes, exigindo competências específicas envolvendo conhecimentos, métodos e técnicas que os psicólogos devem possuir. Foi realizada uma pesquisa através de questionário on-line encaminhado para psicólogos clínicos envolvendo uma amostra não probabilística de conveniência pelo método *snowball*. Os dados coletados envolveram informações sociodemográficas sobre os profissionais e, principalmente, os relatos dessas experiências na prática clínica além do manejo realizado. Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente e os qualitativos por análise de conteúdo. Participaram 206 psicólogos, dos quais 161 (78,2%) fizeram 299 relatos, envolvendo experiências trazidas pelos pacientes para a psicoterapia (n=198), experiências vivenciadas pelos pacientes no *setting* terapêutico durante a psicoterapia (n=40), experiências vivenciadas pelos psicólogos no *setting* terapêutico durante o processo psicoterapêutico (n=39), relatos que não envolveram experiências REDEMA (n= 22), além de 263 manejos clínicos efetuados. Todos os relatos e manejos foram categorizados e analisados proporcionando um rico panorama sobre estas experiências no contexto psicoterapêutico. Considerando que a Psicologia é uma ciência e profissão em constante movimento e evolução, que como demonstrado por esse estudo, experiências REDEMA são comumente relatadas pelos pacientes durante a psicoterapia e que existem conhecimentos, habilidades, competências e condutas baseadas em evidências científicas, necessárias para um adequado manejo clínico dessas experiências na prática profissional, a deficiência existente na formação deve ser urgentemente corrigida, proporcionando aos futuros psicólogos durante a graduação, esses conhecimentos e competências, além de proporcionar aos profissionais que estão atuando oportunidades de treinamento para que as dificuldades na abordagem desses temas possam ser minimizadas e os pacientes atendidos adequada e efetivamente em suas necessidades.

Palavras-chave: Religiosidade. Experiências religiosas. Psicoterapia. Psicologia da religião. Psicologia anomalística.

ABSTRACT

Despite the large number of scientific studies on the impact of religiosity and spirituality on mental health and the prevalence of religious, spiritual, dissociative, spiritual or mediumistic and anomalous experiences (REDEMA) in the general population, the many myths, fears and prejudices surrounding this topic when linked to the clinical practice of psychologists make it difficult for professionals to deal with these experiences in the psychotherapeutic process. The objective of this study was to assess whether these experiences are reported and/or experienced by patients in the therapeutic setting during psychotherapy and, based on this assessment, to identify and characterize both the experiences and the clinical management performed. Despite the frequent religious and/or spiritual demands presented by patients in the clinical context and the existence of conceptual and clinical tools for managing these conflicts in an ethical and professional manner, this topic has not been addressed in professional training. These experiences can cause considerable apprehension and suffering to patients, requiring specific skills involving knowledge, methods and techniques that psychologists must possess. A survey was conducted using an online questionnaire sent to clinical psychologists involving a non-probabilistic convenience sample using the snowball method. The data collected included sociodemographic information about the professionals and, mainly, reports of these experiences in clinical practice in addition to the management performed. Quantitative data were analyzed statistically and qualitative data by content analysis. A total of 206 psychologists participated, of which 161 (78.2%) made 299 reports, involving experiences brought by patients to psychotherapy ($n = 198$), experiences experienced by patients in the therapeutic setting during psychotherapy ($n = 40$), experiences experienced by psychologists in the therapeutic setting during the psychotherapeutic process ($n = 39$), reports that did not involve REDEMA experiences ($n = 22$), in addition to 263 clinical managements performed. All reports and managements were categorized and analyzed, providing a rich overview of these experiences in the psychotherapeutic context. Considering that Psychology is a science and profession in constant movement and evolution, and that, as demonstrated by this study, REDEMA experiences are commonly reported by patients during psychotherapy, and that there is knowledge, skills, competencies and conduct based on scientific evidence, necessary for adequate clinical management of these experiences in professional practice, the existing deficiency in training must be urgently corrected, providing future psychologists with this knowledge and competencies during their undergraduate studies, in addition to providing professionals who are working with training opportunities so that difficulties in approaching these topics can be minimized and patients can be adequately and effectively served according to their needs.

Keywords: Religiosity. Religious experiences. Psychotherapy. Psychology of religion. Anomalistic psychology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Identidade de gênero.....	132
Tabela 2	Faixa etária dos participantes.....	132
Tabela 3	Municípios de origem dos participantes.....	133
Tabela 4	Estados de origem dos participantes.....	135
Tabela 5	Religiosidade autodeclarada dos participantes.....	136
Tabela 6	Múltipla pertença religiosa.....	138
Tabela 7	Frequência com que participa de atividades religiosas da sua religião (Religiosidade organizacional).....	139
Tabela 8	Formação acadêmica.....	140
Tabela 9	Atividade profissional principal.....	141
Tabela 10	Referencial teórico na prática psicoterapêutica.....	142
Tabela 11	Múltiplos referenciais teóricos na prática psicoterapêutica.....	142
Tabela 12	Tempo de prática clínica.....	143
Tabela 13	Treinamento em religiosidade/espiritualidade durante a graduação.....	144
Tabela 14	Treinamento em religiosidade/espiritualidade após a graduação.....	144
Tabela 15	Categorias dos relatos dados pelos psicólogos.....	150
Tabela 16	Resumo dos relatos de experiências dados pelos psicólogos.....	237
Tabela 17	Resumo dos manejos realizados pelos psicólogos.....	328

LISTA DE SIGLAS

ANPEPP	Associação Nacional de Psicologia e Pós-graduação em Psicologia
APA	Associação Psiquiátrica Americana
APAF	Assembleia das Políticas Administrativas e Financeiras do CFP
ASPR	Sociedade Americana para Pesquisa Psíquica
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRE	<i>Coping</i> Religioso Espiritual
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição
EA	Experiência Anômala
EDM	Experiência Dissociativa Espiritual ou Mediúnica
EER	Experiência Espiritual/Religiosa
EM	Experiência Mística
EP	Experiência PSI
ER	Experiência Religiosa
EQM	Experiência de Quase Morte
EUA	Estados Unidos da América
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
GEALTER	Grupo de Pesquisa em Experiência Religiosa e Estados Alterados de Consciência – (PUC-SP)
GEPSIREL	Grupo de Estudos de Psicologia da Crença: Psicologia da Religião (IPUSP-SP)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INTERPSI	Laboratório de Estudos Psicossociais “Crença, subjetividade, cultura & saúde” do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
IPq - HCFMUSP	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

IPUSP	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
NUMINA	Grupo de Estudos Psicológicos da Religião – (PUC-SP)
NUPES	Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde da Universidade de Juiz de Fora (MG)
OMS	Organização Mundial de Saúde
OVNI	Objeto Voador Não Identificado
PA	<i>Parapsychological Association</i>
PA	Psicologia Anomalística
PR	Psicologia da Religião
PROEXP	Programa de Experiências Não-Ordinárias e Estados Alterados de Consciência do IPq-HCFMUSP
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-RJ	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
PUC-RS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Q-PREA	Questionário de Prevalência e Relevância de Experiências Anômalas
REDEMA	Experiência Religiosa, Espiritual, Dissociativa Espiritual ou Mediúnica e Anômala
REM	Movimento Rápido dos Olhos
RNO	Religiosidade Não Organizacional
RO	Religiosidade Organizacional
SPR	Sociedade de Pesquisa Psíquica (Reino Unido)
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
CAPÍTULO 1 – REVISÃO	
1 REVISÃO DA LITERATURA ENVOLVENDO OS PRINCIPAIS CONCEITOS ABORDADOS NA PESQUISA.....	33
1.1 Psicologia da religião.....	33
1.2 Psicologia anomalística.....	46
1.3 Religião, religiosidade e espiritualidade.....	50
1.4 Religiosidade, espiritualidade e saúde.....	53
1.5 Crença e fé.....	54
1.6 Experiências religiosas.....	55
1.7 Experiências espirituais.....	58
1.8 Experiências dissociativas espirituais ou mediúnicas.....	59
1.9 Experiências anômalas.....	62
1.10 Incidência de experiências REDEMA no Brasil e no mundo.....	73
1.11 Psicoterapia e religião, religiosidade e espiritualidade.....	74
1.12 Religiosidade e espiritualidade na formação do psicólogo.....	77
1.13 Questões éticas envolvidas na abordagem de religiosidade, espiritualidade e experiências REDEMA na psicoterapia.....	78
1.14 Diagnóstico diferencial entre experiências REDEMA e sintomas psicopatológicos.....	90
1.15 Pesquisas envolvendo experiências REDEMA e psicologia.....	96
1.16 Competências necessárias ao psicólogo para um manejo clínico adequado no tratamento em saúde mental de questões religiosas...	105
1.17 Psicoterapia e ciência da religião: interfaces no cuidado em saúde mental.....	115
1.18 Ciência da religião e Teologia.....	116
CAPÍTULO 2 – PESQUISA	
2 EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS, ESPIRITUAIS E ANÔMALAS VIVENCIADAS PELOS PSICÓLOGOS NOS ATENDIMENTOS CLÍNICOS: RELATOS DE PACIENTES E/OU PESSOAIS ALÉM DO MANEJO CLÍNICO.....	121
2.1 Desenvolvimento da pesquisa.....	121
2.2 Questionário on-line estruturado.....	122
2.3 Participantes.....	123

2.4	Aspectos éticos.....	124
2.5	Resultados.....	125
2.5.1	Perfil sociodemográfico.....	130
2.5.2	Perfil profissional.....	140
2.5.3	Religiosidade/Espiritualidade na prática clínica.....	143
2.5.4	Perfil da amostra.....	145
2.6	Relatos de Experiências.....	146
2.7	Categorização dos relatos.....	151
2.8	Categorização dos relatos envolvendo experiências trazidas pelos pacientes para a psicoterapia.....	153
2.8.1	Experiências religiosas (ER) trazidas pelos pacientes para a psicoterapia.....	154
2.8.2	Análise de conteúdo dos relatos envolvendo Experiências Religiosas (ER) trazidas pelos pacientes para a psicoterapia.....	158
2.8.3	Experiências dissociativas espirituais ou mediúnicas (EDEM) trazidas pelos pacientes para a psicoterapia.....	160
2.8.4	Análise de conteúdo dos relatos envolvendo Experiências Dissociativas espirituais ou mediúnicas (EDEM), trazidas pelos pacientes para a psicoterapia.....	169
2.8.5	Experiências anômalas (EA) trazidas pelos pacientes para a psicoterapia.....	174
2.8.6	Análise de conteúdo dos relatos envolvendo Experiências anômalas (EA), trazidas pelos pacientes para a psicoterapia.....	179
2.8.7	Experiências PSI (EPSI) trazidas pelos pacientes para a psicoterapia.....	183
2.8.8	Análise de conteúdo dos relatos envolvendo Experiências PSI (EPSI) trazidas pelos pacientes para a psicoterapia.....	187
2.9	Categorização dos relatos envolvendo experiências vivenciadas pelos pacientes, durante o atendimento psicoterápico no setting terapêutico.....	190
2.9.1	Experiências religiosas (ER) vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterapêutico.....	191
2.9.2	Análise de conteúdo dos relatos envolvendo experiências religiosas (ER), vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterapêutico.....	192
2.9.3	Experiências dissociativas espirituais ou mediúnicas (EDEM) vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterapêutico.....	194

2.9.4	Análise de conteúdo dos relatos envolvendo experiências dissociativas espirituais ou mediúnicas (EDEM), vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterapêutico.....	201
2.9.5	Experiências anômalas (EA) vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterapêutico.....	204
2.9.6	Análise de conteúdo das experiências anômalas (EA) vivenciada pelo paciente durante o atendimento psicoterapêutico.....	205
2.9.7	Experiências PSI (EPSI) vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterapêutico.....	206
2.9.8	Análise de conteúdo dos relatos envolvendo experiências PSI vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterapêutico.....	207
2.10	Categorização dos relatos envolvendo experiências vivenciadas pelos psicólogos, durante o atendimento psicoterápico, no setting terapêutico.....	209
2.10.1	Experiências religiosas (ER) vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico.....	210
2.10.2	Análise de conteúdo das experiências religiosas (ER) vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico.....	211
2.10.3	Experiências dissociativas espirituais ou mediúnicas (EDEM) vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico....	214
2.10.4	Análise de conteúdo dos relatos de Experiências Dissociativas Espirituais ou Mediúnicas (EDEM) vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico.....	220
2.10.5	Experiências anômalas (EA) vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico.....	223
2.10.6	Análise de conteúdo das experiências anômalas (EA) vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico.....	225
2.10.7	Experiências PSI (EPI) vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico.....	227
2.10.8	Análise de conteúdo das experiências PSI (EPSI) vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico.....	228
2.11	Relatos dados pelos psicólogos que não se relacionaram com experiências REDEMA.....	230
2.11.1	Relatos que envolvem conflitos ou eventos atribuídos ou correlacionados à religiosidade/espiritualidade pelos profissionais.....	230

2.11.2	Relatos com aspectos negativos, envolvendo excesso de credulidade ou psicopatologias, vinculados à religiosidade/espiritualidade pelos profissionais.....	232
2.11.3	Análise de conteúdo dos relatos dados pelos psicólogos que não se relacionam com experiências REDEMA.....	234
2.12	Categorização dos manejos realizados pelos psicólogos.....	237
2.12.1	Manejos realizados pelos psicólogos em relação as experiências REDEMA trazidas pelos pacientes para a psicoterapia.....	239
2.12.2	Análise de conteúdo dos manejos realizados pelos psicólogos em relação as experiências REDEMA trazidas pelos pacientes para a psicoterapia.....	264
2.12.3	Manejos realizados pelos psicólogos em relação as experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia no <i>setting</i> terapêutico.....	275
2.12.4	Análise de conteúdo dos manejos realizados pelos psicólogos em relação as experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia no <i>setting</i> terapêutico.....	284
2.12.5	Manejos realizados pelos psicólogos em relação as experiências REDEMA vivenciadas por eles mesmos durante a psicoterapia no <i>setting</i> terapêutico.....	293
2.12.6	Análise de conteúdo dos manejos realizados pelos psicólogos em relação as experiências REDEMA vivenciadas por eles mesmos durante a psicoterapia no <i>setting</i> terapêutico.....	306
2.13	Manejos que envolveram relatos não relacionados com experiências REDEMA.....	316
2.13.1	Análise de conteúdo dos manejos que envolveram relatos não relacionados com experiências REDEMA.....	320

Capítulo 3 – DISCUSSÃO

3	DISCUSSÃO DOS RELATOS E MANEJOS.....	329
3.1	Características sociodemográficas dos participantes.....	330
3.2	Relatos de experiências.....	334
3.2.1	Relatos envolvendo as experiências trazidas pelos pacientes para a psicoterapia.....	335
3.2.2	Relatos envolvendo as experiências vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterápico, no <i>setting</i> terapêutico.....	339
3.2.3	Relatos envolvendo as experiências vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterápico, no <i>setting</i> terapêutico.....	342
3.2.4	Relatos dados pelos psicólogos que não se relacionam com experiências REDEMA.....	348
3.3	Análise de conteúdo dos relatos de experiências.....	349

3.4	Manejos realizados pelos psicólogos em relação às experiências REDEMA.....	352
3.4.1	Manejos que envolveram as experiências trazidas pelos pacientes para a psicoterapia.....	353
3.4.2	Manejos que envolveram as experiências vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia no setting terapêutico.....	358
3.4.3	Manejos que envolveram as experiências vivenciadas pelos psicólogos durante a psicoterapia no setting terapêutico.....	363
3.4.4	Manejos que envolveram relatos não relacionados a experiências REDEMA.....	367
3.5	Análise de conteúdo dos relatos dos manejos realizados pelos psicólogos.....	369

Capítulo 4 – PROPOSTA

4	MANEJO CLÍNICO DE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS, ESPIRITUAIS, DISSOCIATIVAS ESPIRITUAIS OU MEDIÚNICAS E ANÔMALAS: DESAFIOS E DIRETRIZES NO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO.....	374
4.1	Aspectos relevantes.....	376
4.2	Manejos das experiências realizadas pelos psicólogos.....	382
4.3	Experiências REDEMA vivenciadas pelos psicólogos durante a psicoterapia no <i>setting</i> terapêutico.....	393
4.4	Aspectos a serem considerados na prática clínica.....	399
4.5	Cuidados e práticas necessárias.....	400
4.6	Abordagem teórica estruturada.....	403
4.7	Desafios a serem superados.....	406
4.8	Conclusão.....	414

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	415

REFERÊNCIAS.....	423

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	442

APÊNDICE B – Questionário on-line.....	444

APÊNDICE C – Mensagem/convite encaminhado pelo WhatsApp.....	459

APÊNDICE D – Relação de todos os relatos e manejos realizados pelos Psicólogos.....	460

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP.....	532

INTRODUÇÃO

Como fenômeno humano, a religião é um objeto de investigação complexo, pois se constitui sociológico, antropológico, filosófico, teológico, político, psicológico e eminentemente experiencial, uma dimensão relevante e marcante além de fonte de significado (Dalgalarrrondo, 2008).

A religião pode ser considerada um sistema fornecedor do conteúdo simbólico, doutrinário, ritual, das crenças, do transcendente, da moral. A religiosidade seria como o indivíduo se apropria desse sistema, adaptando-o a partir das suas experiências pessoais e vivências, desenvolvendo sua forma de comprometimento religioso. Já a espiritualidade seria um sistema independente, inclusive podendo desvincular-se da ideia de Deus ou de outras concepções sobrenaturais e religiosas, possibilitando a sua existência em ambientes ateus, uma vez que envolve liberdade, criatividade, autenticidade e esperança na busca pessoal por sentido para a vida, no aperfeiçoamento do potencial humano (Franco, 2017). Pode-se pensar numa espiritualidade secular, na qual o exercício espiritual aconteceria desvinculado de um cenário religioso, onde se aproveitaria a expertise das religiões em áreas como a arte, arquitetura, comunidade social, sistemas de ensino, exercício da gentileza, prática da solidariedade, aspectos da existência como amor e morte... Reconhecendo o papel social histórico de organização, produção e orientação, que as religiões possuem, propondo um diálogo entre as necessidades seculares e essa carga histórica (Franco, 2017).

O campo religioso brasileiro parece ser bastante diverso e sincrético. Maraldi (2014), descreve certa dificuldade dos respondentes à sua pesquisa, em classificar com precisão, a religião à qual pertenciam, muitos afirmando serem ao mesmo tempo, católicos, espíritas e umbandistas, mostrando uma maneira de lidar com a religiosidade, fluida, nômade, em que os conteúdos vão sendo adquiridos e acumulados. Uma forma de viver a religiosidade em que o indivíduo constrói a sua fé, numa relação bastante particular com o sagrado, que não precisa ser vivenciada a partir de uma única doutrina, consumindo práticas e crenças religiosas diversas. O povo brasileiro parece não ser dogmático, não se envergonha de ter várias pertencas religiosas, é bastante tolerante, acreditando que muitos, quem sabe todos os caminhos levam a Deus, compondo uma rica colcha religiosa e sintetizando, uma espiritualidade profunda em seu coração (Boff, 1998).

Parcela substancial da população brasileira, 92%, segundo o censo demográfico realizado em 2010, se diz filiada a alguma religião: 65% católica apostólica romana; 22,4% evangélica; 2,0% espírita; 2,6% com outras religiosidades (IBGE, 2010). Isso demonstra que a crença religiosa pode ser muito importante, talvez determinante, na maneira como o indivíduo vê, entende e se coloca no mundo, influenciando suas percepções e impactando sua saúde mental. São a partir dessas crenças religiosas que as experiências são significadas.

Experiência religiosa, de acordo com Maraldi (2022), se refere a uma vivência direta, individual ou coletiva, do objeto da crença religiosa. São exemplos o relato de visões da Virgem Maria no Catolicismo popular; dons do Espírito Santo vivenciados em contextos carismáticos e evangélicos; experiências de mediunidade em religiões mediúnicas como o Espiritismo, a Umbanda e o Candomblé e/ou toda uma série de experiências místicas narradas por membros de diferentes tradições religiosas e espirituais.

Experiências dissociativas espirituais, em contextos mediúnicos, envolvem o relato de pessoas que tem a sensação de se perceberem observadores despersonalizados de um outro em si mesmos, envolvendo suas próprias expressões de fala, gestos e movimentos. Vivenciando emoções, sensações, dores impulsos, falas que emergem sem domínio ou controle pessoal (Hamazaki, 2015). Médiuns são indivíduos que afirmam ter a capacidade de perceber, comunicar-se ou estar sob o controle de pessoas falecidas (Moreira-Almeida, 2013^a).

Experiências anômalas são vivências incomuns em termos de frequência, ou que fogem à compreensão do paradigma científico vigente, não necessariamente anormais e/ou patológicas. Constituem-se exemplos: as experiências fora do corpo, que envolvem a sensação de sair dos limites do corpo, estar flutuando, enxergar o próprio corpo como estando em outro lugar; sonhos lúcidos, ter consciência de se estar sonhando, podendo influenciar os elementos do sonho; memórias de vidas passadas, lembranças de se ter uma suposta vida anterior diferente da atual; curas anômalas, curas surpreendentes, aparentemente inexplicáveis pelo conhecimento científico vigente; abdução, experiência de ser levado por um objeto voador não identificado (OVNI); experiência de quase morte, descrição dos momentos finais dadas por indivíduos que foram declarados clinicamente mortos ou que estiveram expostos a um grave risco de vida; experiências alucinatórias, percepções que ocorrem sem um estímulo objetivo, ex. ver, ouvir ou sentir entidades espirituais

(Machado; Zangari, 2022). O comportamento decorrente da vivência dessas experiências de acordo com as crenças da pessoa são objeto de estudo da Psicologia da Religião e da Psicologia Anomalística.

A Psicologia da Religião (PR) pode ser entendida como o estudo dos aspectos psicológicos que acompanham ou se apresentam na experiência religiosa (Paiva; Freitas, 2019) ou, como o estudo do comportamento religioso, determinado pela crença numa dimensão transcendente (Freitas, 2017).

A Psicologia Anomalística (PA) é um campo de estudo que se ocupa de estudar as vivências consideradas anômalas ou paranormais. Anômalas não no sentido de anormais, mas fenômenos que não tem sua explicação encontrada nas teorias científicas vigentes (Machado; Zangari, 2022).

Infelizmente, esses temas não têm feito parte da formação em psicologia, apesar das demandas religiosas e espirituais que frequentemente são apresentadas por pacientes no contexto clínico e da existência de ferramentas tanto conceituais quanto clínicas para o manejo desses conflitos de forma ética e profissional (Best, Butow & Olver, 2015).

Quando uma pessoa procura pelo atendimento psicológico, pela psicoterapia, não traz apenas partes de si, vem como um todo, e desse todo faz parte a sua religiosidade, a sua espiritualidade, que implica em crenças, que determinam posturas e formas de lidar com aqueles fatos cotidianos da vida, citados. Conhecer e considerar as crenças religiosas e/ou espirituais do indivíduo facilita sua aderência ao tratamento psicoterápico, potencializando seus resultados. Discutir a importância das dimensões espirituais e/ou religiosas na prática clínica, buscando potencializar a capacidade de superação, mobilizando esperança, com conhecimento, ética profissional e a necessária habilidade para alinhar as informações em benefício do paciente/cliente, tem especial relevância quando nos deparamos com essa realidade. Não se trata de impor convicções pessoais ou aderir ao sistema de crenças do paciente, mas considerar e validar a sua dimensão espiritual, com profissionalismo ético, para que o processo terapêutico alcance o melhor resultado possível (Peres; Simão; Nasello, 2007). Se essas preocupações dizem respeito à psicologia da religião e à psicologia anomalística, o conhecimento das religiões diz respeito à ciência da religião.

A ciência da religião foi concebida por Max Müller (1823-1900), filósofo e indólogo, considerado o pai da disciplina, como um campo do conhecimento humano comparativo, que busca justamente conhecer as religiões. De acordo com Usarski:

O termo Ciência da Religião refere-se a um empreendimento acadêmico que, sustentado por recursos públicos, norteado por um interesse de conhecimento específico e orientado por um conjunto de teorias específicas, dedica-se de maneira não normativa ao estudo histórico e sistemático de religiões concretas em suas múltiplas dimensões, manifestações e contextos socioculturais (Usarski, 2013, p. 51).

Empreendimento acadêmico, porque é uma matéria institucionalizada, que faz parte do sistema universitário, internacionalmente reconhecida. Considerada de interesse específico porque a diferença para as outras disciplinas que se empenham no estudo das religiões manifesta-se em um consenso sobre a legitimidade ou não de um problema de pesquisa do ponto de vista disciplinar envolvendo estudos empíricos e sistemáticos como tarefas da Ciência da Religião. Mantida por recursos públicos, considerando que é uma demanda pública a relevância prático-social da disciplina, o que inclusive, lhe proporciona status institucional. Religiões concretas, na medida em que os objetos de estudo da Ciência da Religião encontram-se no mundo empírico e representam sistemas simbólicos elaborados em relação a uma “realidade culturalmente postulada não falsificável” transcendendo o alcance de métodos cientificamente comprovados (Usarski, 2013).

Guarda uma postura epistemológica específica, fundada em um dever com o ideal de indiferença frente ao seu objeto de estudo, um posicionamento de neutralidade no qual não se questionará as verdades ou qualidades do objeto religião estudado, o chamado agnosticismo metodológico, uma investigação que objetiva aprofundar e aperfeiçoar o conhecimento sobre os fatos da vida religiosa sem fazer apologia a uma determinada crença religiosa. Essa perspectiva ética é condição básica para que o cientista da religião desenvolva seu trabalho (Stern; Costa, 2017).

A investigação na ciência da religião, tem o objetivo de aprofundar e aperfeiçoar o conhecimento sobre os fatos da vida religiosa, o objeto de estudo é o fenômeno religioso. Segundo Hock (2010), ela é uma disciplina empírica que têm um campo de conhecimento interdisciplinar, recebendo colaboração teórica de diversas áreas do conhecimento: sociologia, etnologia, filologia, filosofia, história, psicologia etc. Essa interdisciplinaridade é fundamental no conhecimento produzido pela Ciência da Religião, visto ter se apropriado dos métodos utilizados pelas outras. Assim, os estudos apoiaram-se em questões como a origem e a essência da religião, sua língua e na comparação entre as religiões, usando como filtro as diversas áreas do conhecimento citadas anteriormente. As comunidades religiosas buscam desenvolver

suas próprias instituições acadêmicas, onde a teologia confessional é a norma. Como a Ciência da Religião tem no fenômeno religioso seu objeto de pesquisa, não se fala de uma Ciência da Religião cristã (Stigar, 2014).

Diferente do cientista da religião o teólogo costuma investigar a religião à qual pertence, tendo como objetivo enriquecer e proteger essa religião. Quando estuda outra religião que não a sua, o faz a partir da própria fé, usando sua religião como referencial de pesquisa, avaliando se os outros sistemas estão mais distantes ou mais próximos dos seus. Pode-se esperar do teólogo um “Teísmo” metodológico, onde eventuais descrenças pessoais são deixadas de lado realizando-se a avaliação dos aspectos religiosos de acordo com normas ou pressupostos ideológicos, dogmáticos, uma competência missionária, apologética (Greschat, 2005).

Justificativa

Uma quantidade expressiva de evidências embasa a relação entre saúde física, mental e religiosidade e espiritualidade. Koenig (2001) mostra que o impacto, tanto positivo quanto eventualmente negativo, da religiosidade/espiritualidade na saúde são revelados por várias pesquisas. Um levantamento mostrou que 84,7% da população mundial refere filiação a alguma religião (Pew Research Center, 2012). O Instituto Gallup em sua pesquisa de 2016, revela que 79% dos estadunidenses se identificam com alguma religião, 74% deles se dizem cristãos e 53% dizem que a religião é muito importante (Newport, 2016). Como já foi mencionado, 92,1% da população brasileira se diz filiada a alguma religião (IBGE, 2010). A crença religiosa pode ser, de acordo com esses dados, determinante na maneira como o indivíduo vê, entende e se coloca no mundo, influenciando suas percepções e impactando sua saúde mental. Não obstante as frequentes demandas religiosas e/ou espirituais apresentadas por pacientes no contexto clínico e da existência de ferramentas conceituais e clínicas para o manejo desses conflitos de forma ética e profissional, essa temática tem sido pouco abordada na formação do profissional de saúde (Best; Butow; Olver, 2015).

Independente do período ou cultura que se observe, a religiosidade e a espiritualidade fazem parte da história humana, por isso, conhecer e considerar as crenças religiosas e/ou espirituais do indivíduo facilita sua aderência ao tratamento psicoterápico, potencializando seus resultados (Koenig, 2001). No âmbito da formação e da atuação do psicólogo brasileiro, esses conceitos são mal compreendidos e em

muitas situações rechaçados, como se não pertencessem ao campo da Psicologia (Conselho Regional de Psicologia – São Paulo, 2016). Aproveito que a palavra psicólogo é aqui mencionada para esclarecer que nesse trabalho optarei por não utilizar a linguagem inclusiva de gênero, usando “psicólogo e psicóloga” sempre que o termo for mencionado, o masculino será utilizado como genérico, incluindo todos os gêneros.

Felizmente, um número cada vez maior de pesquisadores, nacional e internacionalmente vem se dedicando a essas investigações. Em um levantamento feito por nós, em janeiro de 2024, na PubMed, ferramenta de busca da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, usando os termos “*spiritual or religious*”, foram encontrados 63.179 artigos. Lucchetti e Lucchetti (2014), calculam que pelo menos 7 artigos novos são publicados sobre essa temática diariamente. No entanto, a pesquisa sobre crenças e práticas religiosas/espirituais é muito mais desenvolvida do que sobre as experiências religiosas, espirituais, dissociativas espirituais ou mediúnicas e anômalas vivenciadas, especialmente em conexão com o campo da Ciência da Religião (Maraldi, 2023).

O autor dessa tese é psicólogo clínico com especialização em terapia cognitivo-comportamental (TCC) e mestrado em ciência da religião, realizado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Desde a graduação em Psicologia, vem estudando e pesquisando os temas religião, religiosidade e espiritualidade, especialmente na sua interface com a prática clínica em psicologia e a saúde mental. Vice coordenador do grupo de estudos psicológicos da religião (NUMINA), membro do grupo de pesquisa em experiência religiosa e estados alterados de consciência (GEALTER), ambos do Programa de Estudos Pós-graduados em Ciência da Religião da PUC-SP. Também é membro do grupo de estudos de psicologia da crença: Psicologia da Religião (GEPSIREL) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e do programa de experiências não-ordinárias e estados alterados de consciência (PROEXP) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Durante a graduação em psicologia foram realizados quatro projetos de iniciação científica, envolvendo estudos relativos à saúde mental e a atuação profissional de psicólogos, especialmente no Sistema Único de Saúde. O trabalho de conclusão de curso da graduação em Psicologia, abordou o impacto psicossocial dos transtornos dissociativos categorizados pelo DSM-5 e CID-10 na população vinculada

aos contextos religiosos mediúnicos, o que me permitiu estudar mais profundamente a questão do diagnóstico diferencial entre experiências religiosas não patológicas e transtornos mentais. Quando da especialização em TCC, o trabalho de conclusão do curso versou sobre como os conceitos de espiritualidade e religiosidade são considerados na prática clínica dos profissionais envolvidos com saúde mental, ficando evidente a importância desses temas e a necessidade de mais pesquisas.

A dissertação de mestrado buscou estudar como foi feita a integração de crenças e experiências religiosas/espirituais na TCC, pela equipe do Prof. Doutor Harold G. Koenig na Universidade de Duke, EUA, concluindo-se que, mais importante do que se buscar fazer essa integração, como realizada por eles, incorporando crenças e experiências religiosas em manuais de tratamento, é verdadeiramente relevante que o profissional psicólogo considere essas crenças e experiências no processo psicoterapêutico, validando-as junto ao paciente. Naquela pesquisa, os manuais foram desenvolvidos com um viés eminentemente teológico que, a meu ver, superestimou o impacto dos conceitos utilizados, desconsiderando o conhecimento já estabelecido e desenvolvido pela psicologia da religião. Além disso, a ciência da religião poderia ter contribuído, possivelmente com mais eficácia do que a teologia, na elaboração daqueles manuais, considerando os objetivos almejados por aqueles pesquisadores (Hamazaki, 2021).

Fruto desses estudos, envolvendo o período do mestrado e do doutorado, foram os artigos e capítulo de livro:

- A) MARALDI, Everton de Oliveira; COSTA, Adriano; CUNHA, Alexandre; **HAMAZAKI, Edson S.**; FLORES, Douglas; QUEIROZ, Gregório Pereira de; REICHOW, Jeverson; MARTINEZ, Mateus; RIBEIRO, Ricardo; SIQUEIRA, Silvana; REZINOVSKY, Daniel; FARIAS, Miguel. Social Support, Help-Seeking Behaviors, and Positive/Negative Affect Among Individuals Reporting Mediumship Experiences. **International Journal of Latin-American Religions**, v. 7, n. 1, p. 1-16, 2023.
- B) **HAMAZAKI, Edson S.**; MARALDI, Everton de Oliveira. **Terapia cognitivo-comportamental religiosa: uma análise crítica do protocolo de integração das crenças religiosas na TCC realizado pelo Prof. Dr. Harold Koenig e equipe do Centro de Espiritualidade, Teologia e Saúde da Universidade Duke.** In:

Valdemar Augusto Angerami (Org.). Psicologia e Religião. 1ed. Belo Horizonte: Artesã, 2022, v. 1, p. 545-571.

- C) MARALDI, Everton de Oliveira; COSTA, Adriano; CUNHA, Alexandre; OLIVEIRA, D. F.; **HAMAZAKI, Edson S.**; QUEIROZ, Gregório Pereira de; MARTINEZ, Mateus; SIQUEIRA, Silvana; REICHOW, Jeverson. Cultural Presentations of Dissociation: The Case of Possession Trance Experiences. **Journal of Trauma & Dissociation**, p. 1-6, 2020.
- D) MARALDI, Everton de Oliveira; COSTA, Adriano ; CUNHA, Alexandre; RIZZI, A. R. ; OLIVEIRA, D. F.; **HAMAZAKI, Edson S.** ; MACHADO, Fátima Regina; MEDEIROS, Gabriel; QUEIROZ, Gregório Pereira de; MARTINEZ, Mateus; SILVA FILHO, P. A. ; MARTINS, R. M. L. M.; SANTOS, R. A. ; SIQUEIRA, Silvana; ZANGARI, Wellington. Experiências Anômalas e Dissociativas em Contexto Religioso: uma abordagem auto etnográfica. **Revista da abordagem gestáltica** (Online), v. 26, p. 147-161, 2020.

Foi por meio da experiência clínica do autor destas linhas e dos estudos e pesquisas realizadas até aqui, que a importância de se caracterizar e estudar as experiências religiosas, espirituais, dissociativas espirituais ou mediúnicas e anômalas trazidas pelos pacientes para a psicoterapia, se evidenciou. Além disso, a tese de doutorado proporciona a possibilidade de, após serem efetuadas as pesquisas bibliográficas necessárias para a caracterização epistemológica, realizar-se uma pesquisa empírica junto aos profissionais psicólogos, possibilitando o levantamento de dados que ajudou a aferir e caracterizar as experiências que ocorrem na psicoterapia, além de informações importantes sobre a delimitação do campo de atuação, relações existentes e quais as reflexões e inquietações mais importantes dos profissionais psicólogos, sobre o manejo dessas experiências, no processo psicoterapêutico.

Pesquisas envolvendo religião e saúde mental têm chamado a atenção de profissionais da psicologia e da psiquiatria, mas foram ainda pouco explorados pelos cientistas da religião no Brasil. Esse estudo, realizado no Programa de Estudos Pós-graduados em Ciência da Religião da PUC-SP, pretende gerar discussões sobre como o contexto social e religioso influencia a interpretação de fenômenos patológicos e/ou a promoção de saúde. Também busca indicar caminhos pelos quais psicólogos possam lidar melhor, durante o processo psicoterapêutico, com experiências de

indivíduos enfrentando problemas de ordem religiosa e espiritual que afetem sua saúde mental.

Foi realizada uma discussão sobre as implicações e contribuições dos achados dessa pesquisa para as inter-relações entre as disciplinas, no tratamento da saúde mental, buscando gerar recomendações que poderão vir a se transformar em fonte de referência para estudos nessas áreas.

Objeto

O objeto desse estudo é a identificação das experiências religiosas, espirituais, dissociativas espirituais ou mediúnicas e anômalas (REDEMA) descritas por profissionais psicólogos, ocorridas durante o processo psicoterapêutico, sejam relatos trazidos pelos pacientes para a psicoterapia ou experiências vivenciadas durante a psicoterapia, seja pelos pacientes ou pelos profissionais. Envolvendo um levantamento de dados sobre as experiências, conhecimentos, competências, dificuldades e manejo dos profissionais sobre esse tema.

Problema

Segundo Koenig (2001), espiritualidade e religiosidade fazem parte da história humana, independente do período ou cultura que se observe. Investigações científicas sobre esse tema, principalmente voltadas para o seu impacto na saúde mental são recentes, no entanto, essas pesquisas substanciam a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde física e mental, revelando o impacto, tanto positivo quanto eventualmente negativo, da religiosidade/espiritualidade na saúde. Experiências religiosas não costumam implicar em dificuldades psicológicas importantes, mas podem ser bastante perturbadoras e levar ao tratamento médico e/ou psicológico. Devido a isso, é necessário um conhecimento mais preciso das relações entre espiritualidade e saúde mental (Moreira-Almeida; Cardeña, 2011).

Devemos lembrar que há uma longa história de conflito entre religião e cuidados em saúde mental. Olhares e atitudes preconceituosas, por parte de profissionais de saúde mental, em relação à religião, muitas vezes fazem com que os clínicos ignorem os possíveis benefícios do uso de recursos religiosos em psicoterapia. Paralelamente, profissionais religiosos muitas vezes relutam em

encaminhar membros da sua congregação para profissionais de saúde mental, considerando que eles poderiam influenciar negativamente, alterando ou influenciando crenças e atitudes. Pacientes religiosos deprimidos, muitas vezes, evitam a psicoterapia secular porque a consideram antipática às suas crenças religiosas, ou evitam a psicoterapia porque sentem que a depressão é vergonhosa e que procurar terapia demonstraria falta de fé. Pessoas religiosas podem não manifestar estarem deprimidas para seu sacerdote e/ou grupo religioso por se sentirem culpadas, como se a doença fosse sinal de fraqueza pessoal, dessa forma, acabam por se privar do apoio social que poderiam e/ou deveriam receber dentro da sua comunidade de fé.

O acesso de pacientes religiosos pode ser muito facilitado se as suas demandas religiosas/espirituais forem consideradas, superando essa barreira no tratamento (Koenig, 2012).

Do ponto de vista fenomenológico, segundo Pinto (2013), pode-se afirmar que a psicoterapia é uma atividade que se ocupa mais da espiritualidade do que propriamente do psiquismo, considerando que ele entende espiritualidade como um mergulho em si mesmo, numa descoberta de valores e significados pessoais, uma vivência que abre a possibilidade de produção de mudanças profundas e uma integração consigo e com o outro. Se a religiosidade estabelece crenças e posturas diante da vida, não há como ela se ausentar do *setting* terapêutico. A religiosidade do paciente, mas também a do terapeuta, na medida em que ele, geralmente, também a possui, determinando as suas condutas, perpassando a sua escuta e pondo a prova os seus valores.

O problema deve ser formulado de acordo com o tema proposto, esclarecendo as dificuldades específicas que se pretende resolver através da pesquisa. Para ter validade científica, deve passar pelos seguintes crivos: pode ser enunciado na forma de uma pergunta, corresponde a interesses pessoais, sociais e científicos, estando esses interesses harmonizados e o problema pode ser objeto de investigação sistemática, controlada e crítica (Marconi; Lakatos, 2018).

Considerando essa definição, o problema da pesquisa envolveu buscar respostas para as seguintes perguntas:

- A) No processo psicoterapêutico quais são as experiências religiosas, espirituais, dissociativas espirituais ou mediúnicas e anômalas (REDEMA), relatadas e/ou vivenciadas pelos pacientes e/ou profissionais psicólogos?
- B) Como essas experiências são manejadas pelos profissionais?
- C) Quais são as competências necessárias para um manejo apropriado dessas experiências, baseado em evidências científicas e ética adequada na atuação profissional do psicólogo?

Hipóteses

- Hipótese básica:

De acordo com Marconi e Lakatos (2018) a hipótese básica, dentre as diferentes formas possíveis, é aquela que aponta a existência ou não de determinadas relações entre fenômenos ou que preveem variação concomitante, direta ou inversa, entre certos fenômenos. Considerando isso, a hipótese básica desse trabalho é a suposição de que as experiências REDEMA fazem parte da realidade dos pacientes, trazendo desafios, angústias e sofrimentos, sendo por isso trazidas para o processo psicoterapêutico.

- Hipótese secundária:

Havendo esses relatos de experiências REDEMA trazidas pelos pacientes para a psicoterapia, causando-lhes apreensão e/ou sofrimento, existem competências específicas, envolvendo conhecimentos, métodos e técnicas que o profissional psicólogo deve ter para que possa realizar um manejo clínico adequado e eficaz desses temas na sua prática clínica.

Objetivos

- Objetivo geral:

O objetivo principal desse trabalho foi aferir a ocorrência, identificando e caracterizando as principais experiências REDEMA, trazidas e/ou vivenciadas pelos pacientes e psicólogos durante o processo psicoterapêutico, além do manejo realizado por esses profissionais para lidar com essas experiências.

– Objetivos específicos:

Revisar e discutir os estudos existentes sobre essa temática, conceituando as experiências, além de realizar uma pesquisa empírica para aferir e identificar as experiências REDEMA, que ocorrem no processo psicoterapêutico e os manejos realizados, através de relatos dados por psicólogos.

Analisar e discutir criticamente os dados encontrados na pesquisa, caracterizando as experiências e formas de manejo utilizadas, de modo a investigar as possíveis implicações e contribuições para o trabalho desenvolvido pelos profissionais da psicologia com ética e responsabilidade.

Refletir sobre como o conhecimento advindo desse estudo pode contribuir para uma discussão das relações entre religiosidade e saúde, caracterizando as competências necessárias aos profissionais e enfatizando a importância de que mais investigações sobre esse tema sejam realizadas em nosso país.

Metodologia

Inicialmente foi realizado um estudo de revisão bibliográfica tendo por base material disponível nas bases de dados mais importantes, que envolvem saúde mental – PubMed, da biblioteca nacional de medicina dos Estados Unidos; BVS, biblioteca virtual em saúde; Scielo, biblioteca eletrônica científica on-line e Google acadêmico, mecanismo virtual de pesquisa em literatura acadêmica – utilizando os descritores: Espiritualidade, Religiosidade, Psicologia da Religião, Experiências religiosas, Experiências espirituais, Experiências anômalas e Psicoterapia, usando as suas variações em outros idiomas, além de Dissertações, teses, livros e artigos relacionados ao tema, inclusive aqueles encontrados a partir das referências existentes na literatura mencionada, que também foram considerados para discussão. Os idiomas para a pesquisa cobriram o inglês, português e espanhol, de modo a atingir tanto a literatura internacional de referência, quanto as pesquisas no Brasil e América latina.

Primeiramente foi realizada uma leitura exploratória para verificar se a obra consultada interessava à pesquisa. Os critérios de inclusão consistiram em: a) estudos originais que empregassem qualquer tipo de metodologia, desde estudos de caso a estudos observacionais e experimentais e b) bibliografia envolvendo artigos conceituais e revisões direcionados ao objeto da pesquisa. Após essa leitura, foi feita

uma leitura seletiva do material que de fato se aplicava aos propósitos do trabalho. Por fim, foi efetuada uma leitura analítica, com o propósito de analisar as fontes, buscando respostas para o problema da pesquisa e estabelecendo as categorias temáticas.

Foram sumariados os principais achados da literatura e realizada uma análise qualitativa crítica das evidências, averiguando-se regularidades e disparidades.

A partir da revisão de literatura foi elaborado um questionário on-line (APÊNDICE B), para ser respondido pelos profissionais psicólogos, para que pudessem expor experiências REDEMA, relatadas e/ou vivenciadas durante o processo psicoterápico pelos seus pacientes.

O questionário on-line, foi enviado individualmente a colegas psicólogos e a grupos de WhatsApp que tinham entre seus integrantes psicólogos clínicos, para realização do levantamento e obtenção de dados para a pesquisa. Estes grupos foram escolhidos por conveniência, procurando-se alcançar respondentes na maior parte possível do território nacional, através de grupos dos quais o pesquisador faz parte, envolvendo grupos de estudos sobre Psicologia da Religião, Psicologia Anomálica, Terapia Cognitivo Comportamental e grupo de Marketing para psicólogos. Foi solicitado que após responder o questionário o profissional encaminhasse para outros colegas e grupos de psicólogos dos quais faça parte, auxiliando na pesquisa.

O profissional só poderia responder ao questionário após dar seu aceite no Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que antecedeu as questões. Sem esse aceite ele não teve acesso às perguntas.

Originalmente, a intenção era de que após as respostas dadas ao questionário on-line fossem sumariadas, os profissionais que responderam ter tido a ocorrência dessas experiências REDEMA, na sua prática clínica e que concordaram em ser entrevistados, durante o preenchimento do questionário, fossem convidados a dar entrevista, para falar mais detalhadamente sobre essas experiências.

No entanto, para nossa surpresa, os relatos dados no questionário on-line foram bastante detalhados, não sendo necessária a realização das entrevistas posteriores originalmente previstas. Isso foi discutido e acertado durante a realização da qualificação da tese pelos membros da banca.

Não se pretendeu aferir a prevalência das experiências, considerando que a amostra não é suficientemente representativa para tanto, mas identificar e caracterizar as experiências trazidas pelos pacientes, e/ou vivenciadas durante o processo

psicoterapêutico de acordo com o relato dado pelos profissionais psicólogos. As respostas daqueles que disseram não ter tido nenhuma experiência REDEMA, na sua prática clínica, tiveram os demais dados sumariados e analisados estatisticamente.

Foram objeto dos levantamentos, perfil sóciodemográfico, formação, atuação profissional, afiliação religiosa e frequência às atividades relacionadas com a afiliação religiosa, impacto na prática clínica e, especialmente, os relatos de experiências REDEMA. Os dados quantitativos foram analisados com estatística descritiva e os qualitativos com análise temática de conteúdo a partir das respostas dadas pelos participantes (Bardin, 2016).

A tese foi finalizada com uma discussão sobre as implicações e contribuições dos achados para as inter-relações entre a psicologia da religião e o tratamento em saúde mental.

Esse trabalho foi desenvolvido em quatro etapas:

- 1) Revisão da literatura;
- 2) Elaboração do questionário on-line;
- 3) Envio dos questionários on-line por redes sociais, recebimento e análise das respostas;
- 4) Discussão do material obtido, visando identificar e caracterizar as principais experiências contidas nos relatos dos profissionais e o manejo utilizado por eles.

Referencial teórico

Os fundamentos da Psicologia da Religião, especialmente os conceitos estabelecidos por William James (1842-1910) em seu livro *"The varieties of the religious experience: A study in human nature"* e os fundamentos da Psicologia Anomalística como desenvolvidos por Etzel Cardeña (1957), Steven Jay Lynn (1946) e Stanley Krippner (1932) no livro *"Varieties of anomalous experience: examining the scientific evidence"*. Especialmente os conceitos de experiência religiosa, experiência espiritual, experiência dissociativa espiritual ou experiência mediúnica, experiências anômalas e experiência mística. Também foram considerados para a análise do material empírico os conceitos de *coping* religioso positivo e negativo, como elaborados por Kenneth Pargament (1950), religiosidade intrínseca e extrínseca

desenvolvidos por Gordon Allport 1897-1967) e religiosidade organizacional como considerada no índice de religiosidade da Universidade Duke (P-DUREL).

Esses conceitos e os respectivos autores de referência serão detalhados no capítulo 1 a seguir.

CAPÍTULO 1 – REVISÃO

1 REVISÃO DA LITERATURA ENVOLVENDO OS PRINCIPAIS CONCEITOS ABORDADOS NA PESQUISA

Esse capítulo se inicia com um panorama da Psicologia da Religião e da Psicologia Anomalística, histórico, conceitos e autores mais importantes utilizados no desenvolvimento e análise do material empírico resultante da pesquisa, indicando também alguns dos grupos de pesquisa mais importantes que se dedicam ao seu estudo. A seguir, lembrando que do ponto de vista psicológico a dimensão religiosa envolve temas com variados graus de complexidade, trazemos a definição de alguns termos e conceitos usados ao longo desse estudo, com o objetivo de facilitar seu correto entendimento. Continuamos com a definição e caracterização dos variados tipos de experiências encontrados na pesquisa, seguindo com questões éticas e deficiências que envolvem esses temas na formação do profissional psicólogo, o que pode ajudar a entender as dificuldades que os profissionais demonstraram no manejo dessas experiências na sua prática profissional, além de competências que são necessárias para um adequado manejo dessas questões na psicoterapia. Também trazemos algumas pesquisas realizadas por pesquisadores nos últimos anos que demonstram o interesse, a relevância e a profundidade científica com que esses temas vêm sendo tratados. Finalizamos com uma reflexão sobre a interface entre a psicoterapia e a ciência da religião e da ciência da religião e a teologia.

1.1 PSICOLOGIA DA RELIGIÃO

A Psicologia da Religião (PR) é entendida como o estudo dos aspectos psicológicos que acompanham ou se apresentam na experiência religiosa (Paiva; Freitas, 2019) ou, como o estudo do comportamento religioso, determinado pela crença numa dimensão transcendente (Freitas, 2017).

Zangari e Machado (2022), enfatizam a importância de esclarecer o que a PR não é, ela não estuda a religião. A religião como instituição é objeto de estudo de várias ciências, cada uma se atendo a um enfoque específico, assim a Sociologia se interessa por entender as funções que a religião tem na sociedade e nos grupos

sociais, a Antropologia pelo sistema simbólico que emerge da cultura e interfere nos costumes, a História busca acompanhar o quanto os movimentos sociais são impactados por interesses, objetivos e motivações de instituições religiosas, a Economia encontra na religião um influenciador em decisões que afetam a produção, circulação e distribuição de bens e serviços, a Teologia a origem última do objeto religioso, sua relação com o universo e com o ser humano, a Filosofia a sua essência, a Ciência da Religião se interessa tanto pela essência quanto pela variedade de manifestações das práticas e crenças religiosas a partir de um diálogo interdisciplinar com as ciências humanas também interessadas na religião. Ainda que não estude diretamente a religião, a PR participa desse diálogo pois se debruça sobre um dos aspectos mais importantes a serem considerados por qualquer um que se interesse pelo fenômeno religioso: qual é o efeito que a religião causa nas pessoas e se esse efeito é positivo ou negativo considerando a construção da identidade pessoal, grupal e a sua subjetividade. Psicólogos da religião se interessam por saber como e por que o indivíduo se torna religioso e como ele é afetado por essa escolha. A PR também não é uma teoria da religiosidade ou da irreligiosidade, que oferece uma abordagem ou método único para os seus estudos, ela se vale das várias perspectivas psicológicas, usando-as como referenciais teóricos no estudo do comportamento religioso, além de diferentes métodos de pesquisa. A PR não é uma Psicologia religiosa, não está a serviço da religião, assim como a religião não deve se subordinar à ciência. Seu objetivo não é religioso e sim científico, o que não implica em confrontar o saber científico e o saber religioso, mas compreender que são saberes distintos, com pressupostos diferentes e que não tem os mesmos objetivos. Finalmente a Psicologia da Religião não é uma prática psicoterapêutica e não oferece práticas religiosas de cura de males físicos ou mentais.

Considerados pais da Psicologia, grandes pensadores como Wilhelm Wundt (1832-1920), William James (1842-1910), Carl Gustav Jung (1875-1961), Stanley Hall (1846-1924) e Théodore Flournoy (1854-1920) entre outros, dedicaram-se ao estudo dos fenômenos religiosos, formulando grande parte de suas teorias psicológicas a partir de relatos de experiências religiosas, salientando a importância dessa dimensão para que a mente humana pudesse ser compreendida. (Maraldi, 2020; Freitas, 2017).

Breve histórico da psicologia da religião

Considera-se que a Psicologia da Religião surge com Stanley Hall (1844-1924), ungido presidente fundador do *Clark University School of Religious Psychology*, primeiro centro de estudos específicos neste campo, em 1888. No entanto, Edwin Diller Starbuck (1866-1947), publica em 1899, seu livro *The Psychology of Religion*, prefaciado por William James, e considerado o ponto de largada para o estudo sistemático, enquanto disciplina formalmente constituída, nesse campo. Enquanto Starbuck se debruça sobre os aspectos cognitivos e intelectuais da religião, James se dedica a evidenciar o sentimento religioso como um fenômeno real que proporciona a emancipação humana, uma singularidade psíquica pessoal, (Freitas, 2017; Rodrigues & Gomes, 2013). Ambos, defendem que a religiosidade constitui uma dimensão fundamental da vida psíquica e social, preocupando-se em retirar das práticas e experiências religiosas, inspiração para a criação das suas teorias sobre a mente humana. Em 1902, James publica *The varieties of the religious experience: A study in human nature*; que se tornou um clássico, apresentando relatos e reflexões baseadas em experiências religiosas de pessoas, de lugares, realidades e tradições diferentes; e o tornou conhecido como o principal pioneiro em Psicologia da Religião (Maraldi, 2020; Freitas, 2017).

É possível considerar que William James tenha sido um dos primeiros a refletir de maneira concreta sobre a religiosidade, distinguindo religião pessoal de religião institucional. De acordo com James, religião pessoal é mais importante, sendo determinada pelo que a pessoa sente ao ter uma experiência religiosa, além da relação que ela estabelece com o sagrado, com o divino, independentemente de como se caracteriza essa divindade. Mais importante seria a qualidade da relação que a pessoa estabelece com o que acredita divino (Zangari; Machado, 2022).

Considerado o pai da psicanálise, Sigmund Freud (1856-1939), ainda que o tema religião tenha percorrido toda a sua obra e aparecido em muitos de seus textos (Fuller, 1994), adotou uma postura naturalista, secularista, dando explicações fisiológicas e psicopatológicas aos fenômenos religiosos, especulando sobre um momento em que a religião; tida por ele como ilusão infantil, geradora de neuroses, criada pelo desejo humano e desconectada da realidade, um sistema de defesa construído socialmente para que o homem lide com sua condição de desamparo; seria substituída pela razão, através do desenvolvimento científico. O antropólogo Antony

Wallis também previu que o futuro evolucionário da Religião seria a extinção (Maraldi, 2020; Numbers, 2009; Koenig, 1995). Considerando que atualmente aproximadamente 80% da população mundial, se diz afiliada a alguma religião e no Brasil, esse número, de acordo com o censo realizado em 2010, é ainda maior, 92% (IBGE, 2010), parece correto afirmar que essas previsões não se concretizaram. Apesar da sedutora tendência de caracterizar através do conflito a relação entre ciência e religião, evidenciando a existência de uma incompatibilidade e animosidade entre elas (Numbers, 2009), o número de pesquisas empíricas cada vez maior sobre religiosidade, espiritualidade e saúde indicam que ambas podem conversar e que não necessariamente, precisam ser antagônicas. Ainda sobre o pai da psicanálise, é importante dizer que a religião ocupa um espaço considerável em sua obra e que talvez não seja justo reduzi-lo a um inimigo cientificista da religião, afinal as teorias elaboradas por ele sobre a cultura e a religião, influenciaram toda a análise teórica posterior (Dalgalarondo, 2008).

No Brasil, segundo Paiva e Freitas (2019), a PR pode ter sua certidão de nascimento vinculada à publicação do ensaio sobre o exame psicológico de seminaristas, na Revista de Psicologia Normal e Patológica, pelo sacerdote húngaro Antonius Benkö (1920-2013) em 1956, pesquisador da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ). Em 1962, um grupo de psicólogos e psicanalistas que se reuniam na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), fundam a Sociedade Brasileira de Psicologia Religiosa (SBPR), publicando seus estudos e proporcionando um contorno propriamente científico ao campo no Brasil (Valle, 2017; Andery, 2001).

Para Esperandio *et al.* (2019), a Psicologia da Religião no Brasil teve sua infância na primeira metade do século XX, marcada pelo trabalho isolado de pioneiros, adolescência na segunda metade desse século, juventude conforme alcança o ambiente acadêmico mais amplo e atualmente sua vida adulta. Uma maturidade que tem a energia da juventude como dizem os integrantes do Grupo de Trabalho Psicologia & Religião da Associação Nacional de Psicologia e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), principal responsável pela articulação dos pesquisadores brasileiros dessa área. Um fato que merece ser mencionado, é o oferecimento da disciplina “Psicologia da Religião” no programa de pós-graduação em Psicologia social, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em meados dos anos 80. A partir dessa disciplina, ainda que eletiva e na pós-graduação, muitas

dissertações e teses em PR, foram realizadas. Interessante notar que os pós-graduandos vinham de vários cursos da Universidade, mas não da Psicologia. Isso muda quando passa a ser oferecida uma disciplina no curso de graduação, ainda que optativa. Devido ao aumento das pesquisas é criado, em 2004, o Laboratório de Psicologia Social da Religião, que passa a receber amparo das agências de pesquisa, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Outra universidade brasileira cuja relevância nos estudos envolvendo espiritualidade e saúde atualmente é inquestionável é a Universidade Federal de Juiz de Fora (MG), que no seu Programa de Pós-Graduação em Saúde tem o Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde (NUPES) que se dedica a desenvolver pesquisas interdisciplinares entre espiritualidade e saúde, realizando vários eventos importantes para a área, além da constante publicação em periódicos internacionais de referência.

Também é importante, enfatizar o papel do Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciência da Religião da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo que vem acolhendo e incentivando o desenvolvimento de estudos envolvendo a Psicologia e a religiosidade, gerando várias e importantes contribuições através das muitas dissertações e teses desenvolvidas no programa ao longo dos últimos anos.

Grupos de estudo e pesquisa sobre a psicologia da religião:

- A) Grupo de trabalho 49 – Psicologia & Religião da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP);
- B) Grupo de Estudos de Psicologia da Crença: Psicologia da Religião (GEPSIREL). Atividade conjunta entre o Laboratório de Estudos Psicossociais: crença, subjetividade, cultura e saúde (InterPsi) e o Laboratório de Psicologia da Religião do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP-SP);
- C) Núcleo de Estudos Psicológicos da Religião (NUMINA) do programa de Pós-Graduação em Ciência da Religião da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP);
- D) Núcleo de estudos Religião e Psique (NERELPSI) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF-MG);

- E) Núcleo de pesquisas em espiritualidade e saúde (NUPES) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF-MG);
- F) Grupo de pesquisa psicologia, saúde e educação da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG);
- G) Grupo de Pesquisa Psicologia e Educação da Universidade Católica de Petrópolis (UCP-RJ);
- H) Laboratório de Fenomenologia e Subjetividade (LABFENO) da Universidade Federal do Paraná (UFPR-PR);
- I) Grupo de pesquisa religião, saúde mental e cultura da Universidade Católica de Brasília (UCB-DF);
- J) Grupo de Psicologia da Religião e Espiritualidade da Faculdade Católica de Mato Grosso (FACC-MT);
- K) Laboratório de pesquisa em logoterapia e análise existencial (LAPLAE) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB-PB);
- L) International Association for the Psychology of Religion (IAPR);
- M) Società Italiana di Psicologia della Religione;

Princípios básicos da psicologia da religião:

- A) Exclusão metodológica do Transcendente:

Princípio epistemológico desenvolvido por Théodore Flournoy (1854-1920) que define limites importantes para a PR enquanto ciência e área da Psicologia. De acordo com ele, quando se estuda cientificamente crenças e experiências religiosas, não podem ser feitas afirmações transcendentais ou metafísicas. Estabeleceu que o psicólogo deve ter cautela, não lhe cabendo se pronunciar sobre a existência ou a inexistência do sobrenatural, de Deus, se efetivamente pode haver intervenção nas experiências dos fiéis ou não, e sim se deter sobre a subjetividade e o comportamento do ser humano, como as pessoas se relacionam com aquilo que consideram sagrado, entender como o comportamento religioso interfere na vida social, emocional, intelectual do indivíduo e as implicações decorrentes. A PR pode ser estudada por qualquer pesquisador, seja ele religioso ou não, porque não negará nem afirmará a

existência do transcendente, se deterá sobre o objeto estudado que é o comportamento religioso. Esse posicionamento também é válido para o ateu que estuda a religião e para o religioso que estuda o ateísmo (Paiva, 2018; Maraldi, 2020).

Segundo Zangari e Machado (2022) três recomendações práticas a partir da exclusão metodológica do transcendente são importantes para os psicólogos da religião:

- Não cabe a eles afirmar a existência ou a inexistência do transcendente;
- Psicólogos, sejam da religião ou não e especialmente aqueles que atuam na área clínica:

Devem acolher e buscar compreender as crenças, os discursos religiosos, as experiências religiosas de pacientes ou participantes de suas pesquisas no sentido de reconhecer o quanto elas influenciam sua vida mental. Nesse sentido, devem reconhecer o sobrenatural como fato psíquico, independente da sua existência factual (Zangari; Machado, 2022).

- Apesar de sabido que uma neutralidade total não é possível, cabe ao psicólogo da religião evitar que suas crenças, ou descrenças, interfiram na sua conduta ou avaliação ao estudar a religiosidade. Essa postura deve nortear o seu fazer científico, caso contrário pode ter uma atitude preconceituosa diante da realidade do outro, não reconhecendo os limites da perspectiva científica e a importância de perceber com clareza e respeito o campo simbólico do indivíduo ou do grupo estudado (Zangari e Machado, 2022).

Como, além de psicólogo o autor desse trabalho é cientista da religião, é importante assinalar também, o princípio do agnosticismo metodológico, termo cunhado originalmente por Roderick Ninian Smart (1927-2001) numa crítica ao ateísmo metodológico de Peter Berger (1927-2017), considerando que ateísmo metodológico poderia ser compreendido por alguns como uma negação da existência do transcendente, o que foi posteriormente esclarecido por Berger como não sendo sua intenção. Segundo Sheedy (2016), as explicações dadas por ambos para agnosticismo ou ateísmo metodológico são muito parecidas. Se trata de uma postura ou atitude acadêmica que o cientista da religião deve adotar diante do seu objeto de pesquisa, desconsiderando metodologicamente o que se poderia considerar como “verdade última”, “dimensão espiritual da realidade” ou “Deus”, não negando ou

afirmando a sua existência, examinando-a como uma construção social, independente das afirmações ou alegações dos adeptos das diversas religiões (Stern, 2022).

Como na exclusão metodológica do transcendente, no agnosticismo metodológico nada impede que o pesquisador seja religioso, desde que a postura de não afirmar ou negar a existência da divindade ou a validade do comportamento religioso, orientem metodologicamente seu trabalho.

A exclusão metodológica do transcendente e o agnosticismo metodológico, norteiam todo o desenvolvimento desse trabalho, ainda que em alguns momentos ao longo do texto, termos ou expressões como “suposto”, “supostamente”, “alegadamente”, “aquilo que entende ser”, “considera ser”, “entende por” etc., não tenham sido usados, para não deixar o texto redundante e/ou monótono. Ressalto que não existe por parte do autor desse estudo, embora possua a sua própria religiosidade, a intenção de afirmar a existência ou a inexistência de realidades meta empíricas, quaisquer que sejam elas.

B) *Coping* religioso e espiritual:

Palavra inglesa, *coping* não tem uma tradução literal na língua portuguesa. Autores da psicologia da saúde costumam traduzir como enfrentamento (Paiva, 1998), no entanto, como enfrentamento está relacionado a “encarar de frente” e o *coping* também pode se apresentar como evitação, negação ou fuga do agente estressor, o termo enfrentamento acaba por não abarcar a complexidade do conceito. Uma alternativa seria considerar “modo de lidar com”. A teoria do coping, enfrentamento do estresse foi elaborada pelos psicólogos Richard S. Lazarus (1922-2002) e Susan Kleppner Folkman (1938). *Coping* é o conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, que o indivíduo emprega para o manejo de situações estressantes, pensamentos e comportamentos utilizados para lidar com demandas internas e externas nessas situações, proporcionando resultados positivos para a saúde e o bem-estar da pessoa (Panzini & Bandeira, 2007; Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus & Folkman, 1984). Também pode ser entendido como um processo de interação entre o indivíduo e o ambiente, de forma a minimizar e reduzir o estresse, podendo ser focado no problema ou na emoção. Por exemplo, diante de uma enfermidade poderá buscar tratamento médico ou conversar com um amigo sobre a angústia provocada pela enfermidade. (Esperandio *et al.*, 2017; Folkman & Lazarus, 1980).

Kenneth I. Pargament (1950), professor emérito de psicologia da Bowling Green State University (EUA), desenvolveu o conceito de *coping* religioso e espiritual (CRE) em seu livro *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. O definiu como sendo uma forma de manejar o estresse, buscando por apoio, consolo ou resolução de problemas, utilizando-se de práticas ou referenciais religiosos, fé ou espiritualidade, em situações de crises existenciais ou circunstanciais, procurando manter o controle, encontrar significado, conforto espiritual e transformação da vida. Um processo em que o indivíduo foca em lidar e entender as necessidades mais importantes da sua vida (Pargament; Koenig; Perez, 2000; Panzini, 2004; Zangari; Machado, 2022). Pode ser um recurso pessoal importante no enfrentamento da doença, trazendo benefícios para a qualidade de vida do sujeito (Corrêa; Batista; Holanda, 2016).

Segundo Pargament *et al.* (1988), o enfrentamento religioso se constitui basicamente de três formas ou estilos diferentes, envolvendo como o indivíduo se posiciona diante de Deus ou do que ele considera divino ou sobrenatural: O *coping* delegativo em que a pessoa espera que seus problemas sejam solucionados por Deus, permanecendo numa atitude passiva. O *coping* auto diretivo em que o sujeito se sente capaz de resolver seus problemas, ficando o divino numa posição menos ativa e o *coping* colaborativo em que ambos, a pessoa e Deus são ativos, solucionando juntos os problemas.

Quando envolve estratégias que geram efeitos benéficos como encontrar proteção e amor em Deus, uma conexão mais ampla com forças transcendentais, conforto em literaturas religiosas, esforço por perdoar ou ser perdoado, mudança de foco colocando o pensamento no bem-estar do próximo através da oração, ou ressignificar o agente estressor como algo que pode ser benéfico, será entendido como positivo. No entanto, o CRE também pode ser negativo, quando as estratégias utilizadas proporcionam consequências prejudiciais, como questionamentos relacionados à divindade que geram insegurança, delegar a Deus a solução dos problemas pessoais, insatisfação, descontentamento e frustração quando Deus ou membros da instituição religiosa não atendem às expectativas ou considerar os agentes estressores como punição divina ou representações maléficas (Panzini; Bandeira, 2007).

Diante de problemas relacionados à saúde, estratégias de CRE positivo são muito mais prevalentes do que as negativas. Nos Estados Unidos, 86% dos pacientes

hospitalizados, ou com cuidado clínico contínuo, costumam utilizá-las (Harrison et al., 2001). Em amostras brasileiras 82,4% apresentaram uso de CRE positivo (Panzini, 2004).

Alguns exemplos de estratégias de CRE positivo, de acordo com Stroppa e Moreira-Almeida (2008):

- Ajuda através da religião: “Tentei proporcionar ajuda espiritual a outras pessoas”;
- Apoio espiritual: “Procurei em Deus conforto e proteção”;
- Apoio de membros da Instituição: “Procurei por amor e cuidado junto aos membros da minha instituição religiosa”;
- Conexão espiritual: Busquei proteção e orientação de entidades espirituais;
- Coping religioso de colaboração: “Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus”;
- Foco religioso: “Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos”;
- Perdão religioso: “Busquei ajuda espiritual para superar minhas mágoas e ressentimentos”;
- Reavaliação religiosa benevolente: “Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu”.

Exemplos de estratégias de CRE negativo:

- *Coping* religioso por delegação: “Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora”;
- Descontentamento espiritual: “Questionei se Deus realmente se importava”;
- Descontentamento religioso: “Senti que meu grupo religioso me rejeitava”;
- Intervenção divina: “Esperei que Deus resolvesse meus problemas para mim”;
- Reavaliação de Deus como punitivo: “Culpei Deus pela minha situação”;
- Reavaliação demoníaca ou malévola: “Forças do mal atuaram para isso acontecer”;
- Reavaliação dos poderes de Deus: “Questionei se Deus tem limites”.

C) Religiosidade intrínseca e extrínseca:

Conceitos desenvolvidos por Gordon Allport (1897-1967), que resultaram na publicação de uma escala de orientação religiosa em 1967. Originalmente esses conceitos foram usados por Allport como hipótese para explicar a presença de discriminação e preconceito em pessoas religiosas, a partir dos resultados de um estudo anterior realizado por ele, que demonstrou a existência de preconceito racial maior entre religiosos do que entre não-religiosos (Allport; Kramer, 1946). Considerando que as religiões não costumam aprovar comportamentos discriminatórios, esses resultados foram julgados paradoxais, na medida em que não seriam esperados vindo de pessoas religiosas. A partir disso desenvolveu a ideia de que os indivíduos aderem às religiões por razões diferentes, predisposições às quais denominou “orientação religiosa com base nos valores de motivação para o comportamento religioso” (Allport, 1966, p. 447). A religiosidade poderia ser orientada de forma intrínseca ou extrínseca, intrínsecos enxergariam a religião como um valor em si, exprimindo maturidade da personalidade, enquanto extrínsecos teriam na religião um meio para alcançar valores secundários, como a solução de problemas pessoais ou pertencimento social, sendo que esses estariam mais propensos a manifestar preconceito por não estarem comprometidos com a doutrina professada (Allport, 1966). Para simplificar o entendimento desses conceitos a pessoa motivada intrinsecamente viveria a sua religião, enquanto aquela motivada extrinsecamente usaria a sua religião.

A expectativa de Allport era de que essas orientações fossem polos de uma única dimensão de motivação religiosa, dependentes entre si, sendo que as pessoas se situariam em algum ponto entre eles, no entanto isso não se confirmou levando em conta os resultados obtidos a partir da escala de religiosidade intrínseca e extrínseca (Allport; Ross, 1967). De acordo com estudo realizado por Soares e Alminhana (2018, p. 442), isso aconteceu porque “identificamos um hiato entre os conceitos que Allport (1950) desenvolveu no livro *The individual and his religion* e os itens da escala que deveriam servir para traduzir tais conceitos”. Originalmente a religiosidade intrínseca estaria associada ao amadurecimento pleno da personalidade e isso acabou se perdendo no desenvolvimento da escala.

Independentemente de qualquer controvérsia existente em relação à escala desenvolvida por Allport enquanto constructo teórico, para os fins desse trabalho são

realmente importantes os conceitos desenvolvidos por ele em torno da orientação religiosa.

Orientação religiosa intrínseca

Pessoas com orientação religiosa intrínseca harmonizam as suas crenças religiosas com outras necessidades e encontram na religião uma motivação consistente, que costuma pautar sua vida. Procuram internalizar suas crenças religiosas e orientar suas escolhas de acordo com elas. É nesse sentido que os autores dizem que essas pessoas vivem a sua religião. Costuma estar associada a um estado mental e de personalidade mais saudáveis. Ilustram a ideia dando como exemplo um clérigo quando diz: “Algumas pessoas vêm à igreja para agradecer a Deus, reconhecer a Sua glória e pedir a Sua orientação. Outros vêm pelo que podem obter. Seu interesse na igreja é dirigi-la ou explorá-la, ao invés de servi-la” (Allport; Ross, 1967, p. 440).

Genia (1991), num estudo sobre maturidade espiritual resume bastante bem os critérios de Allport para religiosidade intrínseca:

- Relacionamento transcendente com algo maior que o si mesmo;
- Estilo de vida, incluindo o comportamento moral consistente com os valores espirituais;
- Significado e propósito de vida;
- A fé madura aumenta de acordo com a vida e promove crescimento;
- A fé madura é despida de egocentricidade, pensamento mágico e conceitos antropomórficos de Deus;
- Uma perspectiva espiritual madura inclui componentes emocionais e racionais;
- Comprometimento sem necessidade de absoluta certeza;
- Abertura para pontos de vista espirituais diversos;
- A fé madura não é dependente de um dogma particular, um conjunto de práticas ou uma estrutura religiosa formal;
- Interesse social e preocupação humanitária.

Orientação religiosa extrínseca

Considerando interesses variados que vão desde segurança, consolo, interação social, status, distração ou autojustificação, pessoas com orientação extrínseca fazem uso da religião para seus fins pessoais. O indivíduo se volta para Deus, sem afastar-se de si mesmo, suas crenças religiosas são sustentadas de forma seletiva, imatura, irreflexiva, sendo dirigidas para a autogratificação, apenas buscando atender às suas necessidades, voltada quase que exclusivamente para interesses egocêntricos. A religiosidade extrínseca costuma estar associada a um certo dogmatismo, fanatismo, medo da morte, ansiedade, preconceito, atitudes exclusivistas, falhando em proporcionar significado ou conseguir formar uma unidade integradora para a personalidade, incapaz de conseguir que a pessoa consiga perceber seu todo interno ou externo (Soares & Alminhana, 2018; Allport & Ross, 1967).

D) Religiosidade Organizacional e não organizacional

A religiosidade organizacional (RO) é uma das dimensões de religiosidade que mais se relaciona com desfechos em saúde física, mental e suporte social. Se refere a frequência com que a pessoa participa de atividades religiosas formais, organizadas, vinculadas à sua religião, como missas, cultos, palestras, giras, células, grupos de estudos, de orações etc. Pode ser leve, moderada ou alta (Moreira-Almeida *et al.*; 2008; Oliveira *et al.*, 2023).

É uma das dimensões da religiosidade que foram usadas no instrumento Índice de Religiosidade de Duke (P-DUREL), desenvolvido por Koenig; Parkerson; Meador (1997) e traduzido e adaptado para o Brasil por Moreira-Almeida *et al.* (2008). Os itens das dimensões de religiosidade organizacional são avaliados em uma escala de frequência tipo *Likert* em que o número indica a quantidade de pontos, para a pergunta: Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

- 1 – Mais do que uma vez por semana;
- 2 – Uma vez por semana;
- 3 – Duas a três vezes por mês;
- 4 – Algumas vezes por ano;

5 – Uma vez por ano ou menos;

6 – Nunca.

A religiosidade não organizacional (RNO) também é uma dimensão de religiosidade que se relaciona com a saúde, se referindo a frequência com que o indivíduo exerce a prática de sua fé, independente da instituição religiosa à qual pertença, na forma de orações, preces, meditação, leitura de escrituras sagradas ou de conteúdo religioso, assistir programas religiosos na televisão ou ouvir programas com conteúdo religioso no rádio etc. Pode ser leve, moderada ou alta (Moreira-Almeida *et al.*; 2008; Oliveira *et al.*, 2023). A pergunta feita na versão em português da Escala de Religiosidade da Duke (DUREL) é: Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de textos religiosos? As respostas também são avaliadas em uma escala de frequência tipo *Likert*:

1 – Mais de uma vez ao dia;

2 – Diariamente;

3 – Duas ou mais vezes por semana;

4 – Uma vez por semana.

Além da Psicologia da Religião, bastante importante para um correto entendimento dos estudos realizados nesse trabalho é a Psicologia anomalística que veremos agora.

1.2 PSICOLOGIA ANOMALÍSTICA

A Psicologia anomalística (PA) é um campo de estudo recente, que se ocupa em compreender vivências consideradas anômalas ou paranormais e os comportamentos delas decorrentes. Anomalia consiste num fenômeno que não encontra explicação nas teorias científicas vigentes, o chamado *mainstream* científico, “um estado de desconhecimento, pelo menos temporário, por parte da ciência”, (Cardeña; Lynn; Krippner, 2013, p. 43) não implicando necessariamente em anormalidade ou patologia. Essas experiências são caracterizadas com base no modo como são relatadas e interpretadas por quem as vivenciam (Machado; Zangari, 2022).

Breve histórico da psicologia anomalística

Se a psicologia anomalística é relativamente nova, o interesse por fenômenos anômalos e experiências parapsicológicas é bastante antigo, objeto de estudo de nomes como Sigmund Freud (1856-1939), Carl Gustav Jung (1875-1961), Frederic W. H. Myers (1843-1901), Charles Richet (1850-1935), William Crookes (1832-1919), Camille Flammarion (1842-1925), que foram membros da *Society for Psychical Research* (SPR) de Londres, fundada em 1882, com o objetivo de investigar cientificamente fenômenos psíquicos como a clarividência, leitura de pensamento e o mesmerismo. Estudos realizados por pesquisadores psíquicos contribuíram para o desenvolvimento de conceitos da psicologia, organizando congressos internacionais de psicologia experimental, idealizando metodologias experimentais e contribuindo com resultados que testaram de forma pioneira fenômenos como alucinação e dissociação (Cardena, Lynn e Krippner, 2000; Sommer, 2012; Goulart, 2014; Reichow, 2017).

Em 1885 é criada a *American Society for Psychical Research* (ASPR), tendo como um de seus fundadores o psicólogo e filósofo William James (1842-1910), professor da Universidade de Harvard nos EUA, cujo objetivo era estudar os fenômenos extraordinários ou inexplicáveis, que foram chamados de psíquicos ou paranormais, e suas implicações para a compreensão da consciência, natureza da existência e do universo, envolvendo a hipnose, clarividência, precognição, psicocinese etc. (*American Society for Psychical Research*, 2024).

Em 1935 é criado o *Parapsychology laboratory* na Universidade Duke, na Carolina do Norte (EUA) tendo como diretor Joseph Banks Rhine (1895-1980) para realizar investigações científicas sobre a parapsicologia como um ramo da psicologia. Em 1957, Rhine propõe a criação da *Parapsychological Association* (PA), associação profissional internacional de cientistas e acadêmicos dedicados à compreensão das experiências psíquicas, envolvendo telepatia, psicocinese, cura psíquica etc. Importante assinalar que em 2023 é eleito para o cargo de presidente do conselho administrativo da PA, para o mandato 2023/2024, o Prof. Dr. Everton de Oliveira Maraldi, único representante brasileiro até aqui a assumir esse relevante posto (*Parapsychological Association*, 2024).

A Psicologia Anomalística (PA) tem na década de 80 a demarcação do seu início, quando os psicólogos estadunidenses Leonard Zune (1924-2003) e Warren H.

Jones (1945-2016), a partir de um texto do linguista e antropólogo Roger W. Wescott (1925-2000) em que este define o termo *anomalistics* (anomalística) como “o estudo sério e sistemático de anomalias de qualquer tipo” (Wescott, 1977, p. 345), sugerem e começam a empregar e divulgar o termo *Anomalistic Psychology* em seus estudos. Em 1982 eles publicam o livro *Anomalistic psychology: A study of extraordinary phenomena and experience* e em 1989 o atualizam e expandem, trazendo o conceito de pensamento mágico, com o título de *Anomalistic psychology: A study of Magical Thinking*. A PA foi originalmente concebida com base no pressuposto reducionista de que todos os fenômenos paranormais ou experiências anômalas seriam resultado de processos psicológicos e físicos conhecidos, sem a necessidade de se recorrer a explicações religiosas ou sobrenaturais para a sua compreensão. Por isso, oferecia explicações como fraude, credulidade, sugestionabilidade, coincidência, ilusões de ótica, expectativa, autoengano, erro interpretativo, problemas cognitivos, estados alterados de consciência, validação subjetiva, pensamento mágico, memórias falsas, sintomas psiquiátricos, estados dissociativos, alucinações e fatores ligados à personalidade, com o objetivo de desmascarar ou desmistificar hipóteses paranormais. Infelizmente essa postura reducionista e a decorrente associação entre experiências anômalas e psicopatologia teve consequências trágicas para pessoas que, apesar de gozarem de perfeita saúde mental, vivenciaram essas experiências anômalas e, por isso foram submetidas a tratamentos psiquiátricos desnecessários que causaram sofrimento e fizeram com que outras pessoas não compartilhassem suas experiências para não serem estigmatizadas. A postura atual parece ser mais aberta, buscando-se o que há de psicológico nas experiências, sem a negação apriorística de outras explicações para os fatos anômalos, um ceticismo metodológico sem desconsiderar como o fato é narrado, sentido, interpretado e vivenciado pelo sujeito da narrativa, independente da realidade ontológica, com uma escuta não preconceituosa (Goulart, 2014; Machado; Zangari, 2022).

Maraldi e Krippner (2019), lembram que existem essas duas perspectivas diferentes na abordagem da psicologia anomalística, uma delas é agnóstica em relação à natureza das experiências anômalas (EA's), se atendo ao estudo das características cognitivas, culturais e fenomenológicas, investigando as alegações de processos anômalos subjacentes às EA's, sem preconceitos ou pré-julgamentos (Cardeña *et al.*, 2013; Holt *et al.*, 2012). A outra é eminentemente cética e reducionista, buscando “desmascarar” as alegações de processos anômalos subjacentes aos

relatos de EA's, restringindo-as a processos cognitivos comuns, como vieses de memória ou pensamento mágico (Reed, 1988; Zusne & Jones, 1989).

Grupos de estudo e pesquisa sobre a psicologia anomalística

A partir dos anos 2000 ampliou-se o número de grupos de estudo e pesquisa, além de laboratórios, no Brasil e no mundo, que passaram a se dedicar ao estudo das experiências anômalas, abaixo listamos alguns deles que podem ser considerados como referência:

- A) Centre for Research on Consciousness and Anomalous Psychology, do Departamento de Psicologia da Universidade de Lund, Suécia, dirigido pelo Psicólogo Dr. Etzel Cardeña;
- B) Centre for Study of Anomalous Psychological Processes, da divisão de Psicologia da Universidade de Northampton, na Inglaterra, integrado pelos psicólogos Dr. Chris Roe, Dra. Elizabeth Roxburgh, Dr. Alasdair Gordon-Finlayson e Dra. Lesley-Ann Smith;
- C) Anomalistic Psychology Research Unit, do Departamento de Psicologia da Universidade de Londres, na Inglaterra, dirigida pelo psicólogo Dr. Christopher French;
- D) Anomalous Experience Research Unit do Departamento de Sociologia da Universidade de York, na Inglaterra, dirigido pelo Prof. Dr. Robin Wooffitt;
- E) Brain, Belief & Behaviour Group da Universidade de Coventry, Reino Unido, dirigido pelo Psicólogo Dr. Miguel Farias;
- F) Grupo de Investigação Científica em Psicologia Anomalística da Universidade da Madeira, em Portugal, coordenado pelo Prof. Dr. Carlos Manuel Lopes Pires, Prof. Dr. Mário Simões e prof. Dr. Bruno Cecílio de Souza;
- G) Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde (NUPES) da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG), coordenado pelo Prof. Dr. Alexander Moreira-Almeida;
- H) InterPsi – Laboratório de Estudos Psicossociais – Crença, subjetividade, cultura & saúde, na Universidade de São Paulo, coordenado pelo Prof. Dr. Wellington Zangari e pela Prof^a Doutora Fátima Regina Machado;

- I) Programa de experiências não ordinárias e estados alterados de consciência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (PROEXP-Ipq-HCFMUSP), coordenado pelo Prof. Dr. Everton de Oliveira Maraldi;
- J) Grupo de Pesquisas em Psicologia Anomalística (GRUPPA) da Universidade do Extremo Sul Catarinense, em Criciúma (SC), dirigido pelo Prof. Dr. Jeverson Rogério Costa Reichow;
- K) Grupo de Estudos e Pesquisas em Psicologia Anomalística (GEPPA) da Universidade CEUMA em São Luís (MA), dirigido pela Profa. Dra. Rafisa Moscoso Lobato Rêgo e pelo Prof. Dr. Sandro Rodrigues;
- L) Grupo Interdisciplinar de Estudos em Psicologia Anomalística (GIEPA) ligado ao Conselho Regional de Psicologia do Paraná, dirigido pelo psicólogo Dr. Fábio Eduardo da Silva.

A seguir, considerando que do ponto de vista psicológico a dimensão religiosa envolve temas com variados graus de complexidade, trazemos a definição de alguns termos e conceitos usados ao longo desse estudo, com o objetivo de alinhar e facilitar seu correto entendimento.

1.3 RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Durkheim (2003, p. 32), define religião como “um sistema unificado de crenças e de práticas relativo a coisas sagradas (...) que unem os seus aderentes numa comunidade moral única denominada igreja.” Além desse conjunto de representações e práticas identificadas por um caráter sagrado, também pode ser pensada como um sistema simbólico de pensamento e comunicação, uma linguagem, que por existir no âmbito de uma sociedade concreta e caótica, faz com que a religião produza sentido, integrando experiências pessoais e fragmentárias numa ordem cósmica estabelecida pela religião (Bourdieu, 1971). Eterno e temporal, espiritual e material, sagrado e profano, constituem-se categorias fundamentais, alicerces simbólicos que permitem ao sujeito social ordenar suas experiências. Uma qualidade essencial proporcionada, pela religião, ao homem, é uma possível defesa da ameaça de não encontrar significativa ordenação na vida, seja nos fatos cotidianos ou nos mais extremos como o adoecimento, a catástrofe ou a morte (Berger, 2000; Dalgalarrodo, 2008). Religião também pode ser compreendida como um “código”, via ou modo de relação que as

peessoas estabelecem com algo ao qual atribuem propriedades, qualidades, características diferentes e superiores às suas próprias, àquilo que consideram sobrenatural. Sendo que essa relação se dá através de sistemas religiosos de crenças, doutrinas e rituais, práticas que variam a depender da religião, podendo ir da oração individual ao sacrifício de animais (Zangari e Machado, 2022).

Apesar de relacionadas e, muitas vezes, usadas como sinônimos ou de forma intercambiável, as palavras Religiosidade e Espiritualidade possuem significados diferentes (Kapuscinski & Masters, 2010; Piedmont *et al.* 2009).

A religiosidade pode ser entendida com como o sujeito elabora suas respostas ao transcendente, suas demandas pessoais de sentido existencial, ancoradas nas suas crenças sobre esse transcendente (Freitas, 2017). É desencadeada pelas experiências, como uma decisão pessoal, se desenvolvendo de formas diferentes de acordo com as diferentes experiências vivenciadas (Frankl, 1992). Expõe a realidade humana e psicológica do indivíduo, mostrando-se na face subjetiva da religião, num modo específico de encontro de sentido (Valle, 1998). Seria como a pessoa vive a sua religião cotidianamente, como ele interage com a divindade ou realiza as suas práticas religiosas, uma dimensão individual, que pode inclusive, ser diferente da maneira como a instituição religiosa determina ou propõe que a religião deva ser praticada, existindo variados graus de proximidade entre as dimensões institucional e pessoal (Zangari; Machado, 2022). No Brasil especialmente, encontramos uma forma bastante peculiar de religiosidade em que a múltipla adesão ou pertença religiosa, inclusive a religiões bastante distintas, ocorre com naturalidade, muitos afirmando serem ao mesmo tempo, católicos, espíritas e umbandistas etc, mostrando uma maneira de lidar com a religiosidade, fluida, nômade, em que os conteúdos vão sendo adquiridos e acumulados. Uma forma de viver a religiosidade em que o indivíduo constrói a sua fé, numa relação bastante particular com o sagrado, que não precisa ser vivenciada a partir de uma única doutrina, consumindo práticas e crenças religiosas diversas (Maraldi, 2014).

Já o conceito de espiritualidade, foi compreendido por Lousada (2017), como algo vigente nas principais produções das áreas da psicologia, saúde e educação, concluindo que as definições variam de acordo com a área. Na psicologia a espiritualidade é entendida como um aspecto inerente e constitutivo do ser humano, uma força motora capaz de proporcionar transformações positivas e crescimento pessoal. Por ser uma das dimensões do sujeito, acaba por criar uma demanda de

autoconhecimento e compreensão da dinâmica intrapsíquica, num movimento direcionado a si mesmo, em busca de coerência entre o sentir, o pensar, e o agir. Segundo Peteet, Al Zaben e Koenig (2019), também gera conexão com a natureza e o próximo, proporcionando propósito e significado de vida através de valores morais.

Lousada (2017), continua dizendo que na área da saúde a espiritualidade é compreendida como um elemento fundamental das práticas de tratamento, ocupando-se da mensuração de como, quando e quanto, os pacientes podem se beneficiar de tratamentos e cuidados que, tendo a espiritualidade como base, impactem a saúde física e mental. Por isso, entende que ela deve fazer parte dos programas públicos de saúde, incentivando o uso de uma avaliação/anamnese espiritual, que auxiliaria na prática clínica. Recomendam para que seja incluído um texto sobre esse tema, na próxima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), de forma a contribuir no diagnóstico diferencial entre transtornos dissociativos e experiências espirituais que, devidamente contextualizadas, poderiam deixar de ser consideradas distúrbios mentais. A educação vê a espiritualidade como um fundamento da prática educativa, que pode auxiliar na formação de seres humanos mais coesos e inteiros, postulando a necessidade de também os educadores, vivenciarem a própria espiritualidade nos seus processos de formação.

Apesar de não haver, por parte dessas áreas, uma definição única e homogênea, o conceito é apresentado de forma útil e benéfica, vinculado a busca de autonomia, autorrealização, qualidade de vida, sensação de bem-estar, através da busca pessoal de sentido e propósito para a vida, aquilo que move, que faz querer viver, que proporciona objetivo e o modo como se vive a experiência de conexão com a natureza, com o momento presente, consigo mesmo, com os outros e com o transcendente. Todas sinalizam que o conceito de espiritualidade deve ser considerado como uma dimensão humana, concebendo o ser humano como algo que transcende o biológico, o psicológico e o social, portanto um ser integral. A espiritualidade será religiosa apenas se o que dá sentido de vida para a pessoa for predominantemente religioso, em situações em que o indivíduo encontra esse sentido para a sua existência em outros campos como na arte, filosofia, ecologia, esporte, família, amor etc. sua espiritualidade poderá não estar vinculada a religiosidade, ainda que ele se diga adepto de alguma religião (Zangari & Machado, 2022; Lousada, 2017; Puchalski *et al.*, 2009).

A religião pode ser considerada como um sistema fornecedor do conteúdo simbólico, ritual, doutrinário, moral, das crenças, do transcendente. A religiosidade se referiria a como o fiel se apropria desse sistema, adaptando-o a partir das suas vivências e experiências pessoais, desenvolvendo seu senso e comprometimento religioso. Já a espiritualidade, se constituiria em um sistema independente, que pode, inclusive, ser desvinculado da ideia de Deus ou outras concepções religiosas e sobrenaturais, o que lhe possibilitaria a existência em ambientes ateus, na medida em que envolve criatividade, liberdade, autenticidade, esperança e uma busca pessoal por significado e sentido para a vida, com ênfase no aperfeiçoamento do potencial humano (Franco, 2013). Alguns autores como André Comte-Sponville (1952) e Alain de Botton (1969), falam em uma espiritualidade secular, considerando ser possível o exercício espiritual desvinculado de qualquer cenário religioso, propõem aproveitar a expertise das religiões e seu patrimônio acumulado em áreas como: comunidade social, exercício da gentileza, prática da solidariedade, a arte, a arquitetura, os sistemas de ensino, reflexões sobre aspectos da existência como amor e morte... Reconhecendo que as religiões tiveram historicamente e, em alguns contextos, ainda têm, um importante papel social de organização, produção e de orientação, propondo um diálogo entre as necessidades seculares e essa carga histórica (Franco, 2017).

Quando for utilizada a expressão Religiosidade/Espiritualidade (R/E) ao longo desse trabalho, ela deve ser entendida de acordo com os conceitos e definições vistos aqui, duas dimensões inter-relacionadas, mas com características específicas e significados distintos. Utilizaremos essa expressão ou a abreviação R/E, apenas para facilitar a leitura e proporcionar objetividade ao texto.

1.4 RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Outro aspecto fundamental, quando refletimos sobre religiosidade e espiritualidade (R/E), e que interessa a esse trabalho, diz respeito a uma revisão sistemática realizada por Koenig; King; Carson (2012), em que pouco mais de 3000 estudos empíricos foram analisados, a maior parte deles envolvendo saúde mental, e investigando a relação entre R/E e saúde, encontraram que níveis maiores de R/E tendem a estar associados a uma quantidade menor de uso/abuso de drogas, depressão, suicídio e a melhores índices de qualidade de vida. Isso porque o indivíduo

desenvolve estratégias cognitivas e comportamentais ancoradas nas suas crenças religiosas que lhe facilitam lidar com os eventos estressores do seu cotidiano, no entanto, quando são usadas estratégias de *coping* religioso negativo, ou seja, quando o uso dessas estratégias geram consequências prejudiciais, como questionamentos relacionados à divindade que geram insegurança, delegando-se a Deus a solução dos problemas pessoais, insatisfações, descontentamentos e frustrações, quando Deus ou membros da instituição religiosa não atendem às expectativas ou se considera que os agentes estressores são representações maléficas e/ou punição divina, essa forma de *coping* se associa a desfechos piores na saúde. Por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS), inclui a R/E como uma das dimensões de qualidade de vida (WHOQOL SRPB Group, 2006). Qualidade de vida, de maneira geral, tem a ver com a forma como o indivíduo lida com as situações estressoras do seu cotidiano. Suas crenças costumam ser determinantes na construção dessa forma de lidar.

Outra revisão sistemática que teve como objetivo investigar uma possível correlação entre religiosidade e bem-estar psicológico, realizada por Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006), envolvendo 100 estudos, encontraram em 79 deles uma correlação positiva, notadamente relacionada a forma como as pessoas lidam com suas crenças e fé.

1.5 CRENÇA E FÉ

Etimologicamente a palavra crença provém do latim “*credere*” cujo significado é crer, acreditar, ter confiança a respeito de algo. Também pode ser entendida como um estado psicológico em que o indivíduo detém uma premissa ou proposição para a verdade, uma opinião formada ou convicção. Crenças que formam a identidade e determinam as escolhas e a maneira de enxergar o mundo, conforme vão sendo construídas ao longo da vida (Rodrigues, 2015).

A maneira como as informações vão sendo assimiladas, processadas e julgadas pelos indivíduos, têm nas crenças e práticas religiosas e/ou espirituais, um referencial importante, visto fazerem parte da sua cultura e princípios (Peres et al, 2007).

Quando analisamos crenças e experiências religiosas e/ou espirituais, outro princípio importante a ser considerado é a fé, etimologicamente a palavra vem do latim “*fides*” que tem como significado fidelidade, certeza de que algo é verdade, sem

critério objetivo de verificação ou prova. No contexto religioso pode significar fidelidade, compromisso ou lealdade (Rodrigues, 2015). Fé, nas palavras de James W. Fowler (1940-2015), que desenvolveu a teoria dos estágios da fé, é aquilo em que colocamos o nosso coração, algo universal que serve como centro de valor e poder, algo que está presente na vida das pessoas, independente de confessarem-se religiosas ou não, perguntas sobre o sentido da vida que precisam ser respondidas, parte integrante da personalidade, envolvendo o modo como a pessoa constrói seus relacionamentos, propósitos e significados da vida, ninguém pode viver muito tempo sem ela, é única em cada pessoa, dinâmica, interativa e social (Fowler, 1992).

As crenças sobre a existência de uma suposta dimensão espiritual da realidade são embasadas pelas experiências de cunho religioso vivenciadas pelos adeptos das várias religiões. Essas experiências são relatadas em todas as culturas (Moreira-Almeida, 2013b).

Estudos científicos sobre essas experiências foram iniciados no século XIX, a partir da fundação da Sociedade de Pesquisa Psíquica (SPR) em 1882 no Reino Unido, e as Sociedades Francesa e Americana para a pesquisa psíquica em 1885.

1.6 EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS

Uma experiência, em sua origem grega, se refere a forma como o ser humano conhece o mundo a sua volta e o representa dentro de si, como ele apreende a realidade (Valle, 1998). Os sentidos, tato, olfato, paladar, visão e audição eram considerados confiáveis, na perspectiva grega, permitindo testar, repetir, o que se experimenta na realidade, tornando-se um princípio fundamental para o desenvolvimento do método científico, na medida em que proporciona confiabilidade (Zangari; Machado, 2022). Experiência religiosa de acordo com Maraldi (2022), se refere a uma vivência direta, do objeto da crença religiosa, sendo que essa vivência pode ser individual ou coletiva.

Essas vivências eram entendidas por Rudolf Otto (1869-1937) como experiências *sui generis*, considerando-se que cada um vivencia a realidade, o mundo, as pessoas, de modo único e para que se pudesse identificar a sua natureza essencialmente religiosa, seria necessário vinculá-la a um dado fundamental e primordial da religião, o numinoso, sagrado (Souza, 2013). William James (1842-1910), um dos mais importantes estudiosos das experiências religiosas, ao contrário

de Otto, não se interessava nem por doutrinas, nem por dogmas, mas pela vivência religiosa, identificando nela as mesmas emoções encontradas em outras experiências, pautadas por fatores culturais e profundamente vinculadas ao funcionamento da mente humana. Essas vivências quando interpretadas através de crenças e práticas de uma religião podem, por isso, ser denominadas de experiências religiosas (Maraldi, 2022).

Assim, considerar uma experiência como religiosa é uma questão de atribuição de significado, depende de uma interpretação subjetiva da vivência e do olhar do observador, será considerada experiência religiosa se estiver de acordo com o contexto religioso e seus referenciais, envolvendo algum tipo de contato com a divindade e só será compreendida como tal se acontecer dentro de uma comunidade que compreende e divide os mesmos significados, símbolos e linguagem, baseadas em aspectos psicossociais envolvendo ensinamentos, narrativas e doutrinas. O que impõe considerar tanto as perspectivas individuais quanto as socioculturais nessas experiências (Taves, 2009; Zangari & Machado, 2022).

Variedades das experiências religiosas e suas características

Segundo Sundén (1966), o papel adotado pela pessoa em relação a sua divindade e o quanto ela segue os preceitos de sua religião é determinado pelas expectativas que ela tem sobre o que é esperado dela por essa divindade. A partir dessa teorização, Unger (1976), propõe que as experiências religiosas podem ser categorizadas a partir:

- A) Da presença de Deus: A pessoa sente que a divindade está presente, acompanhando-o por toda a vida ou de forma passageira;
- B) Pela ação de Deus: Eventos cuja causa é atribuída a intervenção divina;
- C) Pelo chamado de Deus: A pessoa age de acordo com o que a divindade espera dela, seja uma ordem, um convite ou um chamado;
- D) Pela aparência de Deus: A pessoa enxerga Deus, seja de forma concreta ou imaginária;
- E) Pela totalidade de Deus: Envolve tudo, promovendo uma experiência de união da pessoa com a divindade;

- F) Pela subliminaridade de Deus: Onde as situações diversas são interpretadas como religiosas pela pessoa, inclusive com a participação de Deus, mas isso é tão intrínseco que ela não se dá conta enquanto a experiência está ocorrendo.

Glock e Stark (1965) veem a experiência religiosa como o conjunto de sensações, percepções e sentimentos, que são definidos pelo grupo religioso ao qual a pessoa pertence, na comunicação com o que consideram ser a essência divina, realidade última ou autoridade transcendente, isto é, com Deus. O elemento mais importante que a caracteriza é um sentido de contato com a instância sobrenatural. Eles as classificaram de acordo com seus níveis de complexidade em:

- A) Experiências confirmatórias: Envolvem a sensação súbita e a certeza de que as crenças nas quais a pessoa acredita são verdadeiras, uma percepção de que a divindade está presente, muito próxima, provocando uma experiência emocional de solenidade, reverência ou terror, alcançando o limite entre o sagrado e o profano;
- B) Experiências responsivas: Envolvem a percepção de que a divindade tem conhecimento da existência da pessoa como indivíduo, e essa consciência pode proporcionar uma intervenção miraculosa, sancionadora ou a salvação;
- C) Experiências extáticas: Ao invés de apenas conhecimento da existência individual da pessoa pela divindade, a sensação é de que existe uma relação de intimidade, muito próxima da amizade ou do amor;
- D) Experiências revelatórias: A divindade proporciona a confidência de suas intenções e desejos.

Vergote (1997), faz uma conceituação a partir de como a pessoa apreende a realidade durante a experiência religiosa com o que ela considera ser uma realidade transcendente, dividindo-a em modalidades:

- A) Ligada a cognição: Experiência em que a pessoa tem contato com o que considera ser uma realidade transcendente, ainda que próxima a ele;

- B) Ligada a afetividade: Entendimento dessa realidade transcendente e experiência de encontrar-se nela;
- C) Ligada a interação: Durante a experiência religiosa o indivíduo conhece e interage com aquilo que entende ser Deus;
- D) União com a divindade: Apesar de parecer imediata, acontecendo durante a experiência, essa união provém de uma aproximação realizada através de conhecimento prévio;
- E) Visões e revelações: A percepção do divino é dada por essas experiências.

1.7 EXPERIÊNCIAS ESPIRITUAIS

O termo espiritualidade deriva do latim *spiritualis*, que vem a partir do grego *pneuma* (“espírito”), expressões que não se constituem como antônimo de material ou físico, mas de carne. Uma pessoa espiritual seria alguém que vive sob a influência do espírito (Sheldrake, 2009). Ainda que muitas tradições religiosas possuam espiritualidade, é no cristianismo que esse termo se desenvolve, na doutrina Paulina, ser espiritual é viver no Espírito: “Já não sou eu que vivo, é o Cristo que vive em mim” (Gálatas 2,20). A ideia de retorno à espiritualidade foi uma constante no Cristianismo, especialmente como antídoto contra a corrupção existente nas comunidades eclesiais. O movimento franciscano é um exemplo disso, ainda que fruto de uma espiritualidade nascida no seio da igreja, defendia uma mudança radical na instituição (Giordan, 2007).

A crescente desilusão em relação as instituições religiosas, gera como efeito o afastamento da religião, dando a espiritualidade uma conotação diferente, de transcendência, de uma experiência direta, através da fé pessoal sem a necessidade da instituição, tradicional e organizada. Cada vez mais pessoas se identificando com o espiritual, mas não religioso, desfazendo a concepção de uma espiritualidade necessariamente vinculada e dependente de uma tradição religiosa (Revez, 2022; Hill, 2000).

Espiritualidade como constructo multidimensional tem no mundo contemporâneo três perspectivas, uma orientada para Deus, outra orientada para o mundo, envolvendo a natureza e a ecologia e finalmente outra orientada para o potencial humano, portanto humanista. Para a Psicologia a espiritualidade assim

como a religião são conceitos que fazem parte do desenvolvimento humano, fenômenos psicossociais importantes no estudo da personalidade, que estão interligados com a problemática da emoção e dos afetos, se constituindo em elementos fundamentais para se alcançar saúde mental (Revez, 2022).

Espiritualidade, como visto anteriormente, se relaciona com a busca de sentido ou com o sentido que se dá a vida, o que te faz caminhar, o que faz com que se queira viver, uma direção a ser seguida, um objetivo a ser alcançado. Também pode ser definida como “[...] a jornada que as pessoas fazem para descobrir e realizar seus eus essenciais e aspirações de ordem superior” Pargament (2011 p. 58). Considerando essas definições o que seriam experiências espirituais? Importante lembrar que é a interpretação que se faz da experiência que a identificará (Zangari; Machado, 2022). Indivíduos ateus relatam experiências que do ponto de vista fenomenológico são similares, quando não idênticas às experiências denominadas religiosas, ainda que as interpretem sem qualquer aspecto religioso, considerando-as como resultantes de uma disfunção neuroquímica, processos envolvendo sugestão, expectativa, contágio emocional ou consequência do uso de substâncias psicodélicas (Dein, 2016). As atribuições dadas às experiências variam como religiosas ou não, mesmo entre pessoas vinculadas a alguma religião, por isso muitos autores preferem usar terminologias consideradas neutras, como experiências “não-ordinárias”, “excepcionais” entre outras (Taves; Barlev, 2023).

Ainda assim, Maraldi (2023) diz que na Ciência da Religião o termo experiência religiosa/espiritual é usado para se referir a uma vivência direta, que pode acontecer de forma individual ou coletiva, do objeto da crença religiosa e que dá preferência a essa terminologia considerando que em boa parte das vezes predominam atribuições de ordem religiosa/espiritual nas discussões que são encontradas na literatura científica e que essa escolha é relevante no contexto da Ciência da Religião. Por isso, mantivemos a terminologia “experiência espiritual” e para os objetivos desse trabalho usamos o acrônimo REDEMA: “Experiências Religiosas, Espirituais, Dissociativas Espirituais ou Mediúnicas e Anômalas”.

1.8 EXPERIÊNCIAS DISSOCIATIVAS ESPIRITUAIS OU MEDIÚNICAS

Pode-se definir a dissociação como uma temporária desconexão entre módulos psíquicos e/ou motores que geralmente se encontram sob controle voluntário da

consciência, experiências e comportamentos desconectados do campo de identidade do indivíduo e de sua consciência, estando relacionada a uma grande diversidade de crenças e práticas religiosas (Krippner, 1997; Maraldi, 2014; Maraldi *et al.* 2019).

Em contextos mediúnicos, experiências dissociativas espirituais envolvem o relato de pessoas que dizem ter a sensação de se perceberem observadores despersonalizados de um outro em si mesmos, envolvendo expressões de fala, gestos e movimentos, vivenciando emoções, sensações, dores, impulsos, falas que emergem sem domínio ou controle pessoal (Hamazaki, 2016). Experiências que se caracterizam pela extensão da própria consciência, de maneira diferente da forma como percebemos o continuum tempo-espço, em que indivíduos denominados médiuns dizem se comunicar com pessoas falecidas (Lucchetti *et al.*, 2015). Médiuns são indivíduos que afirmam ter a capacidade de perceber, comunicar-se ou estar sob o controle de pessoas falecidas (Moreira-Almeida, 2013^a).

O contexto sociocultural brasileiro tem a mediunidade como algo bastante relevante, considerando a influência histórica das crenças na sobrevivência após a morte do corpo e na possível comunicação entre vivos e pessoas falecidas oriundas de religiões brasileiras de matriz africana, frutos do sincretismo religioso, como o Candomblé e a Umbanda (Maraldi *et al.*, 2017). Moreira-Almeida (2013^a) lembra que a mediunidade também pode ser considerada um fenômeno bastante popular, ainda que sob outras denominações e explicações, em contextos como o catolicismo carismático e evangélicos pentecostais.

Importante frisar a presença do Espiritismo, religião que teve origem na França em 1857 (Kardec, 2017), no Brasil desde o final do século XIX, foi assumindo características próprias, crescendo em popularidade e alcançando a condição de terceira maior religião em número de adeptos no Brasil (IBGE, 2010). Também parece relevante levar em conta o grande número de pessoas que se consideram simpatizantes do Espiritismo, que dizem acreditar em alguns de seus princípios fundamentais como imortalidade da alma ou vida após a morte, reencarnação e na possibilidade de comunicação entre vivos e mortos, apesar de declararem-se afiliados a outras religiões (Maraldi *et al.*, 2019^a). Segundo levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisas Datafolha, 37% da população brasileira “acredita totalmente” em reencarnação (Datafolha, 2007). Muito provavelmente devido a influência de médiuns como Francisco Cândido Xavier (1910-2002), que ficou conhecido como Chico Xavier, à vasta quantidade de livros psicografados e aos filmes e telenovelas com temática

espírita em que esses temas foram de alguma forma abordados. Segundo Peres et al. (2018), 8% da população brasileira ou quase 20 milhões de pessoas, realizam atividades ou fazem parte de religiões que praticam alguma forma de mediunidade.

Cardena *et al.* (2009) considera que deveríamos nos referir a mediunidade no plural, considerando que existem mediunidades que envolvem diferentes aspectos, indivíduos que entram em estados não ordinários de consciência, sem alteração de identidade, o chamado transe mediúnico ou demonstrando dissociação com alteração de identidade, os chamados transes de possessão. Alvarado (2010), assinala ainda a existência dos médiuns que não entram em transe.

Variedade das experiências dissociativas espirituais ou mediúnicas e suas características

Segundo Maraldi et al. (2019) e Moreira-Almeida (2004), a mediunidade é um fenômeno que engloba uma série de experiências com características fenomenológicas diferentes que se reúnem em torno de crenças envolvendo a sobrevivência após a morte do corpo e a possibilidade de comunicação entre espíritos de pessoas falecidas e de pessoas vivas. Dentre essa variedade de experiências temos:

- A) Psicografia: O médium escreve uma mensagem, supostamente transmitida pelo espírito de uma pessoa falecida, de forma intuitiva ou mecânica;
- B) Psicofonia: O médium transmite a mensagem do espírito através da fala;
- C) Psicopictografia ou Pintura mediúnica: O médium realiza pinturas ou desenhos, manifestando a expressão artística de um espírito;
- D) Intuitiva: Percepção de uma informação mental transmitida pelo espírito;
- E) Clariaudiência: O médium ouve a voz de um espírito;
- F) Clarividência: O médium vê o espírito;
- G) Curadores: Capacidade de curar pelo toque, gesto ou olhar;
- H) Efeitos físicos: Capacidade de produzir fenômenos materiais, como ruídos ou o movimento de corpos inertes;

- I) Transe mediúnico: Entrar em estado não ordinário de consciência, com ou sem alteração de identidade, mantendo controle sobre si;
- J) Transe de possessão: Dissociação com alteração de identidade e perda de controle sobre si mesmo.

1.9 EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS

Experiências anômalas são experiências incomuns, que se afastam das características típicas ou habituais da consciência ou se desviam de maneira significativa da consciência comum ou normativa e de explicações comumente aceitas sobre a realidade. Apesar de serem vivenciadas por uma grande quantidade de pessoas, portanto frequentes entre a população em geral, fogem a compreensão do paradigma científico vigente. Anômalo não tem a ver, necessariamente, com anormal ou patológico, mas algo desafiador que contraria expectativas a respeito do funcionamento do mundo e das relações entre as pessoas e ele, como no mundo agimos e como reagimos a ele (Cardeña, Lynn, Krippner, 2013; Lynn, 2017; Machado, Zangari, 2022; Reichow, 2017).

São fenômenos que contradizem o conhecimento científico, religioso e o senso comum, são considerados anômalos de acordo com nosso repertório cultural excessivamente repleto de verdades consideradas pertinentes (Truzzi, 1971).

Reichow (2017) lembra que ao longo da história relatos de experiências que parecem bizarras, estranhas ou patológicas, quando analisadas do ponto de vista de como vemos a realidade, são bastante comuns despertando a curiosidade e o interesse em programas televisivos que abordam experiências paranormais, envolvendo abdução por extraterrestres, experiências de quase morte etc. Anômalo ou *anomalous* em inglês, deriva do grego *anomalos*, cujo significado é diferente, irregular, desigual em oposição a *homalos* que significa comum.

Segundo Cardeña, Lynn e Krippner (2013), experiências anômalas são irregulares por diferirem de experiências comuns e são desiguais por não receberem na academia, a mesma atenção que as experiências regulares, mesmo quando acontecem de maneira única e eventual, essas experiências costumam ser extremamente impactantes para aqueles que as vivem, alterando e/ou ressignificando valores e podendo ter um efeito bastante transformador em suas vidas.

Variedades das experiências anômalas e suas características

Sem dúvida, quando se abordam as experiências anômalas, o livro *Varieties of anomalous experience: examining the scientific evidence* publicado pela *American Psychological Association* (APA) em 2000, é a maior referência sobre o tema. Seus organizadores: Etzel Cardeña (1957), Steven Jay Lynn (1946) e Stanley Krippner (1932) reuniram um grupo de 18 especialistas e pesquisadores internacionais, além deles próprios, que abordaram questões teóricas e metodológicas relacionadas a pesquisa das experiências anômalas além de caracterizar seus diferentes tipos.

Segundo Etzel Cardeña “uma compilação de muitas perspectivas, completa e equilibrada, do que sabemos (e do que não sabemos) a respeito de experiências não patológicas, não obstante extraordinárias ou incomuns”, como está no prefácio à edição brasileira traduzida do original para o português pela Professora Doutora Fátima Regina Machado, do Inter Psi – Laboratório de Psicologia Anomalística e Processos Psicossociais (Hoje Laboratório de Estudos Psicossociais: crença, subjetividade, cultura & saúde) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. O livro teve como revisor técnico o Professor Doutor Wellington Zangari do mesmo laboratório e foi publicado pela Atheneu em 2013 com o título *Variedades da Experiência Anômala: Análise de Evidências Científicas*.

Os autores identificaram e caracterizaram como sendo experiências anômalas:

A) Experiências alucinatórias:

As experiências alucinatórias acontecem sem que ocorra um estímulo objetivo, ainda que tenham um impacto perceptivo bastante grande e não possam ser controladas voluntária e diretamente por aquele que a está experimentando (Bentall, 2013).

Segundo a APA (2014), alucinação é uma experiência que apresenta o impacto e a clareza de uma percepção verdadeira, mas que ocorre sem que o órgão sensorial relevante seja estimulado, podendo ser:

- Auditiva: envolvendo a percepção de sons, normalmente uma voz ou um conjunto de vozes falando em terceira pessoa, dando ordens e instruções que podem ser reconfortantes, encorajadoras ou desagradáveis;
- Gustativa: envolvendo a percepção de paladar, geralmente desagradável;

- Olfativa: envolvendo a percepção de cheiros, odores;
- Tátil: envolvendo a percepção de toque ou a existência de algo sob a pele;
- Visual: envolvendo a percepção de imagens, podendo ter formas ou não;
- Somática: envolvendo a percepção de uma experiência física dentro do corpo;
- Geométrica: envolvendo uma experiência com túneis, treliças, espirais, funis ou teias de aranha com formas geométricas.

B) Experiências de sinestesia:

Fenômeno de percepção em que as qualidades de uma modalidade sensorial se transferem para outra ou outras. Por exemplo, a percepção sensorial da audição se transferindo para a visão e o paladar, um indivíduo sinestésico que ao ouvir um determinado som agudo de 50 ciclos por segundo numa amplitude de 100 decibéis, vê uma faixa marrom contra um fundo escuro com bordas vermelhas, semelhante a uma língua e sente o gosto de sopa agri-doce. Sugerindo que cada voz tem uma forma ou cada palavra ou letra tem uma cor. A maioria dos casos envolve situações em que os sons serão os estímulos indutores e as imagens serão as percepções secundárias (Marks, 2013).

C) Experiências de sonhos lúcidos:

Nessa experiência quem sonha parece ter consciência de que está sonhando e ter um certo grau de controle sobre a narrativa onírica. Costuma ocorrer no final do ciclo de sono, durante o sono REM (*rapid eyes movement*). Os sonhadores costumam ficar lúcidos quando percebem as bizarrices do conteúdo de seus sonhos e a partir disso concluem estar sonhando. A lucidez espontânea do sonhador também parece estar vinculada a sonhos ansiosos e a percepção da irreabilidade da experiência (LaBerge & Gackenbach, 2013; Gackenbach, 1988; Green, 1968).

D) Experiências fora do corpo:

A pessoa sente que sua consciência está fora do corpo físico, flutua, vai a locais mais ou menos distantes e pode observar seu corpo a distância, normalmente de cima, esteja ele parado ou em movimento. Alguns relatam visualizar um “cordão astral”, espécie de fio que liga o corpo físico a sua consciência no local em que estão. O experienciador relata estar em um outro corpo, muito semelhante ao seu próprio

corpo físico ou, às vezes, pode não ter qualquer sensação de corpo, descrevendo-se como uma possível “consciência pura”, “bola de luz”, “ponto no espaço” ou “nuvem” (Alvarado, 2000). Podem ser identificados quatro níveis de intencionalidade nessas experiências: indução intencional, não intencional, espontânea e experimental, quando induzida especificamente para pesquisas (Neppe, 2011).

E) Experiências Psi:

Essa nomenclatura vem do inglês *psi-related experiences*. Envolve experiências vivenciadas como paranormais, divididas em dois grupos, *Psi gamma* e *Psi kappa*.

Psi Gamma: Percepção extrassensorial, envolvendo a habilidade de recepção de informações pela mente, sem o uso dos sentidos físicos.

- Telepatia: Comunicação direta entre mentes;
- Clarividência: Conhecimento anômalo de eventos que acontecem a distância;
- Precognição: Conhecimento anômalo de eventos futuros. Pode ser através de intuição (revelação automática, rápida, sintética e não racional) ou sonhos premonitórios.
- Retro cognição: Conhecimento anômalo de eventos passados.

Psi kappa: Percepção extra motora envolvendo fenômenos de psicocinese, entendida como a ação da mente sobre a matéria (Targ & Schlitz & Irwin, 2013; Barros, 2022; Attig *et al.*, 2011).

F) Experiências de abdução por alienígenas:

São experiências caracterizadas por lembranças subjetivas e, no entanto, percebidas como reais, de ser levado contra a vontade por entidades não humanas para uma nave espacial e ali sofrer procedimentos físicos e psicológicos complexos, envolvendo exames, comunicação com os abdutores, *tour* guiado no objeto voador não identificado (OVNI), jornada a outros mundos ou outro lugar no próprio planeta (Bullard, 1987). Os exames físicos podem envolver a retirada de amostras de tecidos, procedimentos de reprodução com atividade sexual, coleta de óvulos ou esperma, implantação de embriões e a remoção de fetos (Jacobs, 1992). Os abduzidos relatam

acordar com o corpo paralisado, a percepção de lapsos de tempo, visualização de bolas de luz e o aparecimento de cicatrizes (Hopkins; Jacobs; Westrum, 1992).

Appelle, Lynn e Newman (2013) consideram que com base nessas descrições as experiências de abdução são dinâmicas, intrincadas, bastante elaboradas e ricas em detalhes ambientais com muitos eventos simultâneos de ordem psicológica, cognitiva, perceptiva e física.

G) Experiências de memórias de vidas passadas:

As experiências de memórias de vidas passadas envolvem a impressão de ser uma pessoa diferente da identidade atual, numa vida ou num tempo anterior. Acontece de maneira espontânea em crianças com idades entre 2 e 5 anos, sendo que elas não renegam as suas identidades atuais, relatando memórias e fatos ocorridos numa suposta vida anterior. As pesquisas de Ian Stevenson (1918-2007) realizadas e estudadas desde 1961, que reuniu os casos de mais de 2500 crianças de países e contextos culturais diferentes, se constitui no maior banco de dados existente sobre essas experiências. Essas memórias podem ser perturbadoras para as crianças enquanto estão acontecendo e se constituir em motivo de sofrimento para elas e para aqueles em torno, especialmente os familiares, devendo ser tratadas com bastante cuidado, ainda que pareçam não deixar marcas mais profundas ou produzir desfechos patológicos. Pesquisas longitudinais, acompanhando essas crianças ao longo do tempo devem ser realizadas para que os dados possam ser compilados e sua saúde mental acompanhada (Mills; Lynn, 2013).

A crença na reencarnação, parece ser um facilitador para que os relatos aconteçam. Budistas, hindus, alguns subgrupos muçulmanos e povos originários indígenas se constituem nos que narraram o maior número de experiências, ainda que os casos espontâneos não sejam muito comuns (Stevenson, 1986).

Terapias de regressão a vidas passadas baseadas em hipnose com o objetivo de curar sintomas físicos ou psicológicos no presente, causados por traumas ocorridos em vidas anteriores e médiuns que dizem obter as informações de pessoas falecidas também são fontes de relatos (Spanos, 1996; Weiss, 1988; Matlok, 1990).

Algumas questões metodológicas merecem atenção, o viés do entrevistador que pode ser um sugestionador das memórias, a inclinação do experienciador à fantasia, sendo muito facilmente sugestionável, além do seu grau de hipnotizabilidade (Mills; Lynn, 2013).

Com relação a etiologia dessas experiências devem ser observados aspectos como a criptomnésia, o esquecimento da fonte de informação reportada, a hipótese sociocognitiva em que a cultura e as crenças sobre a vida e a morte modelam as representações construídas pelas crianças e seus familiares sobre as memórias, além da percepção extrassensorial (Spanos, 1996).

No Brasil, com apoio da Fundação BIAL (Portugal), o Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde (NUPES) da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG), liderado pelo Prof. Doutor Alexander Moreira Almeida, está desenvolvendo o projeto “Levantamento nacional de casos sugestivos de reencarnação na população brasileira”. Cito aqui dois trabalhos recentes, frutos desse projeto, muito interessantes para àqueles que se interessem em um aprofundamento nos estudos sobre esse tipo de experiência, a tese de Carvalho (2023): Inquérito nacional de casos sugestivos de reencarnação na população brasileira adulta e a tese de Moraes (2024): Alegados casos de memórias de vidas passadas em crianças brasileiras, ambas realizadas sob a orientação de Moreira-Almeida na Universidade Federal de Juiz de Fora (MG).

H) Experiências de Quase Morte:

As experiências de quase morte (EQM's) são eventos psicológicos profundos com elementos místicos e transcendentais que costumam ocorrer com pessoas em risco de vida, situação de perigo emocional ou físico muito intenso, próximos da morte (Greyson, 2013). Também podem ser definidos como “eventos espirituais profundos que acontecem, de forma inesperada, a alguns indivíduos no momento da morte” (Moody; Perry, 1991, p. 11). Essa definição foi dada por aquele que cunhou o termo “experiência de quase morte” Raymond A. Moody (1944) em 1975. Incluem a sensação de inefabilidade, de viver uma experiência que supera a consciência pessoal e une a um princípio superior ou divino. Se, durante muito tempo as EQM's foram consideradas alucinações, hoje são objeto de pesquisas sérias em todo o mundo. Estima-se que um terço das pessoas que ficam à beira da morte, relatem EQM's (Greyson, 2013).

Os experienciadores, de acordo com estudos retrospectivos, são pessoas saudáveis psicologicamente, não apresentando grandes diferenças no que se refere ao grau de ansiedade, extroversão, neuroticismo, ainda que mais imaginativos, hipnotizáveis e sujeitos a lembrar de seus sonhos (Irwin, 1985).

Segundo Moody (1975, 1977) não existem dois relatos de EQM's idênticos, nenhuma das experiências coletadas por ele reunia mais do que 12 dos 15 elementos, nenhum desses elementos apareceu em todos os relatos e a ordem em que são narrados também varia de uma experiência para a outra. São elementos comuns e recorrentes nas experiências de quase morte em adultos, de acordo com os relatos estudados:

- Inefabilidade;
- Ouvir-se declarado como morto;
- Sentimentos de paz e tranquilidade;
- Ouvir barulhos estranhos;
- Ver um túnel escuro;
- Estar “fora do corpo”;
- Encontrar “seres espirituais”;
- Experimentar uma luz brilhante como um “ser de luz”;
- Revisão panorâmica da vida;
- Experimentar um domínio onde todo o conhecimento existe;
- Experimentar cidades de luz;
- Experimentar um domínio de espíritos desorientados;
- Experimentar um “resgate sobrenatural”;
- Sentir uma fronteira ou limite;
- Voltar “para o corpo”.

Elementos que acabam ocorrendo como consequência:

- Frustração ao relatar a experiência para os outros;
- Sutil “alargamento e aprofundamento” da vida;
- Eliminação do medo da morte;
- Corroboração de eventos testemunhados enquanto “fora do corpo”.

Se as experiências de quase morte, ainda que mais raramente, podem ser angustiantes, apresentando uma sensação de vazio ou presença demoníaca, as chamadas EQM's transcendentais podem gerar consequências bastante favoráveis para aqueles que as vivenciam, envolvendo crescimento da espiritualidade, maior apreciação da vida, aumento da compaixão e preocupação com o outro, propósito e

sentido para a vida, diminuição do medo da morte, que acabam por produzir implicações clínicas relevantes (Greyson & Bush, 1992; Greyson, 2007).

Aqui também, para aqueles que tenham interesse em se aprofundar no tema sugiro a leitura da tese de doutorado de Carunchio (2017), desenvolvida no Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciência da Religião da PUC-SP: “Experiência de Quase Morte (EQM): uma abordagem empírica”.

I) Experiências de curas anômalas:

No ocidente a biomedicina alopática é o paradigma de tratamento e cura dominante, amparado por instituições legais, econômicas e políticas. As perspectivas ocidentais de saúde, construídas no Iluminismo e tendo como base a filosofia do elementalismo que dividia o ser humano em corpo (*soma*), mente (*psique*) e espírito (*pneuma*), considerando que a doença em qualquer uma dessas partes pode ser tratada sem levar em conta as demais, lança os pressupostos básicos para a biomedicina alopática, com a exaltação do reducionismo, racionalismo e materialismo. Como consequência, experiências de cura que se desviam desse paradigma são consideradas anômalas, por estarem em desacordo com o diagnóstico, prognóstico e tratamento biomédico alopático. Também são chamados de alternativos, complementares ou não convencionais, ou seja, tratamentos usados para complementar ou como uma alternativa à biomedicina alopática, por não aderirem à estrutura econômica, política e legal predominante. São exemplos desses “tratamentos não convencionais” a acupuntura, eletroterapia, homeopatia, ayurveda, xamanismo, quiropraxia, entre muitos outros. (Krippner & Achterberg, 2013; Westgate, 1996). Durante muito tempo essas práticas foram consideradas “charlatanismo” (Barret e Jarvis, 1993). No entanto, Eisenberg *et al.* (1993) verificou que essas e outras terapias “não convencionais” estavam sendo utilizadas por dois em cada três pacientes estadunidenses.

Experiência de cura anômala pode ser definida como uma vivência em que a cura de determinada doença, não pode ser atribuída a tratamentos médicos convencionais ou se desvia do esperado, em termos de evolução natural para o quadro clínico do paciente em tratamento, cuja explicação não pode ser dada de acordo com o *mainstream* científico vigente (Krippner, Achterberg, 2013).

A literatura identifica três termos descritivos que podem ser considerados sinônimos de experiências de curas anômalas, são eles: recuperações notáveis

(Hirshberg; Barasch, 1995), mudanças em processos corporais imutáveis (Barber, 1984) e remissões espontâneas (O'Regan; Hirshberg, 1993). Outros termos que se referem a procedimentos responsáveis pelas curas anômalas são: cura magnética por imposição das mãos, cura espiritual com assistência de entidades desencarnadas, cirurgia mediúnica, cura à distância, cura pela fé, oração dirigida, cura xamânica, entre outras (Edwards, 1953; Benor, 1994; Remen, 1996; Haynes, 1977; Dossey, 1993; Harner, 1980).

J) Experiências místicas:

Muitas vezes usado de forma desdenhosa ou depreciativa, o termo místico deriva do latim *mysticus* de mistério. Apesar das muitas definições existentes, os estudiosos concordam que essa experiência se diferencia da consciência ordinária, divergindo da realidade comum cotidiana, é uma vivência de caráter transcendental, envolvendo um sentimento de unidade com o cosmos que produz uma forte impressão de encontro com uma realidade superior. Raras, essas experiências acabam por se destacar como momentos marcantes e decisivos na vida daqueles que as experienciam (Cardena, Lynn, Krippner, 2013; Wulff, 2013).

Segundo Stace (1960) são experiências religiosas com características peculiares que permitem sua categorização de maneira específica.

Segundo Pratt (1920), na experiência mística, o indivíduo sente a presença do que ele considera ser uma realidade maior, com a objetividade e o senso de convencimento proporcionado por experiências sensoriais, mas sem a participação dos processos perceptivos comuns. Ele caracteriza essas experiências como sendo suaves ou extremas, considerando as suaves, apesar de menos perceptíveis e mais comuns, aquelas que produziram a maioria dos resultados positivos do misticismo.

Na experiência extrema, além dos elementos já elencados, são acrescentadas oscilações dramáticas envolvendo desde sofrimento doloroso e sensação de indignidade até a possibilidade de se alcançar alegria e felicidade em êxtase. De maneira geral essas experiências extremas são produzidas a partir de práticas que envolvem abstinência e austeridade, como flagelação, jejum e isolamento, provocando sensação de levitação, vozes interiores, visões e mudanças corporais anormais.

Imagens e linguagem erótica são comuns entre místicos mais extremados. Exemplo bastante conhecido é a descrição que Santa Tereza D'Avila (1515-1582) fez

de seu encontro com um anjo de rara beleza que repetidas vezes introduziu sua lança ardente em suas “entranhas”, fazendo com que ela gemesse com dor intensa, porém deliciosamente doce (Moller, 1965, p. 263).

De acordo com Wulff (2013), existem vários estudos empíricos que buscam conhecer mais profundamente as características e contextos dessas experiências, valendo-se de métodos diversos para coletar e analisar os dados, desde a realização de entrevistas até a aplicação de questionários e escalas psicológicas. Além disso enfatiza que essas experiências provocam efeitos transformadores e persistentes, envolvendo revisão de valores, crenças, diminuição do medo da morte e maior compaixão em relação às pessoas.

William James (1902-1985) identifica dois traços importantes nas experiências místicas, a *inefabildade*, ou seja, a impossibilidade de explicar-se satisfatoriamente essas experiências através de palavras, impondo-se a sua vivência para uma compreensão adequada, além de uma qualidade *71juda71ic*, um *insight* profundo, impositivo e estranho ao intelecto discursivo. Também distingue duas outras características: a *transitoriedade*, a experiência se desvanece em uma ou duas horas, ficando uma lembrança imperfeita, mas com uma sensação duradoura de valor, e a *passividade*, uma sensação de perda de controle, submissão a um poder superior, quando a experiência têm início.

Stace (1960) propõe, com base em estudos de fontes místicas hindus, taoístas, budistas, islâmicas, judaicas e católicas, um conjunto de características que definem as experiências místicas:

- A emergência de uma consciência unitária, indiferenciada, pura, que provoca o desaparecimento de objetos físicos e mentais da consciência ordinária;
- A experiência não é localizada no espaço ou no tempo;
- É marcada por um senso de objetividade ou realidade;
- Produz sentimentos de felicidade, paz, alegria e bem-aventurança;
- Independentemente do quão impactante, produz uma sensação de encontro com o divino, com o sagrado, com Deus;
- Sensação de vivenciar algo paradoxal, que se contrapõe as leis da lógica;
- Inefabilidade com uma totalidade percebida como externa e que, no entanto, a ultrapassa.

Essas características constituem o que Stace (1960), chamou de experiências místicas introvertidas, mais significativas e comuns na literatura existente a respeito do misticismo. As experiências extrovertidas diferem destas porque os objetos do mundo material não desaparecem e ao invés de atemporais e não espaciais, serem percebidas como “vida em todas as coisas” ou como uma subjetividade interior.

K) Experiências envolvendo sincronicidade:

O conceito de sincronicidade não foi estabelecido pelos autores de *Variedades da Experiência Anômala*, Cardéña, Lynn e Krippner, como um fenômeno anômalo, no entanto ele foi mencionado nos relatos dos psicólogos que participaram da pesquisa como um fenômeno envolvendo religiosidade e espiritualidade e como os demais fenômenos anômalos aqui descritos não pode ser considerado comum, apesar de ser vivenciado por uma quantidade considerável da população e não ser explicado pelo paradigma científico vigente.

Envolve a relação entre eventos que ocorrem simultaneamente, sem uma ligação causal aparente, mas que trazem significado para aqueles que os vivenciam. Criado por Carl Gustav Jung (1875-1961) está relacionado com a sua teoria dos arquétipos, para ele a sincronicidade interconecta estados internos da psique e eventos externos, proporcionando a percepção de uma ordem que é subjacente ao fluxo normal da vida, sendo que sempre haverá uma mensagem advinda dessas “coincidências misteriosas”. A sincronicidade tanto pode ser entendida como um evento aleatório ou intervenção divina (Penna, 2014).

Aspectos interculturais nas experiências anômalas

Existem poucas comparações interculturais sistemáticas e a maioria das pesquisas existentes foi realizada em países de língua inglesa. Considerando a pouca atenção dada as diferenças culturais, é possível questionar se a descrição ocidental das experiências anômalas (EA's), baseada majoritariamente em amostras WEIRD (ocidentais, brancas, educadas, industrializadas, ricas e democráticas) que as definem como incomuns ou excepcionais pode ser considerada totalmente válida. É a cultura que costuma definir o que é comum e o que é anômalo, sendo fortemente influenciadas por fatores religiosos e políticos. Se alguns grupos religiosos, como os espíritas, estão abertos a integração das EA's vivenciadas por seus adeptos, outros

grupos, evangélicos por exemplo, poderão julgá-las negativamente desencorajando os seus relatos, por interpretar experiências de percepção de identidades anômalas como possessão demoníaca (Maraldi; Krippner, 2019).

Luke (2011), diz que quando governos restringem o uso de substâncias psicodélicas, conhecidas por induzir EA's, estão exercendo controle sobre práticas religiosas ou místicas. São formas de controle utilizadas por sociedades e diferentes grupos, que interferem, restringindo e moldando a percepção e o relato das EA's (Sala *et al.* 2018).

Maraldi e Krippner (2019) destacam as diferenças que a cultura e os grupos fazem nos relatos de experiências anômalas e, especialmente as dificuldades em distinguir a experiência das interpretações da experiência, avaliando as fontes culturais e experienciais relacionadas às EA's, delineando as implicações da pesquisa intercultural relacionadas à saúde mental.

1.10 INCIDÊNCIA DE EXPERIÊNCIAS REDEMA NO BRASIL E NO MUNDO

Como pôde ser percebido, existe uma íntima relação entre experiências religiosas, espirituais, dissociativas espirituais ou mediúnicas e anômalas, com limites nem sempre muito claros e muitas sobreposições. O grupo da unidade de pesquisa de experiências religiosas coordenado por Alister Hardy na Universidade inglesa de Oxford, analisou 3.000 relatos buscando encontrar características comuns, no entanto esses relatos apresentaram tantas nuances diferentes que não foi possível estabelecer um padrão (Hardy, 1979). Importante lembrar que uma determinada experiência será considerada religiosa, espiritual, dissociativa espiritual ou mediúnica, anômala ou comum, dependendo da interpretação dada pela pessoa, envolvendo suas convicções religiosas ou não religiosas em face de uma ocorrência subjetiva e geralmente contraintuitiva, que contraria as expectativas (Zangari & Machado, 2022).

Em culturas e países diferentes, entre eles Brasil, Estados Unidos da América, Islândia, África do Sul, Grã-Bretanha, Oriente Médio, Austrália e Ásia, a quantidade de pessoas que afirmaram ter vivenciado pelo menos uma experiência espiritual durante a vida é bastante elevada, variando de 50% a 80%, dependendo do país e da amostra (Maraldi; Krippner, 2019b; Targ; Schlitz; Irwin, 2000). A prevalência vem aumentando nos últimos 50 anos (Brook, 2021).

No Brasil, Monteiro de Barros *et al.* (2022), em estudo com uma amostra de 1053 pessoas, representativa da população geral e proveniente das principais regiões do país, encontrou que 92% dessa amostra teve pelo menos uma experiência espiritual/religiosa (EER) durante a vida. Considerando os 16 diferentes tipos de experiências avaliadas, 47,5%, quase metade da amostra, relatou pelo menos uma EER com frequência, independentemente da afiliação religiosa. Concluíram que exceção é não vivenciar EER's, sendo sua ocorrência comum em todas as camadas da sociedade, mais reportada por mulheres de meia idade. Identificaram também que a hipótese de marginalidade social, que associa esse tipo de experiências a minorias ou grupos socialmente marginalizados não se sustenta, considerando que as ocorrências de experiências não tiveram associação relevante com variáveis sociodemográficas como renda familiar, etnia e educação. Reichow (2017), buscando verificar a prevalência de experiências anômalas em quatro grupos diferentes da população brasileira, envolvendo médiuns (n=40), consulentes (n=36), pessoas com afiliação religiosa não mediúnica (n=40) e ateus (n=42), encontrou que 100% dos respondentes, com idades entre 18 e 64 anos, disseram ter vivenciado pelo menos uma experiência anômala. Torres (2016), verificando como evangélicos vivenciam experiências anômalas do tipo extra-sensório-motoras, usando o Questionário de prevalência e relevância de psi (Q-PRP), encontrou que 84,9% dos 126 respondentes relataram ter vivenciado ao menos alguma das experiências abordadas no questionário. Considerando o resultado encontrado nessas pesquisas envolvendo a prevalência da ocorrência desse tipo de experiência na população brasileira em geral, nos parece natural e esperado que elas sejam trazidas para a psicoterapia.

1.11 PSICOTERAPIA E RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Na psicoterapia paciente e terapeuta se reúnem, é um encontro entre pessoas que tem como objetivo compreender como o paciente percebe, sente, se posiciona e se comporta, frente aos fatos cotidianos da vida, num processo de diálogo entre interlocutores profundamente comprometidos na busca de identificar as mudanças necessárias, encontrar os meios, fazer os ajustamentos, num processo de reeducação que leve ao autoconhecimento e autoestima, de maneira que essa pessoa consiga se desvencilhar do sofrimento que o levou a procurar por ajuda terapêutica (PINTO, 2013). É uma aventura, que será vivenciada em conjunto, cabendo ao terapeuta ir

mostrando os caminhos possíveis, abismos, florestas, atalhos e pontes, belezas e dificuldades ao longo do percurso, desenvolvendo autonomia, senso de poder pessoal e a liberdade para escolher, dentre as várias possibilidades possíveis.

Como fenômeno humano, a religião pode ser entendida como uma dimensão relevante e marcante. Segundo Durkheim (1978), ela pode ser definida como um conjunto de representações e práticas revestidas de caráter sagrado, um sistema solidário de crenças, relativo a entidades sacras, que une em uma mesma comunidade moral todos os que a ela aderem. Religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião (Fleck et al, 2003). A espiritualidade não precisa estar necessariamente, vinculada a uma determinada religião ou a princípios religiosos, seria a busca pessoal por sentido e significado para a vida e pela solução dos problemas e questionamentos interiores (Leite; Seminotti, 2013), através de conceitos que transcendem aquilo que é tangível, além do relacionamento com o sagrado e/ou transcendente (Powell; Shahabi; Thoresen, 2003).

Na psicoterapia, a pessoa não traz apenas partes de si, vem como um todo, e desse todo faz parte a sua religiosidade, a sua espiritualidade, que implica em crenças, que determinam posturas e formas de lidar com os fatos cotidianos da vida, inclusive os mais estressantes e desafiadores. Conhecer e considerar as crenças espirituais e/ou religiosas do indivíduo facilita sua aderência ao tratamento psicoterapêutico, potencializando seus resultados.

Fatores culturais interferem na aceitação do paciente e no cumprimento de formas convencionais de psicoterapia, não se deve esquecer que há uma longa história de conflito entre religião e cuidados em saúde mental. Olhares e atitudes preconceituosas em relação à religião, por parte de profissionais de saúde mental, muitas vezes cegam os clínicos para os possíveis benefícios da abordagem e do uso de recursos relativos a religiosidade do paciente na psicoterapia. Da mesma forma, orientadores religiosos podem relutar em encaminhar membros de sua congregação para profissionais de saúde mental, especialmente para a psicoterapia, acreditando que ela poderia alterar suas crenças e atitudes religiosas. Muitos pacientes religiosos deprimidos, evitam a psicoterapia secular porque a consideram antipática às suas crenças religiosas, muitas vezes, se esquivam da psicoterapia porque sentem que a doença mental é vergonhosa e que procurar terapia significaria abandonar ou desvalorizar a sua fé. Pessoas religiosas podem se sentir culpadas por estarem doentes, deprimidas e, por isso, não abordam o assunto com seu sacerdote e/ou

grupo religioso, evitando buscar apoio dentro da sua comunidade de fé (Koenig, 2012).

Perce (2015), afirma que vários estudos com o objetivo de testar a eficácia de terapias que integrassem as crenças religiosas dos pacientes, foram testadas, variando muito em termos de desenho e rigor metodológico. Revisões sistemáticas mostraram a eficácia da Terapia cognitivo-comportamental (TCC), adaptada à diversas religiões, podendo facilitar o acesso de pacientes religiosos deprimidos, superando essa barreira ao tratamento (Koenig, 2012; Costa; Moreira-Almeida, 2023). No entanto, talvez mais importante do que desenvolver técnicas ou manuais de tratamento em que crenças religiosas sejam incorporadas, seja realmente necessário enfatizar que os profissionais psicólogos ouçam com atenção, respeitem e considerem as crenças e experiências religiosas que são trazidas pelo paciente no processo psicoterápico. Para além disso, se a religiosidade faz parte do cotidiano dos pacientes e é por eles considerada importante, então ela deve ser incorporada ao fazer psicológico, ao trabalho psicoterapêutico, para que eles não precisem temer serem julgados, patologizados, rotulados e diagnosticados incorretamente (Hamazaki, 2021).

A imensa maioria da população brasileira se diz filiada a alguma religião, isso indica a importância que a crença religiosa pode ter, na maneira como o indivíduo vê, entende e se coloca no mundo, influenciando suas percepções e impactando sua saúde mental. Apesar disso, essa temática tem sido pouco abordada na formação do profissional de saúde, especialmente na formação do profissional psicólogo, não obstante as frequentes demandas religiosas e/ou espirituais apresentadas por pacientes no contexto clínico e da existência de ferramentas conceituais e clínicas para o manejo desses conflitos de forma ética e profissional (Best; Butow; Olver, 2015).

Paulino (2019), em sua pesquisa que buscou aferir a religiosidade/espiritualidade em uma amostra de 4300 psicólogos brasileiros, encontrou que apesar de 78,3% deles declararem ter uma afiliação religiosa e 62% considerarem a religião benéfica para a saúde mental, uma maioria importante, 65%, afirmaram não considerar questões religiosas/espirituais relevantes para o tratamento proposto a seus pacientes. Acredita que isso se relacione com a falta de treino específico, especialmente durante a formação, para lidar com essas questões no atendimento clínico.

1.12 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NA FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO

Infelizmente, durante a graduação em Psicologia, praticamente inexistem disciplinas que instrumentalizem o profissional psicólogo para trabalhar questões relacionadas à religiosidade, espiritualidade e experiências REDEMA na sua prática clínica (Bubols, 2022).

Em 2018, das 596 instituições de ensino superior brasileiras onde podiam ser encontrados cursos de graduação em psicologia, apenas 62 ofereciam em sua grade curricular alguma disciplina, em sua maioria optativas, cujo título era sugestivo do estudo e/ou discussão desses temas, ainda assim abarcando de forma tangencial aspectos psicológicos da religiosidade ou o comportamento religioso, não podendo ser configuradas como disciplinas envolvendo a psicologia da religião (Michel, 2018).

Dos 94 programas de pós-graduação em psicologia afiliados à Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), apenas em 6 foram encontradas disciplinas pertinentes a psicologia da religião (Machado; Piasson; Michel, 2019).

No âmbito da formação e da atuação dos psicólogos brasileiros, esses conceitos são mal compreendidos e em muitas situações rechaçados, como se não pertencessem ao campo da Psicologia (Conselho Regional de Psicologia – São Paulo, 2016).

Percebe-se um desconforto generalizado entre psicólogos recém-formados no que diz respeito à relação entre religião e saúde mental, defendendo ou exprimindo a necessidade de uma suposta “neutralidade” diante da religiosidade de seus pacientes, expressa pelo receio e como salvaguarda que o isente de eventuais e temidas penalizações impostas pelos Conselhos Regionais de Psicologia, por um posicionamento ético inadequado (Assis & Medeiro, 2018; Luczinski, 2005). Receios advindos da falta de conhecimento adequado sobre esses temas, consequência de não fazer parte da formação acadêmica durante a graduação. Falta de informação/formação sobre conceitos como ética, laicidade, religiosidade, espiritualidade, entre outros, que provocam temor por não conseguir lidar com esses temas com a habilidade necessária e sofrer eventuais processos éticos e julgamento pelo Sistema Conselhos de Psicologia.

1.13 QUESTÕES ÉTICAS ENVOLVIDAS NA ABORDAGEM DE RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E EXPERIÊNCIAS REDEMA NA PSICOTERAPIA

O exercício da prática profissional do psicólogo brasileiro é regido por leis e decretos federais, a partir da regulamentação da profissão ocorrida em 27 de agosto de 1962. Por resoluções, notas técnicas e recomendações estabelecidas pelo Sistema Conselhos de Psicologia, envolvendo o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e os Conselhos Regionais de Psicologia (CRP's). E pelo Código de ética profissional, em vigor desde 27 de agosto de 2005.

O Código de Ética Profissional do Psicólogo estabelece em seu artigo 2º, alínea b: “Ao psicólogo é vedado induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito quando do exercício de suas funções profissionais” (CFP, 2022, p. 9). Essa alínea, única a se referir a religiosidade, orienta o profissional a se abster de fazer proselitismo religioso junto a seus pacientes, limitando-se a essa recomendação.

Em maio de 2013 a Assembleia de políticas, da administração e das finanças (APAF) do CFP, maior instância deliberativa do Sistema Conselhos de Psicologia, formado pelo CFP e pelos 24 Conselhos Regionais de todo o país, aprovou a nota técnica intitulada “Posicionamento do Sistema Conselhos de Psicologia para a questão da Psicologia, Religião e Espiritualidade”, fruto dos trabalhos desenvolvidos pelo Grupo de Trabalho (GT) Nacional Laicidade e Psicologia. No item XI encontramos:

Reconhecemos a importância da religião, da religiosidade e da espiritualidade na constituição de subjetividades, particularmente num país com as especificidades do Brasil. Neste sentido compreendemos que tanto a religião quanto a psicologia transitam num campo comum, qual seja, o da produção de subjetividades, entendendo ser fundamental o estabelecimento de um diálogo entre esses conhecimentos. Este fator requer da Psicologia toda cautela para que seus conhecimentos, fundamentados na laicidade da ciência, não se confundam com os conhecimentos dogmáticos da religião. Reconhecemos, também, que toda religião tem uma dimensão psicológica e que, apesar da Psicologia poder ter uma dimensão espiritual, ela não tem uma dimensão religiosa, o que nos remete à necessidade de aprofundarmos o debate da interface da Psicologia com a espiritualidade e os saberes tradicionais e populares, além de buscarmos compreender como a religião se utiliza da psicologia (CFP, 2016, p. 44).

No item XIII do mesmo texto temos:

Segundo orientações da OMS, a compreensão da integralidade dos seres humanos trazida por saberes tradicionais é perfeitamente articulável à trazida por saberes científicos. Daí a importância de colocar em diálogo os conhecimentos acumulados nesses dois âmbitos para maior compreensão das subjetividades e para maior conhecimento das interfaces estabelecidas pela Psicologia com outras ciências e com as religiões (CFP, 2016, p. 45).

Concluindo no item XIV:

Todavia, somos terminantemente contrários a qualquer tentativa fundamentalista de imposição de dogma religioso, seja ele qual for, sobre o Estado, a Ciência e a profissão e, a qualquer forma de conhecimento que procure naturalizar a desigualdade social, a pobreza ou o cerceamento dos direitos constitucionais. Por isso, não pouparemos esforços para garantir o estado de direito e as instituições democráticas, compreendendo ser essa a condição *sine qua non* para a manutenção e o desenvolvimento da saúde psicossocial da população brasileira, base para um processo saudável de subjetivação (CFP, 2016, p. 45).

Apesar de reconhecer a importância da religião, da religiosidade e da espiritualidade na constituição de subjetividades, parece que naquele momento a maior preocupação do CFP, aliás uma preocupação importante e legítima, foi em deixar clara a sua posição no que diz respeito ao seu repúdio a interferências e perspectivas de segmentos religiosos fundamentalistas no saber e fazer psicológico, especialmente no que tange ao proselitismo e a imposição de dogmas religiosos, reiterando a laicidade do Estado brasileiro e da profissão. Segundo Berni (2016), essa preocupação se constituiu a partir da influência de religiosos no parlamento brasileiro, que também são profissionais da psicologia e que equivocadamente qualificam a profissão a partir de sua crença religiosa, de sua confissão de fé, em flagrante desrespeito ao código de ética profissional da psicologia, fazendo uso da psicologia para alcançar suas aspirações pessoais, políticas e religiosas.

Ainda que muito importante, a preocupação do Sistema Conselhos com a laicidade e com os deslizes e desmandos da religiosidade fundamentalista relacionados à profissão, fizeram com que aspectos fundamentais das crenças, experiências e do comportamento religioso, esses também muito relevantes para o fazer psicológico, não recebessem a devida atenção. Aliás Théodore Flournoy (1854-1920), que estabeleceu o princípio da exclusão metodológica do transcendente já

manifestava justamente essas preocupações em relação à Psicologia da religião, que ela pudesse ser utilizada para validar crenças religiosas, confundindo-se com a teologia, ou o contrário, que acabasse servindo ao interesse de céticos dogmáticos e intelectuais que quisessem denegrir a religião usando teorias psicológicas ou fisiológicas, desconsiderando a sua importância (Flournoy, 1903).

Durante a fase de envio e recebimento de respostas do questionário on-line utilizado nessa pesquisa, recebi a seguinte mensagem que ilustra a consequência da falta de esclarecimento em relação a importância de considerar os aspectos relativos à religiosidade e espiritualidade no processo psicoterapêutico, fazendo com que os profissionais acabem confundindo laicidade com descrédito e/ou desconsideração dessas questões:

Boa noite Edson infelizmente não poderei te ajudar na pesquisa. **A minha abordagem e trabalho na clínica são comprovados por evidências científicas** (grifo nosso) e as técnicas são laicas, portanto não utilizo nenhum manejo religioso em meu trabalho, e não conheço nenhum colega psicólogo da (nome da instituição/universidade onde trabalha) que trabalhe nesta linha. Boa sorte abraço (Psicóloga respondente, novembro de 2023).

Ou ainda, o que respondeu um profissional psicólogo, a seguinte pergunta feita a ele no questionário on-line: “Na sua prática clínica, já houve relatos de seus pacientes sobre experiências religiosas/anômalas/dissociativas espirituais, vivenciadas por eles?”

Respondeu: “Sim, mas não darei (resposta/relato), pois acredito que isso fere o sigilo ético” (Psicólogo LGAG, 40 anos, gênero masculino, sem religião – docente), caracterizando no mínimo, uma confusão no entendimento dos conceitos de sigilo e ética no fazer psicológico, especialmente ao participar de uma pesquisa aprovada pelo comitê de ética da universidade e após ter lido e dado seu aceite no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ainda mais preocupante por se tratar de um docente.

Felizmente, ainda em 2013 durante o VIII Congresso Nacional da Psicologia, nas discussões sobre o tema da laicidade,

as(os) psicólogas(os) afirmaram a necessidade do Sistema Conselhos avançar na criação de espaços de diálogo para discussão da interface da Psicologia com a religião, a espiritualidade, as epistemologias não hegemônicas e os saberes tradicionais (Rosa, 2016, p. 7).

A categoria apontava que a Psicologia deveria garantir que seus saberes e práticas profissionais reconhecessem a religiosidade e a espiritualidade como dimensões constitutivas das experiências humanas, tendo por elas o devido respeito em face do multiculturalismo presente na história do nosso país (Rosa, 2016).

Em 2014, o CRP-PR, foi questionado pela categoria sobre a vinculação de confissão da fé religiosa à titulação de psicóloga(o). Por isso realizou debates junto à categoria paranaense, intitulados “A Psicologia e o Sagrado”. Esses debates resultaram na Nota técnica 001/2015, sobre a confissão de fé e a atuação profissional. Encontramos nessa Nota Técnica:

A(O) Psicóloga(o), nos diversos contextos de sua atuação, depara-se com questões que envolvem a religiosidade, devendo debruçar-se sobre elas, buscando a compreensão dessa experiência na vida dos sujeitos e auxiliando-os na superação do sofrimento humano.
[...] a religiosidade precisa ser encarada como parte do sistema de crenças, práticas e rituais do ser humano, os quais devem ser trabalhados com profissionalismo ético, conhecimento e habilidades para alinhar as informações coletadas ao benefício do sujeito que se apresenta.
Sendo assim, a ciência psicológica não pode se eximir do estudo da experiência do sagrado, mas deve ter cautela para não reduzir apenas a aspectos psicológicos ou instrumentalizá-la como prática profissional, pois tal redução descaracteriza o que há de mais essencial em tal experiência, que aquela dimensão do inefável, do inexplicável e do indescritível, ou melhor, de algo além da descrição. Não se trata de buscar afirmar ou negar a existência do sobrenatural, mas de aceitar essa forma da experiência humana como legítima e que nos coloca questões relacionadas ao comportamento humano e ao sentido que o humano dá à sua existência (CRP-PR, 2015).

Em 2016 o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo lança a coleção “Psicologia, laicidade e as relações com a religião e a espiritualidade”, um esforço coletivo, resultado de quatro seminários que reuniram 464 participantes de diferentes instâncias, envolvendo universidades (entre elas a PUC-SP), associações profissionais, associações culturais e associações acadêmicas, divididos em quinze grupos de trabalho, além de contribuições individuais para ações do CRP nessa área. Participaram autores dos estados do Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo, além do Distrito Federal e a União Latino-Americana de Entidades de Psicologia (ULAPSI). Essa produção coletiva trouxe em seu relatório-síntese 25 tópicos, divididos em 4 categorias, como recomendações à formação, postura e atuação dos psicólogos, discriminadas a seguir (CRP-SP, 2016):

I Quanto à formação e a atualização profissional

- 1) Compreender os conceitos de espiritualidade (busca de sentido) e de laicidade (valorização a todas as formas de crença, sem que estas interfiram na proposição de políticas públicas).
- 2) Buscar que seja inserida discussão acerca da laicidade da Psicologia e das relações entre Psicologia, religião/religiosidade e espiritualidade de forma transversal na graduação. Em nome de um laicismo exacerbado, os temas relacionados a religião, religiosidade e espiritualidade, em geral, não tem sido discutido; eles têm sido até mesmo proibidos de ser mencionados em contextos de formação acadêmica. Isso faz com que os estudantes fiquem confusos em relação a esses temas e acabem, futuramente, assumindo posturas ou realizando práticas inadequadas no âmbito profissional, dada a falta de esclarecimento. É fundamental conhecer para minimizar preconceitos, estigmas e práticas incorretas. Portanto, é preciso que essa temática chegue de maneira mais efetiva ao processo de formação (graduação) e em cursos de atualização para dar a conhecer o papel desempenhado pelas religiões/religiosidade e diferentes formas de espiritualidade na construção da subjetividade, sem prejuízo da laicidade da Psicologia.
- 3) Capacitar-se e atualizar-se continuamente, por meio de estudo e participação em eventos. Nesse sentido, enfatiza-se que o CRP deve realizar eventos e recomendar instituições idôneas que possam contribuir para essa capacitação/atualização, de modo a propiciar capacitação e atualização adequadas para que os profissionais possam atuar de forma qualificada em diferentes contextos, tanto nas políticas de Saúde quanto nas de Educação, entre outras.
- 4) Criar espaços de discussão sobre atuação profissional e espiritualidade, deixando claros os limites da Psicologia, o que são e quais os limites da religião e dos saberes tradicionais e populares. É fundamental abrir possibilidades de diálogo entre essas instâncias, a fim de perceber modos adequados de considerar os desejados aspectos de integralidade e

humanização na prestação de serviços de Saúde e participar de práticas compartilhadas por diferentes profissionais.

- 5) Enfrentar o fundamentalismo. Para isso, é básico o processo de capacitação para a qualificação do discurso, de modo a desconstruir argumentos reducionistas que confundem religião com espiritualidade (entendida no âmbito da busca de sentido para a vida) e seu uso em instituições de privação de liberdade, que contribuem para a violação de direitos.
- 6) Conhecer e respeitar a matriz religiosa brasileira, fundada nas tradições indígenas, africanas e cristãs, sendo fundamental distinguir as diferentes linguagens de sistemas simbólicos tradicionais/culturais, respeitando o sincretismo próprio do Brasil e da América Latina como elementos importantes na constituição da subjetividade.
- 7) Reconhecer que a religião tem sua importância, não precisando do apoio ou do reconhecimento da ciência para validá-la, afastando-se assim da ideia disseminada de oposição entre ciência e religião e aproximando-se da compreensão de seu papel de diálogo de uma possível complementaridade, ou entre esses dois tipos de saber no que se refere à compreensão da constituição da subjetividade humana.
- 8) Discutir o uso de símbolos religiosos em adornos pessoais e peças decorativas e em ambientes de atendimento psicológico. Há pouca ou nenhuma reflexão sobre o assunto, o que leva a postura do(a) psicólogo(a) a ser pautada por senso individual quanto ao que seria mais adequado.
- 9) Acautelar-se contra o fundamentalismo profissional e teórico (hegemônico). Para isso é importante não apenas o respeito às diferentes abordagens psicológicas, mas também discutir epistemologias não hegemônicas tanto nos processos formativos quanto nos de qualificação profissional.

II Quanto à produção do conhecimento

- 10) Estar atento e investir tempo na pesquisa do diagnóstico diferencial que distingue processos patológicos que possam estar ligados à religiosidade/espiritualidade e processos saudáveis/anômalos, às ainda que pouco comuns, não usuais ou que escapam à compreensão do *maistream*

científico. Nesse sentido, é essencial estudar aspectos das chamadas experiências anômalas e as formas de coping (enfrentamento) religioso para evitar o preconceito em relação a manifestações religiosas inseridas, em equilíbrio e harmonizadas com seus ambientes culturais.

- 11) Preterir os dogmas religiosos na busca da construção de conhecimentos e práticas profissionais em Psicologia. Na realização de pesquisas, como na prática profissional é preciso considerar a exclusão metodológica do transcendente, buscando o que há de humano no que se está investigando e/ou analisando, sem deixar de considerar o impacto do transcendente na vida das pessoas. Nesse sentido, perdem força as discussões ontológicas e ganham força as discussões fenomenológicas: o que importa, para o psicólogo, é como a vivência da fé e/ou da espiritualidade impacta a subjetividade ou o desenvolvimento das pessoas atendidas, e a avaliação do quanto isso pode ser saudável ou não. E ainda: considerando a construção de uma Psicologia latino-americana que atenda às necessidades do povo brasileiro, é preciso contextualizar a atuação e a compreensão do sujeito, minimizando os impactos de visões exclusivamente euro-estadunidenses.
- 12) Estudar a relação sexualidade-religiosidade, pois ainda há muito a ser compreendido no que se refere a essa temática.
- 13) Estudar mais a fundo o efeito placebo para melhor compreensão das terapias alternativas e complementares, bem como dos trabalhos de autoajuda.
- 14) Ter claro que a investigação científica acerca de alguma tradição ou cultura não implica necessariamente na validação de práticas pertinentes a elas para a aplicação em Psicologia ou em políticas públicas, pois cada uma mantém seu lócus pertinente entre os tipos de saberes, conservando suas peculiaridades e limites. Todavia é possível à ciência validar técnicas a partir de práticas tradicionais, além de abordar a dimensão psicológica de uma cultura ou tradição (Etnopsicologia) sem que essa abordagem, muitas vezes exploratória e restrita, implique a aplicação em larga escala para a população em geral. Assim, deve-se ter cautela para não permitir que a ciência seja usada indevidamente como fonte de validação da tradição.

- 15) Reconhecer que abordagens não hegemônicas, como as Psicologias Transpessoais, dialogam com a espiritualidade e podem servir de instrumento para a compreensão da constituição da subjetividade e do que dá sentido à vida dos sujeitos. Essas abordagens têm sido recorrentemente maculadas por profissionais sem formação qualificada, que, ao serem flagrados misturando ciência (Psicologia) e religião, atribuem suas práticas equivocadas à Psicologia Transpessoal como se isso as validasse. Isso tem contribuído para a desinformação e o preconceito contra essas abordagens.

III Atuação profissional

- 16) Compreender que a Psicologia, como profissão regulamentada, deve ser laica na atuação social – o que não significa menosprezo pela religiosidade/espiritualidade dos atendidos – com base na Ética Profissional e no respeito aos Direitos Humanos. Considera-se que ações de orientação e fiscalização devem ser enfatizadas no sentido de garantir a laicidade, a ética e o respeito aos Direitos Humanos na prática profissional do(a) psicólogo(a).
- 17) Reconhecer que, para atuar especificamente no contexto indígena, popular ou tradicional, são fundamentais o conhecimento e o respeito às peculiaridades da cultura. Para dar conta desses contextos de atuação, são essenciais as abordagens inter e transdisciplinares e a colaboração e o diálogo com diferentes saberes (racionalidades) de forma igualitária. Uma única disciplina é insuficiente para lidar com a complexidade da questão de contextos culturais diversos. São reconhecidos como básicos a compreensão e o respeito à alteridade e às práticas tradicionais dos sujeitos e coletividades atendidos pelos serviços.
- 18) Reconhecer a própria espiritualidade/religiosidade e atentar para a laicidade da prática profissional são ações fundamentais para que o(a) psicólogo(a) não confunda suas crenças com as dos usuários de seus serviços.
- 19) Atuar como psicólogo(a) nos contextos em que for contratado(a) ou solicitado como tal, sem oferecer outro tipo de atendimento que não seja o do âmbito da Psicologia. No caso de uma mesma pessoa exercer dois tipos de atividade – como psicólogo(a) e como terapeuta que use práticas

tradicionais/religiosas, por exemplo, é imprescindível que a atuação seja bem definida/delimitada e que as racionalidades distintas, pertinentes a cada tipo de atuação, não sejam vinculadas e não se confundam. Contextos específicos devem ser respeitados, assim como, e principalmente, a demanda de quem procura o serviço profissional.

- 20) Colaborar para a construção de políticas públicas que considerem os saberes tradicionais e populares que envolvem a espiritualidade e a religiosidade, sem excluir os praticantes tradicionais, ou seja, rezadoras, benzedadeiras, pajés, mães de santo, acupunturistas chineses etc. como colaboradores no atendimento à população, desde que aceitos por quem é atendido. Essas políticas, alicerçadas em práticas coletivas, reforçam a autonomia dos sujeitos e coletividades e se contrapõem às políticas que enfatizam enfoques reducionistas da dimensão individual, além de serem possíveis formas de auxílio no enfrentamento da medicalização da população em razão de interesses econômicos, em curso na sociedade brasileira.
- 21) Combater a terceirização dos serviços de Saúde em áreas de saberes tradicionais para organizações missionárias/religiosas que façam uso de seu lugar de fornecedor de serviços para doutrinar. Esse tipo de doutrinação afeta diretamente a imagem que se populariza das práticas tradicionais.
- 22) Compreender o papel de poder exercido pelo profissional na relação de ajuda profissional-usuário de serviços de Saúde. Nesse sentido, é de suma importância, tanto no trabalho de formação (graduação) quanto no de capacitação continuada (qualificação profissional): a) o estudo; b) o autoconhecimento (análise/terapia do profissional); c) diálogo entre os pares (grupos de estudo), e em diferentes níveis horizontal e vertical (supervisão/orientação) para o desenvolvimento do senso crítico.
- 23) Permitir que os usuários dos serviços de saúde – sejam serviços públicos, sejam particulares – possam expressar questões relacionadas a sua espiritualidade ou religiosidade, uma vez que fazem parte de sua subjetividade. O(A) psicólogo(a), no entanto, deve manter uma escuta qualificada, de acordo com os pressupostos da abordagem psicológica adotada.

24) Reconhecer a distinção entre assistencialismo, filantropia e responsabilidade social, para que o direito associativo, previsto na Constituição, seja praticado sem violar a ética profissional. Esse aspecto é importante ao se considerar a associação de profissionais que partilham de uma mesma fé para prestar serviços de atendimento psicológico à população. Não há problemas em tal associação, nem que sejam atendidas pessoas que compartilham das mesmas crenças dos profissionais – o que pode até facilitar a verbalização de questões pessoais e a formação de vínculo. No entanto, é inaceitável que o compartilhamento da mesma fé seja uma exigência para o atendimento profissional e que o atendimento profissional seja desvirtuado para uma prática de doutrinação ou divulgação de determinada crença religiosa. Cabe, nesse caso, o princípio básico da laicidade da Psicologia para a atuação profissional.

25) Compreender que ao Sistema Conselhos cabe regulamentar a atuação profissional do(a) psicólogo(a), ao passo que à comunidade científica e à sociedade cabe o reconhecimento de práticas e abordagens.

O CRP-MG, através da comissão de orientação em Psicologia, Laicidade, Espiritualidade, Religião e outros Saberes Tradicionais (CLEROT), lançou em 2019 a publicação “Psicologia, laicidade, espiritualidade, religião e outras tradições: encontrando caminhos para o diálogo”. Na apresentação consta:

O objetivo maior desse coletivo é pensar como a Psicologia, enquanto ciência e profissão, deve se relacionar com essa temática, contribuindo para que nossa compreensão do ser humano e nosso trabalho junto a este possa ser mais eficiente na promoção da saúde como condição bio-psico-social-espiritual, conforme preconiza a OMS (CRP-MG, 2019).

Em novembro de 2020, o CRP-MG realizou o I Congresso Mineiro Psicologia, Laicidade, Espiritualidade, Religião e Outros Saberes Tradicionais. Fruto dos trabalhos apresentados e das discussões realizadas durante o congresso, lançou em 2023 duas publicações bastante interessantes, envolvendo o tema: os “Anais”, englobando os textos completos das comunicações que foram apresentadas nos grupos de trabalho e “reflexões contemporâneas” que traz o compilado das conferências, mesas temáticas e narrativas expostas.

Dentre as conferências realizadas durante o congresso, destacamos: “A espiritualidade como conceito para a psicologia” e “A ética psicológica frente à realidade religiosa do mundo contemporâneo”. Já com relação às mesas temáticas tivemos “As questões étnico-raciais e o atravessamento com a religião e a espiritualidade” e “As questões de gênero e o atravessamento com a religião e a espiritualidade”.

Entre outubro de 2021 e março de 2022, o Conselho Federal de Psicologia promoveu o CensoPsi, um censo da Psicologia brasileira, intitulado “Quem faz a Psicologia Brasileira? Um olhar sobre o presente para construir o futuro”, que buscou caracterizar os psicólogos brasileiros. Participaram mais de 20 mil psicólogos, resultando em dois volumes publicados em 2022. Entre os vários temas e informações foram levantados dados sobre a religiosidade dos psicólogos brasileiros, resultando numa prevalência de católicos (32,9%), seguidos por espíritas (14,6%), protestantes (14,1%), matrizes africanas (3,5%), outras (2,5%), ateus (5%) e sem religião (27,3%), concluindo que “a Psicologia abriga uma grande diversidade de orientações religiosas, caracterizando-se como um universo da pluralidade também neste campo das crenças religiosas que se expande até um número expressivo que dispensa práticas religiosas” (CFP, 2022b, p. 49).

Em 06 de abril de 2023 o Conselho Federal de Psicologia publicou a Resolução número 7, de caráter mandatório, que estabelece normas para o exercício profissional em relação ao caráter laico da prática psicológica. Essa normativa é resultado das análises e reflexões do Grupo de Trabalho Laicidade e Psicologia, instituído pelo CFP e por CRP's. Esse colegiado também contou com a colaboração de profissionais da Psicologia pesquisadores da temática e o texto foi aprovado anteriormente, em dezembro de 2022 pela APAF, como já dito, a maior instância deliberativa do Sistema Conselhos de Psicologia. Diz a normativa:

Art. 1º A psicóloga e o psicólogo devem atuar segundo os princípios éticos da profissão, pautando seus serviços no respeito à singularidade e diversidade de pensamentos, crenças e convicções dos indivíduos e grupos, de forma a considerar o caráter laico do estado e da ciência psicológica.

Art. 2º A psicóloga e o psicólogo, no exercício profissional, devem utilizar princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional, **e considerar:** (Grifo nosso)

I – a laicidade como pressuposto do Estado Democrático de Direito, fundado no pluralismo e na garantia dos direitos fundamentais;

II – os aspectos históricos e culturais das experiências espirituais e religiosas; (grifo nosso)

III – a dimensão da religiosidade e da espiritualidade como elemento formativo das subjetividades e das coletividades; (grifo nosso)

IV – os aspectos históricos e culturais dos saberes dos povos originários, comunidades tradicionais e demais racionalidades não-hegemônicas presentes nos contextos de inserção profissional;

V – as vivências a-religiosas, agnósticas e ateístas de indivíduos e grupos.

Art. 3º É vedado à psicóloga e ao psicólogo, nos termos desta Resolução e do Código de Ética Profissional:

I – praticar ou ser conivente com **quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação**, exploração, violência, crueldade **ou opressão à crença religiosa;** (grifos nossos)

II – induzir a crenças religiosas ou a qualquer tipo de preconceito, no exercício profissional;

III – utilizar-se, ou favorecer o uso, **de práticas psicológicas como instrumentos de castigo, tortura ou qualquer forma de violência** que atentem **contra a liberdade de consciência e de crença religiosa**, ou que se baseiem em alegações de preceitos de fé religiosa; (Grifos nossos)

IV – utilizar instrumentos e técnicas psicológicas para criar, manter ou reforçar preconceitos, estigmas, estereótipos e discriminações em relação à liberdade de consciência e de crença religiosa; (Grifo nosso)

V – utilizar o título de psicóloga ou psicólogo associado a vertentes religiosas;

VI – associar conceitos, métodos e técnicas da ciência psicológica a crenças religiosas;

VII – exercer qualquer ação que promova ou legitime práticas de intolerância e racismo religioso contra indivíduos e comunidades de matriz africana, indígenas e tradicionais; (Grifo nosso)

VIII – exercer qualquer ação que promova fundamentalismos religiosos e resulte em racismo, LGBTI+fobia, sexismo, xenofobia, capacitismo ou quaisquer outras formas de violação de direitos;

IX – utilizar, como forma de publicidade e propaganda, suas crenças religiosas.

Como pôde ser percebido, a temática da religiosidade e da espiritualidade na sua interface com a Psicologia e o fazer psicológico, vem sendo discutida pela categoria a partir dos Congressos de Psicologia e no âmbito dos CRP's, impondo ao Sistema Conselhos de Psicologia a necessidade da criação de espaços de diálogo para discussão dessa interface e o estabelecimento de critérios claros para a atuação profissional com base nas discussões e reflexões realizadas até aqui, que culminaram nessa resolução. Considerando todas essas discussões, reflexões e normativas estabelecidas pelo Sistema Conselhos de Psicologia, não há por que o profissional psicólogo temer sanções por abordar os temas relacionados à religiosidade e espiritualidade de seus pacientes no processo psicoterápico, desde que busque os conhecimentos necessários para que essa abordagem seja realizada com o necessário cuidado e respeito à ética profissional e a religiosidade, espiritualidade ou irreligiosidade do outro.

Além dos cuidados relacionados à ética profissional, também é importante se debruçar com atenção ao que foi estabelecido no item 10 do relatório síntese dos Seminários realizados pelo CRP-SP:

Estar atento e investir tempo na pesquisa do diagnóstico diferencial que distingue processos patológicos que possam estar ligados à religiosidade/espiritualidade e processos saudáveis/anômalos, às vezes não usuais, pouco comuns ou que escapam à compreensão do *mainstream* científico (CRP-SP, 2016 v. 1, p. 267).

1.14 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE EXPERIÊNCIAS REDEMA E SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

Estabelecer critérios diagnósticos adequados para diferenciar experiências REDEMA saudáveis de sintomas psicopatológicos não é tarefa simples ou fácil. Como visto anteriormente, experiências REDEMA são frequentes na população geral, sendo que costumam envolver experiências saudáveis, sem relação com transtornos

psicóticos, mas que podem apresentar características muito semelhantes a sintomas dissociativos e psicóticos que correspondem a critérios de doenças mentais como a esquizofrenia e o Transtorno Dissociativo (Alminhana, 2013).

Os pesquisadores estadunidenses Stanislav Grof (1931) e Christina Grof (1941-2014) desenvolveram na década de 1980 os termos emergência espiritual e crise de emergência espiritual para diferenciar experiências de transformação pessoal identificadas com propósito de vida, ética e valores perenes, de experiências desorganizadoras que levam a sensação de fragmentação, desorganização, desagregação e caos. Para eles a emergência espiritual pode acontecer espontaneamente, ser provocada através de práticas de meditação e yoga, ou a partir de crises como a perda, o luto ou o adoecimento, consideraram que com acompanhamento terapêutico adequado, essas experiências podem proporcionar sentido e direção saudáveis, não tendo necessariamente uma conotação patológica, apesar de envolver sensações que podem ser bastante desagradáveis e difíceis de integrar na vida cotidiana. Quando isso acontece e a experiência não é contextualizada culturalmente por aquele que a vive, pode levar a quadros de desagregação (Grof, 1989; Lukoff *et al.*, 1995).

Estudos de experiências REDEMA, a partir do conceito de emergência espiritual dos Grof, realizados por David Lukoff, Francis G. Lu e Robert Turner, introduziram a categoria “Problemas religiosos ou espirituais” no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Associação Psiquiátrica Americana em sua quarta edição (DSM-IV), publicada em 1994, justamente buscando compreendê-las para auxiliar na realização de um adequado diagnóstico diferencial. Criaram a categoria V 62.89, com a denominação: “Problema Religioso ou Espiritual”, inserida na seção “Condições adicionais que podem ser foco de atenção clínica”, assim definida:

Essa categoria pode ser utilizada quando o foco de atenção clínica é um problema religioso ou espiritual. Exemplos incluem experiências angustiantes que envolvem a perda ou o questionamento da fé, questões psicoemocionais que envolvem a conversão para uma nova fé ou questões envolvendo valores espirituais. Essas questões religiosas ou espirituais podem ou não surgir em um contexto associado a uma instituição religiosa organizada (APA, 1994, p. 685).

Todas as versões anteriores do DSM fizeram referência a religiosidade, vinculando-a à sintomatologia patológica de transtornos mentais. A inclusão da

categoria V, trouxe como consequência positiva uma visão menos reducionista e não patologizante em questões religiosas e espirituais na terapia (Lukoff et al., 1998; Prusak, 2016).

Na versão mais recente do DSM, a quinta edição, publicada em maio de 2013, a categoria V 62.89 foi colocada na seção “Outras condições que podem ser foco de atenção clínica”, incluindo a “Entrevista de formulação cultural (CFI), uma ferramenta que pode ser usada para identificar problemas religiosos ou espirituais, considerando que foi idealizada como um instrumento de diagnóstico para lidar com estressores psicossociais, sejam eles equivalentes ou não aos conceitos culturais de angústia, para avaliação da religião ou espiritualidade de uma pessoa (Prusak, 2016).

Existem críticas aos conceitos sobre a esquizofrenia e aos critérios diagnósticos utilizados no DSM-V e na Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (conhecida pela sigla CID), na sua décima versão (CID-10), por considerar-se existir uma significativa distância entre o conceito tradicional tal como definido ali, e o conhecimento acumulado nas últimas décadas, em que as evidências mostram que o envolvimento religioso e as experiências REDEMA são costumeiramente associadas a desfechos positivos em saúde (Moreira-Almeida & Cardeña, 2011; Panzini & Bandeira, 2007).

A CID é um padrão reconhecido mundialmente para registrar informações de saúde e causas de morte. Em 2011, Moreira-Almeida e Cardeña fizeram uma recomendação para que a décima primeira revisão da CID, incluísse um texto com os seguintes parâmetros:

Considerando-se que crenças e experiências religiosas e espirituais podem afetar a saúde mental e a forma com que pacientes lidam com problemas e transtornos mentais, e que experiências espirituais saudáveis podem apresentar características que se assemelham a sintomas dissociativos e psicóticos, é recomendável investigar o contexto e as crenças, práticas e experiências espirituais e religiosas do paciente. É fundamental desenvolver a competência cultural e o raciocínio clínico para compreender o sistema de referência cultural do indivíduo e analisar a relevância clínica de experiências que podem se assemelhar a sintomas dissociativos e psicóticos. Profissionais clínicos devem estar cientes de que a maioria das pessoas que relatam experiências anômalas, psicóticas ou dissociativas, na realidade não sofre de transtornos psicóticos ou dissociativos. Alguns elementos (Tabela 1), embora não necessariamente presentes ou suficientes em si, são indicativos da natureza não patológica de tais experiências. Embora contraexemplos patológicos possam ser encontrados para cada um destes parâmetros (por exemplo, episódios catatônicos sem sofrimento psicológico), as variáveis descritas na Tabela 1 geralmente falam contra a presença de psicopatologia. Quanto mais destes elementos estiverem presentes, de modo geral, menor é a possibilidade de

que a experiência em questão esteja relacionada a um transtorno mental. (Moreira-Almeida; Cardeña, 2011, p. 27)

As variáveis descritas na “Tabela 1” mencionadas por eles, serão discriminadas mais à frente nesse texto.

A 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi endossada pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2019 e entrou em vigor globalmente em 1º de janeiro de 2022. No entanto, devido a necessidade de tradução e um longo processo de implantação e transição, ainda não está totalmente em uso no Brasil, com expectativa de que essa transição seja finalizada em 2025. As recomendações sugeridas por Moreira-Almeida e Cardeña foram consideradas no texto final.

Como visto, apesar de comumente não se relacionarem a transtornos mentais, as experiências REDEMA podem causar sofrimento transitório além de serem relatadas por pacientes psicóticos com alguma frequência, o que pode levar a iatrogenia e a diagnósticos errôneos levando a patologização de comportamentos saudáveis. É preciso estudar as relações entre espiritualidade e saúde mental para que essas experiências não sejam confundidas com episódios psicóticos (Moreira-Almeida & Cardeña, 2011).

Evidências sugerem que essa avaliação e diferenciação depende, ainda que parcialmente, de como a experiência é entendida no contexto em que é vivida, ou seja, dos critérios culturais usados para estabelecer essa definição naquele lugar e situação, o que acaba por relativizar culturalmente esses critérios, considerando que 93juda93ica93-los como normais ou não, vai variar bastante dependendo do contexto cultural e também do momento histórico considerado (Maraldi & Krippner, 2019; Luhrmann, 2020; Maraldi, 2023).

Moreira-Almeida e Cardeña (2011), consideram ser possível desenvolver critérios transculturais confiáveis para auxiliar no diagnóstico diferencial entre experiências REDEMA patológicas e não patológicas que possibilitem um manejo clínico adequado, estabelecendo para isso, algumas diretrizes a serem usadas como indicativos da natureza não patológica das experiências. Enfatizam que essas variáveis podem não necessariamente estar presentes ou serem suficientes em si mesmas, mas sugerem que quanto maior o número desses elementos for encontrado, menor será a possibilidade de a experiência ser patológica e estar vinculada a um transtorno mental.

As diretrizes estabelecidas por eles são:

A) Ausência de sofrimento psicológico:

A experiência não provoca maiores incômodos ao indivíduo, estando o sofrimento relacionado à doença. Entretanto, deve-se lembrar que em seus estágios iniciais as experiências REDEMA podem vir acompanhadas de sofrimento pessoal, que vão sendo superados à medida que a pessoa avança na compreensão e no controle da experiência. Por exemplo, em experiências EQM estudadas por Greyson (1997), após a experiência os indivíduos sentem raiva e depressão, tendo suas convicções religiosas abaladas, além de passarem a duvidar de sua sanidade mental, por se sentirem incompreendidos pelos familiares e profissionais de saúde mental. 75% deles terminaram seus casamentos e tiveram suas carreiras profissionais prejudicadas. O atendimento psicoterapêutico adequado, acompanhado pelo tratamento medicamentoso trouxeram compreensão da experiência vivida levando os pacientes a reestruturarem e retomarem suas vidas de forma significativa.

B) Ausência de incapacitações sociais ou ocupacionais:

A experiência não ocasiona prejuízo aos relacionamentos e atividades do indivíduo. Saúde psicológica costuma implicar em um ego estruturado que gerencia de forma adequada as relações afetivas, familiares, sociais e atividades ocupacionais. Entretanto, como referido por Lukoff *et al.*, (1995), existem casos em que indivíduos que vivenciaram uma experiência mística se sentiram temporariamente desajustados na vida cotidiana até que conseguiram compreendê-la e a partir dessa compreensão, puderam retomar a vida normalmente.

C) A experiência tem curta duração, acontecendo apenas eventualmente:

Não têm caráter invasivo sobre a consciência e/ou atividades diárias, cotidianas do indivíduo. Algumas podem ter uma duração mais longa, mas podem ser consideradas como um estágio no processo de desenvolvimento espiritual do indivíduo. Espera-se que a pessoa saudável passe pela experiência incomum e logo retome seu estado habitual de consciência e atividades usuais.

D) O indivíduo tem uma atitude de discernimento em relação à experiência:

É capaz de perceber a sua natureza incomum, anômala, sabendo que ela não é necessariamente compartilhada por outras pessoas. Surpreendida pela experiência religiosa ou espiritual, a consciência saudável refletirá sobre o sentido da experiência para si mesmo e sua vida, buscando compreensão sobre ela.

E) Compatibilidade com uma tradição religiosa:

As experiências encontram explicações e são compatíveis com os conceitos e práticas de um grupo religioso ou cultural estabelecido, ainda que não seja uma tradição local. Essa compatibilidade proporciona ajustamento social do experienciador com as práticas de um grupo, o que confere legitimidade e normalidade a vivência, acontecendo dentro do esperado. A surpresa e o desajustamento só serão sentidas até que essa compreensão aconteça.

F) Ausência de comorbidades psiquiátricas:

Ausência de outros transtornos ou sintomas que sejam indicativos da presença de transtornos mentais além daqueles relacionados com as experiências espirituais. Quanto as experiências que tenham similaridade com experiências psicóticas, embora possam ocorrer relatos de alucinações ou crenças incomuns, não se observam sintomas negativos ou que denotem desorganização;

G) Controle sobre a experiência:

O indivíduo tem capacidade para limitar a ocorrência de suas experiências a locais e momentos adequados, por exemplo durante os rituais religiosos, não permitindo que essas experiências ocorram em locais que pudessem promover perturbação às suas atividades cotidianas como no trabalho ou na escola;

H) A experiência proporciona crescimento, desenvolvimento pessoal e o auxílio a outros:

Ao longo do tempo, a experiência espiritual gera significados enriquecedores na vida pessoal, social e profissional. As experiências são direcionadas para autointegração e conquistas. A pessoa volta-se para o auxílio a outros, o que lhe proporciona sentido e objetivo social, interesses próprios de alguém socialmente ajustado.

Os autores reconhecem e enfatizam que o uso dessas diretrizes impõe demandas aos clínicos, lembrando que ignorar ou desconsiderar um corpo cada vez maior e mais robusto de evidências científicas poderia causar danos aos pacientes.

Como dito inicialmente, o diagnóstico diferencial entre experiências REDEMA e sintomas psicopatológicos não é fácil, exigindo esforços dos profissionais de saúde mental, especialmente no que diz respeito ao conhecimento, para lidar adequadamente com pacientes que referem a ocorrência dessas experiências.

Muitos pesquisadores têm se dedicado a estudar mais profundamente esses temas, a seguir alguns desses trabalhos cuja leitura poderá ser bastante interessante para aqueles que queiram se aprofundar e conhecer mais sobre o assunto. Essas pesquisas envolvem não apenas aspectos relacionados com o diagnóstico diferencial entre experiências REDEMA e psicopatologias com sintomas semelhantes, mas outros que investigaram as relações entre religiosidade, espiritualidade e a psicologia.

1.15 PESQUISAS ENVOLVENDO EXPERIÊNCIAS REDEMA E PSICOLOGIA.

A relação entre religiosidade, espiritualidade e psicologia tem se tornado um campo de interesse crescente, dado o impacto dessas dimensões na saúde mental e no bem-estar das pessoas. Embora muitos psicoterapeutas reconheçam a importância de abordar a religiosidade e a espiritualidade no contexto terapêutico, ainda faltam competências específicas e treinamento adequado para integrar essas questões de maneira ética e eficaz na prática clínica. A seguir, são apresentadas algumas das principais pesquisas que tratam dessas questões, oferecendo uma visão abrangente sobre o assunto:

- 1) Título: Religious beliefs, affiliation, and practices of clinical psychologists.

Autor: Edward P. Shafranske

Publicado em: Capítulo de livro SHAFRANSKE, Edward P. Religious beliefs, affiliations, and practices of clinical psychologists. In SHAFRANSKE, Edward P. (Ed.), Religion and the clinical practice of psychology. Washington: American Psychological Association, 1996. P. 149-162.

Objetivo: Aferir quais são as crenças, afiliações e práticas religiosas e espirituais dos psicólogos estadunidenses.

Método: Revisão bibliográfica

Resultados: Os psicólogos diferem da população em geral em todos os aspectos da religiosidade, são menos propensos a participar de religiões institucionalizadas, relatando que a religião tem menos importância pessoal em comparação com a população estadunidense. Não recebem educação através de estudos de pós-graduação em psicologia da religião ou treinamento clínico para lidar com questões religiosas.

Conclusão: Essa falta de formação impõe uma série de preocupações quando do tratamento de clientes cujo comprometimento seja relativo a religiosidade. Como os clínicos avaliam e compreendem a fé dos clientes, considerando a sua rejeição pessoal a tais crenças, dada a falta de formação para lidar com essa problemática.

- 2) Título: Experiências anômalas na vida cotidiana: Experiências extra-sensório-motoras a sua associação com crenças, atitudes e bem-estar subjetivo.

Autora: Fátima Regina Machado

Publicado em: Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

Objetivo: Verificar a prevalência de experiências anômalas extra-sensório-motoras (ou experiências psi) comparando características demográficas, práticas, crenças, religiosidade e níveis de bem-estar subjetivo de experienciadores e não experienciadores de psi.

Método: Elaborado e aplicado o Questionário de prevalência e relevância de psi (Q-PRP) com 35 itens, juntamente com a Escala de bem-estar subjetivo (EBES) de Albuquerque e Tróccoli (2004).

Resultados: Dos 306 respondentes com idades entre 18 e 66 anos, 82,7% alegaram ter vivenciado pelo uma experiência anômala extra-sensório-motora. Experienciadores indicaram que suas experiências psi afetaram suas atitudes, crenças e tomadas de decisão, essa influência está relacionada de forma significativa à atribuição de causalidade feita para as experiências psi vivenciadas.

Conclusão: Os dados foram discutidos em detalhes enfatizando-se a complexidade de suas associações e correlações, apontando tendências que deverão ser exploradas com maior profundidade em estudos futuros.

3) Título: Spiritual and religious competencies for psychologists

Autores: Cassandra Vieten (Institute of Noetic Sciences and califórnia Pacific Medical), Shelley Scammell (Institute for Spirituality and Psychology), Ron Pilato (Sofia University), Ingrid Ammondson (Institute of Noetic Sciences), Kenneth I. Pargament (Bowling Green State University) and David Lukoff (Sofia University).

Publicado em: Psychology of Religion and Spirituality/American Psychological Association, 2013.

Objetivo: Desenvolver e propor um conjunto de competências espirituais e religiosas necessárias aos psicólogos.

Método: Revisão de literatura, grupo focal com acadêmicos e clínicos e uma pesquisa on-line com 184 acadêmicos e clínicos com experiência na integração de crenças e práticas espirituais e religiosas na psicologia. Os participantes ofereceram sugestões sobre a redação de cada ítem e 105 psicoterapeutas licenciados e proficientes no lidar com espiritualidade, religiosidade e psicologia avaliaram a importância e a clareza de cada uma dessas competências.

Resultados: Chegaram num conjunto de 16 competências espirituais e religiosas envolvendo atitudes, conhecimentos e habilidades para lidar com as crenças e práticas espirituais e religiosas.

Conclusão: Todos os psicólogos deveriam receber treinamento e adquirir essas competências.

4) Título: Religiosidade e experiências anômalas no protestantismo brasileiro

Autora: Camila Mendonça Torres

Publicado em: Tese (Doutorado em Psicologia) Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.

Objetivo: Verificar se e como evangélicos vivenciam experiências anômalas do tipo extra-sensório-motoras, sob a ótica da Psicologia social.

Método: Utilizou-se o Questionário de prevalência e relevância de psi (Q-PRP) e entrevista dirigida, de forma a contemplar aspectos quantitativos e qualitativos do estudo.

Resultados: 84,9% dos 126 respondentes relataram ter vivenciado ao menos alguma das experiências abordadas no questionário. Respondentes tradicionais vivenciam menos experiências que respondentes neopentecostais. Respondentes tradicionais fizeram atribuição a “coincidência” e ao “poder da mente”, enquanto neopentecostais fizeram atribuições das experiências a Deus.

Conclusão: Os respondentes pentecostais se comportam como um grupo impreciso, ora aproximando-se dos tradicionais, ora dos neopentecostais. A pesquisa teve um caráter exploratório sendo que novos estudos devem ser realizados para aprofundar e testar as tendências encontradas.

- 5) Título: Estudo de experiências anômalas em médiuns e não médiuns: prevalência, relevância, diagnóstico diferencial de transtornos mentais e relação com a qualidade de vida.

Autor: Jeverson Rogério Costa Reichow

Publicado em: Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

Objetivo: Verificar a prevalência das experiências anômalas em amostra constituída por quatro grupos diferentes da população brasileira, médiuns (n=40), consulentes (n= 36), pessoas com afiliação religiosa não mediúnica (ARNM), (n=40) e ateus (n=42) de modo a conhecer os tipos de experiências vivenciadas e a sua relevância.

Método: Foi elaborado e aplicado o Questionário de prevalência e relevância de experiências anômalas (Q-PREA) com 43 ítems, juntamente com a Entrevista psiquiátrica de transtornos mentais (MINI-PLUS), Inventário reduzido Oxfor-Liverpool de sentimentos e experiências (O-LIFE-R), Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF) e o Instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada à espiritualidade, religião e crenças pessoais da OMS (WHOQOL – SRPB).

Resultados: Dos 158 respondentes com idades entre 18 e 64 anos, 100% alegaram ter vivenciado pelo menos uma experiência anômala. Prevalência superior

de experiências anômalas no grupo dos médiuns em relação aos demais grupos. O grupo ARNM foi o que relatou maior quantidade de mudanças de atitude em decorrência das experiências anômalas.

Conclusão: Os dados foram discutidos em detalhes, enfatizando-se a complexidade de suas associações e correlações. Os resultados apontam tendências que já foram encontradas em outros estudos devendo continuar a serem exploradas.

- 6) Título: Religiosidade/Espiritualidade em uma amostra nacional de psicólogos brasileiros: perfil e implicações na prática profissional.

Autora: Pedrita Reis Vargas Paulino

Publicado em: Tese (doutorado em Psicologia). Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais, 2019.

Objetivo: Investigar a religiosidade/espiritualidade (R/E) dos psicólogos brasileiros e suas repercussões na prática profissional.

Método: Levantamento nacional de psicólogos brasileiros através de questionário on-line.

Resultados: Dos 4.300 respondentes, a maioria é do sexo feminino, tem pós graduação e afirma ter afiliação religiosa (78,3%). A frequência dos sem religião é quase três vezes maior que o da população brasileira. Apesar de 62% dos profissionais considerar a religião benéfica para a saúde mental, 65% também afirma não considerar questões religiosas/espirituais relevantes para o tratamento. A Terapia cognitivo-comportamental como referencial teórico, é preditora da crença sobre o efeito benéfico da R/E para a saúde mental, enquanto que a Psicanálise e a Comportamental diminuem as chances de se considerar aspectos R/E benéficos.

Conclusão: Embora os psicólogos brasileiros, em sua maioria, possuam crenças R/E e considerem importante abordar esse tema na prática clínica, esses profissionais tendem a ser menos religiosos do que a população que atendem e não tem treinamento sobre como abordar a R/E na clínica. É necessário desenvolver competências e habilidades para uma compreensão e inclusão dessa dimensão na prática de cuidados em saúde mental.

- 7) Título: As religiosidades/espiritualidades do(a) paciente e do(a) psicólogo(a): Como conciliar? Um estudo sobre as percepções de pacientes e profissionais

da ABRAPE (Associação brasileira de psicólogos espíritas) acerca da abordagem da religiosidade/espiritualidade na psicoterapia.

Autora: Ercília Pereira Zilli

Publicado em: Tese (Doutorado em Ciência da Religião) Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 2020.

Objetivo: Verificar as percepções e demandas religiosas/espirituais (R/E) de pessoas que procuram atendimento psicológico na ABRAPE e avaliar como os(as) psicólogos(as) dessa instituição, que têm adesão religiosa declarada, respondem a eventuais demandas R/E no atendimento desses pacientes, levando em conta o Código de Ética do Psicólogo.

Método: Pesquisa quali-quantitativa utilizando o banco de dados de triagens de pacientes da ABRAPE, contendo dados sóciodemográficos incluindo afiliação religiosa e demandas R/E no atendimento (quando presentes) e as percepções acerca da abordagem da dimensão R/E no processo psicoterapêutico. Pesquisa qualitativa de grupos focais com 24 psicólogos(as) da ABRAPE para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais desse grupo. Dados de 2014 a 2017.

Resultados: Dos 4.819 pacientes a maioria apontou interesse em colocar as suas questões existenciais levando em conta a sua R/E. Os psicólogos relataram facilidade em lidar com as questões R/E dos pacientes devido a supervisão na ABRAPE e da capacitação recebida na instituição.

Conclusão: Foram discutidas as implicações dos resultados obtidos na prática clínica e as limitações metodológicas da pesquisa, esperando-se que novos estudos contribuam com essa temática, seja na instituição aqui pesquisada ou em outras onde os psicólogos tenham a sua afiliação religiosa declarada.

8) Título: Inserção da Espiritualidade/Religiosidade na formação de profissionais de psicologia no Brasil.

Autora: Adriana Patrícia Egg-Serra

Publicado em: Dissertação (Mestrado em psicologia). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2021.

Objetivo: Compreender como se dá a inserção do tema espiritualidade/religiosidade (E/R) na formação em psicologia e descortinar

possibilidade de tornar o conhecimento produzido nesse campo mais acessível aos futuros profissionais da área.

Método: Foram realizados quatro estudos envolvendo uma pesquisa teórica sobre a definição de espiritualidade na psicologia e as contribuições de Viktor Frankl para sua compreensão, dada a centralidade do conceito na obra do autor; um levantamento documental sobre o panorama atual de oferta de disciplinas ligadas à psicologia da religião nos currículos das universidades públicas de psicologia no Brasil; uma pesquisa de base heurística para descobrir qual seria o conteúdo mais apropriado para uma disciplina de psicologia e religião, que fosse relevante na realidade concreta dos futuros profissionais de psicologia; e um relato autoetnográfico da experiência de adaptação de uma disciplina de psicologia e religião ao ensino remoto, durante o período de suspensão do ensino presencial pela pandemia de Covid-19.

Resultados: Embora não haja uma definição clara do conceito de espiritualidade na psicologia, para Frankl a dimensão espiritual, na qual reside o princípio da liberdade, é característica constitutiva do próprio modo de ser humano. Essa dimensão possibilita o auto distanciamento das dinâmicas determinantes do destino e a autotranscendência, que faz com que se dirija para além de si mesmo na busca de sentido. Neste aspecto, embora a dimensão espiritual não se identifique com a vida religiosa, pode 102juda102-la em sua busca por um sentido último. Percebeu-se também que durante a formação em psicologia há uma grande carência de oferta de disciplinas ligadas ao tema da (R/E), presentes em apenas um quinto (20,8%) das instituições de ensino superior, sempre como optativas – sobre as quais não é possível precisar a regularidade de oferta – e com grande diversidade de temas abordados, tornando o conhecimento transmitido bastante difuso. Foi possível, ainda, delimitar uma proposta de currículo para uma disciplina de Psicologia e Religião, com base nas demandas apresentadas pela realidade empírica. Seu conteúdo servirá como aporte para o estudo sobre a percepção de estudantes acerca da interface entre psicologia e espiritualidade/religiosidade, a ser realizado futuramente. Por fim, realizou-se o registro da vivência de um período atípico na experiência de ensino-aprendizagem, atravessado pelos contratempos de uma pandemia mundial, que anuncia a possibilidade de reflexões e ressignificações por parte dos leitores.

Conclusão: A temática da R/E tem um longo caminho a percorrer para ser reconhecida e conquistar seu espaço na formação de profissionais da psicologia no

Brasil. Para isso é preciso pensar em estratégias mais eficientes de organização e divulgação do vasto conhecimento científico produzido na área. Este conhecimento precisa ser traduzido em respostas às demandas da realidade concreta de inserção dos futuros psicólogos em seu campo de atuação.

- 9) Título: Experiências espirituais e religiosas no Brasil: prevalência, características e implicações para a saúde mental.

Autora: Maria Cristina Monteiro de Barros

Publicado em: Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2022.

Objetivo: Investigar a prevalência, associação com fatores sociodemográficos, fatores de indução, processos de mudança religiosa e aspectos de saúde mental tais como ansiedade, depressão, qualidade de vida, otimismo e pessimismo vinculados com experiências espirituais e religiosas (EERs) no Brasil.

Método: Foram investigados 16 tipos de EERs, utilizando-se um questionário on-line autoaplicável, distribuído nas 5 principais regiões do país através do sistema de cotas. Foram coletadas informações sobre religiosidade através da aplicação da escala Duke religious index (DUREL), qualidade de vida (WHOQOL-breve), rastreamento de depressão (PHQ9), verificação de ansiedade (GAD7), além do teste de orientação de vida (TOV-R).

Resultados: Dos 1053 participantes da população geral, 92% tiveram EERs pelo menos uma vez na vida e 47,50% referiu ter ao menos umas das EERs frequentemente. As experiências isoladas mais frequentes foram: “Unidade com Deus ou algo maior que o indivíduo” (26,8%), “Ter uma intuição sobre algo” (18,6%) e “Ter usado a intuição para tomar uma decisão” (18%). As EERs espontâneas mostraram-se predominantes, mas as induzidas também foram observadas (22,70%). Os experienciadores identificaram mais de um indutor relacionado às experiências, que ocorreram principalmente em estados alterados de consciência (sonho, álcool e anestesia). EERs associaram-se à maior probabilidade de conversão religiosa e ter experiências mostrou-se inversamente associado ao ateísmo/agnosticismo. As EERs mostraram-se associadas e preditoras de sintomas de ansiedade, depressão, pior qualidade de vida física e psicológica ainda que a religiosidade não organizacional e intrínseca praticada pelos experienciadores produzam maior disposição ao otimismo e redução do pessimismo.

Conclusão: A relação entre EERs e saúde mental é multidimensional, fazendo conviver aspectos contraditórios em relação ao impacto que provocam. Os achados trazem implicações clínicas que são discutidas de forma detalhada e confirmam a complexidade e relevância do tema para a promoção de um cuidado integral em saúde.

10) Título: Manejo clínico de questões sobre espiritualidade, religiosidade e experiências anômalas na psicoterapia: identificação, capacitação e avaliação.

Autora: Milena Nardini Bubols

Publicado em: Tese (Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2022

Objetivo: Identificar e desenvolver competências de psicoterapeutas para o manejo clínico de questões relacionadas à religiosidade, espiritualidade e experiências anômalas.

Método: Foram desenvolvidos três estudos, que originaram quatro publicações: três artigos e um produto técnico (manual). O estudo 1 seguiu as recomendações da PRISMA. O estudo 2 teve um delineamento quantitativo transversal exploratório, com coleta de dados via Qualtrics. A elaboração do CRESEAP foi realizada em duas etapas. Etapa 1: fundamentação teórica; construção da versão preliminar; análise semântica dos itens por 10 juízes especialistas recrutados por conveniência. Etapa 2: estudo piloto com uma amostra de conveniência de 238 psicoterapeutas, recrutados por redes sociais (método snowball). Foram realizadas análises fatoriais exploratórias e de fidedignidade. O estudo 3 foi quase experimental, pré e pós-intervenção, com coleta de dados online com 46 psicólogos psicoterapeutas, que participaram de um treinamento online síncrono de 15 horas e responderam ao CRESEAP, à Escala ARES e aos itens Religiosidade Intrínseca da PDUREL antes e após a intervenção. Os dados foram analisados pelos testes Shapiro-Wilk, não paramétricos, Wilcoxon Signed Rank Test e correlação de Spearman.

Resultados: O primeiro estudo identificou as competências necessárias para o manejo clínico, as abordagens teóricas, técnicas e métodos utilizados na integração da espiritualidade na prática clínica, os tipos de transtornos psiquiátricos que podem ser tratados, além das vantagens e desvantagens da integração desses assuntos no tratamento de pacientes. O segundo estudo mostrou evidências de validade de

conteúdo e evidências iniciais de validade psicométricas do instrumento CRESEAP, que se mostrou eficaz na identificação de cinco fatores: 1. Abertura, acolhimento e consideração ao tema na psicoterapia; 2. A espiritualidade do psicoterapeuta na relação terapêutica; 3. Diagnóstico diferencial; 4. Investigação clínica; e 5. Autoconsciência. O terceiro estudo evidenciou a eficácia de um treinamento online para grupos pequenos de psicoterapeutas, indicando que as competências para o manejo clínico podem ser desenvolvidas, promovendo uma prática adequada e ética de psicoterapeutas. O quarto produto desenvolvido, trata-se de um manual de orientação e desenvolvimento das competências necessárias para o manejo clínico de questões relacionadas à religiosidade, à espiritualidade e a experiências anômalas para psicoterapeutas.

Conclusão: Verificou-se que é possível abordar esse tema no setting clínico com condutas baseadas em evidências científicas, através do desenvolvimento de competências para o adequado manejo clínico.

Após percorrer algumas pesquisas que são referência nesses estudos, demonstram o quanto o campo está avançando nos últimos anos e foram importantes para o delineamento desse trabalho, enfatizamos que o diagnóstico diferencial entre experiências REDEMA e sintomas psicopatológicos impõe desafios, exigindo esforços dos profissionais de saúde mental, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento de competências específicas para lidar adequadamente com pacientes que referem a ocorrência dessas experiências, integrando essas dimensões no tratamento.

1.16 COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS AO PSICÓLOGO PARA UM MANEJO CLÍNICO ADEQUADO NO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL DE QUESTÕES RELIGIOSAS.

O treinamento em competências multiculturais precede ou abrange o treinamento em competências envolvendo religiosidade e espiritualidade (R/E) na prática clínica do psicólogo, considerando que R/E são reconhecidas como aspectos importantes da diversidade humana (Crook-Lyon *et al.* 2012). O conceito de competência cultural se relaciona com a preocupação do profissional em atender eficientemente as necessidades de saúde das pessoas, considerando o contexto

cultural que lhe é significativo, envolvendo um conjunto de processos que abrangem conhecimento, consciência, habilidades e sensibilidade nesse atendimento (Damasceno & Silva, 2018; Salinas-Oñate *et al.*, 2022).

A Associação Psicológica Americana (APA), em suas diretrizes sobre educação multicultural, treinamento, pesquisa, prática e mudança organizacional para psicólogos, define cultura como:

Cultura é definida como os sistemas de crenças e orientações de valores que influenciam costumes, normas, práticas e instituições sociais, incluindo processos psicológicos (linguagem, práticas de cuidado) e organizações, mídias e sistemas educacionais (Fiske, Kitayama, Markus e Nisbett, 1998). Inerente a essa definição está o reconhecimento de que todos os indivíduos são seres culturais e têm uma herança cultural, étnica e racial. A cultura tem sido descrita como a personificação de uma visão de mundo por meio de crenças, valores e práticas aprendidas e transmitidas, incluindo tradições religiosas e espirituais. Ela também abrange um modo de vida estabelecido pelas forças históricas, econômicas, ecológicas e políticas de um grupo. Essas definições sugerem que a cultura é fluida e dinâmica, e que existem fenômenos culturais universais, bem como construções culturalmente específicas ou relativas (American Psychological Association, 2002, p. 8).

Segundo Sue *et al.*, (1992) e Arredondo *et al.* (1996) a competência cultural, deve ser organizada levando em consideração três eixos principais:

- A) Consciência cultural – Envolve a percepção e compreensão do profissional sobre a sua própria origem cultural, considerando que ela determina seus valores, atitudes, limitações e preconceitos relativos a culturas diferentes da sua, o que pode influenciar o diagnóstico, tratamento e os processos psicológicos dos pacientes;
- B) Conhecimento cultural – Se refere ao cuidado em saber sobre as heranças culturais, histórico e experiências de vida dos pacientes, especialmente daqueles que tenham uma cultura diferente da do profissional, buscando compreender como esses elementos afetam as escolhas, formação da personalidade, desenvolvimento de distúrbios psicológicos, entendendo a sua visão de mundo sem julgamento;
- C) Habilidades culturais – Vai determinar a capacidade do profissional para utilizar seu conhecimento e sensibilidade cultural no relacionamento com o paciente, comunicando-se adequadamente e integrando os elementos culturais do paciente, para um diagnóstico correto e proposta de tratamento terapêutico adequada.

Essas competências se estendem às diferenças culturais que envolvem religiosidade e espiritualidade. O reconhecimento da necessidade de manejo clínico da R/E dos pacientes, revela uma deficiência significativa na formação desse profissional, negligência acadêmica a essa temática e subaproveitamento ou desconsideração de conteúdos relevantes para os pacientes, podendo inclusive, caracterizar falta ética por parte dos psicólogos (Cafezeiro *et al.* 2023).

Bubols e Irigaray (2022) se debruçaram sobre as pesquisas realizadas por Vieten *et al.*, 2013 (*Spiritual and religious competencies for psychologists*); Pargament, 2011 (*Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*); Association for spiritual, ethical and religious values in counseling, 2021 (*Spiritual and religious competencies*) e Roxburgh & Evenden, 2016 (*It's about having exposure to this: investigating the training needs of therapists in relation to the issue of anomalous experiences*), para identificar competências básicas necessárias aos profissionais psicólogos para um manejo clínico adequado, quando questões envolvendo religiosidade, espiritualidade e experiências REDEMA surgem no processo psicoterápico. Lembram que essas competências envolvem atitudes, conhecimentos e habilidades que englobem as questões culturais de comunicação e de desenvolvimento humano, para uma correta avaliação, diagnóstico e tratamento.

A partir disso sugerem as seguintes competências, com algumas alterações realizadas por esse autor. O trabalho original realizado por elas pode ser encontrado em Bubols; Irigaray (2022):

- A) Ter respeito e empatia pela afiliação religiosa ou espiritualidade do paciente, independentemente de qual seja sua origem, religiosa ou secular, incluindo os relatos de experiências REDEMA.

Importante lembrar que demonstrar, respeito, empatia e estima pelo paciente, independentemente de qualquer característica sociocultural que ele possua faz parte da ética e da prática profissional do psicólogo. Isso deve incluir sua religiosidade ou irreligiosidade também, no entanto, pode haver dificuldades em ter empatia total, especialmente quando as crenças do paciente divergem muito das do profissional, nesses casos buscar por conhecimento, treinamento e desenvolvimento pessoal para adquirir essas habilidades, olhando com o devido cuidado para os próprios preconceitos, que muitas vezes nunca foram objeto de uma reflexão mais profunda, pode contribuir bastante.

- B) Compreender a religiosidade e/ou a espiritualidade do paciente como mais um aspecto psicossocial, elementos formativos da sua subjetividade, importantes e característicos da diversidade humana, assim como são a idade, etnia, sexualidade, gênero, status socioeconômico, limitações etc.

Infelizmente o código de ética profissional do psicólogo brasileiro ainda não faz essa menção. Esforços estão sendo feitos para o aprofundamento dessas questões no Sistema Conselhos de Psicologia, exemplo disso é a resolução nº 7 de 06 de abril de 2023 que estabelece em seu artigo 2º, inciso III que

A psicóloga e o psicólogo, no exercício profissional, devem utilizar princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional, e considerar a dimensão da religiosidade e da espiritualidade como elemento formativo das subjetividades e das coletividades (Conselho Federal de Psicologia, 2023, p. 1).

Os princípios éticos para psicólogos e código de conduta da Associação Americana de Psicologia, passou a constar em 2010, em seu princípio “E”, que os psicólogos têm a responsabilidade ética de conhecer, considerar e respeitar questões religiosas como um aspecto da diversidade multicultural, juntamente com gênero, raça, cultura, orientação sexual e outros (American Psychological Association, 2010).

- C) Entender que as crenças ou não crenças religiosas e/ou espirituais pessoais do profissional, além de experiências REDEMA, eventualmente vivenciadas por ele, pode influenciar sua prática clínica e suas atitudes, percepções e suposições acerca da natureza dos processos psicológicos do seu paciente. Importante estar atento e avaliar como ou se, essas crenças ou não crenças pessoais, podem influenciar negativamente sua prática profissional no cuidado com seus pacientes.

Por exemplo: Psicólogos religiosos que veem pacientes não religiosos como imorais, indignos de confiança. Psicólogos religiosos que entendem pacientes com tradições religiosas diversas da sua como equivocados, ludibriados, desprovidos de senso crítico. Psicólogos não religiosos que consideram as preocupações de ordem religiosa ou espiritual do paciente como algo menos relevante, menosprezando esse aspecto da sua visão de mundo, muitas vezes algo extremamente importante para o

paciente, que acaba não sendo adequadamente trabalhado ou sequer relatado pelo paciente por este não se sentir acolhido ou por medo de ser discriminado. Psicólogos não religiosos que consideram a fé do paciente como característica de uma inteligência débil, rigidez ou dificuldade de enfrentamento dos desafios (Gonsiorek et al., 2009).

- D) Conhecer a diversidade religiosa e espiritual da cultura em que seu paciente está inserido, além da fenomenologia das experiências REDEMA, para poder lidar no processo terapêutico com as crenças, grupos sociais, e práticas religiosas e/ou espirituais que sejam importantes para o paciente.

Quanto mais o psicólogo puder entender sobre aqueles com quem trabalha, compreendendo suas perspectivas e visão de mundo, que estarão alinhadas com o grupo social e cultural do qual ele faz parte, evitando estereótipos, mais provável será ter sucesso na construção de uma aliança terapêutica robusta, algo fundamental para que consiga realizar bem o seu trabalho (Vasquez, 2007).

- E) Conhecimento para identificar as diferenças e as semelhanças entre os conceitos de religiosidade e espiritualidade compreendendo as sobreposições e distinções existentes.

Como visto anteriormente religiosidade e espiritualidade não são sinônimos, são termos que designam conceitos diferentes, se a religião é um sistema que fornece conteúdo simbólico, ritual, doutrinário, moral, a religiosidade se refere há como a pessoa se apropria desse sistema, desenvolvendo seu senso e comprometimento religioso. A espiritualidade é um sistema independente, que pode inclusive ser desvinculado da ideia de Deus ou de concepções religiosas ou sobrenaturais, envolvendo busca pessoal por significado e sentido para a vida (Franco, 2013).

- F) Entender que os pacientes podem vivenciar experiências REDEMA consistentes com a sua religiosidade ou espiritualidade, sendo que muitas vezes será difícil diferenciar essas experiências de sintomas psicopatológicos.

É preciso ter o conhecimento necessário e a postura correta para a realização de um diagnóstico diferencial adequado, caso contrário o profissional irá considerar

sempre essas experiências como sintomas psicopatológicos de doenças ou transtornos mentais. A experiência mística, por exemplo, foi descrita como sintomática de regressão do ego, episódio psicótico, disfunção do lobo temporal e psicose borderline (Lukoff *et al.*, 1992). Poderá considerar as experiências como comportamentos doentes que precisam ser substituídos por comportamentos saudáveis ou um retorno regressivo ao narcisismo ilimitado ou um engajamento patentemente infantil (Freud, 1929). Dessa forma, cometerá o erro de rejeitar, ignorar ou negligenciar as crenças religiosas e/ou espirituais de seus pacientes.

G) Saber que afiliação, crenças, práticas e experiências REDEMA, podem mudar ou serem desenvolvidas ao longo da vida.

É importante entender que assim como outros aspectos da diversidade cultural, esses quesitos também não são estanques, estáticos, especialmente na cultura brasileira em que o trânsito religioso e a múltipla pertença religiosa são bastante comuns. Trânsito religioso se refere ao fenômeno da mobilidade, seja ela permanente ou não, entre duas ou mais religiões, um livre movimento entre expressões religiosas que envolve combinações e arranjos de acordo com os interesses religiosos da pessoa, que não se limita a simples circulação entre religiões, mas a um processo de ressignificação das crenças disponíveis no campo religioso (Sanchez, 2020). A múltipla pertença religiosa envolve diferentes tipos de configuração, caracterizadas por pessoas que afirmam pertencer a determinada religião, mas experimentam expressões religiosas diferentes; pessoas que declaram afiliação a uma religião, mas que exercem outra, costumeiramente devido ao medo do preconceito e da estigmatização, por exemplo pessoas que se declaram católicas, mas frequentam com alguma frequência rituais e práticas de religiões de matriz africana como a Umbanda ou o Candomblé; pessoas que vivenciam de forma integrada tradições religiosas diferentes; pessoas que não aderem a uma religião específica, transitando por mais de uma; e aquela que apesar de manter uma determinada pertença religiosa, utiliza elementos, símbolos e rituais de outras religiões (Ribeiro, 2018).

Assim, os psicólogos devem estar atentos ao desenvolvimento espiritual e configuração religiosa de seu paciente.

H) Aprender sobre os recursos e práticas espirituais ou religiosas revelados pela pesquisa científica que podem contribuir para o desenvolvimento de

bem-estar emocional e a recuperação de distúrbios psicológicos dos pacientes.

Existe um número significativo de pesquisas realizadas na área indicando que crenças e práticas religiosas e espirituais estão associadas a variados aspectos do bem-estar psicológico, além de intervenções clínicas eficazes que incorporam elementos das crenças religiosas do paciente. Essa competência objetiva encorajar os psicólogos a investigar o conhecimento que vem sendo desenvolvido nessa área, no sentido de conhecer os recursos religiosos e espirituais existentes para apoiar e melhorar seu trabalho psicoterapêutico, enfatizando que consiste em um processo contínuo de desenvolvimento profissional. (Vieten *et al.*, 2013)

- I) Saber identificar quando experiências REDEMA, práticas e crenças espirituais ou religiosas tenham potencial para impactar negativamente a saúde mental do paciente.

Apesar de recursos religiosos e espirituais costumeiramente serem relacionados com aspectos positivos para a saúde e o bem-estar psicológico das pessoas, também existe o *coping* espiritual negativo. *Coping* religioso descreve a maneira como os indivíduos usam suas crenças e elementos religiosos para lidar com o estresse e os desafios da vida, no caso do coping espiritual negativo essa forma de lidar acaba gerando consequências prejudiciais ao indivíduo tais como insatisfação em relação a Deus ou aos membros da sua comunidade religiosa, considerar o elemento estressor como uma punição divina, delegar a Deus a responsabilidade pela resolução dos seus problemas, questionando sua fé quando seus problemas não são resolvidos como ele gostaria etc. (Esperandio *et al.*, 2017; Panzini & Bandeira, 2007)

- J) Saber identificar questões éticas e legais relacionadas à religião, à espiritualidade e às experiências REDEMA que possam surgir ao trabalhar com os pacientes.

Lembrar que o Código de Ética Profissional do Psicólogo estabelece em seu artigo 2º, alínea b: “Ao psicólogo é vedado induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito quando do exercício de suas funções profissionais”, ou seja, o profissional, ainda que tenha sua própria religiosidade, deve se abster de fazer proselitismo religioso junto

aos seus pacientes. A Psicologia é laica, Psicologia da Religião é diferente de “Psicologia religiosa”, assim expressões como Psicologia católica, Psicologia cristã, Psicologia espírita, Psicologia umbandista, Psicologia do islã etc., são expressões incorretas que não tem reconhecimento pelo Conselho Federal de Psicologia, autarquia à qual os Conselhos Regionais estão subordinados, cuja atribuição é orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão de Psicólogo no território nacional, além de definir nos termos legais os limites de competência do exercício profissional, conforme os cursos realizados ou provas de especialização prestadas em escolas ou institutos profissionais reconhecidos, de acordo com a lei nº 5.766 de 20 de dezembro de 1971.

- K) Ter claro que o manejo clínico no tratamento psicoterapêutico deve ser condizente com a visão religiosa e espiritual do paciente, compreendendo que as crenças religiosas, espirituais e experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes fazem parte da sua visão de mundo, podendo impactar diretamente a sua saúde mental.

As crenças religiosas, espirituais, experiências REDEMA ou não crenças que importam na psicoterapia são as do paciente, portanto, o manejo clínico levará em conta e será estabelecido considerando a visão religiosa, espiritual ou secular do paciente, acolhendo seus conceitos e tratando-os com sensibilidade.

- L) Ter conhecimento e capacidade para o manejo clínico adequado no tratamento psicoterapêutico de pacientes das diversas origens, afiliações religiosas, espirituais ou seculares, crenças religiosas, espirituais e níveis de envolvimento religioso ou espiritual.

Conhecer e considerar os conceitos de coping religioso positivo e negativo de Kenneth Pargament (1950) e religiosidade intrínseca e extrínseca de Gordon Allport (1897-1967) no tratamento psicoterapêutico dos pacientes quando necessário.

O desenvolvimento dessa competência também implica no desenvolvimento de habilidades específicas para proporcionar tratamento eficaz e empático que considere a diversidade religiosa existente no nosso país. Acolhendo os conceitos e dando respostas com sensibilidade.

M) A religiosidade, espiritualidade, crenças religiosas ou seculares devem fazer parte da anamnese inicial no processo psicoterapêutico.

Assim como saber sobre a origem familiar, educacional, cultural, social, profissional do paciente, entre outras informações, fazem parte da rotina no trabalho clínico em psicoterapia e considerando que as crenças religiosas ou seculares do paciente também podem ser determinantes na sua visão de mundo, é importante que essas informações também façam parte da coleta inicial de informações sobre o paciente e sejam usadas na sua avaliação. Existem vários métodos para que essa avaliação seja feita (Hodge, 2006; Pargament, 2011; Plante, 2009; Puchalski et al., 2009; Richards & Bergin, 2005) devendo ser incluídas na prática clínica de rotina.

Perguntar sobre a religiosidade, crenças religiosas e espirituais, práticas, rituais e experiências REDEMA, buscando compreender a importância dessas questões na vida do paciente.

N) Ajudar os pacientes a identificar e usar recursos e práticas religiosas ou espirituais, internas ou externas, do arcabouço de suas crenças pessoais que podem contribuir para promover seu bem-estar emocional e a recuperação de sua saúde mental.

Os psicólogos podem auxiliar seus pacientes a explorar os recursos relacionados com suas crenças religiosas, sejam internos, por exemplo orações, ou externos, como apoio social da comunidade religiosa a que ele pertence.

Importante perceber que não se trata de direcionamento religioso ou espiritual, o que não cabe nem é de competência do psicólogo, mas ajudar o paciente a identificar por si mesmo como essas práticas podem ajudá-lo na superação de seus desafios, assim como habitualmente o psicólogo se utiliza das crenças seculares do paciente com o mesmo objetivo. (Shafranske & Sperry, 2005)

O) Saber identificar e abordar problemas e sofrimento psíquico ocasionados por questões espirituais, religiosas ou experiências REDEMA na prática clínica, realizando os encaminhamentos adequados quando necessário.

Há um consenso crescente de que psicólogos devem receber treinamento para poder reconhecer problemas provocados por questões religiosas ou espirituais e conseguir avaliar de forma competente a sua relevância no tratamento. Esses

problemas podem envolver perda ou questionamento da fé, mudanças constantes de afiliação religiosa, crenças R/E disfuncionais, conversão, envolvimento desfavorável com cultos religiosos, embates religiosos envolvendo risco de vida ou doenças terminais, dificuldade em lidar com experiências REDEMA etc. Psicólogos devem ter competência para reconhecer os limites de suas qualificações, sabendo diferenciar o sofrimento psicológico causado por questões religiosas que podem ser tratados em psicoterapia de questões espirituais que devem ser encaminhadas para dirigentes religiosos como padres, pastores, rabinos etc., trabalhando em conjunto com estes quando necessário (Lukoff et al., 1992; Cashwell, Bentley e Yarborough, 2007; Miltein & Yali & Manierre, 2010; Zinnbauer, 2013).

Richards e Worthington (2010) relacionaram um conjunto de situações que podem ocorrer durante o processo psicoterapêutico em que uma consulta ou o encaminhamento para dirigentes espirituais poderão ser indicados:

- O profissional está com dificuldade para entender ou se sente extremamente confuso em relação as crenças religiosas relatadas pelo paciente;
- Questiona se as crenças religiosas do paciente são saudáveis ou doentias e idiossincráticas;
- Considera que as crenças religiosas do paciente o mantêm emocionalmente refém;
- O paciente expressa sentimento de culpa que parece ter origem em violações de suas crenças e valores religiosos;
- O paciente manifesta o desejo de se reconectar com sua comunidade ou prática religiosa;
- O paciente trás questionamentos sobre Deus, outro poder superior ou rituais religiosos nos quais o psicólogo não tem conhecimento ou competência para ajudá-lo;

Essa relação de competências que os psicólogos devem buscar desenvolver para se capacitar, quando se trata de lidar com o sofrimento de pacientes que trazem questões religiosas ou espirituais para a psicoterapia não se esgota em si mesma, outras competências serão percebidas como necessárias e deverão ser

desenvolvidas. O saber psicológico, nessa como em todas as outras áreas deve conduzir a um aprendizado constante.

Passaremos agora a considerar um tópico bastante importante, considerando que esse estudo está sendo realizado num Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciência da Religião.

1.17 PSICOTERAPIA E CIÊNCIA DA RELIGIÃO: INTERFACES NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Estar em um Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciência da Religião, nos leva a fazer algumas reflexões e questionamentos extremamente relevantes: Os estudos em Ciência da Religião podem ajudar no trabalho do psicoterapeuta? A psicoterapia pode ser um campo de estudo para a Ciência da Religião?

Do ponto de vista fenomenológico, pode-se afirmar que a psicoterapia é uma atividade que se ocupa mais da espiritualidade do que propriamente do psiquismo, considerando que também se pode entender espiritualidade como um mergulho em si mesmo, numa descoberta de valores e significados pessoais, uma vivência que abre a possibilidade de produção de mudanças profundas e uma integração consigo e com o outro. Se a psicoterapia pode ser desenvolvida com base na espiritualidade, pode ocupar-se da espiritualidade, então ela se transforma num objeto de estudo bastante interessante para a Ciência da Religião, afinal a psicoterapia pode ajudar o sujeito a amadurecer espiritualmente, além da espiritualidade poder ser desenvolvida no seio da religiosidade (Pinto, 2013).

A religiosidade estabelece crenças e posturas diante da vida, devido a isso não há como ela se ausentar do *setting* terapêutico. A religiosidade do paciente, mas também a do terapeuta, na medida em que ele, geralmente também a possui, conduzindo as suas condutas, permeando a sua escuta e pondo a prova os seus valores. O encontro psicoterapêutico é permeado pelas religiosidades de ambos, paciente e terapeuta. Pensando nisso alguns cuidados parecem fundamentais, por parte do terapeuta: Acolher e conhecer a própria religiosidade, percebendo como ela permeia sua escuta, orienta seu olhar e determina seus valores, de modo a não julgar o paciente com base na própria religiosidade, escutá-lo e compreendê-lo empaticamente. Cuidado para não se permitir orientar a psicoterapia através da religião do terapeuta, ou pela falta dela, transformando-a num exercício de catequese,

ou ao contrário, antirreligioso. Conhecer e respeitar sem julgamentos, o universo religioso do paciente, entendendo em profundidade o sentido que essas crenças têm para ele. Abster-se de querer trazê-lo para o seu universo religioso, novamente tendo muito cuidado em não se afastar do agnosticismo metodológico.

No Brasil, muitas são as religiões existentes, cada uma trás ou mesmo impõe determinadas crenças aos seus adeptos, produzindo comportamentos religiosos diversos. Conhecer-las para poder lidar adequadamente com as dificuldades que as experiências REDEMA produzem nos pacientes, trazendo-os aos nossos consultórios e serviços de saúde, se faz fundamental. O estudo sistemático na Ciência da Religião produz um conhecimento generalista de várias religiões, lembrando a afirmação de Friedrich Max Müller (1823-1900), considerado um dos pais fundadores da Ciência da Religião “quem conhece apenas uma religião não conhece nenhuma” (Stern, 2022, p. 139; Costa, 2019, p. 24).

Considerando o exposto, concluímos que a Ciência da Religião pode ser fundamental no trabalho do psicoterapeuta, enriquecendo a sua cultura, através do contato com estudiosos e profissionais de outras áreas, trazendo pontos de vista e abordagens novas para o mesmo fenômeno, uma aproximação com o mundo religioso, com sua história, características, peculiaridades, não importando qual religião é o objeto de estudo naquele momento, ampliando também, sua compreensão sobre o sujeito religioso, suas dores, conquistas, ajudando-o a encontrar plenitude e saúde mental.

E para além de tudo isso, mas não menos importante, os estudos em Ciência da Religião desenvolverão no psicoterapeuta, pesquisador, a necessária humildade que se deve ter, quando se estuda ou se lida com o sagrado alheio.

1.18 CIÊNCIA DA RELIGIÃO E TEOLOGIA

Ainda considerando o desenvolvimento dessa tese no Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciência da Religião e que muito provavelmente, ou pelo menos esperamos que assim seja, será objeto de estudo para muitos psicólogos nem sempre familiarizados com a Ciência da Religião, me parece importante trazer informações sobre ela e suas diferenças em relação à Teologia. Segundo Stern e Costa (2017) Max Müller (1823-1900), filósofo e indólogo, considerado o pai da disciplina, concebe

a Ciência da Religião como uma disciplina comparativa que busca o conhecimento das religiões. Definindo-a ainda mais:

O termo Ciência da Religião refere-se a um empreendimento acadêmico que, sustentado por recursos públicos, norteado por um interesse de conhecimento específico e orientado por um conjunto de teorias específicas, dedica-se de maneira não normativa ao estudo histórico e sistemático de religiões concretas em suas múltiplas dimensões, manifestações e contextos socioculturais (Usarski, 2013, p. 51).

Empreendimento acadêmico, porque é uma matéria institucionalizada, que faz parte do sistema universitário, internacionalmente reconhecida. Considerada de interesse específico porque a diferença para as outras disciplinas que se empenham no estudo das religiões manifesta-se em um consenso sobre a legitimidade ou não de um problema de pesquisa do ponto de vista disciplinar envolvendo estudos empíricos e sistemáticos como tarefas da Ciência da Religião. Mantida por recursos públicos, considerando que é uma demanda pública a relevância prático-social da disciplina, o que inclusive, lhe proporciona status institucional. Religiões concretas, na medida em que os objetos de estudo da Ciência da Religião encontram-se no mundo empírico e representam sistemas simbólicos que transcendem o alcance de métodos cientificamente comprovados. Guarda uma postura epistemológica específica, fundada em um dever com o ideal de indiferença frente ao seu objeto de estudo, um posicionamento de neutralidade no qual não se questionará as verdades ou qualidades do objeto religião estudado, o chamado agnosticismo metodológico, uma investigação que objetiva aprofundar e aperfeiçoar o conhecimento sobre os fatos da vida religiosa sem fazer apologia a uma determinada crença religiosa. Essa perspectiva ética é condição básica para que o cientista da religião desenvolva seu trabalho (Stern e Costa, 2017; Usarski, 2013).

Já a Teologia pode ser entendida como uma especulação ou reflexão sobre uma realidade considerada como última, partindo de dados oferecidos por uma tradição espiritual específica (Lacoste, 2004).

“A Teologia é a fé mesma que se vertebrava, a partir de dentro, em discurso racional. É o desdobramento teórico da fé. É seu desabrochamento intelectual”. A fé é ao mesmo tempo princípio, objeto e objetivo da teologia. A fé está para a teologia como a seiva para a árvore (Boff, 1998, p.28).

O conceito de teologia pressupõe que o discurso teológico é uma verdade autorizada por Deus. Se fosse apenas um discurso sobre Deus, fundamentado em ideias e concepções humanas, considerando seus interesses e necessidades não seria teologia, apenas fruto da capacidade de criação imaginativa humana (Pannenberg, 2009).

A teologia pode ser definida como uma reflexão sistemática e crítica sobre o entendimento da fé. Encontra-se numa sequência de movimentos que terminam em Deus, configurando um tipo determinado de conhecimento, resultado de um esforço de compreensão empreendido pela inteligência humana. A teologia trata de Deus, mas mediado pela fé. Todo teólogo desenvolve os seus pensamentos e reflexões como membro da igreja, assume as angústias e problemas que residem na sua comunidade (Libanio; Murad, 1996).

Como função da igreja cristã, a teologia cristã deve servir às exigências desta igreja (Tillich, 2011).

Ao longo do processo de desenvolvimento e consolidação da Ciência da Religião, essa buscou emancipar-se da Teologia, buscando uma caracterização científica sem perspectivas apologéticas, confessionais e dogmáticas (Teixeira, 2013; Hock, 2010). Além disso, o crescente conhecimento de culturas variadas e de suas características religiosas, submetidas ao crivo de um pensamento científico eminentemente racional, contribuiu para a institucionalização da Ciência da Religião (Usarski, 2013).

De acordo com Greschat (2005), os cientistas da religião, ao contrário dos teólogos que prestam um serviço institucional, possuem certa liberdade científica e acadêmica, por não serem comandados e precisar prestar contas devido a uma hierarquia eclesial/religiosa. Isso possibilitaria escolher seu objeto de estudo com maior liberdade, limitados e constrangidos apenas – segundo ele – por falta de disposição, vontade ou incompetência. Claro que isso pode ser contestado, quando lembramos que em geral é uma pergunta crítica à tradição de origem que permeia ou dá origem ao fazer teológico, e que o cientista da religião também costuma estar vinculado a essa ou àquela instituição que o financia.

Na Ciência da Religião, a investigação tem como objetivo aprofundar e aperfeiçoar o conhecimento sobre os fatos da vida religiosa, o objeto de estudo é o fenômeno religioso. Ela é uma disciplina empírica (Hock, 2010), que têm um campo de conhecimento interdisciplinar, recebendo colaboração teórica de diversas áreas do

conhecimento: sociologia, etnologia, filologia, filosofia, história, psicologia etc. Essa interdisciplinaridade é fundamental no conhecimento produzido pela Ciência da Religião, visto ter se apropriado dos métodos utilizados pelas outras. Assim, os estudos apoiaram-se em questões como a origem e a essência da religião, sua língua e na comparação entre as religiões, usando como filtro a Psicologia, a Filosofia, a Antropologia, a Fenomenologia etc. As comunidades religiosas buscam desenvolver suas próprias instituições acadêmicas, onde a teologia confessional é a norma (Stigar, 2014).

Como a Ciência da Religião tem no fenômeno religioso seu objeto de pesquisa, não se fala de uma Ciência da Religião cristã. Na Teologia o objeto de estudo é a fé, o que condiz com uma Teologia cristã, Teologia do islã, Teologia espírita etc.

A Teologia cristã tem em seus representantes, um comprometimento costumeiro com o cristianismo, seja por uma referência religiosa pessoal ou material de análise privilegiado. Já a Ciência da Religião não impõe restrições quanto aos fenômenos que podem ser objetos de investigação, acercando-se de seus objetos sem motivos apologéticos ou missionários. Pelo contrário, os cientistas da religião podem e devem se ocupar de outras religiões que não a sua (Usarski, 2006; Greschat, 2005).

Segundo Greschat (2005), os teólogos costumam investigar a religião às quais pertencem, tendo como objetivo enriquecer e proteger essa religião. Quando estudam uma religião diferente da sua, o fazem a partir da própria fé, usando sua religião como referencial de pesquisa, avaliando se os outros sistemas estão mais ou menos em sintonia com os seus, mais próximos ou mais distantes.

O cientista da religião deve pautar sua postura e desenvolver como competência, enquanto pesquisador do campo religioso, a realização do seu trabalho de forma não etnocêntrica, tendo a capacidade da abstração religiosa de si, com o compromisso de um “ideal de indiferença” ou “exclusão metodológica da transcendência” em que o estudo científico das crenças, experiências e práticas religiosas vale-se de uma postura de agnosticismo metodológico (Flournoy, 1903; Usarski, 2006). Enquanto, do teólogo pode-se esperar um “Teísmo” metodológico, onde eventuais descrenças pessoais devem ser deixadas de lado realizando-se a avaliação dos aspectos religiosos de acordo com normas ou pressupostos ideológicos, dogmáticos, uma competência missionária, apologética.

Após esse olhar sobre as principais diferenças das duas disciplinas, a Ciência da Religião e a Teologia, uma reflexão ponderada nos leva a concluir que os cientistas da religião podem ser considerados especialistas em religião e os teólogos, religiosos especialistas. As duas disciplinas têm em comum a função de contribuir para o estudo das religiões, cada qual com suas abordagens e epistemologias. Como diz Usarski (2007) é importante distinguir a Ciência da Religião da Teologia, não para separar, mas para estabelecer um diálogo em que cada um se mantenha no seu lugar epistemológico, conhecendo os pressupostos e fundamentação teórica a partir da qual dará sua contribuição. O fenômeno religioso não é propriedade ou competência única dessa ou daquela disciplina, considerando que instiga e desperta o desejo de ser estudado pelas diversas áreas do conhecimento. Além do que, quanto mais nos debruçamos sobre os estudos sobre religiosidade, espiritualidade e saúde, mais vai ficando clara a importância de um olhar transdisciplinar, envolvendo o diálogo e trabalho conjunto entre pesquisadores de diferentes áreas e de líderes e/ou pessoas de referência dos diversos segmentos religiosos.

Agora que revisamos os aspectos e conceitos mais importantes que nortearam o desenvolvimento desse trabalho vamos a pesquisa empírica realizada.

CAPÍTULO 2 – PESQUISA

2 EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS, ESPIRITUAIS E ANÔMALAS VIVENCIADAS PELOS PSICÓLOGOS NOS ATENDIMENTOS CLÍNICOS: RELATOS DE PACIENTES E/OU PESSOAIS ALÉM DO MANEJO CLÍNICO.

2.1 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Neste capítulo vamos apresentar todas as etapas que envolveram a realização da pesquisa empírica que nos trouxe os dados necessários para alcançar os objetivos dessa tese, desde o início do seu desenvolvimento até os resultados que ela proporcionou.

Considerando os objetivos desejados, após a revisão da literatura envolvendo os principais conceitos abordados na pesquisa, foi elaborado um questionário on-line estruturado denominado “Abordagem de experiências religiosas/espirituais nos atendimentos clínicos: Relatos dados por psicólogas (os)”, para um estudo transversal exploratório, caracterizando uma *survey on-line*. Foi realizada em duas etapas, sendo que a primeira envolveu a construção de uma versão preliminar no *Google* formulários, análise por juízes especialistas e análise semântica dos itens, buscando evidências de validade de conteúdo. A validação foi realizada por psicólogos brasileiros especialistas na área, com conhecimento clínico e acadêmico, recrutados por conveniência. Esses profissionais avaliaram as perguntas do questionário, considerando a sua conformidade aos objetivos da pesquisa, escrita correta e adequação ao público, sugerindo algumas alterações, todas acolhidas e realizadas. Na segunda etapa, foi feito o encaminhamento do questionário on-line para psicólogos clínicos individualmente e para grupos que contivessem esses profissionais, principalmente por *WhatsApp*. Amostra não probabilística de conveniência pelo método *snowball* (bola de neve), em que os psicólogos que participam convidam outros psicólogos conhecidos para participar, encaminhando o link do questionário *on-line*. Dados coletados através de questionário construído na plataforma *Google* formulários, encaminhados e recebidos entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024.

2.2 QUESTIONÁRIO ON-LINE ESTRUTURADO

Questionário sociodemográfico para caracterização dos participantes do estudo, envolvendo dados relativos à identidade de gênero, idade, cidade e estado de residência, tradição religiosa, frequência da participação em atividades religiosas ligadas à sua tradição, formação acadêmica, atividade profissional principal, abordagem teórica utilizada na prática clínica, inscrição no Conselho Regional de Psicologia estar ativa ou não, tempo de atuação na psicologia clínica, ter tido ou não treinamento para lidar com experiências REDEMA na graduação ou na pós-graduação, a religiosidade/espiritualidade do paciente fazer parte da anamnese inicial no tratamento psicoterápico e, principalmente, a existência ou não de relatos de experiências REDEMA na sua prática clínica, sejam experiências trazidas ou vivenciadas pelo paciente na psicoterapia ou experiências pessoais do profissional, além do manejo clínico realizado.

Para a construção dos itens foram considerados os seguintes instrumentos:

- A) Questionário de Prevalência e Relevância de Experiências Anômalas Q-PREA (Reichow, 2017);
- B) Questionário sobre religiosidade/espiritualidade em psicólogos brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional (Paulino, 2019);
- C) Questionário de Competências para o Manejo Clínico de Religiosidade/Espiritualidade, Secularidade e Experiências Anômalas na Psicoterapia – CRESEAP (Bubols, 2022);
- D) Questionário Crenças, Práticas e Experiências Espirituais e Religiosas na População Geral (Monteiro de Barros, 2022).

Foi construída uma versão preliminar do questionário a partir da definição da conceituação teórica e dos instrumentos citados anteriormente, no que diz respeito aos dados relativos ao perfil sociodemográfico e as questões pertinentes para a investigação do relato e/ou ocorrência de experiências REDEMA no *setting* terapêutico durante o processo psicoterápico realizado por psicólogos brasileiros.

Definida a versão preliminar ela foi avaliada por três juízes independentes, psicólogos clínicos escolhidos intencionalmente, devido à sua produção como pesquisadores e comprovado conhecimento do tema religiosidade/espiritualidade e psicologia. Eles consideraram os seguintes critérios:

- Pertinência:

Compreendendo o grau de associação entre a experiência, de acordo com definições previamente dadas ao respondente e possíveis formas de ocorrência: experiência REDEMA vivenciada anteriormente e trazida pelo paciente para a psicoterapia ou ocorrência da experiência durante o processo psicoterapêutico, seja ela vivenciada pelo paciente ou pelo terapeuta.

- Adequação:

Clareza textual e semântica de forma a que não houvesse dúvidas por parte do respondente relacionada à compreensão das perguntas.

- Familiaridade:

Avaliação do grau de familiaridade que os respondentes teriam em relação aos relatos ou vivência das experiências REDEMA.

Todas as sugestões dadas pelos avaliadores envolvendo mudanças textuais para maior clareza e acréscimo de perguntas foram consideradas e acatadas, resultando no questionário definitivo encaminhado aos respondentes (Ver Apêndice B).

2.3 PARTICIPANTES

Na primeira fase desse estudo participaram três psicólogos considerados *experts* na área, com conhecimento clínico e acadêmico. Na segunda etapa, participaram 233 pessoas, que após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, resultaram numa amostra final para análise de 206 psicólogos clínicos.

Critérios de inclusão

Para a primeira fase foram convidados psicólogos considerados experts na área de estudos envolvendo religião, religiosidade e experiências REDEMA, com experiência na área clínica, escolhidos por conveniência. Para a segunda fase da pesquisa os critérios de inclusão foram: Assinalar a opção “Li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não tenho dúvidas e aceito participar”. Sem dar esse aceite a pessoa não conseguiria continuar preenchendo o questionário. Ser graduado em Psicologia, estando com o CRP válido quando dos atendimentos clínicos realizados e praticar ou já ter praticado a psicologia clínica no atendimento psicoterapêutico.

Critérios de exclusão

- A) Não ter terminado de responder o questionário: 19 respondentes iniciaram o preenchimento do questionário, mas não finalizaram, foram excluídos por essa razão;
- B) Não ser graduado em Psicologia: 4 respondentes foram excluídos por esse motivo;
- C) Não ter o CRP: 3 respondentes foram excluídos por esse motivo;
- D) Não praticar a psicologia clínica: 1 respondente excluído por esse motivo.

Dos 233 respondentes 27 foram excluídos por não atenderem os critérios de inclusão/exclusão, restando 206.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes da pesquisa foram informados dos objetivos, procedimentos e aspectos éticos da pesquisa, envolvendo a participação voluntária, possibilidade de desistência ou retirada do consentimento a qualquer momento sem nenhum prejuízo, esclarecimento de dúvidas, contato e informações acerca do comitê de ética em pesquisa da PUC-SP, inexistência de riscos à saúde e de qualquer remuneração financeira decorrente da participação na pesquisa, confidencialidade,

absoluto sigilo em relação à identidade e segurança em relação aos direitos legais do participante. O questionário e todas as respostas dadas ficarão armazenados no Notebook e no Google drive pessoais do pesquisador pelo período de 5 anos, após o que todas as informações serão deletadas. Esta pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo pesquisas com seres humanos previstas na resolução nº 466/2012, resolução nº 510/2016 e norma operacional nº 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo considerada de risco mínimo. Foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa da PUC-SP em 28 de setembro de 2023 sob o número de parecer 6.330.276 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 72728023.5.0000.5482 (Ver anexo I). A participação na pesquisa, através de respostas ao questionário on-line, só pôde ser feita após o participante ler o TCLE. Ao final do TCLE ele tinha a seguinte opção: “Ficaram claros e detalhados os objetivos da pesquisa ‘Abordagem de experiências religiosas/espirituais nos atendimentos clínicos: Relatos dados por psicólogos’. Sei que, caso deseje, posso a qualquer momento solicitar novas informações ou alterar minha decisão de participar como voluntário(a) da pesquisa. Concordo em participar desse estudo e, por isso, assinalo a opção: ‘Li o Termo de consentimento livre e esclarecido, não tenho dúvidas e aceito participar’”. Sem assinalar essa opção ele não poderia prosseguir, não tendo acesso às perguntas do questionário. (Ver Anexo II).

2.5 RESULTADOS

O objetivo da pesquisa foi aferir a ocorrência, identificando e caracterizando as principais experiências REDEMA, trazidas pelos pacientes ou vivenciadas por eles e/ou pelos psicólogos durante o processo psicoterapêutico, além do manejo realizado por esses profissionais para lidar com essas experiências. Essa aferição foi feita através de relatos dados pelos psicólogos no questionário on-line. Além disso, também responderam questões que propiciaram um levantamento do perfil sociodemográfico dos psicólogos respondentes. Tivemos 233 participantes no total, sendo que após a aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, ficaram 206 participantes, cujas respostas foram consideradas.

Para análise das informações resultantes das respostas dos psicólogos dadas ao questionário on-line, foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo estrutural e temática formulada por Bardin (2016), objetivando compreender os sentidos

manifestos e aspectos subjetivos encontrados nas respostas e relatos dados pelos respondentes da pesquisa.

A análise de conteúdo foi organizada em torno das seguintes etapas:

1) Pré-análise:

Teve como objetivo sistematizar as ideias iniciais, conduzindo a um plano de análise através do que ela chama de leitura flutuante. Nessa fase foi feita a leitura de todas as respostas e de todos os relatos dados, deixando-me invadir – como proposto por ela – pelas impressões trazidas por eles.

2) Exploração do material:

Nessa fase as informações obtidas a partir das respostas dadas ao questionário foram separadas e classificadas da seguinte maneira:

A) Perfil sociodemográfico:

Os dados envolvendo respostas dadas sobre o perfil sociodemográfico dos psicólogos, foram separados e categorizados. Esses dados foram subdivididos em 10 categorias assim discriminadas:

- Nome: Esses dados não serão divulgados ficando sobre guarda e responsabilidade do pesquisador;
- Telefone: Esses dados não serão divulgados ficando sobre guarda e responsabilidade do pesquisador;
- E-mail: Esses dados não serão divulgados ficando sobre guarda e responsabilidade do pesquisador;
- Identidade de gênero;
- Faixa etária dos participantes;
- Municípios de origem dos participantes;
- Estados de origem dos participantes;
- Religiosidade autodeclarada dos participantes;
- Múltipla pertença religiosa;

- Frequência com que participa de atividades religiosas da sua religião (Religiosidade organizacional);

B) Perfil profissional:

Os dados envolvendo respostas dadas sobre o perfil profissional dos psicólogos, foram separados e categorizados. Esses dados foram subdivididos em 6 categorias assim discriminadas:

- Formação acadêmica;
- Atividade profissional principal;
- Referenciais teóricos utilizados na prática psicoterapêutica;
- Múltiplos referenciais teóricos na prática psicoterapêutica
- Tempo de atuação como psicólogo clínico;
- Inscrição no Conselho Regional de Psicologia.

C) Religiosidade na prática clínica:

Os dados envolvendo respostas dadas sobre a religiosidade na prática clínica dos psicólogos, foram separados e categorizados. Esses dados foram subdivididos em 3 categorias assim discriminadas:

- Treinamento sobre como lidar com experiências religiosas/espirituais na prática clínica durante a graduação;
- Treinamento sobre como lidar com experiências religiosas/espirituais na prática clínica após a graduação;
- Espiritualidade/religiosidade fazer parte da Anamnese inicial do processo psicoterapêutico.

D) Relatos de experiências:

Os relatos dados pelos psicólogos em relação às experiências REDEMA, envolveram três grandes categorias:

- Experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes e trazidas para a psicoterapia;
- Experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia no *setting* terapêutico;
- Experiências REDEMA vivenciadas pelos psicólogos durante a psicoterapia no *setting* terapêutico.

Os relatos de experiências dados pelos psicólogos participantes foram classificados e reordenados em cada uma das três grandes categorias, considerando que houve relatos que os psicólogos atribuíram, por exemplo, como uma experiência trazida pelo paciente para a psicoterapia, quando na verdade ela foi vivida por ele no *setting* terapêutico.

Após essa reordenação os relatos selecionados para cada categoria acima foram lidos e separados de acordo com o tipo de experiência REDEMA relatada pelos profissionais, resultando na elaboração de mais 4 subcategorias para nova categorização dos relatos dados, conforme discriminado a seguir:

- Experiências religiosas (ER);
- Experiências dissociativas espirituais ou mediúnicas (EDEM);
- Experiências anômalas (EA);
- Experiências Psi (EPSI);

Além dos relatos analisados de acordo com as subcategorias acima, também houve relatos que não envolveram experiências REDEMA. Foram correlacionados pelos profissionais à religiosidade/espiritualidade, no entanto, não se tratou de experiências REDEMA. Para esses relatos foram criadas 2 subcategorias:

- Envolvendo conflitos ou eventos atribuídos ou correlacionados à religiosidade/espiritualidade pelos profissionais;
- Envolvendo aspectos negativos, excesso de credulidade ou psicopatologias, vinculados à religiosidade/espiritualidade pelos profissionais.

E) Relatos de manejos realizados:

Foi solicitado aos profissionais que dissessem qual o manejo realizado por eles em cada experiência relatada.

Os relatos dados pelos psicólogos em relação aos manejos das experiências REDEMA no processo psicoterápico de seus pacientes, também envolveram três grandes categorias:

- Manejos de experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes e trazidas para a psicoterapia;
- Manejos de experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia no *setting* terapêutico;
- Manejos de experiências REDEMA vivenciadas por eles mesmos durante a psicoterapia no *setting* terapêutico.

Os manejos realizados pelos psicólogos relacionados as experiências REDEMA trazidas pelos pacientes, vivenciadas pelos pacientes no setting terapêutico e aquelas que não envolveram experiências REDEMA, foram lidos e separados, resultando em 6 subcategorias para nova categorização, conforme discriminado a seguir:

- Manejos realizados com acolhimento, empatia, respeito e/ou validando a experiência e/ou crenças do paciente;
- Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com o seu referencial teórico
- Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com o seu referencial teórico, invalidando a experiência;
- Manejos em que o profissional não soube como lidar com a experiência e/ou crenças do paciente;
- Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com a própria crença ou descrença religiosa;
- Manejos em que o profissional não validou a experiência e/ou crenças religiosas do paciente.
- Para análise e categorização dos manejos realizados pelos psicólogos quando vivenciaram as próprias experiências REDEMA durante a

psicoterapia no setting terapêutico, foram criadas as seguintes 4 subcategorias:

- Manejou a vivência compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, sem permitir que houvesse influência no processo psicoterapêutico do paciente;
- Manejou a vivência compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, utilizando-a no processo psicoterapêutico do paciente sem que ele percebesse;
- Manejou a vivência compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, utilizando-a no processo psicoterapêutico do paciente e compartilhando com ele;
- Manejou a vivência compreendendo a experiência REDEMA como um processo psicológico.

F) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Os resultados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos. Foram feitas operações estatísticas que permitiram estabelecer quadros de resultados que condensaram e colocaram em relevo as informações fornecidas pela análise. Também foram propostas inferências e interpretações de acordo com os objetivos previstos.

Os relatos das experiências vivenciadas pelos pacientes, experiências vivenciadas pelos psicólogos e todos os manejos realizados pelos psicólogos, foram examinados com a metodologia de análise de conteúdo de acordo com Bardin (2016).

Explicado como foram tratadas as informações relacionadas com as respostas dadas pelos participantes vamos ao seu detalhamento nos itens a seguir, começando por entender quem são e de onde vem os profissionais que participaram da pesquisa.

2.5.1 Perfil sociodemográfico

A caracterização do perfil sociodemográfico dos psicólogos participantes da pesquisa envolveu o levantamento das informações dadas em resposta às seguintes perguntas do questionário on-line:

A) Dados do participante:

- E-mail: Essa informação era opcional, a pessoa não precisaria preenchê-la obrigatoriamente para continuar respondendo o questionário. Todos os 206 participantes preencheram. Esse dado não será divulgado ficando em sigilo sob responsabilidade do pesquisador responsável.
- Seu nome: Essa informação também era opcional, a pessoa não precisaria preenchê-la obrigatoriamente para continuar respondendo o questionário. Apenas duas pessoas dos 206 participantes não preencheram seu nome, colocando apenas a inicial. Esse dado não será divulgado ficando em sigilo sob responsabilidade do pesquisador responsável.

B) Número do WhatsApp com DDD:

Todos os participantes preencheram. Esse dado também não será divulgado ficando em sigilo sob responsabilidade do pesquisador responsável.

C) Identidade de gênero:

Do total de 206 participantes que atenderam aos critérios de inclusão/exclusão, 151 (73,3%) se disseram pertencentes ao gênero feminino, 54 (26,2%) masculino e 1 (0,5%) respondeu como outro, conforme Tabela 1. Esse resultado corrobora a afirmação de que a Psicologia é uma profissão eminentemente feminina (Conselho Federal de Psicologia, 2022b), ainda que os números encontrados na amostra sejam um pouco inferiores aos encontrados no levantamento do CFP, que foi de 79,2% dos profissionais de psicologia serem mulheres.

Aproveito para lembrar que não ter usado a linguagem inclusiva de gênero, usando “psicólogas e psicólogos” sempre que essa palavra é mencionada não caracteriza desconsideração por essa característica da profissão, apenas optou-se pelo uso do masculino como genérico, abrangendo todos os gêneros (Tabela 1).

Tabela 1 – Identidade de gênero							
Feminino		Masculino		Outro		Total	
n	%	n	%	n	%	n	%
151	73,3	54	26,2	01	0,5	206	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

D) Faixa etária:

No que diz respeito a idade dos psicólogos respondentes, a grande maioria (77%) tem entre 31 e 60 anos de idade, sendo que a faixa etária que apresentou o maior número de profissionais foi entre 31 e 40 anos, com 63 (30%) da amostra. Estes dados são muito parecidos com os dados do Conselho Federal de Psicologia (2013), em que a maioria das psicólogas (76%), tinha entre 30 e 59 anos. A Tabela 2 abaixo, resume essas informações:

Tabela 2 – Faixa etária dos participantes		
Idades (anos)	n	%
23 a 30	21	10
31 a 40	63	30
41 a 50	51	25
51 a 60	45	22
61 a 73	26	13
Total	206	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

E) Local de residência:

A pesquisa alcançou participantes de 78 municípios em todos os 26 estados brasileiros mais Distrito Federal. A Tabela 3 abaixo discrimina os municípios e o número de profissionais participantes de cada um deles. Os municípios com maior número de respondentes foram São Paulo e Guarulhos, ambos no Estado de São Paulo. Lembrando que o pesquisador é domiciliado em Guarulhos e que ele é o município, sem ser uma capital de estado, com maior número de habitantes do país (Tabela 3).

Tabela 3 – Municípios de origem dos participantes

Município/Estado		Participantes	
		N	%
01	Aracajú (SE)	01	0,49
02	Araras (SP)	01	0,49
03	Barueri (SP)	02	0,98
04	Belém (PA)	02	0,98
05	Belo Horizonte (MG)	02	0,98
06	Blumenau (SC)	01	0,49
07	Boa Vista (RR)	03	1,46
08	Brasília (DF)	02	0,98
09	Campinas (SP)	02	0,98
10	Campo Grande (MS)	03	1,46
11	Campos de Holambra (SP)	01	0,49
12	Carapicuíba (SP)	01	0,49
13	Caruaru (PE)	01	0,49
14	Chapecó (SC)	01	0,49
15	Colinas do Tocantins (TO)	01	0,49
16	Contagem (MG)	01	0,49
17	Criciúma (SC)	01	0,49
18	Cuiabá (MT)	02	0,98
19	Curitiba (PR)	08	3,88
20	Divinópolis (MG)	01	0,49
21	Dourados (MS)	01	0,49
22	Engenheiro Coelho (SP)	01	0,49
23	Fortaleza (CE)	01	0,49
24	Florianópolis (SC)	01	0,49
25	Goiânia (GO)	02	0,98
26	Governador Valadares (MG)	01	0,49
27	Guarulhos (SP)	27	13,11
28	Imperatriz (MA)	01	0,49
29	Itaquaquecetuba (SP)	01	0,49
30	Itatiba (SP)	01	0,49
31	Jacareí (SP)	01	0,49
32	João Pessoa (PB)	01	0,49
33	Joinville (SC)	04	1,94
34	Juiz de Fora (MG)	01	0,49
35	Jundiaí (SP)	02	0,98
36	Macaé (RJ)	02	0,98
37	Macapá (AP)	01	0,49
38	Maceió (AL)	02	0,98
39	Mafra (SC)	01	0,49
40	Manaus (AM)	02	0,98
41	Maringá (PR)	01	0,49
42	Mauá (SP)	01	0,49
43	Mogi das Cruzes (SP)	02	0,98
44	Monte Alegre do Sul (SP)	01	0,49
45	Natal (RN)	01	0,49
46	Osasco (SP)	06	2,91
47	Ouro Preto (MG)	01	0,49
48	Palhoça (SC)	01	0,49
49	Palmas (TO)	03	1,46
50	Papanduva (SC)	01	0,49
51	Paraíso do Tocantins (TO)	01	0,49
52	Parauapebas (PA)	01	0,49
53	Petrópolis (RJ)	01	0,49
54	Porto Alegre (RS)	06	2,91

Município/Estado		Participantes	
		N	%
55	Porto Velho (RO)	01	0,49
56	Praia Grande (SP)	01	0,49
57	Rio Branco (AC)	02	0,98
58	Rio de Janeiro (RJ)	05	2,43
59	Rio Negrinho (SC)	02	0,98
60	Rio Negro (PR)	02	0,98
61	Sabará (MG)	01	0,49
62	Salvador (BA)	04	5,82
63	Santos (SP)	02	0,98
64	São Bernardo do Campo (SP)	02	0,98
65	São Gonçalo (RJ)	02	0,98
66	São José do Rio Preto (SP)	01	0,49
67	São José dos Campos (SP)	01	0,49
68	São Luís (MA)	03	1,46
69	São Paulo (SP)	43	20,88
70	Sorriso (MT)	03	1,46
71	Taboão da Serra (SP)	01	0,49
72	Taubaté (SP)	04	5,82
73	Teresina (PI)	01	0,49
74	Ubá (MG)	01	0,49
75	Uberlândia (MG)	02	0,98
76	Várzea Paulista (SP)	01	0,49
77	Viçosa (MG)	01	0,49
78	Vitória (ES)	02	0,98
Total de participantes		206	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Abaixo, na Tabela 4, os estados de origem dos psicólogos participantes da pesquisa. Importante fazer a ressalva de que tivemos a participação de psicólogos de todos os estados brasileiros, envolvendo os 78 municípios listados acima, no entanto, como o objetivo não era avaliar prevalência, considerando que o número de respondentes precisaria ser muito maior, não houve a preocupação de alcançar uma quantidade equitativa e/ou proporcional de profissionais por estado na amostra. O estado de São Paulo teve o maior número de participantes (n=104), enquanto estados como Amapá, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rondônia e Sergipe tiveram apenas 1 participante. Em 2022 o Brasil tinha 432.173 psicólogos cadastrados nos diversos Conselhos Regionais de Psicologia, sendo que o CRP-SP concentra o maior número de profissionais com 121.483 (28,1%), mais do que o dobro do segundo colocado, o CRP-RJ que tinha 51.605 profissionais e 68 vezes o número do CRP-TO com 1.764 psicólogos cadastrados (CFP, 2022b).

Tabela 4 – Estados de origem dos participantes			
	Estado	n	%
01	Acre	02	0,98
02	Alagoas	02	0,98
03	Amapá	01	0,49
04	Amazonas	02	0,98
05	Bahia	04	1,94
06	Ceará	01	0,49
07	Espírito Santo	02	0,98
08	Goiás	02	0,98
09	Maranhão	05	2,43
10	Mato Grosso	05	2,43
11	Mato Grosso do Sul	04	1,94
12	Minas Gerais	12	5,82
13	Pará	03	1,46
14	Paraíba	01	0,49
15	Paraná	12	5,82
16	Pernambuco	01	0,49
17	Piauí	01	0,49
18	Rio de Janeiro	10	4,85
19	Rio Grande do Norte	01	0,49
20	Rio Grande do Sul	06	2,91
21	Rondônia	01	0,49
22	Roraima	03	1,46
23	Santa Catarina	13	6,31
24	São Paulo	104	50,5
25	Sergipe	01	0,49
26	Tocantins	05	2,43
27	Distrito Federal	02	0,98
	Total	206	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

F) Religiosidade autodeclarada:

Para aferir a religiosidade ou irreligiosidade dos participantes, foi feita a seguinte pergunta: “Tradição(ões) religiosa(s) com a(s) qual(is) se identifica?” Foram dadas as seguintes alternativas de resposta: Catolicismo, Cristão protestante (luteranos, anglicanos, batistas, metodistas, calvinistas presbiterianos), Evangélico pentecostal/neopentecostal, Espiritismo, Umbanda, Candomblé, Budismo, Judaísmo, Hinduísmo, Islã, Seicho-no-ie, Messiânico, Sem religião, Ateu ou agnóstico e Outra. Foi dada aos participantes a possibilidade de indicar mais de uma religião, opção.

Dos 206 participantes, 185 (89,8%) disseram ter afiliação religiosa e 21 (10,2%) se disseram ateus, agnósticos ou sem religião.

Tivemos uma predominância de católicos n=40 (19,4%), seguidos por espíritas n=31 (15%), cristãos protestantes n=25 (12,1%), evangélicos n=15 (7,3%),

umbandistas $n=8$ (3,9%), judeus $n=3$ (1,5%), budistas $n=2$ (1%) e messiânico $n=1$ (0,5%). Houve 7 (3,4%) psicólogos que disseram ter outras religiões. Somando o número de protestantes e evangélicos ($25 + 15$) $n=40$ (19,4%), se igualam ao número de católicos. Chama a atenção os 53 psicólogos (25,7%), que disseram ter múltipla afiliação religiosa, indicando religiões diferentes, as vezes várias e alguns deles também dizerem ser ateus, agnósticos ou sem religião.

Dos psicólogos participantes, 6 (2,9%) disseram ser ateus ou agnósticos e 15 (7,3%) sem religião, somando 21 profissionais (10,2%). Além desses, outros 4 disseram ser ateus, 2 sem religião e outros 2 ateus e sem religião, perfazendo 8 (3,9%) profissionais que apesar de se autodenominarem assim, contraditoriamente, indicaram também alguma afiliação religiosa.

O número encontrado nessa pesquisa, 89,8% dos participantes dizendo ter alguma afiliação religiosa é muito próximo do encontrado em relação a população geral que é de 92% (IBGE, 2010). No entanto, essa amostra de psicólogos demonstra ter mais afiliação religiosa do que os 78,3% encontrados por Paulino (2019), em sua pesquisa com 4300 psicólogos, portanto mais abrangente e realizada para avaliar a religiosidade de psicólogos em geral. Já a pesquisa do CFP encontrou 67,7% da sua amostra com afiliação religiosa, 5% de ateus e 27,3% que disseram não ter religião (Conselho Federal de Psicologia, 2022b)(Tabela 5).

Tabela 5 – Religiosidade autodeclarada dos participantes		
Religião	n	%
Católicos	40	19,4
Espíritas	31	15,0
Cristãos protestantes (luteranos, anglicanos, batistas, metodistas, calvinistas e presbiterianos)	25	12,1
Evangélico pentecostal/neopentecostal	15	7,3
Umbandistas	08	3,9
Budistas	02	1,0
Hinduísmo	-	-
Candomblé	-	-
Judaísmo	3	1,5
Seicho-no-ie	-	-
Messiânico	1	0,5
Islã	-	-
Outra	7	3,4
Múltipla pertença religiosa	53	25,7
Sem religião	15	7,3
Ateu ou agnóstico	06	2,9
Total	206	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Como foi permitido aos profissionais assinalar mais de uma religião, deram um total de 276 identificações religiosas diferentes. Considerando os 206 respondentes da pesquisa, significa que muitos disseram se identificar com mais de uma religião, o que caracteriza a múltipla pertença religiosa de parte desses profissionais.

Observou-se que 53 profissionais (25,7%) responderam se identificar com mais de uma religião. Se considerarmos esses psicólogos, que fizeram 144 indicações diferentes de pertença religiosa, teremos o seguinte número de identificações religiosas: 69 (25%) identificações com o catolicismo; 63 (22,8%) com o espiritismo; 36 (13%) com o protestantismo cristão; 22 (8%) com o evangelicalismo; 27 (9,8%) com a umbanda; 23 (8,3%) com o budismo; 7 (2,5%) com o candomblé; 7 (2,5%) com o hinduísmo; 5 (1,8%) com o judaísmo; 2 (0,7%) com a seicho-no-ie e 7 (2,5%) com outras religiões. Interessante notar que o candomblé, hinduísmo e seicho-no-ie só foram citados em conjunto com outras religiões.

A combinação de crenças em religiões que têm diferenças doutrinárias marcantes, como catolicismo, budismo, espiritismo e candomblé, talvez reflita uma busca por complementaridade entre sistemas espirituais e filosóficos. Essa abertura pode indicar que esses psicólogos valorizam diferentes ensinamentos religiosos por suas contribuições à compreensão da existência, sem se prenderem a uma única doutrina. Como será visto mais à frente, esses profissionais que indicaram múltipla pertença religiosa também apresentam religiosidade organizacional, ou seja, a frequência com que participam das atividades da religião indicada bem menor, metade deles menos do que uma vez por mês, o que também pode ser interpretado como uma valorização dos conhecimentos das doutrinas para compreensão da vida sem compromisso com os rituais, cerimônias ou práticas religiosas.

Interessante notar os 8 indivíduos que responderam ter uma pertença religiosa e ao mesmo tempo serem ateus e/ou sem religião. Esse aparente paradoxo pode ser interpretado como reflexo de uma visão mais aberta sobre religiosidade, na qual as crenças ou práticas religiosas podem ser conciliadas com uma visão secular ou cética. Isso sugere que, para esses indivíduos, as categorias de “religioso” e “ateu” ou “sem religião” não são mutuamente exclusivas ou excludentes, mas podem coexistir como formas de explorar diferentes aspectos da espiritualidade ou da vida.

A tabela 6 abaixo resume essas informações:

Tabela 6 – Múltipla pertença religiosa													
Nº de psicólogos	Religião (Indicação dada pelos profissionais)												
	Católico	Espírita	Umbanda	Budismo	Protestante	Evangélico	Candomblé	Judaísmo	Hinduísmo	Seicho-no-ie	Outra	Ateu	Sem religião
1				x							x		
1	x	x	x							x			
1			x								x		
3	x	x		x	1								
1	x	x	x	x									
1				x								x	x
1		x	x	x									
4		x	x										
2		x		x									
1		x		x	x								
1		x		x					x				
1	x	x			x								
1						x							x
1	x	x			x							x	x
1								x			x		
1											x	x	
1	x		x		x		x					x	
1	x	x	x				x						
2	x	x	x	x					x				
6	x	x											
1	x	x							x				
1		x											x
1		x	x	x			x	x	x		x		
3					x	x							
1			x				x						
1	x			x					x				
1	x	x	x		x	x					x		
1	x	x										x	
2	x			x									
1	x		x										
1			x	x			x					x	
2	x				x								
1	x		x			x	x						
1	x				x	x							
1				x					x		x		
1	x	x		x						x			
1		x	x	x			x						
53	29	32	19	21	11	07	07	02	07	02	07	06	04
144												10	

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

G) Frequência com que participa das atividades religiosas:

Para aferir a religiosidade organizacional (RO) dos participantes, foi feita a seguinte pergunta: “Qual a frequência com que você participa das atividades da sua igreja, templo, centro, terreiro, roça, sinagoga etc.?”. Sendo dadas as seguintes alternativas de resposta: diariamente, mais de uma vez por semana, quinzenalmente, mensalmente ou menos do que isso. A Tabela 7 abaixo resume as respostas dadas:

Tabela 7 – Frequência com que participa das atividades religiosas da sua religião

Frequência	Religião											
	Católico	Espírita	Protestante	Evangélico	Umbandista	Budista	Judaísmo	Messiânico	Outra	Múltipla pertença	Ateu	Sem religião
Diariamente	3	-	-	3	-	-	1	-	-	-	-	-
Mais de uma vez/semana	8	14	16	8	1	-	-	-	2	16	-	1
Quinzenal	4	3	4	2	2	-	-	-	2	5	-	-
Subtotal	15 37,5%	17 54,8%	20 80%	13 86,7%	3 37,5%		1 33,3%		4 57%	21 39,6%	-	1 6,7%
Mensal	3	2	-	-	1	-	-	-	-	6	-	-
Menos do que isso	22	11	5	2	4	2	2	1	2	26	4	10
Não respondeu	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	2	4
Total	25 62,5%	14 45,2%	5 20%	2 13,3%	4 62,5%	2 100%	2 66,7%	1 100%	2 43%	32 60,4%	6 100%	14 93,3%
	40	31	25	15	8	2	3	1	7	53	6	15
206												

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Percebe-se que os evangélicos (86,7%), cristãos protestantes (80%), psicólogos com outras religiosidades (57%) e espíritas (54,8%), apresentam religiosidade organizacional mais alta, participando das atividades relacionadas a sua religião com frequência diária a quinzenal. Católicos (62,5%), umbandistas (62,5%), judeus (66,7%), budistas (100%) e messiânico (100%), tem frequência menor, uma vez por mês ou ainda menos do que isso. Ateus e os que disseram não ter religião, como esperado não frequentam, exceto por uma psicóloga que apesar de dizer não ter religião ainda assim disse ir a atividades religiosas mais de uma vez por semana. Considerando os números totais temos que quase metade, n=95 (46,1%), dos respondentes tem frequência relativamente alta as atividades de suas religiões, sugerindo uma religiosidade organizacional alta e talvez mais intrínseca, podendo significar que as crenças e atividades advindas da sua afiliação religiosa têm um alto grau relativo de importância para eles. No entanto, a maioria da amostra frequenta pouco, mensalmente ou menos do que isso, n=111 (53,9%), especialmente os católicos e os com múltipla pertença religiosa. Interessante notar que apesar de termos uma quantidade expressiva de profissionais que disseram ser católicos, essa aparente falta de compromisso com o comparecimento a missa ou celebração eucarística, parece indicar um certo catolicismo cultural ou popular brasileiro, em que a pessoa se identifica como católica, não necessariamente por causa de uma prática religiosa ativa ou uma adesão aos dogmas da Igreja Católica, mas por uma conexão com a memória cultural, tradições familiares e identidade social associada ao catolicismo, representado por uma massa de fiéis considerados ou auto intitulados

“não praticantes” que, apesar de não participar ativamente da vida da Igreja constituem a principal base desta confissão religiosa (Steil; Toniol, 2021). Nesse contexto, a religião atua mais como uma marca cultural ou histórica do que como uma prática religiosa cotidiana, se identificando como católico porque nasceu em família que se considera assim, foi batizado na Igreja Católica e/ou participou de ritos como a Primeira Comunhão ou o casamento na igreja. Os profissionais com múltipla pertença religiosa parecem valorizar os ensinamentos das diversas religiões por sua contribuição para a compreensão da existência, sem se comprometerem com rituais, cerimônias ou práticas religiosas formais. Quando consideramos o gênero, encontramos que os homens têm frequência menor, 33,3% de diária a quinzenal *versus* 51,7% das mulheres.

2.5.2 Perfil profissional

A) Formação acadêmica:

Considerando que a pesquisa está sendo realizada junto à psicólogos, todos os 206 participantes têm graduação em Psicologia. Além da graduação, 117 participantes (56,8%) tem alguma especialização concluída ou em andamento, 29 (14,1%) mestrado concluído ou em andamento e 30 (14,6%) doutorado concluído ou em andamento. Somente 30 (14,6%) dos respondentes tem apenas a graduação, caracterizando uma amostra com elevado grau de especialização/formação acadêmica $n=176$ (85,4%). Esses dados estão demonstrados na tabela 8, abaixo.

Tabela 8 – Formação acadêmica		
Formação	n	%
Apenas a Graduação	30	14,6
Especialização concluída ou em andamento	117	56,8
Mestrado concluído ou em andamento	29	14,0
Doutorado concluído ou em andamento	30	14,6
Total	206	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

B) Características profissionais:

Perguntados sobre a atividade profissional principal, dentre as alternativas indicadas, tivemos os seguintes resultados apresentados na Tabela 9:

Tabela 9 – Atividade profissional principal		
Atividade	n	%
Psicologia clínica	162	78,7
Docência	19	9,2
Pesquisa	5	2,4
Outros	20	9,7
Total	206	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Todos os participantes atendem ou já atenderam pacientes em psicoterapia e a maioria tem a clínica como atividade principal (78,7%), no entanto, 21,3% da amostra tem outras atividades como meio de subsistência sendo que 20 respondentes (9,7%), atendem pacientes clinicamente, mas tem outras profissões como atividade principal.

C) Referencial teórico na prática clínica:

Perguntados sobre a base teórica com a qual trabalham em sua prática clínica os profissionais responderam a seguinte pergunta: “Com qual abordagem você mais se identifica?” As alternativas de resposta dadas foram: Terapia cognitivo-comportamental, psicanálise, analítica, transpessoal, humanista, fenomenológica, Gestalt e outra. Alguns dos respondentes entraram em contato perguntando o porquê de a logoterapia não ter sido incluída entre as possibilidades de resposta, infelizmente o questionário já havia sido encaminhado, impossibilitando a mudança. Deixo isso registrado para que em futuros estudos a logoterapia seja incluída. Considerando o elevado número de respostas indicando “outra” n=25 (12,1%), talvez o motivo possa ser esse.

A maioria dos psicólogos usa a Terapia cognitivo comportamental como abordagem teórica na sua prática clínica n=67 (32,5%), seguidos por psicanálise n=39 (18,9%) e analítica n=22 (10,7%), além de outras conforme a Tabela 10 abaixo:

Tabela 10 – Referencial teórico na prática psicoterapêutica

Base teórica	n	%
Terapia Cognitivo-Comportamental	67	32,5
Psicanálise	39	18,9
Analítica	22	10,7
Fenomenologia	08	3,9
Humanista	07	3,4
Transpessoal	07	3,4
Gestalt-terapia	02	1,0
Outra	25	12,1
Múltiplos referenciais teóricos	29	14,1
Total	206	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Houve 246 indicações de bases teóricas diferentes, sendo que 177 (85,9%) profissionais indicaram usar apenas uma base teórica e 29 (14,1%) psicólogos disseram usar diferentes referenciais teóricos concomitantemente.

Se considerarmos esses 29 psicólogos, que fizeram 69 indicações diferentes, teremos os seguintes números: 78 (31,7%) identificações com a TCC; 47 (19,1%) com a psicanálise; 32 (13%) com a analítica; 14 (5,7%) com a fenomenologia; 18 (7,3%) com a humanista; 17 (6,9%) com a transpessoal; 8 (3,3%) com a Gestalt-terapia e 32 (13%) com outra. Essas informações estão listadas na Tabela 11, abaixo:

Tabela 11 – Múltiplos referenciais teóricos na prática psicoterapêutica

Nº de psicólogos	Base teórica							
	TCC	Psicanálise	Analítica	Transpessoal	Humanista	Fenomenológica	Gestalt-terapia	Outra
01		X	X		X			
01			X		X			
01				X				X
01				X	X	X		
01			X	X	X			
03			X	X				
01			X					X
02	X							X
03	X	X						
01	X				X			
01					X	X		
01		X						X
02					X	X	X	
02				X	X			
01	X						X	X
01						X	X	
01			X	X				X
01	X					X		
02	X						X	
01		X	X	X				
01	X	X	X		X			
29	11	08	10	10	11	06	06	07

69

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

D) Tempo de atuação como psicólogo clínico:

A maioria dos respondentes tem entre 10 e 20 anos de prática clínica n=60 (28,9%) seguidos por aqueles que tem entre 5 e 10 anos n=53 (25,5%), conforme demonstrado na Tabela 12 abaixo:

Tabela 12 – Tempo de prática clínica		
Tempo (anos)	n	%
Menos de 3 anos	25	12,0
Entre 3 e 5 anos	34	16,3
Entre 5 e 10 anos	53	25,5
Entre 10 e 20 anos	60	28,9
Mais de 20 anos	36	17,3
Total	206	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

E) Inscrição no Conselho Regional de Psicologia:

Dos 206 participantes da pesquisa, 202 (98%) estão com sua inscrição no Conselho Regional de Psicologia ativas e válidas e 4 (2%) já estiveram, mas nesse momento não. Estar ou já ter estado com o CRP ativo e válido, quando do atendimento que deu origem ao relato dado, era um critério de inclusão.

2.5.3 Religiosidade/Espiritualidade na prática clínica

A) Treinamento sobre como lidar com experiências religiosas/espirituais na prática clínica durante a graduação:

Perguntados sobre já ter recebido treinamento e/ou informações para lidar com experiências religiosas/espirituais na prática clínica, durante a graduação, 182 (88,4%) responderam que não e 24 (11,6%) responderam que sim.

Dos 24 que responderam ter recebido algum treinamento, 10 (41,7%) disseram ter tido esse tema como disciplina obrigatória na graduação e 2 (8,3%) tiveram essa disciplina ofertada como optativa. Significa que apenas 12 (5,8%) dos profissionais participantes tiveram uma disciplina ofertada pela instituição de ensino durante a graduação e somente 4,8% deles, como disciplina obrigatória.

Além disso 7 (45,8%) disseram ter participado de grupos de estudo e/ou pesquisa durante a graduação e 4 (16,7%) fizeram cursos livres sobre o tema. 1

participou de grupos de estudo e de cursos livres, 1 teve a disciplina obrigatória, participou de grupos de estudo e curso livre; 1 teve a disciplina obrigatória, disciplina optativa, participou de grupo de estudo e fez curso livre, conforme a Tabela 13 abaixo.

Tabela 13 – Treinamento em religiosidade/espiritualidade durante a graduação				
Nº de psicólogos	Discriminação			
	Disciplina obrigatória	Disciplina optativa	Grupo de estudo e/ou pesquisa	Cursos livres
7	x			
2		x		
7			x	
4				x
1			x	x
1	x		x	
1	x		x	x
1	x	x	x	x
24	10	2	5	4

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

B) Treinamento sobre como lidar com experiências religiosas/espirituais na prática clínica após a graduação:

Perguntados sobre ter recebido treinamento para lidar com experiências REDEMA após a graduação, 139 psicólogos (67,5%) responderam que não receberam e 67 (32,5%) responderam que sim.

Dos 67 que responderam ter recebido algum treinamento a maioria participou de grupos de estudo n=38 (53,7%), e/ou fez pós-graduação n=34 (47,8%), e/ou cursos livres n= 28 (41,7%), conforme discriminado na Tabela 14, abaixo:

Tabela 14 – Treinamento em religiosidade/espiritualidade após a graduação							
Nº de respostas	Discriminação						
	Grupos de estudo	Pós-graduação	Cursos livres	Literatura	Pesquisa particular	Supervisão	Grupo de ajuda mútua
17		x					
15	x						
8			x				
8	x		x				
6	x	x					
4	x	x	x				
4		x	x				
1				x			
1	x		x		x		
1	x					x	
1			x				
1	x	x	x				x
67							

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

C) Espiritualidade/Religiosidade na Anamnese inicial do processo psicoterápico:

Perguntados sobre se a religiosidade/espiritualidade do paciente faz parte da sua anamnese inicial na psicoterapia, tivemos que para 47 participantes (22,8%), essa pergunta não faz parte da anamnese e para a grande maioria, 159 (77,2%) faz parte, indicando uma preocupação dos participantes em ter informações sobre esse dado de seus pacientes.

2.5.4 Perfil da amostra

Resumindo os resultados encontrados até aqui, temos que dos 206 participantes da pesquisa, a maioria:

- Se identifica com o gênero feminino, n=151 (73,3%);
- Tem entre 31 e 50 anos, n=114 (55%);
- Mora no Estado de São Paulo, n=104 (50,5%), ainda que tenhamos tido participantes de todos os estados brasileiros;
- Tem afiliação religiosa, n=185 (89,8%), principalmente católicos, espíritas, protestantes, evangélicos, umbandistas e budistas, sendo que muitos com múltipla pertença religiosa n=53 (25,7%), além de 8 (3,9%), que se disseram ateus ou sem religião mas, contraditoriamente, indicaram ter uma pertença religiosa;
- Frequenta pouco as atividades relacionadas com a sua religião, entre mensal ou menos do que isso, n=95 (52,5%), ainda que o restante, 47,5%, tenha uma frequência, religiosidade organizacional relevante, frequentando entre diária e quinzenalmente;
- Tem alto grau de especialização/formação com pós-graduação e/ou mestrado e/ou doutorado, n=176 (85,4%);
- São psicólogos clínicos, n=162 (78,7%);
- Tem entre 5 e 20 anos de prática clínica, n=113 (54,4%)

- Usa principalmente a Terapia cognitivo-comportamental como referencial teórico, n=78 (31,7%), a psicanálise n=47 (19,1%) ou a psicologia analítica n=32 (13%);
- Não recebeu treinamento ou conhecimentos sobre E/R na graduação, n=182 (88,4%) e dos que tiveram apenas n=10 (4,8%) numa disciplina obrigatória;
- Dos que tem algum treinamento, buscou por esse conhecimento após a graduação, n=67 (32,5%), especialmente através de cursos e de grupos de estudo;
- Pergunta sobre R/E aos pacientes na sua anamnese inicial para o processo psicoterápico, n=159 (77,2%).

2.6 RELATOS DE EXPERIÊNCIAS

Todos os relatos foram dados por profissionais psicólogos que participaram da pesquisa em resposta ao questionário on-line encaminhado a eles (Apêndice B), ou seja, todos possuem nível de escolaridade superior, o que nos leva a presumir que tem aptidão para ler e interpretar instruções de questionários e a elaborar textos que consigam transmitir experiências subjetivas (Instituto Paulo Montenegro; Ação educativa, 2018).

Como a análise realizada foi de conteúdo e não de discurso, erros envolvendo repetições, vícios de linguagem, frases excessivamente coloquiais, interjeições, falas incompletas, cacoetes, erros gramaticais etc., considerados excessivos, foram corrigidos (Duarte, 2004). Os relatos originais estão guardados, sob responsabilidade do pesquisador responsável sendo que as correções realizadas foram em pequeno número.

Os relatos foram relacionados aos psicólogos que os deram da seguinte maneira: iniciais do nome, idade, gênero (F para feminino, M para masculino e O para outro) e religiosidade ou irreligiosidade declarada. Ex. ESH60M Espírita – Edson Sigueyoshi Hamazaki, 60 anos, gênero masculino, espírita.

No questionário on-line, antes das perguntas solicitando os relatos, para que os psicólogos soubessem sobre o que estavam sendo questionados, os seguintes termos foram conceituados:

- Experiência religiosa: Vivência direta (individual ou coletiva) do objeto da crença religiosa. Ex. visões da Virgem Maria no Catolicismo popular; Experiências de dons do Espírito Santo em contextos carismáticos e evangélicos; experiências de mediunidade em religiões mediúnicas como o Espiritismo, a Umbanda e o Candomblé e/ou toda uma série de experiências místicas narradas por membros de diferentes tradições religiosas e espirituais.
- Experiência anômala: Vivências incomuns em termos de frequência, ou que fogem à compreensão do paradigma científico vigente, não necessariamente patológicas. Ex. Experiências fora do corpo (sensação de sair dos limites do corpo, estar flutuando, enxergar o próprio corpo como estando em outro lugar), sonhos lúcidos (ter consciência de se estar sonhando, podendo influenciar os elementos do sonho), memórias de vidas passadas (lembranças de se ter uma vida anterior diferente da vida atual), curas anômalas (curas surpreendentes, aparentemente inexplicáveis pelo conhecimento científico vigente), abdução (experiência de ser levado por OVNI), experiência de quase morte (descrição dos momentos finais dadas por indivíduos que foram declarados clinicamente mortos ou que estiveram expostos a um grave risco de vida), experiências alucinatórias (percepções que ocorrem sem um estímulo objetivo, ex. ver, ouvir ou sentir entidades espirituais).
- Experiência dissociativa espiritual: Em contextos mediúnicos, envolvem o relato de pessoas que se tornam subitamente observadores despersonalizados de suas próprias falas e ações, a escuta de vozes, por exemplo a voz de uma criança ou a voz de uma entidade espiritual, vivenciadas como fluxos de pensamentos múltiplos, desconcertantes e independentes, que o indivíduo não consegue controlar. Emoções fortes, impulsos e até mesmo a fala ou outras ações podem emergir repentinamente, sem, necessariamente, um sentido de domínio ou controle pessoal.

Participaram da pesquisa 206 psicólogos, destes, 161 (78,2%) deram algum relato, 1 (0,5%) disse ter recebido relatos de seus pacientes, mas não quis compartilhá-los por considerar isso antiético e 44 (21,3%) disseram não ter recebido

menções sobre experiências REDEMA de seus pacientes. Analisando especificamente os dados sociodemográficos desses 44 profissionais que não tiveram experiências relatadas, as afirmações possíveis são que 42 deles (95,5%) não receberam qualquer formação sobre R/E e que os outros dois tiveram uma disciplina na graduação e tem até três anos de experiência clínica. Além disso 16 (36%) deles não tem a clínica como principal ocupação, dedicam-se à docência, n=8 (18%) ou a outras atividades, n=8 (18%). Todos os outros dados (idade, gênero, religiosidade declarada, formação, base teórica, tempo de clínica, atuação profissional) não permitem qualquer inferência que proporcionasse uma correlação para a ausência de relatos dessas experiências na sua prática clínica.

Dos 161 profissionais que fizeram relatos, 5 responderam negativamente a primeira pergunta, relacionada a relatos trazidos por seus pacientes para a psicoterapia, no entanto, respondendo às perguntas posteriores sobre a ocorrência de experiências durante o atendimento no processo psicoterapêutico, afirmaram tê-las vivenciado, duas pelo paciente, duas pelo psicólogo e uma por ambos.

Os relatos de experiências REDEMA dados pelos psicólogos que participaram da pesquisa, envolveram três grandes categorias:

A) Experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes e trazidas para a psicoterapia;

Para aferição da primeira categoria foi feita a seguinte pergunta aos psicólogos: “Na sua prática clínica, já houve **relatos de seus pacientes** sobre experiências religiosas/anômalas/dissociativas espirituais, **vivenciadas por eles?**”

Dos 206 psicólogos, 157 (76,2%) responderam que sim. Alguns deram mais de um relato, totalizando 198 relatos de experiências REDEMA trazidas pelos pacientes para a psicoterapia.

Além desses, houve outros 22 relatos que foram dados em resposta a essa e as perguntas seguintes, porém não se referiam a experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes, mas a conflitos ou aspectos negativos que os psicólogos relacionaram com aspectos envolvendo religiosidade/espiritualidade.

B) Experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia no *setting* terapêutico;

Para aferição da segunda categoria foi feita a seguinte pergunta aos psicólogos: “Na sua prática clínica você já percebeu, **durante o atendimento**, alguma experiência com viés religioso/anômalo/ dissociativo espiritual **vivenciada pelo seu paciente**, independente dele ter ou não percebido? E independentemente de você acreditar ou não na veracidade desses fenômenos?

Dos 206 psicólogos que participaram da pesquisa, 40 (19,4%) responderam que sim, dando 69 relatos. Apesar disso, depois de lidos, analisados e devidamente categorizados, restaram 40 (13,4%) relatos que realmente trouxeram experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia, as demais ocorreram em outras circunstâncias e foram descritas nos locais apropriados.

C) Experiências REDEMA vivenciadas pelos psicólogos durante a psicoterapia no *setting* terapêutico.

Para aferição da terceira categoria foi feita a seguinte pergunta aos psicólogos: “Na sua prática clínica **você já vivenciou** alguma experiência com viés religioso/anômalo/dissociativo espiritual **durante o atendimento**, independente do seu paciente ter ou não percebido? E, independentemente de você acreditar ou não na veracidade desses fenômenos?”

Dos 206 psicólogos que participaram da pesquisa, 63 (30,6%) responderam que sim, envolvendo 63 relatos. Apesar disso, depois de lidos, analisados e devidamente categorizados, restaram 38 (18,5%) psicólogos que deram 39 relatos (13,0%) do total de 299 relatos, que realmente trouxeram experiências REDEMA vivenciadas por eles mesmos durante a psicoterapia, as demais ocorreram em outras circunstâncias e foram descritas nos locais apropriados.

Em relação a categoria dos relatos dados, os 161 psicólogos deram os relatos de acordo com a Tabela 15 abaixo:

Tabela 15 – Categorias dos relatos dados pelos psicólogos

	Experiências					
	Trazidas pelo paciente para a psicoterapia	Vivenciadas pelo paciente no <i>setting</i> terapêutico	Vivenciada pelo psicólogo no <i>setting</i> terapêutico	Trazidas + vivenciadas pelo paciente	Trazidas + vivenciadas pelo psicólogo	Trazidas + vivenciadas pelo paciente + vivenciadas pelo psicólogo
Quantidade de psicólogos	101	03	01	18	13	25
Total	161					

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Alguns dos 161 psicólogos que fizeram os relatos envolvendo experiências REDEMA na sua prática clínica, deram mais de um relato, totalizando 299 relatos, destes:

- 198 (66,2%) relatos envolveram experiências REDEMA trazidas pelos pacientes para a psicoterapia;
- 40 (13,4%) relatos envolveram experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia no *setting* terapêutico;
- 39 (13,0%) relatos envolveram experiências REDEMA vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterápico no *setting* terapêutico;
- 22 (7,4%) relatos que não envolveram experiências REDEMA, mas conflitos ou eventos atribuídos ou correlacionados à religiosidade/espiritualidade pelos profissionais e narrativas com aspectos negativos, envolvendo excesso de credulidade ou psicopatologias.

Além do relato das experiências também foi solicitado aos profissionais que descrevessem qual o manejo que realizaram para lidar com elas no atendimento psicoterapêutico, esses manejos também tiveram seu conteúdo analisado.

Todos os 299 relatos e respectivos manejos realizados pelos profissionais psicólogos que os deram, estão descritos no final deste trabalho (APÊNDICE D).

2.7 CATEGORIZAÇÃO DOS RELATOS

Para a categorização dos relatos dados, considerando o seu teor e a discriminação dos tipos de experiências REDEMA vistos anteriormente na fundamentação teórica, elaboramos as seguintes 4 subcategorias:

A) Experiências religiosas (ER);

Importante lembrar que considerar uma experiência como religiosa é atribuir-lhe esse significado, logo, dependerá de uma interpretação que é realizada pela pessoa que a vive, de acordo com seus referenciais religiosos. Para essa categorização recorreremos aos autores vistos anteriormente, considerando pensamentos, sentimentos e emoções no contato do indivíduo com o que ele considera ser a sua realidade transcendente, Deus.

ER – Envolvendo a presença, ação, chamado ou união com Deus: A pessoa sente que a divindade está presente, muito próxima, acompanhando-o, tem contato, interage com ela. Eventos cuja causa é atribuída a intervenção divina, considerando que a divindade tem conhecimento da existência e das necessidades da pessoa. A pessoa age de acordo com o que a divindade espera dela, seja uma ordem, um convite ou um chamado. Entende a experiência como sendo a manifestação do desejo ou da intenção de Deus em relação a ela. Pode acontecer através de visões, revelações, leituras etc. Promove uma experiência de união da pessoa com a divindade que lhe proporciona uma sensação de pertencimento, de plenitude, de extremo amor e intimidade. Será desagradável quando o *coping* for negativo, proporcionando sentimento de culpa ou sensação de estar sendo castigado pela divindade.

B) Experiências dissociativas espirituais ou mediúnicas (EDEM);

Envolvem o relato de pessoas que se tornam subitamente observadores despersonalizados de suas próprias falas e ações, a escuta de vozes – por exemplo a voz de uma pessoa falecida ou a voz de uma entidade espiritual – vivenciadas como fluxos de pensamentos múltiplos, desconcertantes e independentes, que o indivíduo não consegue controlar. Emoções fortes, impulsos e até mesmo a fala ou

outras ações podem emergir repentinamente, sem, necessariamente, um sentido de domínio ou controle pessoal. Também envolve atribuição de significado relacionado com crenças em torno da suposição da sobrevivência do espírito após a morte do corpo e da possibilidade de interação e comunicação entre espíritos de pessoas vivas e falecidas.

EDEM – Envolve perceber, sentir, ver, ouvir ou receber uma informação mental, com maior ou menor nitidez, do espírito de uma pessoa falecida, de uma entidade espiritual ou um aspecto que não é percebido por outras pessoas como luz, perfume etc. Também pode envolver efeitos físicos, produzindo fenômenos materiais, como ruídos ou o movimento de corpos inertes. Indivíduos que entram em estados não ordinários de consciência, mantendo algum controle, com ou sem alteração de identidade, o chamado transe mediúnico ou demonstrando dissociação com alteração de identidade, sem domínio, os chamados transes de possessão.

C) Experiências anômalas (EA);

Experiências incomuns ou não ordinárias, que não tem as características habituais da consciência e se desviam do considerado comum, usual, não podendo ser explicadas de acordo com o paradigma científico vigente.

EA – Envolve **experiências fora do corpo** em que a pessoa sente que sua consciência está fora do corpo físico, flutuando, vai a locais mais ou menos distantes e pode observar seu corpo a distância, esteja ele parado ou em movimento. **Experiências de quase morte**, eventos psicológicos profundos com elementos místicos e transcendentais que costumam ocorrer com pessoas em risco de vida, situação de perigo emocional ou físico muito intenso, próximos da morte, **sonhos lúcidos**, ter consciência de se estar sonhando, podendo influenciar os elementos do sonho e de **curas anômalas**, a cura de determinada doença, não pode ser atribuída a tratamentos médicos convencionais ou se desvia do esperado, em termos de evolução natural para o quadro clínico do paciente em tratamento, cuja explicação não pode ser dada de acordo com o *mainstream* científico vigente. **Experiências místicas**: envolve uma consciência unitária, indiferenciada, pura, um sentimento de integração, união com o universo que provoca o desaparecimento de objetos físicos e mentais da consciência ordinária, não é localizada no espaço ou no tempo, a consciência do “Eu” desaparece produzindo sentimentos de felicidade, paz, alegria e

bem-aventurança. **Experiências de abdução por alienígenas:** caracterizadas por lembranças subjetivas e, no entanto, percebidas como reais, de ser levado contra a vontade por entidades não humanas para uma nave espacial e ali sofrer procedimentos físicos e psicológicos complexos, envolvendo exames, comunicação com os abdutores, *tour* guiado no objeto voador não identificado (OVNI).

D) Experiências PSI (EPSI);

Apesar das experiências PSI estarem inseridas entre as chamadas experiências anômalas, considerando o grande número de relatos dados especificamente em relação a elas, preferimos colocá-las como uma categoria diferenciada.

São experiências vivenciadas como paranormais, divididas em dois grupos: Percepção extrassensorial, envolvendo a habilidade de recepção de informações pela mente, sem o uso dos sentidos físicos e Percepção extra motora envolvendo fenômenos de psicocinese, entendida como a ação da mente sobre a matéria.

Incluímos junto com as experiências PSI as experiências que envolveram o conceito de sincronicidade.

EPSI – Envolve a **telepatia** que é a comunicação direta entre mentes. A **clarividência**, o conhecimento anômalo de eventos que acontecem a distância. A **precognição**, o conhecimento anômalo de eventos futuros. A **retrocognição**, o conhecimento anômalo de eventos passados, seja por intuição ou sonhos premonitórios. A **memória de vidas passadas**, envolve a impressão de ser uma pessoa diferente da identidade atual, numa vida ou num tempo anterior sem renegar a identidade atual. **Sincronicidade**, envolvendo a relação entre eventos que ocorrem simultaneamente, sem uma ligação causal aparente, mas que trazem significado para aqueles que os vivenciam.

2.8 CATEGORIZAÇÃO DOS RELATOS ENVOLVENDO EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELOS PACIENTES E TRAZIDAS PARA A PSICOTERAPIA.

Para essa aferição foi feita a seguinte pergunta aos psicólogos: “Na sua prática clínica, já houve **relatos de seus pacientes** sobre experiências religiosas/anômalas/dissociativas espirituais, **vivenciadas por eles?**”

Dos 206 psicólogos que participaram da pesquisa, 157 (76,2%) responderam que sim. Alguns deram mais de um relato, totalizando 198 relatos. Os relatos foram categorizados de acordo com as subcategorias elaboradas e discriminadas a seguir.

2.8.1 Experiências Religiosas (ER) trazidas pelos pacientes para a psicoterapia

Envolvendo a presença, ação, chamado ou união com Deus: A pessoa sente que a divindade está presente, muito próxima, acompanhando-o, tem contato, interage com ela. Eventos cuja causa é atribuída a intervenção divina, considerando que a divindade tem conhecimento da existência e das necessidades da pessoa. A pessoa age de acordo com o que a divindade espera dela, seja uma ordem, um convite ou um chamado. Entende a experiência como sendo a manifestação do desejo ou da intenção de Deus em relação a ela. Pode acontecer através de visões, revelações, leituras, falar em línguas (glossolalia) etc. Promove uma experiência de união da pessoa com a divindade que lhe proporciona uma sensação de pertencimento, de plenitude, de extremo amor e intimidade. Será desagradável quando o *coping* for negativo, proporcionando sentimento de culpa ou sensação de estar sendo castigado pela divindade.

Considerando suas características os relatos dessa subcategoria foram classificados de acordo com: Presença da divindade; intervenção divina; perceber, ouvir ou ter uma revelação da divindade e *coping* negativo.

– Presença da divindade:

- 1) Relato: “Relato da presença divina devido a algo ocorrido, com sentimento de certeza do divino” (VPS30M católico).
- 2) Relato: “Paciente terminal de câncer que via Jesus” (WSA53M Católico).
- 3) Relato: “Visões com Jesus, sonhos com anjos” (WSA53M Católico).

- 4) Relato: “Experiência de sentir a presença do Espírito Santo e ser tocado por ele” (MTST63F espírita).

– Intervenção divina:

- 5) Relato: Leituras bíblicas com confirmação do trecho lido seguido de um acontecimento satisfatório, trazendo solução ao problema e renovando a esperança de que dias melhores virão” (RPCG50F cristã protestante).

- 6) Relato: “Orações atendidas, previsões” (LB49F cristã protestante);

- 7) Relato: “Paciente com alegria por ter recebido um milagre” (WSA53M Católico).

- 8) Relato: “Sonhos considerados espirituais pela paciente, guiarem suas respostas em meio a uma crise conjugal” (MGH52F sem religião).

- 9) Relato: “Situações que ocorrem a mando de Deus” (GN35F sem religião).

- 10)Relato: “Paciente diz que aprendeu muitas coisas com Jesus” (BMM54F evangélica pentecostal/neopentecostal).

- 11)Relato: “Paciente que saiu de uma depressão grave e que compreende a igreja como o motivo para isso” (VRS32F evangélica/sem religião).

– Perceber, ouvir a divindade ou ter uma revelação:

- 12)Relato: “Em um retiro evangélico aconteceu de ‘orar em línguas’ pela primeira vez” (RBB34F católica/espírita/budista).

- 13)Relato: “Uma paciente relatou que ao abrir a bíblia, Jesus falou diretamente com ela” (W47M budista/sem religião/ateu/agnóstico).

- 14)Relato: “Deus tinha falado com ele” (EMESL59F cristã protestante).

- 15)Relato: “Dizia que Deus controlava sua vida, recebeu profecia e seguia o que o profeta (pastor) dizia. (EMESL59F cristã protestante).

- 16)Relato: “Já atendi pacientes que são médiuns da Umbanda e do candomblé. Atualmente, atendo uma que é Evangélica e afirma ter contatos psíquicos, que ela denomina ser proveniente do próprio Deus. Esta paciente não preenche critérios para psicose, é possível que seja algum tipo de mediunidade, mas no contexto religioso em que está, afirma ser proveniente do próprio Deus” (EFS46F espírita).
- 17)Relato: “Uma experiência envolvendo animais que se comunicam de forma subliminar pedindo socorro. Dois pombos feridos em um período de 24 horas espontaneamente vieram aos braços da paciente que logo providenciou assistência veterinária. Ela interpretou essas situações como mensagens espirituais” (DHR39M judaísmo).
- 18)Relato: “Intuição de fundo religioso não identificada na vida cotidiana” (FALC66M católico).
- 19)Relato: “De revelação, ter uma revelação pelo Espírito Santo de que foi rejeitado em uma situação específica na gestação e quando confronta a mãe, ela confirma a história” (MFCS41M evangélico pentecostal).
- 20)Relato: “A paciente relatou que Deus havia falado para ela permanecer no relacionamento” (A30F evangélica).
- 21)Relato: “Cliente evangélico que dizia “falar em línguas”. Não apenas na igreja, mas também em outros momentos, quando “tocado” pelo espírito de Deus (AMP42F sem religião).
- 22)Relato: “Deus falou comigo” (ALSG48F sem religião).
- 23)Relato: “Ouve Deus e tem visões” (VF53F cristã protestante).
- 24)Relato: “Ouvir uma resposta e entender que era o Espírito Santo” (LM46F Cristã protestante/evangélica).
- 25)Relato: “Visões com audição sobre o Espírito Santo aconselhando sobre futuros perigos e o caminho que gostaria que a pessoa seguisse” (ACCV31O umbandista/candomblecista).

26)Relato: “Relata que sentiu que uma voz ‘ES’ falou para que mudasse de cidade e deixasse tudo para trás: marido, casa e emprego” (M41F evangélica pentecostal).

27)Relato: “Paciente trouxe que teve uma conversa que, segundo ele, foi com Deus e após esse momento se sentiu melhor e entendeu o que estava acontecendo com ele” (MG43M católico).

28)Relato: “Poderia relatar mais de um caso, mas o mais recente foi de uma jovem que relatou ouvir o que é chamado na religião da qual participa (batista) de revelações” (D42M ateu ou agnóstico).

29)Relato: “O paciente disse que seu pai de santo revelou que a filha é iluminada pela quarta pedra do arco-íris e que ela não é autista. A criança apresenta claramente comportamentos de autismo severo” (CR40F evangélica).

30)Relato: “Através de um discurso onde o paciente identificava origem de cunho divino” (FALC66M católico).

31)Relato: “Paciente relatou sonhos acontecidos envolvendo a espiritualidade” (BMM54F evangélica pentecostal/neopentecostal).

– Coping religioso negativo:

32)Relato: Paciente de 56 anos, com quadro de depressão crônica ao narrar sobre sua tristeza persistente associou a impossibilidade de sentir-se feliz como um castigo de Deus (D40F cristã protestante).

33)Relato: “Culpa por sentir raiva, ódio e/ou por não se achar merecedor de coisas boas por ter pecado.” (VRS32F evangélica/sem religião).

34)Relato: “Dificuldades para compreender o adoecimento psíquico frente à crença de que quem tem fé não adoece” (ZPD57F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

35)Relato: “Principalmente como justificativas ou explicações para seu sofrimento psicológico” (PFC58M espírita/umbandista).

36)Relato: “A todo momento o paciente sinalizava que todas as coisas que ele estava vivenciando são espirituais e não emocionais” (M35F cristã protestante).

37)Relato: “Paciente idosa muito religiosa, sonhou que pessoas de branco em sua igreja faziam uma espécie de oração e que na verdade essa oração era um funeral, que provavelmente era dela, onde a figura de cristo descia e a chamava. A paciente tinha medo de morrer e isso foi algo que lhe afetou, desenvolvendo síndrome do pânico” (GVJM25M umbandista/candomblecista/ budista/ateu ou agnóstico).

2.8.2 Análise de conteúdo dos relatos envolvendo Experiências Religiosas (ER) trazidas pelos pacientes para a psicoterapia

A análise de conteúdo, segundo Bardin (2016), é uma técnica que visa descrever, de forma objetiva e sistemática, o conteúdo manifesto de comunicação. Sua aplicação requer a categorização e interpretação dos dados a partir de critérios específicos. No caso dos relatos, eles serão agrupados conforme as subcategorias e classificação escolhidas, facilitando a compreensão das experiências religiosas relatadas pelos pacientes.

Para realizar a análise de conteúdo desses relatos com base na classificação proposta, utilizando a técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin, vamos considerar a seguinte classificação:

- Presença da divindade: relatos em que os pacientes sentem a presença da divindade em suas vidas.

Os relatos de números 1, 2, 3 e 4 são claramente atribuídos à presença da divindade. Os pacientes relatam sentir ou ver a presença de figuras religiosas como Jesus ou o Espírito Santo. Esses relatos descrevem tanto percepções conscientes como visões e sonhos, quanto experiências sensoriais envolvendo a sensação de ser “tocado” pelo Espírito Santo.

- Intervenção divina: relatos que atribuem eventos à intervenção divina.

Os relatos de números 5 a 11 refletem eventos interpretados como atos de intervenção divina. As experiências narradas incluem soluções para problemas, atribuídos à leitura bíblica (5), orações atendidas (6), milagres (7), sonhos guiando decisões em crises pessoais (8) e eventos percebidos como acontecendo a mando de Deus (9). Há uma forte conexão entre eventos cotidianos e a interpretação de que esses são resultado direto da ação divina.

- Perceber, ouvir ou ter uma revelação da divindade: Relatos em que acontece uma visão concreta ou imaginária da divindade, os pacientes percebem um chamado ou uma orientação divina.

Relatos de 12 a 31 refletem experiências nas quais os indivíduos acreditam estar recebendo instruções ou revelações diretamente da divindade. A maioria desses relatos envolve profecias, comunicações diretas com Deus por meio de oração ou revelações, e experiências espirituais durante rituais religiosos, como a prática de “falar em línguas” (21). Esses relatos envolvem tanto o ouvir a voz de Deus (13, 22 e 26) quanto a percepção de revelações divinas em sonhos ou visões (23 e 31).

- *Coping* negativo: proporciona sentimento de culpa ou sensação de estar sendo castigado pela divindade.

Os relatos 32 a 37 indicam situações em que a religiosidade contribui para o sofrimento psíquico. Pacientes associam a depressão ou a tristeza persistente a um castigo divino (32) ou interpretam suas dificuldades emocionais como falta de fé ou como punição divina (33). Essas experiências negativas mostram como a religiosidade pode, em certos contextos, ser fonte de angústia e culpa, gerando sofrimento.

- Identificação de Padrões: Presença marcante de experiências visuais e auditivas.

Muitos relatos envolvem visões ou vozes, reforçando o aspecto sensorial das experiências religiosas.

- Diversidade de religiões e práticas;

Os relatos mostram uma ampla gama de crenças, desde o cristianismo até o espiritismo e o candomblé, cada uma com suas formas específicas de interação com o divino.

- *Coping* religioso positivo: O uso da religião como forma de enfrentamento é evidente.

Em vários relatos, os pacientes recorrem à religião para encontrar consolo ou explicação para suas experiências emocionais e espirituais.

- Conclusão.

A análise de conteúdo desses relatos demonstra a diversidade de experiências religiosas vivenciadas pelos pacientes, bem como os diferentes modos de interpretação dessas experiências. A presença, ação e comunicação do divino são as categorias mais prevalentes, com relatos de visões e revelações sendo comuns. Contudo, a religião também aparece como um fator de sofrimento, especialmente em situações de *coping* religioso negativo, quando os indivíduos interpretam suas dificuldades emocionais como resultado de uma relação conflituosa com o divino.

2.8.3 Experiências Dissociativas Espirituais ou Mediúnicas (EDEM) trazidas pelos pacientes para a psicoterapia

EDEM – Envolve perceber, sentir, ver, ouvir ou receber uma informação mental, com maior ou menor nitidez, do espírito de uma pessoa falecida, de uma entidade espiritual ou um aspecto que não é percebido por outras pessoas, como luz, perfume etc. Também pode envolver efeitos físicos, produzindo fenômenos materiais, como ruídos ou o movimento de corpos inertes. Indivíduos que entram em estados não ordinários de consciência, mantendo algum controle, com ou sem alteração de identidade, o chamado transe mediúnico ou demonstrando dissociação com alteração de identidade, sem domínio, os chamados transes de possessão.

Considerando suas características os relatos dessa subcategoria também foram classificados de acordo com: Sentir, ver, ouvir, perceber pensamentos de um

falecido ou entidade espiritual; efeitos físicos, transe mediúnico e transe de possessão.

- Sentir, ver, ouvir, perceber pensamentos de um falecido ou entidade espiritual:

- 1) Relato: “A paciente, do sexo feminino, 30 anos com transtorno depressivo, relatava que o espírito do avô a acompanhava. A paciente interpretava que o avô estava lá para impedi-la de se cortar ou fazer algo pior” (BFC37F católica);
- 2) Relato: “Ver espíritos, escutar vozes” (CB45F católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).
- 3) Relato: “O paciente sentia fortes dores no peito e disse que um médico entrou no quarto e disse que ele iria “voltar p/ casa” em breve. Antes de sair do quarto se identificou com o nome de um cardiologista famoso já falecido (Dante Pazzanese) e pediu p/ que ele falasse p/ o filho. Na manhã seguinte ele faleceu” (DMS56F espírita);
- 4) Relato: “A paciente ao saber do meu interesse pelo assunto da psicologia anomalística no *YouTube* me relatou contato com entidade maligna que a atacou enquanto dormia. Essa entidade foi neutralizada por um “anjo da guarda” (DHR39M judaísmo);
- 5) Relato: “Arrepios e visões ao chegar na casa de parente” (RPCG50F cristã protestante).
- 6) Relato: “Teve um aviso muito forte onde não saiu de carro e o marido acabou se acidentando” (DAT48F Umbandista);
- 7) Relato: “Pessoa que antes de perder um ente querido sentiu uma sensação de paz e conforto emocional. Segundo o relato, como se fosse um aviso da partida” (RM61F católica).
- 8) Relato: “Experiências com guias espirituais” (LRL36M budista /outra).
- 9) Relato: “Perguntar algo ao espírito e aguardar a resposta” (AC57M católico/espírita/umbandista/seicho-no-ie);

- 10) Relato: “Experiência de ver vultos pela casa durante a noite, algo comum na infância e que ficou durante anos adormecido e quando começou a frequentar um terreiro de candomblé, com vistas a seu desenvolvimento mediúnico, pôde experimentar essa vivência novamente, só que sem temor (LCP32F umbandista/outra).
- 11) Relato: “Visão de uma entidade coberta de palha da cabeça aos pés” (JR60M umbandista);
- 12) Relato: “Relatos que identificaram por exemplo, simbologias da Umbanda, Candomblé e Catolicismo, como se estivessem sentindo algo vindo de entidades, orixás e santos” (MESB23F umbandista).
- 13) Relato: “Avisos de pessoas que já faleceram sobre questões cotidianas. Contato com mentores ou visões de outra dimensão mesmo acordado ou em estágio letárgico sem uso de medicação ou substâncias” (DC41F sem religião).
- 14) Relato: Outro paciente relata ouvir vozes de espíritos que ditam como ele deve decidir algo” (W47M budista/sem religião/ateu/agnóstico).
- 15) Relato: “Receber uma resposta através de comunicação espiritual (espiritismo), de que a Psicóloga (na ocasião eu) orava por sua filha (MBLN43F espírita).
- 16) Relato: “Uma paciente iniciou o processo psicoterapêutico por indicação da entidade que faz parte do terreiro de candomblé, onde ela relata que por várias vezes ele dizia que ela só ia melhorar quando buscasse um psicólogo, pois lá no terreiro era apenas a parte espiritual a parte psicológica teria que ser através da ajuda de um profissional fora dali” (H35F católica).
- 17) Relato: “Paciente relatou que teve certeza de que conversou com a irmã falecida, com quem tem uma questão (desavença) não resolvida antes do falecimento” (AMPV49F espírita/umbandista).
- 18) Relato: “Visões espirituais” (A38F cristã protestante).
- 19) Relato: “Visões e audições de seres extraterrenos” (GN35F sem religião).

- 20) Relato: “Os relatos trazidos eram de muito sofrimento. A ponto de o paciente tentar suicídio pelo cansaço. As presenças das entidades eram muito reais para ele, creio que a validação da presença das entidades foi primordial para criar um espaço seguro e de acolhimento e escuta” (SS41F sem religião).
- 21) Relato: “Sonhos com parentes falecidos, visões e ouvir vozes” (GFT 57F espírita/budista/hinduísta).
- 22) Relato: “A paciente chegou para o atendimento e na primeira entrevista falou que “via espíritos” e queria saber se isso era algo relacionado à religião ou se era algum tipo de transtorno mental” (RMLR39F umbandista).
- 23) Relato: “Teve um sonho que tomava um passe e a mulher que dava o passe dizia que o paciente estava muito carregado e que tinha muita inveja para cima dele. Foi um sonho muito real. E quando acordou estava se sentindo muito bem, sensação de leveza” (MGF52 católica/espírita/hinduísta).
- 24) Relato: “Paciente adolescente, com mãe extremamente religiosa, pai assassinado (que acreditava ter sido um crime por encomenda), relata ouvir e sentir o “diabo” falando com ele para fazer coisas que acredita ser inapropriadas em termos de comportamento, também no contexto sexual” (SFB34F católica).
- 25) Relato: “Experiências de bem-estar ao frequentar ambientes religiosos e de ter capacidades mediúnicas” (K34F judaísmo/outra).
- 26) Relato: “Ouvir vozes em momentos de solidão” (CR40F evangélica).
- 27) Relato: “Sonhou que encontrava com a esposa falecida seis meses após a adoção de três crianças, um projeto do casal. Elas conseguiram a adoção de três irmãos e, infelizmente, a esposa ficou gravemente doente e morreu em um período de 3 meses” (PR61F outra religião).

- 28) Relato: “Paciente que diz “segurar” a alma do seu pai, já falecido. Carregado de muita culpa e medo das consequências” (M24F umbandista).
- 29) Relato: “O paciente diz sentir a presença de espíritos que o orientam nas dificuldades” (GD60M espírita).
- 30) Relato: “Mulher, acima dos 40, separada, viu um parente já falecido em seu quarto quando pediu uma informação divina” (TG39F messiânica).
- 31) Relato: “Paciente relata ter estado com pessoas falecidas” (SG35F espírita/sem religião).
- 32) Relato: “Contato com entidades em ritual xamânico em outro caso recebimento de carta psicografada de familiar falecido” (RV40M católico).
- 33) Relato: “Informações sobre a sua vida advindas de suposta capacidade mediúnica de uma amiga do centro espírita que ambas frequentam” (F56F católica).
- 34) Relato: “Criança relata que as bagunças na sala de aula eram feitas por ser intimidada por um homem que somente ela via na sala de aula” (SGSM52M espírita).
- 35) Relato: “O relato que achei mais curioso foi o de um paciente que relatou ter visões de pessoas mortas quando era mais novo. Em uma casa onde morou na juventude, ele relatou ter visto várias vezes uma figura que transitava pelos cômodos do imóvel. Esse paciente é adepto da religião católica, dizia que acontecia com frequência durante a juventude, mas atualmente diz não ter mais essas visões” (EASM24M católico).
- 36) Relato: “Visões de pessoas aparentemente não vivas” (MSM65F espírita).
- 37) Relato: “Alguns pacientes já relataram experiências que interpretaram como mediúnicas. Mas elas não estavam relacionadas à sua demanda” (L45M ateu ou agnóstico).

- 38) Relato: “Paciente umbandista estava passando por questões diversas (conflitos familiares/domiciliares e profissionais) e se sentiu muito confortada ao ouvir o preto velho falar com ela em uma gira” (LDD24F ateia ou agnóstica).
- 39) Relato: “Visões espirituais, mediunidade, percepção de entes queridos já falecidos, aparecendo saudáveis em visitas” (BRSM39 espírita).
- 40) Relato: “Conversas com espíritos, visões e audições” (A52F espírita).
- 41) Relato: “Ouve vozes, principalmente de comando para se mutilar ou se ferir” (MSM65F espírita).
- 42) Relato: “De forma coletiva os pacientes compartilham vivências onde relatam que conversaram com pessoas mortas, de experiências de expansão da consciência com ayahuasca, além de visões de entes que chamam de imagens e símbolos como diabo, monstros. Também relatam insônia por sentirem perturbações durante o sono por imagens e comportamentos que tratam como bizarrices sexuais” (MRN55M espírita/budista).
- 43) Relato: “Alguns pacientes relataram ver Espíritos que desencarnaram, outros relataram ouvir Espíritos” (JR62M espírita).
- 44) Relato: “Sensibilidade em contato com religiosidade, sentindo aproximações espirituais” (LFAT64M espírita/umbandista).
- 45) Relato: “Paciente de CAPS com transtorno severo relatava perceber presença da avó falecida do marido”. (L48F espírita).
- 46) Relato: “Relato de conversar com pessoas que já faleceram” (LF65F católica/budista).
- 47) Relato: “Alucinações interpretadas como fenômenos mediúnicos” (W50F espírita).
- 48) Relato: “Paciente dizia que enxergava vultos” (MCZM57F espírita).
- 49) Relato: “A paciente relatava que sempre ouvia coisas no apartamento durante a madrugada e via vultos” (J43F católica).

- 50) Relato: “Crenças e pensamentos influenciados por sensação de que algo espiritual está atrapalhando ou influenciando” (I30F católica).
- 51) Relato: “Os relatos mais comuns na prática clínica são o de contato em sonhos com entes queridos já falecidos, que segundo o paciente, vieram auxiliá-lo em alguma demanda específica ou encerrar algo em aberto” (FG36F cristã protestante/evangélica pentecostal).
- 52) Relato: “...quando criança tinha visões com as mais variadas figuras, na vida adulta se envolveu com uso de drogas e voltou a ver” (PO40F cristã protestante).
- 53) Relato: “Paciente dizia ver demônios constantemente e ao acompanhar um familiar no hospital, disse ter vistos vários espíritos que haviam morrido ali, que diziam ter fome” (GVJM25M umbandista/candomblecista/budista/ateu ou agnóstico).
- 54) Relato: “Conversar com o anjo da guarda. Receber direcionamento ou percepção de sentido, significado espiritual no momento de uma crise” (EGLA25F católica/cristã protestante).
- 55) Relato: “Ela acreditava que era orientada por espíritos a fazer um tipo de medicamento e que era intimada a fazer outras coisas que não achava corretas, mas que não poderia falar” (LSM40F católica/cristã protestante).
- 56) Relato: “Relato de visões e sensações diversas” (DG64F cristã protestante).
- 57) Relato: “Já tive paciente que via imagens e ouvia vozes” (MCDS61F católica).
- 58) Relato: “O paciente referiu ter tido contato com o espírito de seu pai, relatando conversas que teve com ele, e, após a experiência, referiu se sentir mais tranquilo com relação ao falecimento do mesmo” (ARFK39F cristã protestante).
- 59) Relato: “A maioria relata percepção de abertura de consciência, de ouvir alguém se comunicando” (JHA32F espírita).

- 60) Relato: “Experiência de ter recebido mensagens de entes que já morreram” (MTST63F espírita).
- 61) Relato: “Paciente relata ouvir vozes que antecipam cenários, durante a vigília... e relata ser incompreendido por outros psicólogos, e gostou da Analítica pela possibilidade de pensar psicologicamente estes fenômenos” (SLS47M católico/budista).
- 62) Relato: “O paciente refere ter experiências de contato com “fantasmas” (ARFK39F cristã protestante).

– Efeitos físicos:

- 63) Relato: “Relatos sobre aberturas de portas sem vento ou qualquer corrente de ar... visões de luzes brancas ou pretas com formatos” (C52F Espírita/umbandista/candomblecista/budista).
- 64) Relato: “Relato do paciente de que os objetos em sua casa voavam” (RS53F cristã protestante).
- 65) Relato: “Relato de episódios vivenciados por moradores antigos e atuais da residência, tais como pancadas em janelas e paredes, sensação de haver uma presença maligna e pesadelos. Essas situações ocorrem principalmente em um cômodo específico, onde surgiram rachaduras e equipamentos não funcionam” (E49F católica).
- 66) Relato: “Paciente relata que ao ir para o mato, com uma corda, a procura de uma árvore para suicidar-se, seu pai falecido, conversou com ele e a corda arrebentou” (C46F católica).

– Transe mediúnico:

- 67) Relato: “Experiência dissociativa...” (AF49M ateu ou agnóstico/outra religião).
- 68) Relato: “Diversos relatos apareceram ao longo dos 19 anos que trabalho como psicoterapeuta. Um dos últimos versa sobre um senhor de 64 anos, espírita, que passou por diversas experiências espirituais ao longo da vida. Em sua infância, sua mãe falava duas vozes (uma

de criança e uma de adulta). Ele ouve vozes, tem clarividência e trabalha em um centro espírita na parte da desobsessão (MNB40F católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).

69)Relato: “Recentemente, atendi uma paciente que trabalha como caixa numa casa noturna. Ela afirma que certa vez, ao realizar a cobrança de uma das clientes da casa, de forma repentina, ela mudou a voz e a fisionomia, e relatou várias situações de cunho pessoal que a paciente havia vivenciado. Esta paciente tem afinidade com a religião cristã protestante, e considera que este evento foi real” (EFS46F espírita).

70)Relato: “Desculpe, mas não lembro detalhes, apenas que o paciente fazia os rituais preparatórios para incorporar na Umbanda” (ACSA58F espírita/budista).

71)Relato: “A de uma moça que usava daime e tinha alucinações, estava tendo problemas e a levei a refletir e observar quando esses episódios aconteciam. Ela percebeu que era sempre depois dos encontros no daime. Então resolveu parar e dar um tempo (MMC73F cristã protestante).

72)Relato: “A paciente relatou ouvir espíritos que a ajudam a ajudar pessoas através de cartas escritas no Centro espírita onde trabalha voluntariamente” (EL48F cristã protestante).

73)Relato: “Experiências mediúnicas” (EOS67F espírita).

74)Relato: “Recebo o pai José e ele sempre me orienta” (RPOC50F outra).

75)Relato: “Atendo uma paciente de religião de matriz Africana, a Umbanda. Ela me relatou todo o processo para se formar como mãe de santo, que lhe trouxe várias experiências de cunho sobrenatural segundo sua crença” (ECO43F católica).

76)Relato: “Experiências vivenciadas no contexto religioso que envolve visões e conversas com entidades” (A31F cristã protestante).

77)Relato: “Visão de Nossa senhora após ingerir daime” (AC58F sem religião).

– Transe de possessão:

78)Relato: “Relatos de Pacientes que tiveram manifestação demoníaca, em libertação (MFCS41M evangélico pentecostal).

79)Relato: “Incorporação de espíritos, Incorporação do diabo por uma paciente evangélica” (TRPM46F cristã protestante/espírita/budista).

80)Relato: “Incorporação” (L41F espírita).

81)Relato: “Houve um relato de incorporação tratando-se de mediunidade em terreiro” (AAM27F sem religião).

82)Relato: “Rituais umbandistas e espíritas. Rituais realizados por outras pessoas para prejudicar a paciente (ex-namorado), precisando de passes e novos rituais para desfazer os enlaces negativos, vincular e justificar muitas das situações negativas da vida a essas questões” (G36F católica).

83)Relato: “Trabalho realizado em centro de umbanda, experiências com entidade pompa gira” (MAS57F espírita).

84)Relato: “Incorporações, orientações de Santos católicos e do Espírito Santo” (CSS30M católico/espírita/umbandista/candomblecista).

85)Relato: “Contou sobre incorporações e intuições” (CG59F espírita/umbandista).

86)Relato: “Incorporação de entidade” (FMP50F outra religião).

87)Relato: “Algo como ter sentido uma entidade entrar em seu corpo físico” (ACGPS38F outra religião).

2.8.4 Análise de conteúdo dos relatos envolvendo Experiências Dissociativas espirituais ou mediúnicas (EDEM), trazidas pelos pacientes para a psicoterapia

Para realizar a análise de conteúdo desses relatos, utilizando a técnica de Laurence Bardin, vamos considerar a seguinte classificação:

- Sentir, ver, ouvir, perceber pensamentos de um falecido ou entidade espiritual: Envolve perceber, sentir, ver, ouvir ou receber uma informação mental, com maior ou menor nitidez, do espírito de uma pessoa falecida, de uma entidade espiritual ou um aspecto que não é percebido por outras pessoas como luz, perfume etc.

Aqui os relatos de 1 a 62, abordam experiências em que os pacientes percebem presenças espirituais por meio de diferentes sentidos, visão, audição, tato e percepção mental. As principais temáticas observadas foram:

- Ver ou ouvir espíritos: Muitos relatos mencionam a percepção visual ou auditiva de pessoas falecidas, guias espirituais, ou entidades espirituais. Visão de espíritos, vultos e vozes que orientam ou confortam os pacientes (relatos 2, 3, 10, 11, 14, 18, 19, 21, 22, 26, 30, 34, 35, 36, 40, 43, 46, 48, 49, 52, 56, 57, 59 e 61). Sugerindo que a percepção sensorial de entidades espirituais é uma experiência bastante comum entre os pacientes.
- Sentir a presença espiritual: Alguns relatos indicam a percepção de uma presença espiritual, sem necessariamente ser vista ou ouvida. Pacientes relatam sentir a presença de espíritos de parentes falecidos ou de guias espirituais (relatos 12, 29, 39, 44 e 45) ou o caso da paciente que relata a presença do avô falecido ajudando-a a controlar pensamentos autodestrutivos (relato 1).
- Comunicação espiritual: Muitos pacientes mencionam comunicar-se com espíritos ou entidades espirituais, sem uma percepção sensorial clara (relatos 6, 7, 8, 9, 13, 15, 16, 17, 23, 31, 32, 33, 38, 42, 51, 54, 58 e 60) ou a paciente que sonhou encontrar com a esposa falecida, sentindo-se consolada (relato 27).
- Presenças perturbadoras: Alguns relatos indicam a presença de espíritos que causam desconforto ou medo (relatos 20, 24, 28, 41, 50, 55 e 62), como a experiência da paciente atacada por uma entidade maligna enquanto dormia (relato 4), ou a visão de demônios em hospitais (relato 53).

- Experiências sensoriais: Alguns pacientes dizem sentir sensações inexplicáveis, como arrepios em contextos espirituais ou mediúnicos (relatos 5 e 25).

Ficou evidenciado que as experiências de percepção espiritual se manifestam de maneiras diversas, incluindo aspectos percebidos como fonte de consolo e harmonia ou de perturbação.

- Efeitos físicos: envolve efeitos físicos, produzindo fenômenos materiais, como ruídos ou o movimento de corpos inertes.

Relatos de 63 a 66 onde há relatos de manifestações físicas associadas a fenômenos espirituais:

- Fenômenos materiais inexplicáveis: Os pacientes relatam movimentação de objetos, aberturas de portas sem causa aparente, ou fenômenos luminosos, como a visão de luzes sem origem física (relatos 63, 64, 65).
- Intervenções físicas: Há relatos onde o contato espiritual parece influenciar diretamente eventos físicos, como o caso de uma corda que se arrebenta quando um paciente tentava suicidar-se após receber uma mensagem espiritual (Relato 66).

Esses relatos indicam que as experiências dissociativas podem incluir manifestações físicas, percebidas como sinais tangíveis de intervenções supostamente espirituais.

- Transe mediúnico: Indivíduos que entram em estados não ordinários de consciência, mantendo algum controle, com ou sem alteração de identidade.

Os relatos de 67 a 77 descrevem estados alterados de consciência nos quais os pacientes se sentem controlados por entidades espirituais, envolvendo:

- Mudança de comportamento e voz: Diversos pacientes relatam entrar em estados de transe mediúnico, onde acreditam estar incorporando espíritos ou entidades (como no relato 74). Pacientes descrevem mudanças de voz, postura e comportamentos quando sob influência

dessas entidades, como a paciente que, trabalhando como caixa, viu a sua cliente mudar de voz e relatar eventos pessoais sobre a paciente (Relato 69).

- Incorporação durante rituais: Outros relatos mencionam incorporações de espíritos ou guias espirituais durante rituais religiosos, como no relato de uma paciente que descreve todo o processo para se tornar mãe de santo (Relato 75).

Foram destacadas experiências de dissociação com alteração de identidade, muitas vezes dentro de contextos religiosos.

- Transe de possessão: Indivíduos que demonstram dissociação com alteração de identidade, sem domínio ou controle.

Relatos de 78 a 87 descrevendo estados dissociativos em que o paciente sente que perdeu o controle de seu corpo ou identidade, muitas vezes associado à incorporação de entidades espirituais:

- Incorporação de entidades demoníacas: Alguns relatos descrevem a incorporação de espíritos malignos ou demônios, muitas vezes em um contexto cristão, como no caso de uma paciente evangélica que relatou a incorporação do diabo (Relato 79).
- Incorporação em rituais afro-brasileiros: Pacientes também relatam experiências em terreiros de umbanda ou candomblé, onde dizem incorporar entidades espirituais durante cerimônias (Relato 81).

Esses relatos mostram que o transe de possessão envolve um estado de dissociação severa, muitas vezes relacionado a uma experiência negativa ou de perda de controle, exceto quando parte de um ritual religioso.

- Identificação de Padrões:
- Influência das crenças religiosas ou espirituais: Os pacientes costumam interpretar suas experiências espirituais à luz de suas crenças religiosas, que variam dependendo da religião, espiritismo, umbanda, candomblé e xamanismo costumam naturalizar essas experiências, enquanto que

católicos, cristãos protestantes e evangélicos tendem a interpretar como algo negativo, muitas vezes demoníaco. Isso é evidente em diversos relatos onde as visões e experiências são associadas diretamente com religiões específicas (como no relato 32, onde o paciente participa de rituais xamânicos, ou nos relatos 67 e 74, sobre práticas mediúnicas).

- Validação espiritual ou psicológica: Alguns pacientes buscam uma validação espiritual ou psicológica para suas experiências. Isso é mencionado em relatos onde há incerteza se as visões e vozes são de origem espiritual ou um sinal de algum transtorno psicológico (como no relato 22).
- Experiências de sofrimento e alívio: Alguns relatos conectam diretamente as experiências espirituais a momentos de sofrimento emocional intenso ou crises psicológicas. Por exemplo, pacientes que estavam em momentos de desespero relataram ver ou sentir a presença de entes queridos falecidos ou espíritos que os confortavam e os ajudavam a enfrentar suas dificuldades (relatos 20, 58). Outros pacientes relatam que suas experiências espirituais os ajudam a lidar com suas ansiedades e medos (relatos 16, 35).
- Dissociação como característica central: Muitos pacientes relatam uma dissociação de sua identidade normal durante essas experiências. Isso é evidente em relatos de possessão e transe mediúnico, onde o paciente sente que não está no controle de seu próprio corpo e mente, como se uma entidade ou espírito estivesse temporariamente nesse controle (relatos 68, 79, 86).
- Conclusão:

A análise dos relatos revela que as experiências dissociativas espirituais ou mediúnicas variam em intensidade e impacto emocional nos pacientes. Algumas experiências são percebidas como protetoras e reconfortantes, enquanto outras são descritas como perturbadoras ou aterrorizantes.

A dissociação, percepção sensorial e contato mental com entidades espirituais são os principais elementos dessas experiências.

O conteúdo destaca a importância que o contexto religioso tem na forma como os pacientes interpretam e processam essas vivências, em contextos espíritas e umbandistas, por exemplo, o transe e a incorporação são frequentemente aceitos e até valorizados. Já em contextos cristãos ou sem religião, as mesmas experiências podem ser interpretadas como alucinações ou manifestações demoníacas. As experiências dissociativas e espirituais variam em intensidade e natureza, mas são frequentemente moldadas pelas crenças individuais e contextos emocionais dos pacientes. A interação entre fenômenos espirituais e estados emocionais sugere que as experiências mediúnicas ou dissociativas frequentemente ocorrem em momentos de vulnerabilidade emocional, podendo ser interpretadas como suporte espiritual.

Essa diversidade de interpretações é essencial para entender o fenômeno de forma abrangente, especialmente no tratamento psicoterapêutico, onde a validação das experiências espirituais dos pacientes pode ser fundamental para seu bem-estar psicológico.

2.8.5 Experiências Anômalas (EA) trazidas pelos pacientes para a psicoterapia

Envolve **experiências fora do corpo** em que a pessoa sente que sua consciência está fora do corpo físico, flutuando vai a locais mais ou menos distantes e pode observar seu corpo a distância, esteja ele parado ou em movimento. **Experiências de quase morte**, eventos psicológicos profundos com elementos místicos e transcendentais que costumam ocorrer com pessoas em risco de vida, situação de perigo emocional ou físico muito intenso, próximos da morte. **Sonhos lúcidos**, ter consciência de se estar sonhando, podendo influenciar os elementos do sonho. **Curas anômalas**: a cura de determinada doença, não pode ser atribuída a tratamentos médicos convencionais ou se desvia do esperado, em termos de evolução natural para o quadro clínico do paciente em tratamento, cuja explicação não pode ser dada de acordo com o *mainstream* científico vigente. **Experiências místicas**: envolve uma consciência unitária, indiferenciada, pura, um sentimento de integração, união com o universo que provoca o desaparecimento de objetos físicos e mentais da consciência ordinária, não é localizada no espaço ou no tempo, a consciência do “Eu” desaparece produzindo sentimentos de felicidade, paz, alegria e

bem-aventurança. **Experiências de abdução por alienígenas:** caracterizadas por lembranças subjetivas e, no entanto, percebidas como reais, de ser levado contra a vontade por entidades não humanas para uma nave espacial e ali sofrer procedimentos físicos e psicológicos complexos, envolvendo exames, comunicação com os abdutores, *tour* guiado no objeto voador não identificado (OVNI).

Considerando suas características os relatos dessa subcategoria também foram classificados de acordo com: Experiências fora do corpo, experiência de quase morte, sonhos lúcidos, curas anômalas e experiências místicas.

– Experiências fora do corpo:

- 1) Relato: “O paciente, sexo masculino, 13 anos, veio para fazer uma avaliação neuropsicológica por apresentar dificuldades em leitura/escrita. O paciente relatava vivenciar experiências fora do corpo, ficava muito assustado e sentia medo de não conseguir voltar” (BFC37F católica).
- 2) Relato: “Desdobramento espiritual” (DC41F sem religião).
- 3) Relato: “Projeções astrais” (LRL36M budista/outra).
- 4) Relato: “Paciente relata ser ver fora do corpo, andando pela casa, verifica que seu corpo está na cama, consegue ver, o que ela denominou de vultos, que estariam próximos dela” (BGR39M sem religião).
- 5) Relato: “Paciente se viu fora do corpo” (SG35F espírita/sem religião).
- 6) Relato: “Paciente que dissocia do corpo vendo entidade no armário com mãos grandes que a persegue nos sonhos” (P43F espírita).
- 7) Relato: “Experiências fora do corpo com discursos e mensagens” (GN35F sem religião).
- 8) Relato: “Sensação de estar fora do próprio corpo” (N50F católica).
- 9) Relato: “Experiência extracorpórea, onde podia andar pela casa enquanto seu corpo estava adormecido” (KGMC36F católica).
- 10) Relato: “Experiência fora do corpo” (JMMR54F cristã protestante).

- 11) Relato: “Experiências fora do corpo” (CB45F católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).
 - 12) Relato: “Experiências extracorpóreas” (DW40F católica).
 - 13) Relato: “De estar flutuando fora do corpo” (JHA32F espírita).
 - 14) Relato: “Alteração da percepção corporal após prática respiratória e entoação de mantras” (V41F católica/budista/hinduísta).
 - 15) Relato: “Algumas experiências de sair do próprio corpo, sempre em episódios de paralisia do sono” (ARFK39F cristã protestante).
 - 16) Relato: “Já ouvi relatos sobre experiências fora do corpo” (C52F Espírita/umbandista/candomblecista/budista).
 - 17) Relato: “Experiências fora do corpo” (MNB40F católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).
 - 18) Relato: “Sair do corpo e visitar outros lugares” (SR61F Evangélica pentecostal/neopentecostal).
 - 19) Relato: “Desdobramento do corpo, pesadelos recorrentes e memorizados” (A52F espírita).
- Experiência de quase morte:
- 20) Relato: “EQM. A cliente contou a conversa da equipe médica na sala cirúrgica enquanto se via fora do corpo” (MDGF65F católica/ espírita/umbandista/ budista).
 - 21) Relato: “Experiências de quase morte” (C52F Espírita/umbandista/candomblecista/budista).
 - 22) Relato: “Relato de experiência de quase morte (período em coma após acidente)” (LF65F católica/budista).
 - 23) Relato: “Pacientes da religião espírita relataram que já passaram pela experiência de quase morte” (J43F católica).
 - 24) Relato: “A queixa dessa paciente era que teria que passar por uma cirurgia e estava com muito medo de enfrentar esse problema. Fizemos uma hipnose e descobrimos que esse medo veio de uma cirurgia anterior

em que ela teve uma experiência de quase morte, onde estava flutuando pelo hospital vendo tudo que estavam fazendo para ressuscitá-la, mas não lembrava dessa situação” (A51F Espírita).

– Sonhos lúcidos:

25) Relato: “Paciente com sonhos lúcidos recorrentes” (L49M católico).

26) Relato: “Um determinado cliente vivencia sonhos lúcidos com relativa frequência (pelo menos um ou dois por mês) e são experiências incríveis para ele, nas quais se permite explorar o mundo onírico e que são posteriormente compartilhadas no contexto terapêutico. Esse cliente não possui religião e não se importa com espiritualidade, então não faz associação entre suas experiências e qualquer possibilidade de transcendência, mas admite que esse tipo de sonho o deixa “com a pulga atrás da orelha”, como ele mesmo diz” (PASF44M sem religião).

27) Relato: “Paciente tinha sonhos lúcidos. Nos sonhos recebia orientações e respostas, inclusive de eventos futuros” (CRR47F espírita).

– Curas anômalas:

28) Relato: “De curas milagrosas físicas e emocionais” (MFCS41M evangélico pentecostal).

29) Relato: “Receber a cura de doenças, conseguir emprego, aquisição de uma casa” (V37F católica).

30) Relato: “Milagres de cura” (DJSC53F evangélica/pentecostal/neopentecostal).

31) Relato: “Experiências de cura e transformação” (LRG38M católico/espírita/ateu ou agnóstico).

32) Relato: “Participou de um retiro e teve experiências de cura sobrenaturais, voltou transformada” (DP41F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

- 33) Relato: “Paciente abandonou o uso de retrovirais por acreditar ter sido curado por Jesus e não entender que a medicação baixou a carga viral e por isso não aparece nos exames e deixar a medicação é um erro” (MAS50F católica).
- 34) Relato: “Paciente oncológico que associou sua melhora a ter encontrado no chão um pingente perdido de Nossa Senhora Aparecida” (CF30F evangélica pentecostal/neopentecostal).
- 35) Relato: “Alteração de uma condição de saúde por milagre” (GN35F sem religião).
- 36) Relato: “Vários relatos: paciente que vivencia fervorosamente sua crença com relatos de “bençãos” conseguidas em situação grave de adoecimento...” (ASLVO62F católica).
- 37) Relato: “Crença na melhora do estado depressivo após participar em ritual da sua tradição religiosa” (S41F Católica/cristã protestante/evangélica/ espírita/umbandista/outra).
- 38) Relato: “Do paciente acreditar que Deus iria curá-lo e isso acontecer no decorrer do tempo. Mérito das orações dele e da mudança de comportamento também. União de tudo Deus orienta” (FS40F católica).
- 39) Relato: “Paciente em coma internado por 263 dias, que sofreu acidente de moto. Na avaliação Glasgow inicial alcançou o escore 9 e na alta escore 12, com sequelas e limitação motora, teve várias infecções devido a lesões graves no membro inferior direito, infecções renais, devido ao uso de antibióticos teve perda auditiva grave. Foi ungido a primeira vez, e na segunda vez da unção, já com os aparelhos de UTI desligados e somente o monitoramento do coração em observação. Esse paciente se levantou e reagiu, pelas orações familiares e pela fé. Apresentei esse trabalho como pôster no XV Congresso Internacional de Psicologia, recentemente, nos dias 15 a 17 de novembro/23. Dei o nome de *Holyspotting* a essa técnica, sobre a qual escrevi um livro: “*Holyspotting*: um olhar mais elevado para a cura emocional”, com base nos atendimentos que venho fazendo ao longo dos anos observando pacientes cristãos, entendi

que pacientes que tem fé, não importando qual, tem uma recuperação integral, lógico que nesse caso teve sequelas, porém, o paciente tem vida “normal” e vive com a esperança na eternidade e vive feliz por gratidão por ter sobrevivido. Paciente dirige, faz atividades de vida diária, cozinha etc. e tem vida matrimonial. Leia meu livro”. (CSC72F outra religião).

– Experiências místicas:

- 40) Relato: Experiência de se sentir integrado ao todo (um com o todo) a partir da sensação corporal, quando está banhando (sobretudo nu) no mar” (LCP32F umbandista/outra).
- 41) Relato: “Crises de identificação com o mundo espiritual como sendo real” (SR61F Evangélica pentecostal/neopentecostal).
- 42) Relato: “Sonhos com situações que davam sentido real” (AGSC44M espírita).
- 43) Relato: “Verificar situações vividas no mundo espiritual como sendo reais (SR61F Evangélica pentecostal/neopentecostal).
- 44) Relato: “Momentos de espiritualidade em missas, cultos, oração e espontâneos” (NLC49M católico).

2.8.6 Análise de conteúdo dos relatos envolvendo Experiências anômalas (EA), trazidas pelos pacientes para a psicoterapia

Para realizar a análise de conteúdo desses relatos, utilizando a técnica de Laurence Bardin, vamos considerar a seguinte classificação:

- Experiências fora do corpo: a pessoa sente que sua consciência está fora do corpo físico, flutuando, vai a locais mais ou menos distantes e pode observar seu corpo a distância, esteja ele parado ou em movimento;

Aqui os relatos de 1 a 19, abordam experiências em que o tema da dissociação entre corpo e consciência aparece frequentemente, onde os pacientes

relatam episódios em que flutuam, observam o próprio corpo à distância, ou interagem com outras entidades nesse estado extracorpóreo.

Exemplos claros de relatos que se encaixam nessa categoria incluem expressões como “se ver fora do corpo” (Relatos 1 e 4), “flutuar fora do corpo” (Relato 13), e “andar pela casa enquanto o corpo está adormecido” (Relato 9).

Existem variações a depender dos contextos religiosos e culturais, como “projeções astrais” (Relato 3) e “desdobramento espiritual” (Relato 2), que indicam a importância das crenças religiosas dos pacientes na construção e interpretação dessas vivências.

Há um padrão de relatos em que as experiências fora do corpo ocorrem durante episódios de paralisia do sono (Relato 15). Essa associação é comum em relatos de vivências anômalas e está bem documentada na literatura psicológica.

- Experiências de quase morte: eventos psicológicos profundos com elementos místicos e transcendentais que costumam ocorrer com pessoas em risco de vida, situação de perigo emocional ou físico muito intenso, próximos da morte;

Relatos de 20 a 24 em que as experiências envolvem eventos próximos à morte, com elementos transcendentais em que a relação entre o trauma físico e a vivência extracorpórea é um tema central, com muitos relatos envolvendo situações médicas graves, como cirurgias e coma onde acontece a percepção de uma consciência separada do corpo.

Um exemplo clássico é o relato da cliente que, durante uma cirurgia, observa a equipe médica e o que estava acontecendo ao seu redor enquanto se via fora do corpo (Relato 20). Outros relatos incluem referências a coma ou a flutuar pelo hospital enquanto observava tentativas de reanimação (Relato 24).

- Sonhos lúcidos: ter consciência de se estar sonhando, podendo influenciar os elementos do sonho;

Relatos de 25 a 27 onde a exploração consciente do mundo dos sonhos é um tema chave, e os pacientes muitas vezes veem essas experiências como enriquecedoras e intrigantes, mas sem uma conotação necessariamente espiritual,

paciente relata “sonhos lúcidos com frequência, permitindo explorar o mundo onírico” (Relato 26), indicando uma vivência regular e talvez intencional desses sonhos.

Os indivíduos têm a consciência de que estão sonhando e podem controlar ou influenciar o enredo do sonho. Esse fenômeno é descrito como uma experiência impressionante e instigante pelos pacientes. Há relatos de pacientes que experienciam sonhos lúcidos regularmente e dizem receber orientações ou respostas durante esses episódios (Relato 27).

- Curas anômalas: a cura de determinada doença não pode ser atribuída a tratamentos médicos convencionais ou se desvia do esperado, em termos de evolução natural para o quadro clínico do paciente em tratamento, cuja explicação não pode ser dada de acordo com o *mainstream* científico vigente;

Relatos de 28 a 39 em que a crença em intervenções divinas ou espirituais aparece como um tema dominante. A fé do paciente parece desempenhar um papel crucial na percepção de cura, conforme relatado em experiências de “cura milagrosa” (Relato 30) e “cura emocional” (Relato 39). As experiências são descritas como curas físicas ou emocionais inexplicáveis pelos métodos médicos convencionais.

Alguns pacientes relatam curas atribuídas à intervenção divina, como no caso de um paciente que abandonou a medicação por acreditar que foi curado por Jesus (Relato 33).

Há também relatos de pacientes que passam por “cura milagrosa” após rituais religiosos ou orações fervorosas (Relato 32).

- Experiências místicas: envolve uma consciência unitária, indiferenciada, pura, um sentimento de integração, união com o universo que provoca o desaparecimento de objetos físicos e mentais da consciência ordinária, não é localizada no espaço ou no tempo, a consciência do “Eu” desaparece produzindo sentimentos de felicidade, paz, alegria e bem-aventurança;

Relatos de 40 a 44 em que o tema de unidade com o universo e a dissolução do “Eu” em uma consciência universal é recorrente, especialmente nas descrições de imersão na natureza e em práticas religiosas. As experiências envolvem um senso de

unidade e harmonia com o universo, frequentemente relatadas como momentos de profunda paz e integração com o todo. Um exemplo é o relato de um paciente que descreve uma sensação de unidade com o universo enquanto se banha no mar (Relato 40), representando a transcendência do “Eu”.

Também há descrições de experiências em missas e cultos, onde o paciente se sente conectado espiritualmente (Relato 44).

– Identificação de Padrões:

Nas experiências fora do corpo a sensação de flutuar e observar o próprio corpo, a presença de entidades ou vultos e a paralisia do sono associada à experiência extracorpórea.

Nas experiências de quase morte uma percepção consciente durante eventos médicos graves e memórias detalhadas do ambiente e de se estar flutuando, associando a proximidade da morte à dissociação entre corpo e consciência.

Nos sonhos lúcidos uma exploração e controle do ambiente onírico em que o sonhador reconhece esse estado como onírico e consegue interagir ativamente no sonho, podendo receber orientações e respostas, sugerindo um papel orientador ou profético, principalmente se interpretados em contextos espirituais.

Nas curas anômalas a atribuição de cura à fé religiosa ou intervenção divina através de orações e práticas religiosas, além de curas emocionais associadas à espiritualidade que promovem uma transformação pessoal profunda após êxtases envolvendo a fé.

E finalmente nas experiências místicas um padrão de relatos descrevendo a sensação de dissolução do eu e integração com o todo, acompanhado por sensações de paz, bem-aventurança e profunda conexão com a natureza que podem acontecer durante rituais ou práticas religiosas ou em momentos de oração.

Além desses padrões específicos em cada categoria também pôde ser observado um padrão bastante importante envolvendo experiências anômalas e as crenças religiosas dos pacientes, onde espíritas e evangélicos tendem a interpretar as suas experiências como parte de uma realidade espiritual (Relatos 6 e 24) e em contraste pacientes sem afiliação religiosa tendem a perceber essas experiências sem conotações místicas (Relato 26).

Em todas as categorias existe um padrão de relatos envolvendo a percepção de uma realidade além da consciência, um traço comum que une essas vivências sugerindo que os pacientes acreditam acessar níveis de realidades diferentes das experiências comuns.

As experiências anômalas se associam a momentos de grande carga emocional, envolvendo medos e angústias, sugerindo sua ocorrência em momentos de vulnerabilidade emocional, potencializando a sensação de transcendência ou dissociação.

– Conclusão:

A interpretação dos dados leva em consideração os significados subjacentes e as implicações dos relatos. As experiências anômalas são fortemente mediadas pelas crenças pessoais e espirituais dos pacientes. Por exemplo, as vivências extracorpóreas podem ser entendidas tanto como fenômenos neurológicos quanto espirituais, dependendo da cosmovisão do paciente. Da mesma forma, as curas anômalas revelam o poder das crenças religiosas na percepção de bem-estar e recuperação.

A análise de conteúdo dos relatos mostra que as experiências anômalas são diversas e amplamente influenciadas por fatores culturais, emocionais e espirituais. Compartilham um traço comum: a percepção de uma realidade ampliada, transcendente e não explicada pela consciência ordinária. Elas tendem a ocorrer em momentos de grande intensidade emocional ou física e embora algumas dessas experiências possam ser interpretadas por um prisma psicológico, os pacientes frequentemente as veem como transcendentais, o que ressalta a importância de considerar o contexto cultural e religioso ao tratar desse tipo de vivência. Independentemente da categoria, essas vivências frequentemente são interpretadas como um acesso a uma dimensão mais profunda e espiritual da existência, fornecendo novos insights ou mudanças na percepção dos pacientes sobre si mesmos e o mundo ao redor.

2.8.7 Experiências PSI (EPSI) trazidas pelos pacientes para a psicoterapia.

Envolve a telepatia que é a comunicação direta entre mentes. A clarividência, o conhecimento anômalo de eventos que acontecem a distância. A pré-cognição, o conhecimento anômalo de eventos futuros. A retro cognição, o conhecimento anômalo de eventos passados, seja por intuição ou sonhos. Sonhos premonitórios, conhecimento anômalos de eventos futuros e a memória de vidas passadas, envolvem a impressão de ser uma pessoa diferente da identidade atual, numa vida ou num tempo anterior sem renegar a identidade atual. Sincronicidade, envolvendo a relação entre eventos que ocorrem simultaneamente, sem uma ligação causal aparente, mas que trazem significado para aqueles que os vivenciam.

Considerando suas características os relatos dessa subcategoria foram classificados de acordo com: Telepatia; clarividência; pré-cognição ou sonhos premonitórios; memórias de vidas passadas e sincronicidade.

– Telepatia:

- 1) Relato: “Visões e comunicação telepática” (LRL36M budista/outra);
- 2) Relato: “Relatos de experiências místicas de paciente (homem, brasileiro, natural de Curitiba, 28 anos, solteiro, sem filhos) com possibilidade de interpretação anomalística (telepatia). O paciente relatou momentos em que começou a cantar músicas nas quais pessoas próximas estavam apenas pensando (o que foi confirmado por algumas destas)” (DNM34M católico/cristão protestante/umbandista/candomblecista/ateu ou agnóstico).
- 3) Relato: “De telepatia, dentre outras” (MNB40F católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).
- 4) Relato: “A pessoa que representou minha amante no processo de constelação familiar, tinha o mesmo olhar e choro da pessoa representada” (ASF espírita).

– Clarividência:

- 5) Relato: “Relatou saber o que o marido falou com a psiquiatra, sem ter escutado a conversa” (L48F espírita).

– Precognição / sonhos premonitórios:

- 6) Relato: “O paciente já descreveu prever tragédias na vida de pessoas com as quais ele convive. Diz que Deus mostra para ele tudo que vai acontecer, e normalmente acontece” (M35F cristã protestante).
- 7) Relato: “Já ouvi relatos de sonhos premonitórios” (MNB40F católica/espírita/ umbandista/budista/hinduísta).
- 8) Relato: “Uma paciente disse ter a capacidade de prever a morte dos outros e de receber entidades através de ‘visitas de dormitório” (DHR39M judaísmo);
- 9) Relato: “A paciente relatar que sonhou que eu estava lhe dando a notícia de mudança de cidade e eu já estava em andamento para que tal fato ocorresse, porém sem que ela soubesse. Depois de algumas semanas pude comunicar a minha real mudança de cidade” (RPCG50F cristã protestante);
- 10) Relato: “Sonhos premonitórios em relação à própria morte” (MC57F espírita).
- 11) Relato: “Visões, escutas, sonhos que considerou premonição, orientação” (HMYN57M judaísmo).
- 12) Relato: “Uma pessoa que sente quando vai perder alguém da família. Como se viesse ao pensamento ou através do sonho essa revelação” (RM61F católica).
- 13) Relato: “Tive vários casos na minha experiência clínica. Um caso que me lembro agora e que marcou muito foi de uma cliente, médium, que tinha sonhos premonitórios. Em um ela sonhou com a filha envolvida em acidente de carro a caminho do litoral. No fim de semana seguinte a filha lhe disse que iria para praia. A mãe desesperou-se, mas não conseguiu dissuadi-la. Mas por medo, ela e os amigos foram mais devagar. O acidente ocorreu, mas sem mortes. A cliente sofria muito com a situação e tinha muitas dúvidas sobre como agir e porque os tinha” (JBDN49F espírita).

- 14) Relato: “Paciente referiu sonho premonitório cuja situação aconteceu depois” (TOS40F católica/espírita/budista).
 - 15) Relato: “Paciente que previu a própria morte com detalhes e aconteceu” (LOC28F umbandista).
 - 16) Relato: “Sonhos que se tornam realidade e que a pessoa acaba compreendendo como uma revelação” (VRS32F evangélica/sem religião).
 - 17) Relato: “Paciente espírita com muitas experiências reveladas pelos sonhos em função da dinâmica familiar” (PR61F outra religião).
 - 18) Relato: “Sonhos proféticos que se concretizaram” (JC61M Evangélico /pentecostal/neopentecostal).
 - 19) Relato: “Paciente que relatava ter o dom da revelação sem que outro profissional pudesse diagnosticar alguma comorbidade como a esquizofrenia” (WMRA42M sem religião).
 - 20) Relato: “Paciente teve episódios premonitórios relacionados a morte” (SG35F espírita/sem religião).
 - 21) Relato: “Paciente apresenta sonhos premonitórios” (SLS47M católico/budista).
 - 22) Relato: “Paciente trás fala de acontecimentos reais depois de ter sonhos idênticos” (BMM54F evangélica pentecostal/neopentecostal).
 - 23) Relato: “Ter uma visão sobre algo que iria acontecer” (LM46F Cristã protestante/evangélica).
 - 24) Relato: “Experiências com sonhos que são atribuídos a avisos divinos” (MTST63F espírita).
- Memórias de vidas passadas:
- 25) Relato: “De alegadas memórias de vidas passadas” (MNB40F católica/espírita/ umbandista/budista/hinduísta).

26) Relato: “Paciente disse que já fez uma regressão de vidas passadas e que não era brasileira, porém estava em um navio a caminho do Brasil” (V27M católico).

27) Relato: “Memórias de vidas passadas” (C52F Espírita/umbandista/candomblecista/budista).

28) Relato: “Quando a pessoa é religiosa trato usando a espiritualidade para desenvolver e fortalecer sua fé. Já tratei um caso em que a moça tinha sonhos de vidas passadas” (FR32M judaísmo).

– Sincronicidade:

29) Relato: “Sincronicidades” (CB45F católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).

30) Relato: “Experiências de sincronicidade após um culto religioso com grande intensidade emocional” (V41F católica/budista/hinduísta).

2.8.8 Análise de conteúdo dos relatos envolvendo Experiências PSI (EPSI), trazidas pelos pacientes para a psicoterapia

Para realizar a análise de conteúdo desses relatos, utilizando a técnica de Laurence Bardin, vamos considerar a seguinte classificação:

– Telepatia: comunicação direta entre mentes.

Relatos 1 a 4 em que as experiências se referem à comunicação direta entre mentes, sem o uso dos sentidos convencionais. Nos relatos de telepatia há exemplos de pacientes relatando uma comunicação não verbal ou mental com outras pessoas. Esses eventos variam desde o relato de comunicação telepática explícita até o reconhecimento de comportamentos ou pensamentos de outras pessoas sem uma comunicação direta (Relato 4, sobre constelação familiar). A telepatia é mencionada de forma concreta ou subjetiva, com os pacientes relatando uma capacidade de captar pensamentos ou emoções alheias. Nota-se um envolvimento de experiências emocionais e espirituais profundas.

- Clarividência: conhecimento anômalo de eventos que acontecem a distância.

Relato 5 que menciona um paciente que soube o conteúdo de uma conversa entre o marido e a psiquiatra, sem estar presente. Este relato sugere uma forma de percepção anômala que não se encaixa em experiências ordinárias, e envolve uma intimidade emocional com a pessoa de quem se obteve a informação, o que pode sugerir uma conexão emocional profunda como facilitador da experiência.

- Pré-cognição ou sonhos premonitórios: conhecimento anômalo de eventos futuros.

Relatos 6 a 24 que incluem o conhecimento de eventos futuros. Essas experiências são as mais relatadas, variando desde previsões sobre tragédias pessoais, sonhos com a própria morte (Relatos 10 e 15), até casos detalhados de previsão de acidentes (Relato 13) e mudanças (Relato 9).

O fenômeno de pré-cognição aparece predominantemente em contextos de previsões sobre morte ou tragédias, o que sugere uma associação entre pré-cognição e momentos de grande carga emocional ou de vida e morte. A experiência é frequentemente relatada de forma mística ou espiritual, com os pacientes muitas vezes buscando entender o propósito dessas visões e lutando com o peso emocional que elas acarretam por gerarem angústia e confusão nos pacientes. No Relato 13, por exemplo, uma mãe que previu o acidente de carro da filha não conseguiu evitar o evento, o que gerou um sentimento de impotência e dúvidas sobre como lidar com essa habilidade. Da mesma forma, o Relato 10 menciona sonhos sobre a própria morte, o que também traz uma carga emocional significativa.

- Retro cognição: conhecimento anômalo de eventos passados, seja por intuição ou sonhos premonitórios;
- Memórias de vidas passadas: impressão de ser uma pessoa diferente da identidade atual, numa vida ou num tempo anterior sem renegar a identidade atual.

Relatos 25 a 28 que envolvem a impressão de ter vivido outra vida ou em outro tempo. Os relatos indicam pacientes que acessam memórias de vidas passadas, seja por meio de regressão (Relato 26) ou em sonhos (Relato 28).

Os relatos de memórias de vidas passadas são fortemente influenciados por crenças religiosas e espirituais. A ideia de vidas passadas é vista como um meio de interpretar experiências e dificuldades presentes, com essas memórias sendo tratadas como um componente terapêutico relevante.

- Sincronicidade: relação entre eventos que ocorrem simultaneamente, sem uma ligação causal aparente, mas que trazem significado para aqueles que os vivenciam.

Relatos 29 e 30 que envolvem a percepção de coincidências significativas sem uma relação causal aparente, mas que trazem sentido para quem vive a experiência. Os relatos refletem experiências de sincronicidade em contextos religiosos ou emocionais intensos.

As sincronicidades são descritas como fenômenos que ocorrem em momentos emocionalmente ou espiritualmente significativos, sugerindo uma busca de significado em eventos coincidentes. Essa categoria reflete uma conexão profunda entre os acontecimentos da vida cotidiana e as crenças espirituais ou religiosas dos pacientes.

- Identificação de Padrões:

Um padrão recorrente nos relatos é a forte conexão entre as experiências PSI e as crenças religiosas ou espirituais dos pacientes. A maioria dos relatos é contextualizada em ambientes onde a espiritualidade ou a religião têm um papel relevante, experiências PSI, especialmente a pré-cognição e as memórias de vidas passadas, são frequentemente interpretadas pelos pacientes com base nas suas crenças sobre a existência de uma dimensão espiritual ou de vidas anteriores. Pacientes que pertencem a grupos religiosos com crenças em fenômenos paranormais como o espiritismo e religiões orientais, tendem a relatar mais essas experiências como algo natural e explicável dentro de sua visão de mundo.

A pré-cognição ocorre frequentemente em sonhos, e está associada a eventos de grande impacto emocional, como mortes ou acidentes. Além disso,

essas previsões são frequentemente vistas como um “dom” ou uma capacidade especial dada por uma entidade espiritual, como Deus ou espíritos, de acordo com a crença do paciente.

Experiências PSI, envolvendo premonições de eventos negativos, tendem a ser uma fonte de sofrimento e angústia para os pacientes, que podem não saber como lidar com essas percepções.

– Conclusão:

A análise dos relatos evidencia uma forte ligação entre as experiências PSI e as crenças religiosas ou espirituais dos pacientes. As categorias de telepatia, clarividência, pré-cognição, memórias de vidas passadas e sincronicidade estão imbuídas de significado pessoal e espiritual, muitas vezes associadas a questões emocionais intensas. Os pacientes frequentemente buscam entender essas experiências como parte de um processo maior de autocompreensão e busca de sentido na vida, destacando a importância do contexto religioso/espiritual na interpretação desses fenômenos.

Essas experiências são frequentemente vistas como manifestações de um “dom” ou habilidades especiais, que, para muitos, fazem parte de uma visão de mundo espiritual ou mística. Os relatos revelam que essas vivências ocorrem em momentos de grande carga emocional, como situações de luto, perigo ou transformação, o que sugere que essas experiências têm um papel importante na forma como os pacientes compreendem e processam eventos significativos em suas vidas, fazendo com que os fenômenos PSI possam desempenhar um papel importante no processo terapêutico, fornecendo uma estrutura para que os pacientes processem experiências inexplicáveis dentro do campo das suas crenças e valores pessoais.

2.9 CATEGORIZAÇÃO DOS RELATOS ENVOLVENDO EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELOS PACIENTES, DURANTE O ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO NO SETTING TERAPÊUTICO.

Os relatos dados foram categorizados de acordo com o tipo de experiência REDEMA descrita pelo psicólogo, utilizando-se as mesmas subcategorias usadas

anteriormente nos relatos envolvendo experiências trazidas pelos pacientes para a psicoterapia. 40 psicólogos trouxeram 41 relatos de experiências vivenciadas por seus pacientes no *setting* terapêutico, como discriminado a seguir.

2.9.1 Experiências Religiosas (ER) vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterapêutico

Envolvendo a presença, ação, chamado ou união com Deus: A pessoa sente que a divindade está presente, muito próxima, acompanhando-o, tem contato, interage com ela. Eventos cuja causa é atribuída a intervenção divina, considerando que a divindade tem conhecimento da existência e das necessidades da pessoa. A pessoa age de acordo com o que a divindade espera dela, seja uma ordem, um convite ou um chamado. Entende a experiência como sendo a manifestação do desejo ou da intenção de Deus em relação a ela. Pode acontecer através de visões, revelações, falar em línguas (glossolalia) etc. Promove uma experiência de união da pessoa com a divindade que lhe proporciona uma sensação de pertencimento, de plenitude, de extremo amor e intimidade. Será desagradável quando o *coping* for negativo, proporcionando sentimento de culpa ou sensação de estar sendo castigado pela divindade.

Considerando suas características os relatos dessa subcategoria foram classificados de acordo com: Perceber, ouvir ou ter uma revelação da divindade e *coping* negativo.

- Perceber, ouvir ou receber uma revelação da divindade:
 - 1) Relato: “O paciente se dizer inspirado por moção do Espírito Santo” (K34F Católica).
 - 2) Relato: “Esse mesmo cliente que me referi na questão anterior, teve a experiência de ‘falar em línguas’ em uma sessão. Ele estava falando das roupas que lhe são doadas e de repente abaixou a cabeça, colocou uma das mãos na cabeça e começou a falar de forma diferente. Como eu não percebi de imediato o que estava acontecendo, pensei que ele estava se sentindo mal e o chamei. Ele

não respondeu e só gesticulou com a mão. Então aguardei por uns 10 minutos mais ou menos. Logo ele se reestabeleceu e disse que foi tocado pelo espírito de Deus, perguntei o que ele falou, pois eu não havia conseguido entender. Ele também não soube me responder. Seguimos falando do ocorrido, mas ele não soube me explicar” (AMP42F sem religião).

- 3) Relato: “Uma paciente, com frequência em seus reprocessamentos com a abordagem do EMDR, narra diálogos com Deus/Jesus a orientando e ajudando a lidar com as situações traumáticas abordadas durante as sessões” (D40F Cristã protestante).

– Coping negativo:

- 4) Relato: “Certa época atendi uma jovem durante +/- 6 meses e a terapia não progredia em nada. Sugeri a paciente encerrarmos o trabalho terapêutico pois ele não estava evoluindo, e a próxima sessão seria de encerramento. Na semana seguinte, ao iniciar a sessão, a paciente começou a chorar e olhar para o teto da sala e brigar muito, demorei um pouco para perceber que ela estava discutindo seriamente com Deus. Ela não tinha indícios de nenhuma patologia que explicasse o comportamento” (C58F cristã protestante).

2.9.2 Análise de conteúdo dos relatos envolvendo Experiências religiosas (ER), vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterapêutico

Para realizar a análise de conteúdo desses relatos, utilizando a técnica de Laurence Bardin, vamos considerar a seguinte classificação: “Perceber, ouvir ou ter uma revelação da divindade” e “Coping negativo”.

– Perceber, ouvir ou ter uma revelação da divindade:

Relatos 1 a 3 que apresentam experiências religiosas em que os pacientes percebem uma interação direta com a divindade, seja por inspiração, manifestação espiritual ou diálogos com Deus.

No relato 1 o paciente demonstra uma experiência mística subjetiva e pessoal, sentindo-se diretamente influenciado pela divindade, especificamente pelo Espírito Santo. De acordo com a técnica de Bardin, esse conteúdo pode ser classificado como “percepção direta da divindade”, pois há uma afirmação clara de que a experiência está relacionada a uma inspiração ou orientação divina. O paciente interpreta essa experiência como algo positivo e enriquecedor, caracterizando uma relação direta com o divino, sem aparentes sinais de conflito ou angústia. No relato 2 o paciente relata uma experiência que ele identifica como mística, com a intervenção divina manifestada por meio da glossolalia (falar em línguas). Embora o paciente não consiga explicar racionalmente o que aconteceu, ele atribui o fenômeno ao toque do “espírito de Deus”, acredita que foi temporariamente influenciado por uma força divina. Há um distanciamento entre a experiência vivida e a capacidade de 193juda193i-la, sugerindo que esses eventos são compreendidos como além do controle consciente. No relato 3 a paciente parece ter uma relação contínua com a divindade, na forma de diálogos que a ajudam a lidar com traumas. A interação com a divindade é descrita de maneira prática, como uma fonte de orientação e apoio emocional, o que se alinha com a categoria “percepção ou revelação da divindade”. A divindade assume um papel ativo na cura e no processo de enfrentamento dos desafios psicológicos, destacando uma visão de Deus como um aliado constante no tratamento.

– Coping negativo:

Neste relato 4, há um claro exemplo de coping negativo, pois a paciente experimenta um conflito emocional intenso com a divindade, o que interfere no seu progresso terapêutico. A jovem, ao discutir com Deus, demonstra um sentimento de frustração ou desamparo em relação à intervenção divina, o que pode estar relacionado a um sentimento de culpa, punição ou falta de apoio por parte de Deus. Essa interação pode gerar maior sofrimento, comprometendo a eficácia da terapia e reforçando sentimentos negativos em relação ao divino.

– Identificação de padrões:

A análise de conteúdo aplicada aos relatos permite identificar padrões distintos entre os pacientes. Nos três primeiros relatos, observamos interação direta

com a divindade, seja por inspiração, manifestação ou diálogo. Experiências de revelação divina que são vistas pelos pacientes como formas de orientação ou influência positiva, percebido por eles como algo sobrenatural e que transcende a experiência comum, sugerindo que a divindade está profundamente envolvida em suas vidas. Em contraste, o último relato destaca um coping negativo, no qual a relação com a divindade é marcada por sentimento de frustração e potencial sofrimento, prejudicando o processo terapêutico.

– Conclusão:

Os três primeiros relatos mostram padrões de experiências religiosas que envolvem uma interação direta e pessoal com a divindade, onde o divino aparece como uma força que orienta, inspira e apoia, embora os pacientes não tenham controle total sobre essas experiências. A função dessas vivências é predominantemente positiva, auxiliando os indivíduos em suas questões emocionais ou existenciais. Essas experiências se enquadram em uma forma de coping positivo, onde a religiosidade serve como um mecanismo de enfrentamento que fortalece o indivíduo e contribui para sua saúde emocional e mental. Em contraste, o quarto relato apresenta uma experiência religiosa de coping negativo, em que a paciente, ao invés de encontrar apoio ou orientação, entra em conflito com a divindade. A jovem briga e discute com Deus, o que indica frustração, sensação de abandono ou punição, resultando em angústia e sofrimento. Esse conflito interfere no processo terapêutico, dificultando o progresso emocional e psicológico da paciente.

Essas categorias ajudam a entender como as experiências religiosas podem impactar a saúde mental e emocional dos pacientes de formas diversas, mostrando que a religiosidade pode tanto auxiliar no enfrentamento emocional quanto amplificar o sofrimento, dependendo de como o indivíduo interpreta e se relaciona com a sua fé. O impacto da religião na vida dos pacientes é profundamente subjetivo e varia de acordo com o contexto e as crenças pessoais.

**2.9.3 Experiências Dissociativas Espirituais ou Mediúnicas (EDEM)
vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento
psicoterapêutico**

EDEM – Envolve perceber, sentir, ver, ouvir ou receber uma informação mental, com maior ou menor nitidez, do espírito de uma pessoa falecida, de uma entidade espiritual ou um aspecto que não é percebido por outras pessoas como luz, perfume etc. Também pode envolver efeitos físicos, produzindo fenômenos materiais, como ruídos ou o movimento de corpos inertes. Indivíduos que entram em estados não ordinários de consciência, mantendo algum controle, com ou sem alteração de identidade, o chamado transe mediúnico ou demonstrando dissociação com alteração de identidade, sem domínio, os chamados transe de possessão.

Considerando suas características os relatos dessa subcategoria foram classificados de acordo com: Sentir, ver, ouvir, perceber pensamentos de um falecido ou entidade espiritual, efeitos físicos, transe mediúnico e transe de possessão.

- Sentir/ver/ouvir/perceber pensamentos de um falecido ou entidade espiritual:
 - 1) Relato: “Durante uma intervenção da psicologia corporal chamada “*grounding*”, a paciente respirava profundamente e à medida que o fazia falou que ali na sala não estávamos somente nós duas, que tinha uma presença de cura ali conosco e notei que ela estava arrepiada” (LCP32F Umbandista/outra religião).
 - 2) Relato: “Uma cliente procurou atendimento psicoterapêutico alegando medo intenso e irracional de voar, e como precisaria em poucos meses realizar uma viagem internacional por motivos de trabalho, se encontrava particularmente ansiosa, tudo isso junto a uma série de outros sintomas clínicos que vinham a galope (insônia, irritabilidade, desesperança etc.) A cliente relatou ter tanto medo de voar que sequer conseguia passar perto de aeroportos, e só se sentiu um pouco melhor após participar de um trabalho terapêutico com profissionais da aviação em que foi convidada a visitar um aeroporto, aproximar-se de aviões na pista e, finalmente, entrar numa aeronave parada em solo, sentando-se num dos assentos. Após esse trabalho ela relatou conseguir entrar em aeroportos, mas ainda não conseguia se imaginar numa aeronave, pois o medo ainda estava lá, e ela não sabia dizer de

onde ele poderia ter vindo, pois sempre havia evitado esse tipo de experiência de voar justamente por medo, preferindo sempre carro e ônibus para se locomover. Ela pensava em ir a um psiquiatra procurar uma solução medicamentosa como um “plano B” (apagar durante o voo). Numa das sessões, a cliente foi convidada a realizar um trabalho de interiorização que envolvia o contato com um fluxo de imagens espontâneas geradas pelo inconsciente a partir de um pontapé inicial (trabalho conhecido na Psicologia Analítica como “Imaginação Ativa”). A cliente quis entrar em contato com o “medo” e, no início da experiência, acabou surgindo também sentimentos de solidão e desamparo, muito fortes, que a deixaram abatida e, então, algo inesperado ocorreu, ela relatou que percebeu que estava sendo visitada pela avó, falecida há alguns anos, que essa avó apareceu ali ao seu lado, como se estivesse ali fisicamente (nesse momento o profissional considerou que ela saiu da técnica e se concentrava apenas na experiência com a avó falecida). Podia sentir o perfume da avó, e isso a emocionou muito. Sua postura na poltrona, que era de relaxamento, tornou-se ereta e, mesmo com os olhos fechados, formou-se um sorriso misturado a lágrimas. Ela relatou que a avó estava lhe mostrando momentos em que estiveram juntas e ajudando-a a lembrar de episódios em que ela superou desafios, tudo isso enquanto estavam uma ao lado da outra, inclusive enquanto a avó a tocava. De acordo com a cliente, a avó estava muito bonita e parecia estar muito feliz, o que lhe trouxe uma tranquilidade muito grande. Ela dizia para a avó que estava com muita saudade, e a avó dizia que ela deveria realizar a viagem pois isso poderia mudar a sua vida para sempre, e que ela sempre a acompanharia para não se sentir sozinha. A avó reiterou que sempre estava por perto e que amava muito a neta, pedindo que ela acreditasse em sua própria coragem, pois a avó sabia como a neta podia ser determinada. Durante o tempo em que a experiência desse encontro ocorreu (entre 10 e 15 minutos) o profissional permaneceu em silêncio, apenas deixando a cliente saber que estava sendo ouvida e cuidando para que pudesse ampará-la caso necessário, acompanhando todo o desenrolar. Finalmente, a

cliente disse que a avó se despedia, ao mesmo tempo em que reiterava seu amor, e deixou no ar mais uma vez o perfume que a neta conhecia tão bem. A cliente se recompôs, abriu os olhos, estava profundamente emocionada e tocada, dizendo ter sido aquela uma experiência profundamente espiritual como jamais havia tido antes (na época da experiência ela se considerava espiritualista sem uma religião específica, mas frequentava desde terreiros de umbanda a casas espíritas e até mesmo missas católicas). Após esse dia, e nas sessões seguintes que antecederam a viagem, a cliente relatou que o medo de voar passou para um nível que ela considerava como “normal”, nível que ela entendia como algo que praticamente todo mundo com quem conversava também sentia, que não era mais algo paralisante como antes, atribuindo sua cura à avó que, de acordo com a cliente, era a pessoa que ela mais amou, mesmo após a separação por conta do falecimento. Algum tempo depois a cliente finalizou o contrato terapêutico (foram quase 3 meses de sessões), e realizou uma viagem de cerca de 14 horas até o Canadá com o marido, relatando posteriormente que tudo correu bem e sem maiores percalços, com uma ansiedade “controlada” sem a necessidade de qualquer medicação (embora ela levasse a tiracolo calmantes e comprimidos para dormir, em último caso). Desde então, se estabeleceu nesse novo país, mas sempre volta ao Brasil para visitar familiares, esclarecendo que nunca mais teve problemas em enfrentar voos, ficou só a ‘ansiedade normal’” (PASF44M sem religião).

- 3) Relato: “Paciente descreve uma sensação luminosa e amorosa durante a sessão, que envolve seu corpo e um aroma de flores invade o ambiente. Ao mesmo tempo, isso a faz pensar fortemente na mãe recentemente falecida. Ao atentar para seus pensamentos, imagens e palavras de encorajamento lhe são transmitidas e um sentimento de autoconfiança surge a partir dessa experiência” (MC57F Espírita).
- 4) Relato: “Paciente que se sentia confortável em ir a uma determinada clínica, e mencionava sentir presença e conforto de ordem espiritual” (DC41F sem religião).

- 5) Relato: “Pacientes que declaravam estar vendo o meu mentor e o descreviam” (JBDN49F Espírita).
- 6) Relato: “De um cliente perceber luzes e presenças translúcidas na sala durante o atendimento” (MDGF65F católica/espírita/umbandista/budista).
- 7) Relato: “Paciente de 7 anos, enxergava e conversava com crianças muitos doentes, anjos, “crianças do mal e do bem”, inclusive na sessão terapêutica” (K59F católica/espírita).
- 8) Relato: “Paciente durante exercício da meditação healing referiu sentir a presença de um índio ao seu lado” (TOS40F Católica/espírita/budista).
- 9) Relato: “Uma paciente mulher, de 35 anos, espírita, relata que tinha passado a semana toda mal, desanimada, sem vontade de fazer nada, com mal-estar a ponto de quase desmaiar, fica tonta (sendo que ela não apresenta um perfil depressivo), e que não entendia o que estava acontecendo. Perguntei desde quando ela estava sentindo isso, e ela refere que foi desde a quinta-feira anterior. Pedi que me relatasse o que havia feito na quinta, ela diz que fez yoga, depois foi fazer o estudo na casa espírita. E que depois buscou os filhos na escola e que passou a tarde já se sentindo estranha e só foi piorando... até o dia da consulta (terça-feira). Ela não associava a nada o seu mal-estar” (MNB40F Católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).
- 10) Relato: “Uma paciente relata ter entrado na sala de atendimento uma mulher com um vaso de flor. Comenta que a mulher pediu para ela dizer que era para mim, que agradecia por estar ajudando o filho dela. O fato ocorreu em um setting psicológico, portanto, não havia ninguém na sala além de nós dois, eu e a Paciente (SGSM52M Espírita).
- 11) Relato: “Uma pré-adolescente dizia estar vendo um ser não material e me mostrava que o ser estava olhando para ela” (EOS67F Espírita).

- 12) Relato: “Arrepios e sensações ruins ao relatar a vivência. Outro paciente relatou sentir seu guia, esse paciente é umbandista (E49F Católica).
- 13) Relato: “Paciente com hipótese diagnóstica de esquizofrenia hebefrênica, nas sessões trazia relatos da presença de demônios e especificamente de nossa senhora Aparecida, a qual sentia a presença de ambos e era possível visualizar alterações corporais no paciente como vermelhidão na pele e arrepios, à medida que a presença da ‘entidade’ se aproximava” (SS41F sem religião).
- 14) Relato: “Um relaxamento quando o paciente percebeu a sua frente a presença de um familiar desencarnado que veio trazer uma mensagem e pedindo perdão ao paciente pelas suas falhas na criação” (MG52F Católica/espírita/hindu).
- 15) Relato: “Em um atendimento de uma paciente que tem orientação espírita, ela me pediu para falar que via uma pessoa, próxima a mim, com uma aparência de seriedade e bondade. Momentos antes dela falar, a expressão do rosto dela mudou, deu um sorriso amplo e tinha uma sensação boa e agradável no momento da sessão” (BGR39M sem religião).
- 16) Relato: “No atendimento o paciente relatava ver pessoas que não se encontravam no local” (DW40F católica).
- 17) Relato: “Grande maioria ouvindo vozes externas e relatando orientações, ordens ou vendo entidades” (JHA32F Espírita).

– Efeitos físicos:

- 18) Relato: “Paciente que diz enxergar uma iluminação ao meu redor como sendo uma aura iluminada rs.” (VRS32F evangélica/sem religião).

– Transe mediúnico

- 19) Relato: “Paciente de 20 poucos anos que tinha apagões durante a sessão, ficava como se estivesse dormindo em sono profundo” (K59F católica/espírita).
- 20) Relato: “O tipo de olhar e a sensação descrita” (RS53F Cristã protestante).
- Transe de possessão:
- 21) Relato: “Fala alterada sugerindo um contato com guia espiritual enquanto conversávamos” (RLM36M Budista/outra religião).
- 22) Relato: “Já presenciei a experiência de possessão ou incorporação duas vezes com dois pacientes” (JR60M Umbandista).
- 23) Relato: “Incorporou e falou uma situação da minha vida” (GFT57F Espírita/budista/hinduísta).
- 24) Relato: “Atendi um adolescente que endemoniou no meio do atendimento. Começou a mudar o tom de voz, o olhar, começou a ter atitudes agressivas” (MFCS41M Evangélico pentecostal/neopentecostal).
- 25) Relato: “Paciente veio incorporada, pois estava em um trabalho religioso anterior a sessão. Conversou em terceira pessoa por parte da sessão e em um dado momento ‘assumiu o controle’ em primeira pessoa” (CSS30M Católico/espírita/umbandista/candomblecista).
- 26) Relato: “Paciente teve sua fisionomia e voz alterada durante a sessão estranhamente, apenas tentei conduzir a finalização da consulta a fim de manter a ética e preservar a imagem do paciente” (C42F Evangélica pentecostal/ neopentecostal).
- 27) Relato: “Cliente se reconhecia com mediunidade e em determinado momento da sessão, mudou sua voz, dizendo: “você se dará mal porque a está ajudando e interferindo nos meus planos” (DAMC61F espírita).
- 28) Relato: “Uma paciente da doutrina espírita, médium, sentiu que ia incorporar durante o atendimento clínico” (MGh52F sem religião).

- 29) Relato: “Paciente adolescente mudou a voz e não sabia mais qual era seu nome real dizendo que isso não interessava. Era uma paciente que se cortava e já tinha tentado o suicídio” (M41F Evangélica pentecostal/ neopentecostal).
- 30) Relato: “A paciente entrou em surto, caiu de joelhos ao chão, pronunciou algumas palavras não inteligíveis. Tentava se defender de algo não explicável, sem ser agressiva. Passando o momento retornou a poltrona e perguntou: “Dr. Tenho algum demônio comigo”? Após essa sessão não mais ocorreu tal fato. Tratava-se de uma histeria de conversão” (OAS43M católico).

2.9.4 Análise de conteúdo dos relatos envolvendo Experiências Dissociativas espirituais ou mediúnicas (EDEM), vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterapêutico

Para realizar a análise de conteúdo desses relatos, utilizando a técnica de Laurence Bardin, vamos considerar a seguinte classificação:

- Sentir, ver, ouvir, perceber pensamentos de um falecido ou entidade espiritual: Envolve perceber, sentir, ver, ouvir ou receber uma informação mental, com maior ou menor nitidez, do espírito de uma pessoa falecida, de uma entidade espiritual ou um aspecto que não é percebido por outras pessoas como luz, perfume etc.

Relatos de 1 a 17 que demonstram experiências ricas e variadas de conexão com entidades espirituais ou falecidos. Os pacientes frequentemente relatam sentimentos de conforto, amor e presença durante as sessões, como visto nos relatos da paciente que sentiu sua avó falecida (relato 2) e da paciente que percebeu a presença de sua mãe (relato 3). Esses momentos são frequentemente acompanhados por sensações físicas, como arrepios e a percepção de aromas, que intensificam a experiência espiritual. Além disso, há um forte elemento de cura associado a essas experiências, onde a presença de entes queridos parece oferecer apoio emocional e encorajamento. Isso é evidenciado no relato da paciente que, após a conexão com sua avó, conseguiu superar seu medo de voar (relato 2). Os pacientes também

descrevem visões e comunicados de entidades espirituais que aparecem durante as sessões, indicando que essas experiências são significativas e transformadoras para eles.

- Efeitos físicos: envolve efeitos físicos, produzindo fenômenos materiais, como ruídos ou o movimento de corpos inertes.

Relato 18 em que as experiências espirituais se manifestam através de efeitos físicos, com a percepção de luzes ou a sensação de uma aura ao redor do terapeuta. Embora menos frequentes, esses relatos destacam a conexão entre o espiritual e o físico, sugerindo que as experiências mediúnicas podem ter repercussões tangíveis no corpo e na percepção do ambiente.

- Transe mediúnico: Indivíduos que entram em estados não ordinários de consciência, mantendo algum controle, com ou sem alteração de identidade.

Relatos 19 e 20 revelam experiências em que os pacientes entraram em estados de consciência alterados, mantendo, em alguns casos, alguma forma de controle. Por exemplo, um paciente teve apagões durante a sessão (relato 19) e outro foi descrito pela psicóloga como tendo um olhar específico (relato 20), ao qual ela atribuiu a característica de experiência espiritual. Essas experiências podem indicar a capacidade de acessar estados não ordinários de consciência, onde os pacientes parecem se conectar a dimensões espirituais.

- Transe de possessão: Indivíduos que demonstram dissociação com alteração de identidade, sem domínio ou controle.

Relatos de 21 a 30 que descrevem uma mudança significativa na identidade dos pacientes durante a experiência. Pacientes que mudam a voz, tom e comportamento, indicando uma presença ou influência externa (relatos 21, 24 e 28). Essa mudança pode ser acompanhada por uma sensação de perda de controle, onde o paciente não se reconhece mais. Os relatos incluem descrições de reações físicas visíveis, como alterações na fisionomia (relato 26) e comportamentos agressivos (relato 24), com menções de sensações de calor, frio, ou arrepios, que muitas vezes

acompanham a presença percebida. Essas reações físicas podem indicar um estado de intensa ativação emocional e espiritual. Durante os episódios de possessão, os pacientes frequentemente relatam receber mensagens ou ordens de entidades, às vezes percebendo essas entidades como guias espirituais ou seres que têm uma intenção específica em relação a eles (relatos 21 e 27). Isso sugere uma dinâmica de comunicação onde a entidade parece ter um papel ativo na vida do paciente. Muitos pacientes expressam medo ou confusão em relação às suas experiências de possessão (relato 30), sendo que essa sensação de ameaça pode ser exacerbada pela falta de controle e pela natureza incomum da experiência, levando a uma resposta emocional intensa.

– Identificação de padrões:

A análise de conteúdo indica que muitos relatos revelam uma forte conexão emocional com entes falecidos ou entidades espirituais. Pacientes frequentemente descrevem a presença de figuras significativas, como avós ou mães, que oferecem apoio emocional e mensagens de encorajamento. Essa conexão parece proporcionar conforto e um senso de segurança, ajudando os pacientes a lidarem com suas ansiedades e medos. Também parece haver uma tendência dos pacientes experimentarem sensações físicas, como arrepios, mudanças na temperatura do ambiente e percepção de aromas. Essas sensações costumam acompanhar a sensação da presença espiritual, sugerindo uma interconexão entre o corpo físico e as experiências espirituais. Vários relatos indicam que as experiências dissociativas espirituais resultam em transformações significativas na vida dos pacientes. A superação de medos, como o medo de voar, e a melhora no bem-estar emocional são frequentemente atribuídas a essas experiências. Os pacientes costumam descrever mudanças de perspectiva e sensação de alívio após esses encontros espirituais.

Os relatos que envolvem transe mediúnico e transe de possessão indicam um padrão de estados alterados de consciência nos quais os pacientes podem perder a noção do tempo ou ter apagões, enquanto outros mencionam mudanças significativas em seu comportamento e identidade. Esses estados são frequentemente acompanhados por uma sensação de controle por parte de uma entidade espiritual. Os relatos de transe de possessão mostram um padrão de dissociação mais

acentuado, em que os pacientes relatam transformações profundas em sua identidade e no comportamento, acontecendo alterações na voz e em suas expressões faciais.

Os relatos refletem uma diversidade de crenças e práticas espirituais entre os psicólogos, incluindo umbanda, espiritismo, catolicismo e outras tradições religiosas. Essa diversidade sugere que, pelo menos em alguns casos, as experiências espirituais são interpretadas de acordo com o contexto cultural e religioso dos profissionais, influenciando como eles percebem e interpretam as vivências dos pacientes.

– Conclusão:

A análise dos relatos e os padrões encontrados sugerem que as experiências dissociativas espirituais ou mediúnicas desempenham um papel significativo na vida emocional e psicológica dos pacientes, evidenciando a complexidade dessas experiências, especialmente quando vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia. São experiências que podem proporcionar momentos de cura e conexão com entidades espirituais ou manifestar-se como situações de possessão e controle alterado, causando medo e angústia. A presença de fenômenos físicos e a rica descrição das vivências emocionais destacam a importância de considerar o contexto espiritual na prática psicológica.

Convém que os psicólogos estejam preparados para abordar essas experiências de maneira sensível e integrada, considerando a diversidade de crenças e a importância das vivências espirituais na vida de seus pacientes. Uma prática terapêutica que respeite e inclua essas dimensões pode facilitar o processo de cura e promover maior bem-estar emocional e espiritual.

2.9.5 Experiências Anômalas (EA) vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterapêutico

Envolve experiências fora do corpo em que a pessoa sente que sua consciência está fora do corpo físico, flutuando, vai a locais mais ou menos distantes e pode observar seu corpo a distância, esteja ele parado ou em movimento. Experiências de quase morte, eventos psicológicos profundos com elementos místicos e transcendentais que costumam ocorrer com pessoas em risco de vida, situação de

perigo emocional ou físico muito intenso, próximos da morte. Sonhos lúcidos, ter consciência de se estar sonhando, podendo influenciar os elementos do sonho. Curas anômalas: a cura de determinada doença, não pode ser atribuída a tratamentos médicos convencionais ou se desvia do esperado, em termos de evolução natural para o quadro clínico do paciente em tratamento, cuja explicação não pode ser dada de acordo com o *mainstream* científico vigente. Experiências místicas: envolve uma consciência unitária, indiferenciada, pura, um sentimento de integração, união com o universo que provoca o desaparecimento de objetos físicos e mentais da consciência ordinária, não é localizada no espaço ou no tempo, a consciência do “Eu” desaparece produzindo sentimentos de felicidade, paz, alegria e bem-aventurança. Experiências de abdução por alienígenas: caracterizadas por lembranças subjetivas e, no entanto, percebidas como reais, de ser levado contra a vontade por entidades não humanas para uma nave espacial e ali sofrer procedimentos físicos e psicológicos complexos, envolvendo exames, comunicação com os abdutores, *tour* guiado no objeto voador não identificado (OVNI).

Houve um único relato envolvendo uma experiência classificada como mística.

– Experiência mística:

- 1) Relato: “Momentos de profundo transe meditativo” (JC61M Evangélico pentecostal/neopentecostal).

2.9.6 Análise de conteúdo da Experiências Anômala (EA) vivenciada pelo paciente durante o atendimento psicoterapêutico

Para realizar a análise de conteúdo desse relato, utilizando a técnica de Laurence Bardin, vamos considerar a seguinte classificação:

Experiências místicas: envolve uma consciência unitária, indiferenciada, pura, um sentimento de integração, união com o universo que provoca o desaparecimento de objetos físicos e mentais da consciência ordinária, não é localizada no espaço ou no tempo, a consciência do “Eu” desaparece produzindo sentimentos de felicidade, paz, alegria e bem-aventurança.

– Experiência mística:

No relato 1, podemos identificar alguns temas centrais que se conectam com a categoria de experiências místicas como a sensação de consciência unitária em que a descrição de “profundo transe meditativo” sugere uma experiência em que a fronteira entre o “eu” e o universo se dissolve. O paciente pode ter vivenciado uma sensação de unidade com o todo, típica de experiências místicas. A descrição do transe pode implicar uma diminuição da consciência sobre o tempo e espaço, levando a um estado em que o paciente não se ocupa de pensamentos ou preocupações cotidianas. A menção a sentimentos de alegria e bem-aventurança é uma característica frequentemente associada a experiências místicas, embora o relato não forneça detalhes específicos sobre essas emoções, o uso do termo “profundo” sugere uma intensidade emocional que pode estar ligada a esses sentimentos.

– Conclusão:

A aparente profundidade da experiência meditativa implica que o paciente não apenas vivenciou momentos de paz, mas também alcançou um estado de consciência ampliada, característico de práticas espirituais profundas. Em suma, o relato destaca a potencialidade transformadora da meditação, sugerindo que momentos de transe profundo podem oferecer não apenas alívio do estresse cotidiano, mas também o vislumbre de uma realidade mais ampla e conectada. Essa análise convida à reflexão sobre a importância dessas experiências na busca por um entendimento mais profundo da própria existência e da relação com o universo.

2.9.7 Experiências PSI (EPSI) vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterapêutico

Envolve a telepatia que é a comunicação direta entre mentes. A clarividência, o conhecimento anômalo de eventos que acontecem a distância. A pré-cognição, o conhecimento anômalo de eventos futuros. A retro cognição, o conhecimento anômalo de eventos passados, seja por intuição ou sonhos premonitórios e a memória de vidas passadas, envolvem a impressão de ser uma pessoa diferente da identidade atual, numa vida ou num tempo anterior sem renegar a identidade atual. Sincronicidade,

envolvendo a relação entre eventos que ocorrem simultaneamente, sem uma ligação causal aparente, mas que trazem significado para aqueles que os vivenciam.

Considerando suas características os relatos dessa subcategoria também foram classificados de acordo com: telepatia; clarividência e sincronicidade.

✓ Telepatia:

- 1) Relato: “Quando aplico barras de access no meu paciente fico mentalizando várias situações de melhora e teve paciente que quando terminou a sessão relatou exatamente o que mentalizei” (A51F Espírita).

– Clarividência:

- 2) Relato: “A paciente deu exemplos de uma situação ocorrida na sessão que tive antes com outro paciente. Não havia possibilidade de ela ter ouvido ou visto a sessão” (EL48F Cristã protestante).

– Sincronicidade:

- 3) Relato: “Cinco pacientes minhas com quadros depressivos com experiências denominadas como sincrônicas pela psicologia analítica” (VCSF73M outra religião).
- 4) Relato: “Um evento sincrônico... paciente falando de um sonho com pássaros, e vários pássaros pousaram na janela. Algo muito, muito incomum para o local” (SLS47M Católico/budista).
- 5) Relato: “Lembro desta vez que o paciente falou sobre um sonho onde havia a escuridão e de repente acabou a luz na sala e voltou em questão de segundos” (C52F Espírita/ umbandista, candomblecista e budista).

2.9.8 Análise de conteúdo dos relatos envolvendo Experiências PSI (EPSI), vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterapêutico

Para realizar a análise de conteúdo desses relatos, utilizando a técnica de Laurence Bardin, vamos considerar a seguinte classificação:

- Telepatia: comunicação direta entre mentes.

Relato 1

Essa experiência sugere uma conexão mental direta entre a terapeuta e o paciente, evidenciando a possibilidade de comunicação não verbal e a influência das intenções da psicóloga no processo terapêutico. A sensação de que os pensamentos podem ser compartilhados ou captados pelo outro indica um fenômeno que desafia a compreensão tradicional da comunicação e define a telepatia.

- Clarividência: conhecimento anômalo de eventos que acontecem a distância.

Relato 2

Em que a paciente diz ter conhecimento de informações sobre as quais não poderia ter tido acesso, sugerindo a capacidade de perceber ou compreender eventos ou informações além das limitações normais da percepção sensorial. Esse fenômeno pode ser interpretado como uma forma de intuição ou percepção extrassensorial.

- Pré-cognição ou sonhos premonitórios: conhecimento anômalo de eventos futuros.
- Retro cognição: conhecimento anômalo de eventos passados, seja por intuição ou sonhos premonitórios;
- Memórias de vidas passadas: impressão de ser uma pessoa diferente da identidade atual, numa vida ou num tempo anterior sem renegar a identidade atual.
- Sincronicidade: relação entre eventos que ocorrem simultaneamente, sem uma ligação causal aparente, mas que trazem significado para aqueles que os vivenciam.

Relatos 3 a 5

Oferecem uma visão sobre a conexão entre eventos que ocorrem simultaneamente, podendo trazer significado profundo para os envolvidos. As experiências sincrônicas relatadas (relato 3) sugerem que esses eventos podem servir como catalisadores para a reflexão e a transformação emocional. A sincronicidade, neste contexto, pode ser vista como uma forma de validação das experiências subjetivas dos pacientes e uma maneira de encontrar padrões significativos em suas lutas.

– Identificação de padrões:

A análise dos relatos dos psicólogos sobre essas experiências revela padrões que podem enriquecer a prática clínica e a compreensão da dinâmica terapêutica, como a conexão entre psicólogo e paciente. Essa conexão sugere que a intenção e a energia do terapeuta não apenas influenciam, mas também podem ser sutilmente captadas pelo paciente, criando um espaço de interação onde as experiências podem se entrelaçar. A sincronicidade também pode reforçar essa ideia de interconexão onde psicólogo, paciente e o ambiente são parte de um processo terapêutico dinâmico.

– Conclusão:

A análise dos relatos revela que as experiências PSI no contexto terapêutico podem ser interpretadas de maneiras que desafiam as perspectivas convencionais de comunicação e percepção. A telepatia sugere uma conexão profunda entre terapeuta e paciente, a clarividência indica a capacidade de captar informações além do usual, e a sincronicidade destaca eventos que podem oferecer significado e reflexão. Esses fenômenos, quando explorados dentro do *setting* terapêutico, podem abrir novas possibilidades para a compreensão da psique humana e suas interações. Ao reconhecer e explorar essas experiências, terapeutas podem facilitar o processo de autodescoberta e transformação de seus pacientes.

2.10 CATEGORIZAÇÃO DOS RELATOS ENVOLVENDO EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELOS PSICÓLOGOS, DURANTE O ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO NO *SETTING* TERAPÊUTICO

Respostas dadas à pergunta: “Na sua prática clínica **você já vivenciou** alguma experiência com viés religioso/anômalo/dissociativo espiritual **durante o atendimento**, independente do seu paciente ter ou não percebido? E, independentemente de você acreditar ou não na veracidade desses fenômenos?”

Dos psicólogos, 39 trouxeram relatos de experiências vivenciadas por eles no *setting* terapêutico, como discriminado a seguir.

2.10.1 Experiências religiosas (ER) vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico

Envolvendo a presença, ação, chamado ou união com Deus: A pessoa sente que a divindade está presente, muito próxima, acompanhando-o, tem contato, interage com ela. Eventos cuja causa é atribuída a intervenção divina, considerando que a divindade tem conhecimento da existência e das necessidades da pessoa. A pessoa age de acordo com o que a divindade espera dela, seja uma ordem, um convite ou um chamado. Entende a experiência como sendo a manifestação do desejo ou da intenção de Deus em relação a ela. Pode acontecer através de visões, revelações, falar em línguas (glossolalia) etc. Promove uma experiência de união da pessoa com a divindade que lhe proporciona uma sensação de pertencimento, de plenitude, de extremo amor e intimidade.

Considerando suas características os relatos dessa subcategoria também foram classificados de acordo com: presença da divindade e perceber, ouvir a divindade, revelação.

– Presença da divindade:

- 1) Relato: “Uma paciente ao receber alta pediu para orar comigo e foi uma experiência que senti a presença forte de Deus no momento da oração dela” (D40F Cristã protestante).

– Perceber, ouvir ou ter uma revelação da divindade:

- 2) Relato: “Momentos em que eu estive em dúvida sobre como manejar a sessão e sentir que o Espírito Santo me usou colocando as palavras

certas para aliviar o paciente que estava muito rígido” (M28F Cristã protestante).

- 3) Relato: “Era um caso difícil e aquela seria uma sessão difícil, eu fiz uma oração muito forte antes do atendimento porque eu estava realmente preocupada com o andar da carruagem. Nessa oração eu pedi que eu soubesse dizer as palavras certas, nos segundos certos de que pudessem ajudar aquela pessoa. Pedi que todos os meus conhecimentos da Psicologia e Psicanálise pudessem me ajudar naquele momento e que fizesse aquilo que minha paciente precisava/necessitava e não aquilo que ela queria. Foi uma sessão longa e de repente eu percebi que era como se eu de fato pudesse compreendê-la em outra instância, testemunhar sua dor e sofrimento e só então eu pude me aproximar e sentir com as pontas dos dedos um pouco daquele mar imenso de dor e sofrimento em que ela estava totalmente mergulhada. Nesse momento as palavras saíram de minha boca de forma quase que automática e foi quando ela também pôde se sentir ouvida, ela existia, a partir dali era uma pessoa. Quando a sessão terminou fiquei com a sensação de como foi que tive aquela constatação?” (VRSC32F Evangélica pentecostal/neopentecostal/sem religião).

2.10.2 Análise de conteúdo das Experiências religiosas (ER) vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico

Para realizar a análise de conteúdo desses relatos, utilizando a técnica de Laurence Bardin, vamos considerar a seguinte classificação:

Presença da divindade: A pessoa sente que a divindade está presente, muito próxima, acompanhando-o, tem contato, interage com ela;

Perceber, ouvir ou ter uma revelação da divindade: A pessoa age de acordo com o que a divindade espera dela, seja uma ordem, um convite ou um chamado. Entende a experiência como sendo a manifestação do desejo ou da intenção de Deus em relação a ela. Pode acontecer através de visões, revelações, leituras, falar em línguas (glossolalia) etc. Promove uma experiência de união da pessoa com a

divindade que lhe proporciona uma sensação de pertencimento, de plenitude, de extremo amor e intimidade.

- Presença da divindade:

Relato 1

A psicóloga menciona uma experiência, ocorrida durante a alta de sua paciente. A paciente lhe pediu que fizesse uma oração e ao 212juda212i-la, sentiu uma forte presença de Deus. Esse relato exemplifica a categoria “Presença da divindade”. A psicóloga relata uma experiência espiritual intensa, onde a presença divina é sentida como algo muito próximo. Esse momento não só foi relevante para a paciente, mas também teve um impacto emocional profundo na psicóloga, indicando uma conexão íntima, importante para ela, com a divindade.

- Perceber, ouvir ou ter uma revelação da divindade:

Relatos 2 e 3

A profissional menciona que se sentiu “usada por uma força divina”, refletindo a crença de que a divindade pode atuar através dela (Relato 2). Essa experiência revela uma interação ativa entre a terapeuta e a divindade, onde a comunicação e a intuição da psicóloga são entendidas como podendo ser orientadas por um poder superior, promovendo alívio emocional no paciente. No outro relato (3), a psicóloga descreve uma sessão desafiadora onde após fazer uma oração pedindo por ajuda divina para compreender e atender às necessidades da paciente, passa a sentir como se pudesse testemunhar a sua dor sugerindo uma experiência transcendental, em que a sua compreensão e empatia são ampliadas por intervenção divina. O fato de as palavras fluírem automaticamente indica uma sensação de entrega à experiência, como se estivesse sendo guiada por uma força maior.

- Identificação de padrões:

As psicólogas demonstram um padrão de buscar propósito e significado em suas práticas. A oração e a sensação de serem guiadas parece fornecer um sentido maior ao trabalho que realizam. Os relatos mencionam a presença da divindade, momentos em que as psicólogas sentiram uma conexão intensa com Deus durante a terapia. Essa presença é frequentemente associada a momentos de oração,

sugerindo que essa prática desempenha um papel central na experiência espiritual delas. As experiências de sentir a presença divina ou receber orientações são associadas a momentos de alívio emocional e conexão significativa com os pacientes, sugerindo também que a espiritualidade pode intensificar a empatia e a compreensão. Há um padrão de autoquestionamento nas experiências relatadas, especialmente quando as psicólogas se perguntam sobre como conseguiram alcançar certos insights durante as sessões, sugerindo uma reflexão sobre a própria prática e a busca por entender como a espiritualidade se entrelaça com seu trabalho profissional.

– Conclusão:

Os relatos analisados revelam como a presença e a percepção da divindade podem influenciar a prática psicoterapêutica. As experiências religiosas dos psicólogos não apenas refletem sua crença pessoal, mas também podem se traduzir em práticas. A análise dos relatos sugere que a religiosidade pessoal das psicólogas pode ter influenciado a dinâmica do processo terapêutico, mas não necessariamente de maneira negativa. Algumas considerações sobre como a religiosidade pode ter impactado a terapia:

A presença da divindade e a sensação de ser guiada por uma força superior podem ter ajudado as psicólogas a estabelecer uma conexão emocional mais forte com seus pacientes. Isso pode ter promovido um ambiente terapêutico mais acolhedor e seguro, onde os pacientes se sentiram mais à vontade para compartilhar suas dores e dificuldades.

As experiências de ouvir ou perceber a orientação divina podem ter proporcionado às psicólogas uma sensação de clareza em momentos desafiadores. Isso sugere que, em vez de atrapalhar, a religiosidade poderia ter funcionado como uma ferramenta para melhorar a eficácia da terapia, permitindo que elas encontrassem as palavras e abordagens certas para ajudar seus pacientes.

No entanto, é importante considerar que a religiosidade pessoal deve ser gerida com cuidado. Se um psicólogo deixar que suas crenças pessoais interfiram negativamente nas necessidades do paciente ou imponha suas convicções religiosas durante as sessões, isso irá prejudicar o processo terapêutico, além de ultrapassar limites éticos importantes no exercício da profissão. O equilíbrio entre fé pessoal e profissionalismo é fundamental. Em alguns casos, a religiosidade pode levar a

conflitos, especialmente quando as crenças religiosas do psicólogo não estiverem alinhadas com as do paciente. Essas situações exigem sensibilidade e respeito, para que a terapia não se torne um espaço de imposição ou discussão de crenças, mas um espaço de apoio e compreensão, onde as necessidades do paciente sempre serão o mais importante.

2.10.3 Experiências Dissociativas Espirituais ou Mediúnicas (EDEM) vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico

Envolve perceber, sentir, ver, ouvir ou receber uma informação mental, com maior ou menor nitidez, do espírito de uma pessoa falecida, de uma entidade espiritual ou um aspecto que não é percebido por outras pessoas como luz, perfume etc. Também pode envolver efeitos físicos, produzindo fenômenos materiais, como ruídos ou o movimento de corpos inertes. Indivíduos que entram em estados não ordinários de consciência, sem alteração de identidade, o chamado transe mediúnico ou demonstrando dissociação com alteração de identidade, os chamados transes de possessão.

Considerando suas características os relatos dessa subcategoria também foram classificados de acordo com: sentir, ver, ouvir, perceber pensamentos do espírito de um falecido ou entidade espiritual; efeitos físicos e transe mediúnico.

- Sentir/ver/ouvir/perceber pensamentos do espírito de um falecido ou de uma entidade espiritual:
 - 1) Relato: “Eu via dois vultos, de luz amarela, ao lado da paciente durante as sessões mais iniciais. Até que ela contou que havia feito dois abortos. Após trabalharmos a respeito dos abortos, não vi mais” (R64F Evangélica pentecostal/neopentecostal).
 - 2) Relato: “Paciente relatava culpa por aborto espontâneo e eu durante a escuta ouvi claramente alguém dizer que se chamava Thomas e que ninguém era culpado de nada porque foi ele que “desistiu” de vir. Após algum tempo perguntei a paciente como se chamaria o bebê caso não tivesse abortado e ela respondeu ‘Thomas’” (DMS56F Espírita).

- 3) Relato: “Estava com um paciente e senti a presença de um homem junto a ele. Senti o ambiente pesar e uma angústia tomou conta do meu coração. Resolvi perguntar internamente sobre essa sensação, sobre quem seria aquele homem. E para minha surpresa a resposta veio imediatamente. Algo me disse: sou o pai dele. Preciso resolver as coisas com ele. Preciso falar com ele. E assim eu resolvi escutar minha “intuição” e conduzi a sessão para uma conversa imaginária do paciente com seu pai já falecido. A sessão transcorreu de forma que o paciente e o pai (imaginário) se perdoaram mutuamente. E nesse momento o ambiente ficou leve e aquela angústia desapareceu. Assim também desapareceu a imagem daquele homem na minha mente. Meu paciente, eu (e acredito que seu pai), saímos refeitos daquele encontro” (MC57F Espírita).
- 4) Relato: “Tive a oportunidade de sentir a presença deles através das falas do paciente” (No relato anterior a profissional faz alusão as falas do paciente nas quais ele lhe conta sobre a presença de entidades descritas como reais que lhe provocam muito sofrimento) (SS41F sem religião).
- 5) Relato: “Sensação de amorosidade extrema numa atmosfera espiritual durante relato do paciente sobre um ente querido falecido” (TOS40F Católica/espírita/budista).
- 6) Relato: “Senti a presença de um parente falecido desta paciente” (GFT57F Espírita/budista e hinduísta).
- 7) Relato: “O ambiente ficou mais leve e agradável. Após a paciente sair, vi sob forma de luzes uma pessoa levar outros 2, 1 na minha cadeira e outro na cadeira do paciente” (M43F Espírita/umbandista/budista).
- 8) Relato: “Perceber um guia espiritual do paciente” (FMP50F outra religião).
- 9) Relato: “Em determinado atendimento, senti como se tivesse mais alguém no setting terapêutico em questão, além do paciente atendido: uma espécie de presença espiritual humana” (DNM34M

Católico/cristão protestante/ umbandista/
candomblecista/ateu/agnóstico).

- 10) Relato: “Durante diversos atendimentos eu percebia certas luzes brancas que “piscavam” sobre as cabeças de pacientes. Isso até hoje às vezes ocorre... Inicialmente, há uns 18 anos atrás, pensei ser um problema oftalmológico e fui ao médico, que atestou minha visão como perfeita, não tinha nada. E eu segui percebendo isso. Sem compreender muito na época, eu cheguei a ter esta hipótese, de que poderia ser algo espiritual, já que concebo esta realidade, mas algo vago. Bem, ao atender uma senhora idosa que possuía diversos fenômenos espirituais, ela olhou para mim e disse “tu estás vendo, né?!” , eu disse “o quê?”, e ela “as luzes brancas piscando sobre a minha cabeça”. Na hora fiquei constrangida, chocada, não sabia o que dizer... Tinha feito alguns cursos que falavam sobre questões espirituais, mas não sobre Manejo Clínico. Então decidi responder a verdade, tendo por base a característica da autenticidade do psicoterapeuta proposta por Carl Rogers, autor humanista. E respondi que sim, que percebia as luzes. Ela disse “isso é uma confirmação do plano espiritual de que tu estás me ajudando. Tens que confiar mais em ti!!!” (MNB40F Católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).
- 11) Relato: “Sentir a energia do paciente e perceber que tem algo lhe acompanhando” (K59F Católica/espírita).
- 12) Relato: “Senti uma presença na sala e falei mentalmente para que essa energia que estivesse ali, ficasse em paz e recebesse o atendimento que estivesse procurando. Falei para o paciente, mas ao mesmo tempo para a energia da importância do amor, de fazer boas ações e de se acolher com amorosidade, pois todos cometemos falhas, somos humanos. O mais importante é aprender com nossos erros e fazer diferente, depois do aprendizado” (MG52F Católica/espírita/ hinduísta).
- 13) Relato: “Percepção de ouvir vozes e tentar disfarçar ao ver algo ou alguém” (JHA32F Espírita).

- 14) Relato: “A paciente que vinha com o avô (falecido) disse que ele me avisava para não passar em certa rua. Ela não sabia onde eu morava, mas passo lá todos os dias. Fiz outro caminho e quando cheguei em casa vi no jornal que teve um assalto num dos bancos daquela rua, com tiroteio” (BFC37F Católica).
- 15) Relato: “Quando aplico Reiki sinto uma intuição muito forte sobre onde devo aplicar a técnica no corpo do cliente” (A51F Espírita).
- 16) Relato: “Intuitivamente fazendo correlações sem uma base racional” (MDGF65F Católica/espírita/umbandista e budista).

– Efeitos físicos:

- 17) Relato: “Eu já vi sair fumaça da boca dos pacientes, e a sala ser tomada por cheiro de rosas” (SLS47M Católico/budista).
- 18) Relato: “Durante o estágio, atendi um paciente adicto que durante o trabalho na roça, foi apresentado ao álcool pelo pai quando tinha oito anos de idade. Depois que nos sentamos, iniciei o atendimento com escuta ativa, de repente, senti uma gosma verde sair do cliente e chegar na minha cabeça, senti a minha testa ficar gelada e, nesta hora, vi minha cabeça sendo tomada por essa gosma” (MRN55M Espírita/budista).
- 19) Relato: “Um paciente jovem, sexo masculino, que toda vez que eu o atendia dizia sair melhor e não mais sentir os sintomas físicos, no entanto eu ficava passando mal e precisava de um tempo para me reorganizar. Sempre ocorria quando o atendia” (SGSM52M Espírita).
- 20) Relato: “Mal-estar, tosse, tontura e sensação de desmaio” (SG35F Espírita/sem religião).
- 21) Relato: “Arrepios fortes” (E49F Católica).

– Transe mediúnico:

- 22) Relato: “Lembro-me de estar atendendo e perceber luzes cintilantes pela sala, por trás do paciente. Além disso já tive a sensação de

durante o atendimento sentir um amparo espiritual como resultado de eu ter um desenvolvimento mediúnico, ou seja, de alguma forma o amparo espiritual que recebo se estende ali (energeticamente) no setting” (LCP32F Umbandista).

- 23) Relato: “Sou espírita e médium. Já percebi espíritos acompanhando pacientes. Os ignorei e mantive o foco no paciente. Não é complicado graças ao treinamento mediúnico e me guiando pelas diretrizes da psicologia” (JBDN49F Espírita).
- 24) Relato: “Uma paciente contava o caso de magia que o ex-marido havia feito para ela em sua própria casa. Começo a ouvir barulho de destruição na sala de espera. Mas percebo que só eu escuto, a paciente continua a contar sua história. Sinto uma pressão no plexo solar, sinto que algo queria falar através de mim. Mantenho a presença, mas me concentro em mim para me proteger e não permitir a passagem. Quando termina a sessão, tudo está perfeito no consultório” (CB45F Católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).
- 25) Relato: “Ao longo dos anos foram alguns relatos. O mais significativo foi uma vez, no início da minha carreira, uma das minhas primeiras pacientes. Ela não tinha uma religião específica, mas lidava com frequentes visões do que ela chamava de espíritos. Era uma paciente que não tinha nenhuma evidência de delírio ou paranoia – nada que sugerisse um quadro psicótico. Ela estava terminando a graduação e tinha uma vida organizada, com uma rede de relacionamentos significativa. A sua queixa era relacionada a uma doença crônica e estávamos trabalhando questões relacionadas com ela se colocar em risco desnecessariamente. Era uma quinta-feira à noite. Ela contava uma história corriqueira, algo do dia a dia. E eu senti uma tristeza muito grande. Então eu disse para ela “FULANA, você está me contando isso e eu estou sentindo uma tristeza muito grande... eu acho que essa tristeza não é minha, eu acho que ela é sua... tem algo de triste que você gostaria de me contar?”. E então ela disse “P (nome do psicólogo), essa tristeza não é minha e nem sua, é dessa senhora que está ao seu lado.” Esse era um consultório que ficava nos fundos da casa da minha orientadora de especialização. Alguns dos seus alunos usavam esse

consultório. No nosso grupo de supervisão eu falei sobre esse episódio e uma colega disse que havia acontecido algo semelhante na segunda-feira da mesma semana com um paciente dela que é médium. O paciente dela também havia relatado ter visto uma senhora no consultório” (PSP39M sem religião).

- 26) Relato: “A sensação de que meus guias estavam falando comigo sobre o atendimento, coisas que poderiam passar despercebidas por mim, como a pessoa atendida estar com muita vergonha, omitindo-se de responder sinceramente sobre ideias suicidas” (ACCV31O Umbandista/candomblecista).
- 27) Relato: “Ausências de consciência, paralização do movimento do corpo” (A52F Espírita).
- 28) Relato: “Grande parte do meu trabalho na clínica é, além de acolher as angústias do paciente, me esforçar para transmitir esperança e ajudar a atribuir significado transcendente para as vivências. Muitas vezes isso se dá com esforço técnico, analítico e de retórica, mas algumas vezes percebo uma voz da intuição, um direcionamento que vem de ouvir o inconsciente. Nessas situações sinto que falo coisas que não vem de mim, conhecimentos que eu não tenho e que não posso acessar voluntariamente, mas aparecem de forma espontânea ao me conectar com o paciente” (EGLA25F Católica/cristã protestante).
- 29) Relato: “Trabalhava numa abordagem de ampliar um sonho de uma cliente minha. Uma cliente que está em terapia faz muitos anos. Ela estava preocupada em ajudar um filho que hoje está bem situado na Alemanha. No sonho passava por algumas situações desagradáveis até chegar para ajudar o filho, mas tinha que ir até um espaço que não sabia qualificar. Pedi para ela descrever o imóvel do sonho assim como, seus cômodos. Ela achava que já tinha estado nesse local outras vezes. Então, decidi que não queria ir mais naquele local. Concordei. Saiu do meio da sala e voltou para sua cadeira. Estava atendendo-a no período matutino. Nisso apareceu uma luz que não era do nosso espectro visível. Era uma luz pós conteúdos oníricos de minha cliente. Perguntei se ela estava vendo aquela luz e ela disse que não. Trabalho

com a concepção que sonhos são conteúdos inconscientes que pedem um fechamento para haver uma integração psíquica. Então, num impulso saí da minha cadeira e me pus embaixo da luz. Fui tomado por uma vontade de falar, a voz era de uma figura masculina. Falei como se fosse ele, um homem que “era o coordenador daquele espaço e concordava que ela se afasta-se”. Após essa inclusão num conteúdo pós onírico da minha cliente fui acometido por várias indagações. Estava certo fazer aquela ação como terapeuta, na medida em que ela não via aquela luz? Eu canalizei uma energia volitiva com autonomia? O espaço onírico dela tinha uma existência além de sua construção? E, tinha eu o direito ou o dever de finalizar aquele conteúdo onírico? Será que no sonho dela, ela entrava em outro nível de realidade? Esse nível de realidade existe independente de seu sonhar? Até hoje não fechei estas indagações” (VCS73M outra religião).

2.10.4 Análise de conteúdo dos relatos de Experiências Dissociativas Espirituais ou Mediúnicas (EDEM) vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico

Para realizar a análise de conteúdo desses relatos, utilizando a técnica de Laurence Bardin, vamos considerar a seguinte classificação:

- Sentir, ver, ouvir, perceber pensamentos do espírito de um falecido ou de uma entidade espiritual: perceber, sentir, ver, ouvir ou receber uma informação mental, com maior ou menor nitidez, do espírito de uma pessoa falecida, de uma entidade espiritual ou um aspecto que não é percebido por outras pessoas como luz, perfume etc.;

Relatos de 1 a 16

Os relatos demonstram percepções espirituais que vão desde a visualização de entidades e luzes até a recepção de informações diretamente relacionadas a entes falecidos. Exemplos são os relatos envolvendo a visão de vultos ao lado da paciente após ela compartilhar experiências de abortos (Relato 1) e a psicóloga que ouviu o espírito se apresentar como “Thomas” para tranquilizar a paciente sobre o seu

sentimento de culpa pelo aborto (Relato 2), trabalhando com essa informação sem que a paciente percebesse a sua experiência. A sensação de amorosidade extrema durante a sessão (Relato 5) pode ser vista como um fenômeno psicológico positivo, onde a empatia e a conexão emocional se intensificam, promovendo um ambiente terapêutico seguro e acolhedor. Essa dinâmica emocional pode facilitar a exploração de sentimentos difíceis, contribuindo para a transformação e a ressignificação das experiências do paciente.

A percepção de guias espirituais e a sensação de uma presença no setting terapêutico (Relato 8 e 9) reforçam a ideia de que a espiritualidade faz parte da experiência clínica desses profissionais, podendo oferecer uma perspectiva de apoio e proteção, especialmente em momentos de dificuldade.

A interpretação das experiências está ligada à construção de significados que os pacientes e terapeutas atribuem a essas vivências, podendo servir para validar a necessidade do paciente e ajudá-lo a entender sua dor de maneira mais significativa. Essa construção de significados é importante na psicologia, pois permite que os indivíduos encontrem sentido nas suas experiências, reduzindo a ansiedade e promovendo aceitação e encorajamento (Relato 10).

- Efeitos físicos: produzir fenômenos materiais, como ruídos ou o movimento de corpos inertes;

Relato 17 a 21

A presença de fenômenos como odores, como o cheiro de rosas (Relato 17), e a percepção de substâncias, como a “gosma verde” que o psicólogo sentiu durante a sessão (Relato 18), são exemplos de que essas experiências podem se manifestar “fisicamente”. Outros relatos mencionam mal-estar físico e sensações corporais intensas (Relato 19 e 20), indicando que as comunicações espirituais podem ter um impacto tangível no terapeuta durante o atendimento.

- Transe mediúnico: Indivíduos que entram em estados não ordinários de consciência, mantendo algum controle, com ou sem alteração de identidade.

Relatos 22 a 29

Nessa categoria observam-se relatos de psicólogos que entraram em estados não ordinários de consciência durante as sessões. Sentir presenças espirituais, perceber luzes cintilantes (Relato 22 e 23) demonstra uma possível conexão entre a mediunidade e a prática clínica. Outro relato, onde o terapeuta sentiu uma pressão no plexo solar e ouviu barulhos apenas percebidos por ele (Relato 24), ilustra a complexidade das interações espirituais que podem ocorrer em ambientes terapêuticos. Além disso, a experiência de canalizar informações que parecem vir de fora do terapeuta (Relato 28) sugere a existência de um possível espaço de interação onde a intuição e o fenômeno dissociativo se entrelaçam, levantando possibilidades sobre a natureza do conhecimento e da consciência em alguns momentos durante o atendimento.

– Identificação de padrões:

Muitos relatos mencionam a sensação de presenças espirituais, seja de entes falecidos ou guias espirituais. Profissionais relatam ver ou sentir a energia de espíritos que se conectam com os pacientes. Casos em que os terapeutas relatam ouvir mensagens de espíritos e percebem mudanças no ambiente durante as sessões tornando-se mais leves ou pesados, sendo que essas mudanças parecem estar ligadas às emoções e experiências dos pacientes. Os relatos também indicam experiências sensoriais, como cheiro de rosas, energias, visão de luzes ou mal-estar e arrepios, interpretadas como manifestações de presenças espirituais. Alguns relatos mencionam experiências de transe mediúnico ou intuição intensa, onde os terapeutas sentem que estão canalizando informações que não são suas, mas que são relevantes para o paciente.

Há uma preocupação em como lidar com essas experiências, especialmente quando envolve a comunicação com o que pode ser considerado como “outro nível de realidade”.

– Conclusão:

Esses relatos revelam como as experiências dissociativas espirituais e mediúnicas podem estar integradas na prática terapêutica de alguns psicólogos, influenciando tanto o processo de tratamento quanto a própria percepção dos profissionais sobre a espiritualidade e a saúde mental. A análise indica que, para

esses terapeutas, o reconhecimento e a aceitação dessas experiências podem não apenas enriquecer o processo psicoterapêutico, mas também oferecer novas perspectivas sobre práticas e tratamentos. A intersecção entre espiritualidade e psicologia é, portanto, um campo fértil para investigações futuras e reflexões sobre a prática clínica, no entanto os terapeutas também expressam incertezas sobre a ética e a validade de suas intervenções, mais uma vez trazendo a importância de formação para lidar com essas experiências.

2.10.5 Experiências anômalas (EA) vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico

Envolve experiências fora do corpo em que a pessoa sente que sua consciência está fora do corpo físico, flutuando, vai a locais mais ou menos distantes e pode observar seu corpo a distância, esteja ele parado ou em movimento. Experiências de quase morte, eventos psicológicos profundos com elementos místicos e transcendentais que costumam ocorrer com pessoas em risco de vida, situação de perigo emocional ou físico muito intenso, próximos da morte. Sonhos lúcidos, ter consciência de se estar sonhando, podendo influenciar os elementos do sonho. Curas anômalas: a cura de determinada doença, não pode ser atribuída a tratamentos médicos convencionais ou se desvia do esperado, em termos de evolução natural para o quadro clínico do paciente em tratamento, cuja explicação não pode ser dada de acordo com o *mainstream* científico vigente. Experiências místicas: envolve uma consciência unitária, indiferenciada, pura, um sentimento de integração, união com o universo que provoca o desaparecimento de objetos físicos e mentais da consciência ordinária, não é localizada no espaço ou no tempo, a consciência do “Eu” desaparece produzindo sentimentos de felicidade, paz, alegria e bem-aventurança. Experiências de abdução por alienígenas: caracterizadas por lembranças subjetivas e, no entanto, percebidas como reais, de ser levado contra a vontade por entidades não humanas para uma nave espacial e ali sofrer procedimentos físicos e psicológicos complexos, envolvendo exames, comunicação com os abdutores, *tour* guiado no objeto voador não identificado (OVNI).

Considerando suas características os relatos dessa subcategoria foram classificados de acordo com: experiência fora do corpo e experiência mística.

– Experiência fora do corpo:

- 1) Relato: “Mais de uma vez aconteceu de eu me perceber como observadora, mesmo quando estou falando / trazendo questões para o cliente” (MGL57F Budista/hinduísta/outra religião).
- 2) Relato: “Após o paciente mencionar o que sentia no ambiente, comecei a observar e experimentar sensações parecidas com o que ele havia relatado perceber no ambiente. Já houve pacientes que perguntaram sobre a minha religião, pois se sentem seguros e, quando necessário, orientados. As coisas dão certo em suas vidas. Alguns vem de lugares diversos. Fiquei feliz, mas considero ser resultado da psicologia embora algumas vezes acho incrível algumas transformações que fogem de uma explicação materialista” (DC41F sem religião).

Quando a profissional fala sobre o manejo ela atribui essa percepção a um “desdobramento”

– Experiência mística:

- 3) Relato: “Grupo de meditação Guiada no meu condomínio (voluntariado) onde eu não senti meu corpo” (JMMR54F Cristã protestante).
- 4) Relato: “Certa vez um cliente estava realizando um trabalho de interiorização, com olhos fechados e em estado de relaxamento e, por algum motivo, senti uma “necessidade” de também fechar os olhos. O cliente descrevia algumas imagens e eu também passava a vê-las, e não apenas isso, eu tinha sensações no corpo e percebia o surgimento de sentimentos, que o cliente também relatou durante a experiência, mas que eu estava vivenciando em mim mesmo. Uma parte minha estava conectada com a experiência clínica, manejando o tempo e o setting, mas outra estava participando da experiência, na qual me senti conectado como provavelmente nunca senti antes, e que teve sobre mim um efeito terapêutico incrível (me senti bem, aliviado, feliz, saudável etc.). Naturalmente compartilhei com o cliente a experiência,

mas nunca pude compreender o como e o porquê” (PASF44M sem religião).

2.10.6 Análise de conteúdo das Experiências anômalas (EA) vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico

Para realizar a análise de conteúdo desses relatos, utilizando a técnica de Laurence Bardin, vamos considerar a seguinte classificação:

Experiências fora do corpo: a pessoa sente que sua consciência está fora do corpo físico, flutuando, vai a locais mais ou menos distantes e pode observar seu corpo a distância, esteja ele parado ou em movimento.

Experiências místicas: envolve uma consciência unitária, indiferenciada, pura, um sentimento de integração, união com o universo que provoca o desaparecimento de objetos físicos e mentais da consciência ordinária, não é localizada no espaço ou no tempo, a consciência do “Eu” desaparece produzindo sentimentos de felicidade, paz, alegria e bem-aventurança.

– Experiências fora do corpo:

Os relatos nesta categoria demonstram consciência expandida e uma percepção que transcende a experiência física habitual. Por exemplo, no primeiro relato, a profissional menciona que se percebe como uma observadora durante a interação com o cliente (Relato 1), sugerindo dissociação temporária do corpo físico, permitindo uma visão mais ampla e objetiva da situação terapêutica. Essa experiência pode ser interpretada como uma forma de aumento da consciência, onde a terapeuta se distancia para oferecer uma perspectiva mais clara sobre o processo terapêutico. No segundo relato, a psicóloga menciona que, ao se conectar com as percepções do paciente, começa a experimentar sensações semelhantes, o que ela descreve como um “desdobramento” (Relato 2). Essa experiência sugere que a terapeuta não apenas observa, mas também se envolve na experiência do paciente, criando uma conexão que parece transcender o espaço físico. A percepção da profissional de que “as transformações dos pacientes podem resultar de fatores além da explicação

materialista” denota uma abertura para a espiritualidade e a possibilidade de que fenômenos não tangíveis influenciem o processo terapêutico.

– Experiências místicas:

As experiências místicas relatadas apresentam uma dimensão de conexão e unidade com o universo. No primeiro relato, a psicóloga menciona que, durante um grupo de meditação guiada, não sentiu seu corpo (Relato 3). Essa sensação de ausência do corpo físico é um indicativo de uma experiência mística, onde a percepção do “Eu” se dissolve e a consciência se expande para uma sensação de integração com o todo. Outro relato traz uma experiência em que o terapeuta, ao fechar os olhos junto com o cliente, começa a compartilhar visões e sentimentos (Relato 4). Essa conexão entre terapeuta e paciente, em que ambos experimentam uma sensação de união, evoca a ideia de uma experiência de transcendência. O impacto positivo que essa experiência teve sobre o terapeuta — descrito como “incrível” — reforça a ideia de que momentos de conexão espiritual podem ter efeitos terapêuticos significativos, tanto para o paciente, como muitas vezes também para o profissional, promovendo sensações de alívio e felicidade.

– Identificação de padrões:

É possível identificar uma sensação de “desdobramento” ou observação externa durante a interação com os pacientes, sugerindo uma desconexão temporária do próprio corpo, um estado alterado de consciência. Observa-se uma forte conexão emocional entre profissional e paciente sugerindo empatia e sinergia durante o atendimento. Os relatos refletem uma busca por experiências espirituais ou místicas, seja através de práticas como a meditação (relato 3) ou pela experiência de interiorização (relato 4). A sensação de não sentir o corpo e a vivência de estados alterados de consciência são aspectos centrais. Também há uma menção à dificuldade de explicar essas experiências de forma materialista. Os profissionais reconhecem as transformações ocorridas, mas nem sempre conseguem compreender completamente os mecanismos envolvidos, indicando a necessidade de aprofundamento nesses estudos.

Interessante notar que os relatos vêm através de profissionais com diferentes crenças religiosas ou sem religião e, no entanto, compartilham experiências similares. Sugerindo que essas experiências não estão vinculadas a uma fé específica.

– Conclusão:

A análise dos relatos sobre experiências anômalas vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico, revela que esses momentos de consciência expandida e conexão espiritual podem enriquecer a prática clínica. As experiências fora do corpo permitem que os terapeutas adotem uma perspectiva mais compreensiva, enquanto as experiências místicas promovem uma sensação de unidade e bem-estar que pode beneficiar tanto o terapeuta quanto o paciente.

Essas vivências sugerem que a prática terapêutica pode ser um espaço onde a experiência religiosa e a saúde mental se entrelaçam de maneira significativa. A aceitação e a exploração dessas experiências podem abrir novos caminhos para a compreensão e o manejo das questões emocionais e espirituais na terapia, contribuindo para uma abordagem mais integrada do bem-estar.

2.10.7 Experiências PSI (EPSI) vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico

Envolve a telepatia que é a comunicação direta entre mentes. A clarividência, o conhecimento anômalo de eventos que acontecem a distância. A pré-cognição, o conhecimento anômalo de eventos futuros. A retro cognição, o conhecimento anômalo de eventos passados, seja por intuição ou sonhos premonitórios. A memória de vidas passadas, envolvem a impressão de ser uma pessoa diferente da identidade atual, numa vida ou num tempo anterior sem renegar a identidade atual. Sincronicidade, envolvendo a relação entre eventos que ocorrem simultaneamente, sem uma ligação causal aparente, mas que trazem significado para aqueles que os vivenciam.

Considerando suas características os relatos dessa subcategoria também foram classificados de acordo com: telepatia; pré-cognição ou sonhos premonitórios e sincronicidade.

- Telepatia:
 - 1) Relato: “Após o paciente fazer grande relato do seu sofrimento eu me dirigi a ele chamando-o de um nome que não era o dele e que o deixou espantado porque era o nome da pessoa que ele havia perdido” (DMS56F Espírita).
- Pré-cognição/sonhos premonitórios:
 - 2) Relato: “Sentir a data da morte de cada paciente que faleceu (na data que senti)” (LOC28F Umbandista).
- Sincronicidade:
 - 3) Relato: “As sincronicidades que ocorrem são para mim a maior expressão da conexão com o todo. Uma vez senti a imagem de uma semente que iria germinar bem e passei para minha cliente sobre o percurso dela. Ela, então, disse que teria que compartilhar o que experienciou durante a semana em uma igreja. Ela foi a um mosteiro e o padre, sensitivo, estava chamando as pessoas e dando mensagens espirituais. Ele a chamou, mesmo sem a conhecer e disse: Você, a jovem com blusa verde, fique tranquila pois seus caminhos irão germinar bem, pois você é como uma semente que agora foi bem plantada” (MGH52F sem religião).

2.10.8 Análise de conteúdo das Experiências PSI (EPSI) vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico

Para realizar a análise de conteúdo desses relatos, utilizando a técnica de Laurence Bardin, vamos considerar a seguinte classificação:

- Telepatia: comunicação direta entre mentes;

Experiência telepática (Relato 1), onde o psicólogo parece ter acessado uma informação íntima e não verbalizada pelo paciente. O uso do nome da pessoa falecida sugere que houve uma conexão direta entre as mentes, resultando em um momento

de grande impacto emocional para o paciente. A telepatia aqui é vista como uma forma de comunicação que transcende as palavras, permitindo que o terapeuta, de maneira intuitiva, se conecte à dor e à história do paciente.

- Pré-cognição ou sonhos premonitórios: conhecimento anômalo de eventos futuros;

Representa uma clara manifestação de pré-cognição (Relato 2), onde o psicólogo relata ter uma percepção anômala sobre eventos futuros, especificamente relacionada à morte de seus pacientes. A capacidade de “sentir” essa data indica um conhecimento que não se baseia em informações racionais ou previsíveis, mas sim em uma intuição ou percepção extrassensorial. Essa experiência pode gerar uma carga emocional intensa, tanto para o profissional quanto para os pacientes, levantando a questões éticas e psicológicas sobre como lidar com essas informações.

- Sincronicidade: relação entre eventos que ocorrem simultaneamente, sem uma ligação causal aparente, mas que trazem significado para aqueles que os vivenciam.

Um bom exemplo de sincronicidade (Relato 3), em que eventos distintos se conectam de maneira significativa para os indivíduos envolvidos, sem uma relação causal aparente. O psicólogo percebeu uma imagem que se relacionava diretamente com a experiência da cliente, que, por sua vez, teve uma confirmação externa em um ambiente espiritual. A conexão entre a mensagem transmitida pelo terapeuta e a do padre destaca a ideia de que as sincronicidades podem ser vistas como mensagens do universo, reforçando a interconexão de todas as coisas e a relevância do contexto espiritual na terapia.

- Identificação de padrões:

Os relatos envolvem momentos de grande impacto emocional, onde o terapeuta parece captar a dor ou a história do paciente através de uma comunicação não verbal. Essa conexão gera um espaço de empatia e compreensão profunda. As experiências sincrônicas também estão carregadas de emoção, pois revelam um significado pessoal e profundo para o paciente, reforçando a sensação de estar “no caminho certo” ou de receber uma confirmação de experiências internas. A relação

com a morte e a espiritualidade também é um padrão presente, onde a percepção de eventos futuros pode estar ligada a crenças espirituais sobre a vida e a morte, influenciando a forma como os psicólogos e pacientes lidam com essas experiências.

Os padrões identificados nas experiências relatadas revelam uma complexa rede de conexões emocionais, intuitivas e espirituais que permeiam o setting terapêutico. Essas experiências não apenas desafiam a compreensão convencional da psicologia, mas também oferecem um rico campo de exploração para os profissionais, ao integrar a dimensão PSI em suas práticas e reflexões.

– Conclusão:

A análise desses relatos revela que experiências PSI podem ser vivenciadas de formas profundas e impactantes no contexto terapêutico. Cada categoria destaca diferentes aspectos da conexão entre terapeuta e paciente, desafiando as fronteiras do conhecimento convencional e abrindo espaço para discussões sobre a natureza da consciência, da espiritualidade e da relação terapêutica. Essas experiências, embora frequentemente menosprezadas ou consideradas anedóticas, podem oferecer insights valiosos para a prática psicoterapêutica e para a compreensão da experiência humana.

2.11 RELATOS DADOS PELOS PSICÓLOGOS QUE NÃO SE RELACIONARAM COM EXPERIÊNCIAS REDEMA

Foram considerados pelos profissionais como tendo alguma ligação com religiosidade/espiritualidade, mas não se trata de experiências REDEMA. Talvez tenham sido qualificados dessa forma por eles, em função do paciente ter citado Deus ou da religiosidade pessoal do profissional. Também houve relatos excessivamente superficiais ou inespecíficos para que pudessem ser classificados em outra categoria.

2.11.1 Relatos que envolvem conflitos ou eventos atribuídos ou correlacionados à religiosidade/espiritualidade pelos profissionais

- 1) Relato: “Atendo muitos religiosos evangélicos que acabam trazendo conflitos em relação à fé e a vivência de suas relações cotidianas. Em geral, os conflitos falam de como conciliar a fé com suas vidas” (CMT37F cristã protestante).
- 2) Relato: “Questões relacionadas a fé enquanto suporte emocional frente às adversidades da vida” (RP43M espírita).
- 3) Relato: “Os relatos são frequentes, mas na maioria dos casos acho tranquilo manejar. O último relato mais significativo foi de uma paciente católica divorciada, que sentia a necessidade de ir até a igreja para solicitar um pedido formal diante da igreja. Como isso era muito importante para ela, seu ex, um homem abusivo, se negou a participar, pois a igreja pede o comparecimento de ambos. A paciente se sentia culpada, pois se sentia adúltera, mas compreendia que o ex-esposo não queria comparecer para a punir” (DAFS38M católico/cristão protestante/evangélico/espírita/sem religião).
- 4) Relato: “Idas a centro espírita para falar sobre o pai falecido, na qual a cliente relata ter recebido conselhos do médium do motivo pelo qual ela não sonha com o falecido” (AJNM27F umbandista).
- 5) Relato: “A paciente estava se preparando para ser missionária em outro país, ela estava muito preocupada em como ficariam as finanças, se teria o dinheiro suficiente para comprar passagem, se manter e se as pessoas continuariam mandando o dinheiro após a sua viagem. Ela decidiu que colocaria a questão financeira nas mãos de Deus. Faria o seu trabalho e Deus cuidaria do sustento” (M28F cristã protestante).
- 6) Relato: “Decisões de escolha de carreira profissional baseada em relatos subjetivos através dos sonhos do pastor da igreja. Tais decisões resultaram na razão da presente queixa e em prejuízos ao paciente” (L30M ateu ou agnóstico).
- 7) Relato: “Atendimento com adolescentes evangélicos que se descobrem gays, e em seu contexto familiar sofrem todo tipo de homofobia e atrocidades” (P45M católico).

- 8) Relato: “Através de um discurso onde o paciente identificava origem de cunho divino” (FALC66M católico).
- 9) Relato: “Meus pacientes frequentemente descrevem situações de experiências vividas, porém não compreendem que são experiências espirituais, as descrevem com outro contexto/explicação. Não recorro de nenhuma situação mais específica neste momento” (MGL57F Budista/hinduísta).
- 10) Relato: “A pessoa teve Covid e relatou que quando seu quadro de saúde agravou ela não soube explicar como ela conseguiu se curar e ter a saúde restabelecida” (RM61F TCC).
- 11) Relato: “Faço avaliações logo no início do trabalho, uma paciente que é psicóloga que diz trabalhar com “libertação e cura”, logo no início observei para que ela estivesse pisando no chão, antes de entrar na questão espiritual. Observar o paciente como está em relação a ele mesmo, ao mundo e a sua fé. O difícil é quando o terapeuta já está com esse olhar. Precisa neutralidade e objetividade e ficar nas questões emocionais do paciente e não nos pensamentos alucinatorios” (CSC72F outra religião).
- 12) Relato: “Paciente descreve em sessão sobre possessão de conhecidos e associa essas questões a fatos por ele inexplicáveis” (L39F Católica/espírita).
- 13) Relato: “Paciente relatou sua vivência religiosa e de como se identificava” (C42F evangélica pentecostal/neopentecostal).

2.11.2 Relatos com aspectos negativos envolvendo excesso de credulidade ou psicopatologias, vinculados à religiosidade/espiritualidade pelos profissionais

- 14) Relato: “Um paciente que não acreditava na eficácia da psicoterapia, que a cada melhora alcançada através da sua mudança de

comportamento e início de medicação, atribuía toda evolução a Deus e mais ninguém” (H35F católica).

- 15) Relato: “Paciente relata ouvir a voz de Deus com a promessa de passar no concurso e de que Ele lhe deu ‘poder para ressuscitar’ o sobrinho!” (P43F espírita).
- 16) Relato: “Uma paciente que se dizia bipolar que atendi, pelo Ouvido Amigo, ela tinha tentado suicídio por várias vezes, mas sempre dizendo que Deus estava com ela. Quando criança sofreu vários abusos sexuais, vivenciou e testemunhou muitas agressões familiares. Tratei dos abusos, das violências familiares, e fui com ela nos labirintos de seu sistema límbico. Após ter tomado consciência e superado os traumas, pude notar que houve o resgate de sua autoestima, inclusive melhorou o relacionamento com o marido e com suas duas filhas adolescentes. Esse caso eu relato no meu livro para o qual ela assinou TCLE” (CSC72F outra religião).
- 17) Relato: “Delírio religioso (de caráter messiânico). O paciente (masculino, brasileiro, natural de Curitiba, 32 anos, solteiro, sem filhos) acreditava ter sido escolhido para a salvação da humanidade. Defendia que Deus conversava com ele por meio de mensagens secretas veiculadas em programas de rádio ou televisão. Possuía diagnóstico psiquiátrico prévio de transtorno esquizofrênico não especificado e fazia uso contínuo de medicação antipsicótica regularmente prescrita. Todavia, tinha histórico de surtos episódicos associados a interrupções de tratamento” (DNM34M católico/cristão protestante/umbandista/ candomblecista/ ateu ou agnóstico).
- 18) Relato: “Paciente acreditava ser perseguida por pastores e santos, que tinha muitos pecados e o diabo estava em todas as pessoas para 233jud-la” (ECO43F católica). (Obs. Esta paciente foi hospitalizada, estava em surto psicótico e permaneceu mais de trinta dias internada).
- 19) Relato: “Visão de uma fênix em período de surto; dificuldade de reestruturação cognitiva quando pensamentos disfuncionais estão

ligados a interpretação com base na sua religião” (K42F católica/espírita).

- 20) Relato: “Trabalhei 15 anos em Caps onde muitos já viram 234juda, alguns deles sentiam como se fossem Jesus Cristo” (FS40F católica).
- 21) Relato: “Paciente com excesso de agressividade, conversão de sintomas emocionais no corpo, ausência de consciência, crises fortes. Atendimento em hospital psiquiátrico” (A52F Espírita).
- 22) Relato: “Uma paciente que estava oscilando com momentos de consciência e outros de psicose deita-se no chão do consultório pela vulnerabilidade. Desintegra-se. Chora copiosamente. Depois de duas horas de sessão consigo trazê-la de volta. E ela consegue voltar para casa. Mas em dias precisou de internação”. (CB45F Católica/espírita/umbandista/budista/ hinduísta).

2.11.3 Análise de conteúdo dos relatos dados pelos psicólogos que não se relacionam com experiências REDEMA

Para realizar a análise de conteúdo desses relatos, utilizando a técnica de Laurence Bardin, vamos considerar a seguinte classificação:

Relatos que envolvem conflitos ou eventos atribuídos ou correlacionados à religiosidade/espiritualidade pelos profissionais;

Relatos com aspectos negativos envolvendo excesso de credulidade ou psicopatologias, vinculados à religiosidade/espiritualidade pelos profissionais.

- Relatos que envolvem conflitos ou eventos atribuídos ou correlacionados à religiosidade/espiritualidade pelos profissionais:

Relatos 1 a 13

Os relatos mostram que muitos pacientes vivenciam conflitos internos ao tentar conciliar suas crenças religiosas com as realidades cotidianas. Isso é evidente em relatos como o da paciente católica divorciada (Relato 1) e os adolescentes evangélicos que se descobrem gays (Relato 7), que enfrentam a

pressão de suas famílias em função de convicções religiosas. Alguns relatos destacam a religiosidade como uma fonte de apoio emocional durante adversidades, como no caso do paciente espírita (Relato 4), que busca na fé um suporte diante das dificuldades. Há também menções a experiências que os pacientes não reconhecem como espirituais, mas que os psicólogos percebem como tal. Por exemplo, a paciente que teve Covid e se curou sem explicação (Relato 10) e o relato de possessão associada a eventos inexplicáveis (Relato 12).

Relatos como o do paciente que se baseou em sonhos do pastor para tomar decisões relativas à sua carreira (Relato 11) indicam que a religiosidade pode influenciar escolhas importantes na vida dos indivíduos, às vezes com consequências negativas.

- Relatos com aspectos negativos envolvendo excesso de credulidade ou psicopatologias, vinculados à religiosidade/espiritualidade pelos profissionais:

Relatos 14 a 22

Alguns pacientes demonstram uma crença excessiva em intervenções divinas, como o paciente que atribui sua evolução na terapia a Deus (Relato 14) e a paciente que acredita ouvir a voz de Deus (Relato 15), indicando uma relação problemática entre a fé e a percepção da realidade. Há relatos de pacientes em situações críticas, que oscilam entre consciência e psicose (Relato 16) e que apresenta delírios religiosos (Relato 18). Essas situações refletem a interseção entre questões psicopatológicas e crenças religiosas. A paciente que se sente perseguida por entidades religiosas (Relato 19) e aquele que vê uma fênix durante um surto (Relato 20) ilustram como a religiosidade pode ser distorcida em contextos de crise, proporcionando experiências angustiosas.

As experiências compartilhadas revelam que a religiosidade pode tanto servir como um recurso de enfrentamento quanto exacerbar problemas psicológicos, dependendo do contexto individual e das crenças envolvidas.

- Identificação de padrões:

Muitos relatos refletem a luta interna dos pacientes em conciliar suas crenças religiosas com desafios da vida cotidiana, especialmente entre indivíduos de

tradições religiosas que enfrentam questões pessoais, envolvendo divórcio ou homossexualidade.

A religiosidade é frequentemente descrita como algo que proporciona suporte emocional, fazendo com que os pacientes busquem na fé conforto nos momentos difíceis e usem suas crenças para enfrentar as adversidades cotidianas

Alguns relatos indicam um excesso de credulidade em que pacientes atribuem seu restabelecimento exclusivamente a intervenções divinas, ignorando os tratamentos médicos e psicoterapêuticos. Há um padrão de pacientes apresentando sintomas como delírios ou vozes atribuídas a Deus, pacientes que se sentem perseguidos por entidades religiosas ou que têm medo de punições divinas indicam como a religiosidade pode se manifestar de forma distorcida, contribuindo para estados ansiosos. Muitos relatos destacam como a pressão ou a expectativa da comunidade religiosa pode impactar negativamente a saúde mental dos indivíduos, especialmente em contextos de homofobia ou discriminação.

Esses padrões revelam a complexidade do papel da religiosidade na vida dos pacientes, podendo ser um recurso de apoio ou fonte de conflitos, geradora de dificuldades. A compreensão desses padrões pode ajudar os profissionais a abordar a terapia de maneira mais eficaz, considerando a dimensão espiritual e religiosa dos pacientes em seus tratamentos.

– Conclusão:

A análise dos relatos demonstra que a religiosidade e a espiritualidade desempenham um papel complexo na vida dos pacientes, podendo atuar tanto como suporte emocional quanto como fator de risco em casos de psicopatologias. Os psicólogos precisam estar atentos a essas dinâmicas, promovendo uma abordagem que reconheça a importância da fé, mas que também trate as questões de saúde mental de maneira objetiva e informada.

A Tabela 16 abaixo resume todos os relatos de acordo com a categorização realizada.

Tabela 16 – RESUMO DOS RELATOS DE EXPERIÊNCIAS DADOS PELOS PSICÓLOGOS

Tipos de experiência REDEMA					
Categoria	Subcategoria	Trazidas pelo paciente para a psicoterapia	Vivenciada pelo paciente durante a psicoterapia	Vivenciada pelo psicólogo durante a psicoterapia	Subtotal n (%)
Experiência religiosa	Presença da divindade	04	-	01	05
	Intervenção divina	07	-	-	07
	Perceber, ouvir ou receber uma revelação da divindade	20	03	02	25
	Coping negativo	06	01	-	07
	Subtotal	37	04	03	44 / 15,9%
Experiência dissociativa espiritual ou mediúnica	Sentir, ver, ouvir, perceber pensamentos de um falecido ou entidade espiritual	62	17	16	95
	Efeitos físicos	04	01	05	10
	Transe mediúnico	11	02	08	21
	Transe de possessão	10	10	-	20
	Subtotal	87	30	29	146 / 52,7%
Experiência anômala	Experiências fora do corpo	19	-	02	21
	Experiências de quase morte	05	-	-	05
	Sonhos lúcidos	03	-	-	03
	Curas anômalas	12	-	-	12
	Experiências místicas	05	01	02	08
	Subtotal	44	01	04	49 / 17,7%
Experiência PSI	Telepatia	04	01	01	06
	Clarividência	01	01	-	02
	Precognição	19	-	01	21
	Sonhos premonitórios	04	-	-	04
	Memórias de vidas passadas	02	03	01	06
	Sincronicidade	02	03	01	06
	Subtotal	30	05	03	38 / 13,7%
Subtotal (n / %)		198 / 71,5%	40 / 14,5%	39 / 14,0%	277 / 100%
Não Foram Experiências REDEMA	Conflitos ou eventos atribuídos a religiosidade e/ou espiritualidade	13	-	-	13
	Aspectos negativos envolvendo excesso de credulidade ou psicopatologias	04	05	-	09
	Subtotal	17	05	-	22
TOTAL GERAL		215 / 72%	45 / 15%	39 / 13%	299 / 100%

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

2.12 CATEGORIZAÇÃO DOS MANEJOS REALIZADOS PELOS PSICÓLOGOS

Além do relato da experiência trazida pelos pacientes para a psicoterapia, também foi solicitado aos profissionais que descrevessem qual o manejo que

realizaram ao receber a demanda do paciente envolvendo essas experiências, esses manejos também tiveram seu conteúdo analisado.

Os manejos realizados pelos psicólogos, ou seja, como eles lidaram com as experiências trazidas e/ou vivenciadas pelos seus pacientes e/ou por eles mesmos durante o processo psicoterapêutico, foram relacionados aos psicólogos que os deram da mesma forma como foi realizado em relação aos relatos: iniciais do nome; idade; gênero (F para feminino, M para masculino e O para outro) e religiosidade ou irreligiosidade declarada,

Os manejos, assim como os relatos, também envolveram três grandes categorias:

- 1) Manejos realizados pelos psicólogos em relação as experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes e trazidas para a psicoterapia;
- 2) Manejos realizados pelos psicólogos em relação as experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia no *setting* terapêutico;
- 3) Manejos realizados pelos psicólogos em relação as experiências REDEMA vivenciadas por eles mesmos durante a psicoterapia no *setting* terapêutico.

Participaram da pesquisa 206 profissionais psicólogos, destes 161 (78,2%) disseram como efetuaram o manejo quando as experiências REDEMA lhes foi trazida pelos seus pacientes para a psicoterapia.

Para a realização da categorização dos manejos realizados pelos psicólogos foram criadas as seguintes subcategorias, considerando o que foi visto anteriormente no item relacionado às competências necessárias ao psicólogo para um manejo clínico adequado e ao teor dos relatos dados pelos psicólogos que participaram da pesquisa. Ao final da categorização dos manejos foi feito um resumo geral (Tabela 17).

- A) Manejos realizados com acolhimento, empatia, respeito e/ou validando a experiência e/ou crenças do paciente.
- B) Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com seu referencial teórico.
- C) Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com o seu referencial teórico, invalidando a experiência.

- D) Manejo em que o profissional não soube como lidar com a experiência do paciente.
- E) Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com a própria crença ou descrença religiosa.
- F) Manejos em que o profissional não validou a experiência e/ou crenças religiosas do paciente.

2.12.1 Manejos realizados pelos psicólogos em relação as experiências REDEMA trazidas pelos pacientes para a psicoterapia

Para aferição da primeira categoria, foi feita a seguinte pergunta aos psicólogos: “Na sua prática clínica, já houve **relatos de seus pacientes** sobre experiências religiosas/anômalas/dissociativas espirituais, **vivenciadas por eles?**”

Em seguida: “Descreva sucintamente o relato dado pelo seu paciente que considere mais significativo, sem identificar seu paciente”

E, finalmente: “**Como você manejou o assunto? Descreva sucintamente**”

Considerando as subcategorias criadas, os manejos relatados relacionados com as experiências REDEMA trazidas pelos pacientes para a psicoterapia, foram categorizados como demonstrado a seguir:

- A) Manejos realizados com acolhimento, empatia, respeito e/ou validando a experiência e/ou crenças do paciente e/ou compreendendo-as como mais um aspecto psicossocial da diversidade humana.
 - 1) Manejo realizado pela profissional: “Como abordamos os outros assuntos da vida, buscando compreender os sentimentos e pensamentos do paciente sobre o assunto, informando que muitas pessoas passam por essas experiências e que não são sinal de doença mental. Quando pertinente, trazendo informações da neuropsicologia e psicologia anomalística sobre o assunto” (BFC37F católica).
 - 2) Manejo realizado pela profissional: “Não tive tempo, mas acompanhei o filho dele que entendia que ali havia ocorrido algo “misterioso” e eu o acolhi” (DMS56F espírita).

Relacionado com: “Um paciente que disse ter visto um médico famoso já falecido, entrar no quarto e lhe dizer que “iria voltar para casa”. Faleceu no dia seguinte.

- 3) Manejo realizado pelo profissional: “Fui acolhedor e interessado na experiência e em seus desdobramentos emocionais. Acompanhei sua interpretação da experiência sem procurar explicações alternativas” (DHR39M judaísmo).
- 4) Manejo realizado pela profissional: “Tranquilamente” (LB49F cristã protestante).
- 5) Manejo realizado pela profissional: “Disse que acreditava em seu relato e acolhi a sua queixa” (DAT48F Umbandista).
- 6) Manejo realizado pelo profissional: “Respeitando o sistema religioso em que sujeito está inserido, não patologizando, inseri no contexto do processo psicoterápico” (LRL36M budista/outra).
- 7) Manejo realizado pelo profissional: ‘Conversamos longamente sobre o assunto” (AC57M católico/espírita/umbandista/seicho-no-ie).
- 8) Manejo realizado pela profissional: “Procurei primeiramente acolher as vivências trazidas numa postura de total abertura às experiências espirituais do paciente/cliente, checando suas crenças a respeito e auxiliando a ser feita uma ‘costura’ entre as experiências em si o seu momento atual de vida” (LCP32F umbandista/outra).
- 9) Manejo realizado pelo profissional: “Escuta e compreensão do significado do vivido para o paciente” (RBB34F católica/espírita/budista).
- 10) Manejo realizado pelo profissional: “O manejo foi permitir que o paciente relatasse livremente sua vivência, descrevendo como se sentiu naquele momento e após. Ouvir as próprias palavras, desperta insights que trazem a lucidez necessária para elaborar a experiência” (RPCG50F cristã protestante).
- 11) Manejo realizado pelo profissional: “Analisamos o sonho de forma a ressignificar a morte e trazer um senso de controle ou manejo da

situação junto ao paciente. Incluímos suas crenças sobre a morte e a vida nesse processo” (MC57F espírita).

- 12) Manejo realizado pelo profissional: “Ouvi com atenção, questionei sobre o impacto da experiência, atribuição de significados e causalidade, sobre estratégias de enfrentamento e realizei o diagnóstico diferencial” (JR60M umbandista).
- 13) Manejo realizado pelo profissional: “Acolhi o paciente e questionei qual sentido aquele acontecimento teve para ela e que sentimentos teve a partir daquela experiência” (RM61F católica).
- 14) Manejo realizado pelo profissional: “Escutei a pessoa para que ela pudesse sentir confiança de relatar sua vivência para fazer sentido para ela” (RM61F católica).
- 15) Manejo realizado pela profissional: “Acolhi a demanda, como a pessoa era de religião espírita considerei o contexto, compreendendo-o como indivíduo Bio-psico-social e espiritual de acordo com a sua crença. Observei usando a psicanálise, mas de acordo com os aprendizados acadêmicos avaliei se havia psicopatologia envolvida. Como era uma paciente que tinha a sua religião, entendi que fazia parte da crença religiosa dela. Por isso, compreendi como algo normal” (DC41F sem religião).
- 16) Manejo realizado pela profissional: “Com naturalidade. Acreditando na experiência como genuína e validando a transformação que decorreu dessa EQM” (MDGF65F católica/espírita/umbandista/budista).
- 17) Manejo realizado pelo profissional: “Sempre faço o convite para olharmos para esses sonhos de forma aberta, sem pré-julgamentos. Como são experiências nas quais ele participa volitivamente, exploramos as decisões tomadas enquanto vivências ‘do lado de lá’ e a relação que ele faz entre o universo onírico e o universo da vigília, com as decisões tomadas do ‘lado de cá’ ” (PASF44M sem religião).
- 18) Manejo realizado pela profissional: “Foram vários relatos de sonhos que se confirmaram. Ela os associou ao Espiritismo que seguia. Trabalhamos sua limitação quando ao que ocorreria e se ocorreria.

Trabalhamos como lidar com a ansiedade, o medo de dormir e as dificuldades diante das pessoas com as quais ela sonhava. Começou um diário dos sonhos, desenhos sobre os mesmos e tratamento espiritual no seu centro para lidar com as suas questões mediúnicas” (JBDN49F espírita).

- 19) Manejo realizado pela profissional: “Como foi na entrevista inicial fiz o acolhimento, a escuta ativa e apontei que ajudaria com suas questões psicológicas e que no terreiro ela se ajudaria com a parte espiritual. Em momento algum julguei sua fé, e até hoje essa paciente relata sobre meu acolhimento quando sua religião é tão hostilizada” (H35F católica).
- 20) Manejo realizado pela profissional: “Eu compreendi o processo e fiquei feliz com a resolução do seu impasse. Não me mantive em suspensão fenomenológica” (ASF espírita).
- 21) Manejo realizado pela profissional: “Validei, contou a experiência através de associação livre. Fechou com a sensação da desavença resolvida, se sentindo melhor” (AMPV49F espírita/umbandista).
- 22) Manejo realizado pela profissional: “Levantamos as situações, memórias associativas ou crenças que identificassem aquela entidade recorrente em seus sonhos” (P43F espírita).
- 23) Manejo realizado pela profissional: “Validação e acolhimento” (A38F cristã protestante).
- 24) Manejo realizado pela profissional: “As crenças dos pacientes são acolhidas e as exploramos no sentido de compreender como a sua fé pode contribuir para a evolução do seu caso” (KGMC36F católica).
- 25) Manejo realizado pelo profissional: “Validando a fala dele e criando um espaço possível para minimizar o sofrimento”.
- 26) Manejo realizado pela profissional: “Validando a experiência e buscando o sentido construído pelo paciente” (TOS40F católica/espírita/budista).

- 27) Manejo realizado pela profissional: “Me interessei pelo fato, questionei como ela havia se sentido e quais as suas reflexões sobre o que havia ocorrido e o que aquele evento havia significado para os eventos que estavam ocorrendo na sua vida. Respeitei suas crenças dentro do que a religião evangélica prega procurando suscitar reflexões” (TRPM46F cristã protestante/espírita/ budista).
- 28) Manejo realizado pela profissional: “Perguntei no que ele acreditava e respeitei a visão espírita do paciente” (GFT57F espírita/budista/ hinduísta).
- 29) Manejo realizado pela profissional: “Primeiramente acolhendo o paciente em suas preocupações, sem desvalidar sua crença no que estava ocorrendo. Após entender melhor o conteúdo de seus pensamentos, trouxe dados de realidade e me utilizei da técnica de questionamento socrático para que o paciente conseguisse levantar outros motivos do porquê de tais comportamentos” (SFB34F católica).
- 30) Manejo realizado pela profissional: “Explorei o pensamento para saber mais sobre como ele via a morte, o que ele pensava sobre um possível depois, conduzindo para as situações que ele deixou mal resolvida e o que ele quer resolver” (LOC28F umbandista).
- 31) Manejo realizado pela profissional: “Pedi para que o paciente relatasse sua experiência e trabalhamos como parte do seu processo analítico”.
- 32) Manejo realizado pelo profissional: “O paciente passou a anotar o que as vozes falavam”.
- 33) Manejo realizado pela profissional: “Escuta ativa de todo o projeto de adoção das crianças. A chegada das crianças, a dinâmica com elas, o surgimento da doença, os medos envolvidos até descobrirem o diagnóstico, a doença, o momento da internação, a internação em si e seus desafios. As crianças foram deixadas com a avó e minha paciente ficou imersa no hospital. Sua esposa deu o último suspiro com ela. Hoje, após 1 ano e seis meses em processo terapêutico se fala da saudade, mas no início foi dor, revolta e muita tristeza. Não consegue abrir a possibilidade para um novo amor porque diz que jamais existirá

outro. O sonho veio depois de quase um ano e recentemente uma carta psicografada trazida pela sogra. Se sentiu viva e mais amada ainda” (PR61F outra religião).

Relacionado com: “A paciente sonhar que encontrava com a esposa falecida há seis meses, após a adoção de três crianças, um projeto do casal”.

- 34) Manejo realizado pela profissional: Com muito respeito e buscando fazê-la se entender nesse processo” (PR61F outra religião).
- 35) Manejo realizado pela profissional: “Com acolhimento e escuta direcionada” (EFS46F espírita).
- 36) Manejo realizado pela profissional: “Com respeito e carinho” (CRR47F espírita).
- 37) Manejo realizado pela profissional: “Reação positiva” (V37F católica).
- 38) Manejo realizado pela profissional: “O que eu faço geralmente é tentar compreender a fé da pessoa. Peço que ela relate mais sobre sua religião e o que ela prega, as vezes quando faço isso é possível estabelecer uma associação entre práticas clínicas e religiosas, então existe (com muito cuidado, óbvio) uma generalização daquilo que ele acredita enquanto religião (independente de qual seja) com aquilo que estou tentando trabalhar na clínica enquanto psicóloga. Quando isso não é possível, eu tento separar religião e espiritualidade para entender melhor ao que o paciente está “apegado”, essa tarefa é feita junto com ele e muitas vezes não encontramos respostas, mas saber quais perguntas fazer tende a baixar um pouco a angústia. Tive uma paciente evangélica que trazia muitas angústias da igreja em que frequentava, com o passar do tempo fui utilizando histórias da bíblia que conheço como exemplos para que ela pudesse se vincular a mim e confiar, dessa forma ela compreendia melhor os exemplos e eu podia avançar no processo. Utilizamos enquanto profissionais, a mesma lógica com adolescentes por exemplo, que gostam de animes/quadrinhos... Um assunto em comum pode facilitar o *rappport*, não compreendo por que quando se trata de religiosidade e espiritualidade isso seria tão diferente. Outro ponto importante é colocar que na clínica podemos e

devemos sim lidar com as experiências religiosas, mas aquele não é o melhor lugar para isso, uma vez que eu não tenho competência para lidar com esses assuntos de forma específica, o que faço fica dentro do campo da clínica. Me parece que cada paciente deve ter a experiência de se sentir ouvido e compreendido inclusive nisso, os pacientes que frequentam terreiro devem achar que eu também frequento e os que frequentam igrejas diversas a mesma coisa. Claro, eu não minto, também não escondo, eu pesquiso um pouco sobre cada coisa que lhe é importante. Apenas trabalho com aquilo que facilitará a adesão para ele. No fim das contas em cada caso eu atuo de uma forma diferente levando em conta aquilo que o paciente necessita. Gosto de uma frase de Winnicott que diz: “Quando o paciente precisa de psicanálise eu faço psicanálise, quando não eu faço outra coisa” (VRS32F evangélica/sem religião).

- 39) Manejo realizado pela profissional: “Buscando saber quanto aquilo afetava sua vida cotidiana ou seus relacionamentos” (CG59F espírita/umbandista).
- 40) Manejo realizado pela profissional: “Ouvindo como ele sentiu a experiência” (FMP50F outra religião).
- 41) Manejo realizado pela profissional: “Tentativa de integração do conteúdo da imagem simbólica” (AC58F sem religião).
- 42) Manejo realizado pela profissional: “Buscando compreender o significado das entidades, orixás e santos e o contexto social, colonial e no qual meus clientes se inserem. Além de entender como se apresentam para eles” (MESB23F umbandista).
- 43) Manejo realizado pelo profissional: “Ouvi e acolhi. Buscando abordar o fenômeno de uma forma que contribua para o crescimento e fortalecimento do emocional do paciente” (MFCS41M evangélico pentecostal).
- 44) Manejo realizado pelo profissional: “A primeira coisa é o acolhimento, não importa a gravidade da queixa, observando os relatos, verificar o poder de resiliência que esse paciente tem e de onde vem esse poder.

Eu como especialista em estresse pós-traumático e transtornos dissociativos, fica fácil. Trabalhos em 5 sessões os traumas e as outras 5 sessões com psicoeducação, no total de 10 sessões, o próprio paciente relata que está vivo ainda hoje pela fé que carrega ao longo da vida. Nós como profissionais temos que fazê-lo buscar o caminho de volta, pois temos um ponto de Deus no nosso cérebro, depois de tudo o paciente está pronto, tanto mentalmente como espiritualmente. Não podemos induzi-lo a crer no que nós cremos como profissionais, mas sim acolhê-lo naquilo que ele traz para nós. (Não sei se me expressei bem)” (CSC72F outra religião).

- 45) Manejo realizado pela profissional: “Conversamos sobre a percepção de Deus da paciente, suas crenças e experiências de fé e ao realizarmos o processamento com abordagem de EMDR ela pode mentalizar um encontro com Deus e narrou sentir-se perdoada e amada por Deus” (D40F cristã protestante).
- 46) Manejo realizado pela profissional: “A paciente estava convencida disso e por isso queria tentar manter o relacionamento. Com isso elaboramos um plano de ação para solução de problemas no casamento deles” (A30F evangélica).
- 47) Manejo realizado pela profissional: “Normalmente, trabalho com o paciente que ele dê um sentido pessoal à experiência. Buscamos juntos compreender o para que a experiência veio em sua vida. No caso do meu paciente idoso, as vivências infantis vieram para que lhe apresentar o caminho religioso do espiritismo. Apesar de ter sentido muito medo do que vivenciou na infância com a mãe, a religião espírita lhe trouxe respostas, e trabalhar no centro lhe ajuda a significar suas experiências espirituais, além de trazer conforto em relação à morte de sua esposa, que faleceu por covid em 2021. Os demais casos citados, exigiriam explicações específicas individualmente. De modo geral, procuro fazer perguntas abertas, de modo que a pessoa possa se dar conta dos possíveis benefícios ou prejuízos das experiências, buscando trazer para a consciência os pensamentos, sentimentos, sensações e intuições associados à experiência, conforme propõe a

abordagem transpessoal” (MNB40F católica/espírita/umbandista/budista/hinduística).

- 48) Manejo realizado pelo profissional: “Com respeito ... o que aquilo significou para o paciente, como sente, enxerga a experiência. E o depois como foi” (CB45F católica/espírita/umbandista/budista/hinduística).
- 49) Manejo realizado pela profissional: “Perguntei se isso fazia sentido para o paciente, dele realmente ter recebido um atendimento no plano espiritual” (MGF52 católica/espírita/hinduística).
- 50) Manejo realizado pelo profissional: “Sempre ouvi e acolhi os relatos desse cliente, pois pela sua história de vida percebia que seus relatos demonstravam suas crenças de forma genuína. Entretanto, sempre ficava atenta ao momento em que ele recorria a esse tema. Quase sempre era trazido na sequência de uma fala na qual expunha suas fragilidades, sobretudo a crise financeira ocasionada pelo desemprego após ocupar um alto cargo em uma grande empresa. Então, apesar de acolher suas crenças, buscava ampliar a escuta e trabalhar com o todo, ou seja, a grandeza do dom divino e a dor da experiência humana do desemprego, ou seja, a pequenez” (AMP42F sem religião).

Relacionado com: “Um paciente que dizia falar em línguas”.

- 51) Manejo realizado pelo profissional: “Fui empático e trabalhei a questão com o paciente entendendo suas crenças” (GD60M espírita).
- 52) Manejo realizado pela profissional: “Busquei saber como foi aquela experiência para ele e como isso impactava em sua vida. Lidei como um aspecto que faz parte da vida desse paciente” (AAM27F sem religião).
- 53) Manejo realizado pelo profissional: “Escuta acolhedora, sem julgamentos e predefinições sintomatológicas, pedi para que ela me descrevesse os detalhes, como se sentiu? Como foi a experiência para ela? O que ela sabia (caso tivesse alguma influência religiosa, ou de estudos sobre o assunto), como era para ela falar sobre isso? Como

ela via a influência da experiência em sua vida naquele momento?” (BGR39M sem religião).

- 54) Manejo realizado pela profissional: “Busquei entender a relevância daquele familiar na história de vida e qual a mensagem que a paciente acreditou que tenha sido enviada e se havia outras possibilidades para essa visão. Ela elencou alternativas, mas ainda acredita ter sido sinal divino” (TG39F messiânica).

Relacionado com: “Uma paciente que disse ver um familiar falecido em seu quarto”.

- 55) Manejo realizado pela profissional: “Tratei como verdade do paciente, realizei associações possíveis, evoquei sentimentos e acolhi” (SG35F espírita/sem religião).
- 56) Manejo realizado pela profissional: “Fazendo minha escuta habitual”. (DJSC53F evangélica pentecostal/neopentecostal).
- 57) Manejo realizado pela profissional: “A paciente considera essa experiência como positiva e saudável para o seu cotidiano. É como se organizasse o pensamento e emoções da paciente, inclusive minimizando a necessidade de medicação. Logo, a prática da paciente em escrever as cartas e frequentar o centro espírita foi incentivada” (EL48F cristã protestante).
- 58) Manejo realizado pela profissional: “Busquei saber o quanto isso incomoda o paciente e como ele acha que isso pode 248judá-lo na sua vida” (M35F cristã protestante).
- 59) Manejo realizado pelo profissional: “A criança após um rapport bem elaborado me pediu para falar sobre o homem. Após várias sessões, teve confiança em permitir que eu falasse com a mãe. Indiquei que buscasse orientação junto a uma instituição religiosa. Resolveu buscar auxílio junto a uma instituição Espírita e mantém o atendimento psicológico” (SGSM52M espírita).

Relacionado com: “Uma criança que disse ser intimidada por um homem que apenas ela via na sala de aula”.

- 60) Manejo realizado pelo profissional: “Perguntei a ele se tinha atribuído algum significado à essas aparições. Se em algum momento havia tido interação com elas, ou se pareciam com alguém que ele conhecia, ou achava que conhecia. Também perguntei como ele se sentia diante dessas aparições. Ele disse que tinha medo delas, nunca chegou a interagir ou olhar para elas por tanto tempo a ponto de 249juda249ica-las como alguém de sua convivência. O significado que atribuiu a isso foi que tinha uma sensibilidade muito grande a esses eventos quando era mais jovem, alguma espécie de aptidão mediúnica” (EASM24M católico).
- 61) Manejo realizado pela profissional: “Acolho o relato e os sentimentos que o paciente traz sobre a experiência, sem duvidar da veracidade do seu relato e peço que ele reflita para saber do que se trata. O que ele pensa ser essa experiência” (MSM65F espírita).
- 62) Manejo realizado pela profissional: “Fiz a escuta e perguntei o que gostaria de trazer para a sessão sobre o tema” (EOS67F espírita).
- 63) Manejo realizado pela profissional: “Tranquilo e com muita alegria” (JMMR54F cristã protestante).
- 64) Manejo realizado pela profissional: “Acolho de maneira respeitosa todo o relato, procuro entender se há alguma outra explicação para os fatos, contudo, não confronto nenhum relato. Busco trabalhar os traumas resultantes da experiência e os traumas anteriores a ela. Com muito cuidado, busco saber o que foi feito, o grau de sofrimento do paciente e da família. Se há ou não uma explicação plausível sobre a vivência, aos poucos converso sobre a vivência, buscando esclarecer o que está acontecendo com o paciente. Sempre com atenção ao tempo do paciente, à dor, ao envolvimento com o evento vivido. Abordo com delicadeza por ser algo sensível, muitas vezes a pessoa tem vergonha de falar sobre isso, teme ser julgada ou considerada louca” (E49F católica).
- 65) Manejo realizado pelo profissional: “Com escuta tranquila, sem relevar detalhes” (AGSC44M espírita).

- 66) Manejo realizado pelo profissional: “Ouvi os relatos e orientei que poderiam buscar maiores orientações numa Casa Espírita” (JR62M espírita).
- 67) Manejo realizado pelo profissional: “Não foi nenhuma dúvida apenas relato, sempre enfatizo a importância de ter e frequentar uma religião” (LFAT64M espírita/umbandista).
- 68) Manejo realizado pelo profissional: “A partir da religião da pessoa, é possível trazer ferramentas para ela lidar com a questão” (MGH52F sem religião).
- 69) Manejo realizado pelo profissional: “Compreendendo o significado para a pessoa” (DW40F católica).
- 70) Manejo realizado pelo profissional: “Ouvi o relato, entendi que estava no campo da fé exercida por ele, seus insights estavam preservados e não fiz nenhuma intervenção diretamente” (LM46F Cristã protestante/evangélica).
- 71) Manejo realizado pelo profissional: “A partir da construção e compreensão de sentido do paciente” (L41F espírita).
- 72) Manejo realizado pelo profissional: “O que isso significou para o paciente, sua interpretação, se isso impactou nas decisões tomadas e o quanto isso ia de acordo com os valores do paciente/aproximava ou distanciava de seus objetivos na vida” (ACCV31F umbandista/candomblecista).
- 73) Manejo realizado pelo profissional: “Acompanhamento do relato sem questionamentos, apenas ouvindo com atenção para depois trabalhar como aquela situação o fragiliza” (A52F espírita).
- 74) Manejo realizado pelo profissional: “Ouvindo e buscando entender como esses relatos se enquadram em suas visões de mundo e sua relação com a religiosidade de cada pessoa” (JHA32F espírita).
- 75) Manejo realizado pelo profissional: “Investigação da frequência da técnica espiritual empregada, da intensidade, da percepção, do sentido

que teve para o paciente e da capacidade de integração da experiência” (V41F católica/budista/hinduísta).

76) Manejo realizado pela profissional: “Escuta para a descrição da experiência, o sentido que teve para o paciente e como ele acomodou a experiência no seu cotidiano. Apenas pergunta e escuta, pouca intervenção analítica ou questionadora” (V41F católica/budista/hinduísta).

77) Manejo realizado pelo profissional: “Tentei compreender o que seria relevante como conteúdo para a sessão e o seu significado para a paciente” (V27M católico).

78) Manejo realizado pela profissional: “Fortalecendo o movimento do indivíduo na busca por auxílio ou rede de apoio” (S41F Católica/cristã protestante/evangélica/espírita/umbandista/outra).

Relacionado com: “A crença do paciente em melhorar seu estado depressivo após participar de rituais de sua tradição religiosa”.

79) Manejo realizado pelo profissional: “Compreensão dos fatos em seus conteúdos simbólicos e as respostas práticas na vivência do paciente” (JC61M Evangélico pentecostal/neopentecostal).

80) Manejo realizado pelo profissional: “Pedi que me descrevesse como exatamente foi essa voz e fiz correlação com o contexto de vida confuso que estava vivendo” (M41F evangélica pentecostal).

Relacionado com: “Uma voz que dizia para a paciente mudar de cidade e deixar marido, casa e emprego para trás”.

81) Manejo realizado pelo profissional: “Escuta qualificada” (LRG38M católico/espírita/ateu ou agnóstico)

82) Manejo realizado pelo profissional: “Dando escuta qualificada e acolhendo sem preconceito o fato” (MG43M católico).

83) Manejo realizado pela profissional: “Acolhimento e escuta atenta do processo relatado” (LF65F católica/budista).

84) Manejo realizado pela profissional: “Acolhimento e escuta da experiência vivenciada” (LF65F católica/budista).

- 85) Manejo realizado pela profissional: “Com uma escuta atenta e com a conversa de como esta experiência teve consequências em sua vida diária, observando as modificações corporais, a emoção e o tom de voz durante o relato” (MTST63F espírita).
- 86) Manejo realizado pela profissional: “Ouvi, validei” (DP41F Evangélica pentecostal/neopentecostal).
- 87) Manejo realizado pela profissional: “A partir da sua experiência verbalizada na sessão, tratamos aquilo que era pertinente da transcendência espiritual, separando suas questões afetivas, comportamental e ao mesmo tempo respeitando suas crenças. Neste caso não apresentava dissociação com o real” (ECO43F católica).
- 88) Manejo realizado pela profissional: “Procurando compreender a experiência da paciente e tentando encontrar os aspectos psicológicos vinculados a sua espiritualidade, validando a percepção dela e encontrando aspectos a serem trabalhados pela psicologia. Motivando também a vinculação com a espiritualidade, uma vez que trazia bem-estar a paciente” (G36F católica).
- 89) Manejo realizado pelo profissional: “Com acolhimento e escuta” (W50F espírita)
- 90) Manejo realizado pelo profissional: “Eu respeitei a visão dele” (MCZM57F espírita).
- 91) Manejo realizado pelo profissional: “Escuta terapêutica e considerando a relevância para o paciente” (J43F católica).
- 92) Manejo realizado pelo profissional: “Escuta, acolhimento, consideração da relevância” (J43F católica).
- 93) Manejo realizado pela profissional: “Usei a situação para refletirmos sobre esta ajuda (se é benéfica, se é algo faltante na vida atual do paciente, se foi bem compreendida e vivida do ponto de vista do paciente). Se o caso foi uma vivência de encerramento, verificamos juntos os sentimentos e possibilidades decorrentes disso. Uso como

ferramenta de trabalho a crença do paciente, indiferente da minha” (FG36F cristã protestante/evangélica pentecostal/neopentecostal).

- 94) Manejo realizado pelo profissional: “Sempre respeitando a crença e o paciente e quando possível trazendo ele a realidade... sem desmerecer as crenças” (FS40F católica).
- 95) Manejo realizado pela profissional: “Com tranquilidade. Acolhi a paciente em sua narrativa, procuramos compreender qual era o “pano de fundo” daquela situação” (PO40F cristã protestante).
- 96) Manejo realizado pelo profissional: “A partir de acolhimento, função continente e amplificações a partir de mitologia comparada” (SLS47M católico/budista).
- 97) Manejo realizado pela profissional: “Com a escuta a partir da subjetividade de quem fala. Trazendo consequência e/ou sentido para aquilo que ocorreu sem a intenção consciente do paciente. Dar sentido as mensagens, cenas e experiências que vivenciou” (GN35F sem religião).
- 98) Manejo realizado pelo profissional: “Foi abordada essa questão da morte e o porquê desse medo, ela falou sobre deixar a família, não ver os netos se formarem e muito temor pois criava um bisneto, sentia que tinha essa responsabilidade. Sobre o sonho, havia a figura de cristo e que ela lembrava do apocalipse (fim dos tempos) o que foi associado à sua idade e estar no fim de sua vida. Todavia foi “normalizado” o sentimento de que sua hora em algum momento chegaria e que ter esse pensamento constante como se fosse algo iminente não lhe faria bem. A partir disso a sensação de ansiedade e síndrome do pânico tornou-se bem menos recorrente” (GVJM25M umbandista/candomblecista/budista/ateu ou agnóstico).
- 99) Manejo realizado pela profissional: “validando a experiência, investigando e buscando enfatizar o sentido pessoal e integrando com a realidade psicológica do paciente” (EGLA25F católica/cristã protestante).

- 100) Manejo realizado pela profissional: “Ouvindo e validando sua experiência” (BMM54F evangélica pentecostal/neopentecostal).
- 101) Manejo realizado pela profissional: “Escuta qualitativa e validação do ocorrido” (BMM54F evangélica pentecostal/neopentecostal).
- 102) Manejo realizado pela profissional: “Abordei o significado e impacto daquela vivência para o cliente” (A31F cristã protestante).
- 103) Manejo realizado pela profissional: “No setting terapêutico o que importa é a experiência do cliente” (SR61F Evangélica pentecostal/neopentecostal).
- 104) Manejo realizado pela profissional: “Sempre trabalho no sentido de perceber o que isso representa para aquele cliente” (SR61F Evangélica pentecostal /neopentecostal).
- 105) Manejo realizado pela profissional: “Procurei entender como isso o afetava” (MCDS61F católica).
- 106) Manejo realizado pela profissional: “Acolhi o relato do paciente, entendendo que faz parte da crença dele e compreendendo, com ele, qual o sentido e a significação dessa experiência na sua vida” (ARFK39F cristã protestante).
- 107) Manejo realizado pela profissional: “Acolhi a experiência relatada, compreendendo junto ao paciente como foi possível a significação destes episódios para sua vida, especialmente frente a religiosidade da família de origem e aos impactos destas experiências na sua personalidade e nas suas crenças pessoais” (ARFK39F cristã protestante).
- 108) Manejo realizado pelo profissional: “Através da escuta atenta, observando os detalhes, o significado para o paciente, e ajudando a ressignificar, mas são pacientes debilitados física e emocionalmente” (WSA53M Católico).
- 109) Manejo realizado pelo profissional: “Na base do que aquilo significava para o paciente, como aquilo está ligado à sua história de vida, qual o valor destes momentos para os familiares” (WSA53M Católico).

- 110) Manejo realizado pela profissional: “Na hipnose relatou todos os detalhes dessa cirurgia e entendeu o porquê desse medo. Saiu da sessão mais confiante e enfrentou a cirurgia atual com segurança e clareza. Conversamos muito sobre o assunto” (A51F Espírita).
- 111) Manejo realizado pela profissional: “Através do acolhimento e aprofundei as emoções e sentimentos com relação às experiências, incentivando a trazer novas experiências ao setting terapêutico” (C52F Espírita / umbandista / candomblecista/ budista).
- 112) Manejo realizado pela profissional: “De forma empática, utilizando evidências científicas sobre o transtorno e psicoeducação” (ZPD57F Evangélica pentecostal/neopentecostal).
- 113) Manejo realizado pelo profissional: “Escuta para identificação do caráter religioso” (FALC66M católico).
- 114) Manejo realizado pela profissional: “Busquei entender o significado da experiência para a paciente em seu contexto de vida, sem entrar no mérito da realidade ontológica da mediunidade” (F56F católica).
- 115) Manejo realizado pela profissional: “Entender o que tem significado para o cliente” (SR61F Evangélica pentecostal/neopentecostal).
- 116) Manejo realizado pelo profissional: “Fui acolhedor com entusiasmo e interesse de forma a dar ênfase emocional a esse acontecimento” (DHR39M judaísmo).
- 117) Manejo realizado pelo profissional: “Agi naturalmente e considerei o conteúdo relatado como experiência” (MAS57F espírita).

B) Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com seu referencial teórico.

- 1) Manejo realizado pelo profissional: “Através da fenomenologia” (VPS30M católico).
- 2) Manejo realizado pela profissional: “Fiz um clareamento a partir da Análise Psicodramática, meu referencial teórico principal” (N50F católica).

- 3) Manejo realizado pelo profissional: “A conduta do paciente diante dessas orientações, sua satisfação, desejo e autonomia diante desta relação projetiva” (CSS30M católico/espírita/umbandista/candomblecista).
- 4) Manejo realizado pelo profissional: “Foram levantados outros eventos que ocorreram juntamente com o achado. E apresentado as associações feitas com o estímulo pingente. Este foi associado a algo reforçador e eliciador de sentimentos de fé e esperança. Mas trabalhando a importância do tratamento e seu papel no processo de melhora” (CF30F evangélica pentecostal/neopentecostal).

Relacionado com: um paciente que atribuiu sua melhora a ter encontrado um medalhão de Nossa Senhora Aparecida.

- 5) Manejo realizado pelo profissional: “Análise funcional da forma como o paciente se relaciona com as informações provindas dos eventos psicológicos” (RV40M católico).
- 6) Manejo realizado pela profissional: “Escuta ativa” (ALSG48F sem religião).
- 7) Manejo realizado pelo profissional: “Trouxe a ferramenta utilizada por Carl Gustav Jung, por meio do uso da dialética fortalecemos o ego e trazemos a consciência dessensibilizando o medo, o que permitiu a aproximação com as sombras apresentadas. Trouxemos o foco no sentimento utilizando Carl Rogers. Os processos terapêuticos fluíram. E, sem desprezar os fatos, utilizei muito um protocolo utilizado pelo Dr. Stephen Paul Adler que aborda os fatos como metáforas, e histórias que curam permitindo o rebaixamento dos sentidos e a fluência entre consciente e inconsciente fluindo assim a energia psíquica e oportunizando os Centros organizadores do inconsciente o self e da consciência o ego a desobstrução e fluência de energia psíquica dos clientes. Afinal somente um ego suficientemente forte, é capaz de suportar o seu inconsciente!” (MRN55M espírita/budista).

- 8) Manejo realizado pelo profissional: “Escuta ativa, sem emitir opinião e procurando entender como o episódio impactou ou impacta no sentimento e comportamento do paciente” (HMYN57M judaísmo).
- 9) Manejo realizado pelo profissional: “Associação livre” (NLC49M católico).
- 10) Manejo realizado pelo profissional: “Fiz a escuta e tentei identificar se havia algum delírio” (FALC66M católico).

Relacionado com: “Através de um discurso onde o paciente identificava origem de cunho divino”

C) Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com o seu referencial teórico, invalidando a experiência.

- 1) Manejo realizado pelo profissional: “Trabalhei a técnica de entender como característica psicótica esquizofrênica, tal qual preconiza a psicanálise” (W47M budista/sem religião/ateu/agnóstico).

Relacionado com: “Um paciente que lhe disse ouvir vozes de espíritos”.

- 2) Manejo realizado pelo profissional: “Buscando elucidar que possa ser uma parte de seu inconsciente... sem o uso de termos religiosos” (ACGPS38F outra religião).
- 3) Manejo realizado pelo profissional: “A referida possibilidade de interpretação anomalística não foi considerada para o manejo clínico do caso, apenas o caráter subjetivo da experiência em questão (ou seja, o que a situação representava para tal paciente e o como ele pretendia lidar com isso)” (DNM34M católico/cristão protestante/umbandista/candomblecista/ateu ou agnóstico).

Relacionado com: “Um paciente que dizia cantar músicas nas quais as pessoas estavam pensando, sendo confirmado por elas”.

- 4) Manejo realizado pelo profissional: “Tentei focar no contexto psicodinâmico de como aquela justificativa mágica se configurava como um significado simbólico de algum conteúdo psicológico, e não como foco religioso” (PFC58M espírita/umbandista).

- 5) Manejo realizado pelo profissional: “Inicialmente dando suporte à angústia da paciente, que temia estar enlouquecendo. O conflito subjetivo em relação a sua própria religião entra em choque com a experiência vivenciada fazendo com que a angústia se tornasse alta. Como não havia fenômenos elementares fora do contexto religioso a direção permaneceu a mesma, considerando a estrutura como de uma neurose” (D42M ateu ou agnóstico).

Relacionado com: “Uma paciente que relatou ouvir revelações, de acordo com a sua religião”.

- 6) Manejo realizado pela profissional: “Pai José é uma fantasia de introdução que pode estar a serviço de algumas de suas instâncias psíquicas” (RPOC50F outra).

Relacionado com: “O paciente dizer que “recebe o Pai José e ele sempre o orienta”.

- 7) Manejo realizado pelo profissional: “Utilizando os conceitos advindos da teoria psicanalítica sobre a intersecção e complexidade de nossa relação com a realidade/fantasia” (DG64F cristã protestante).

Relacionado com: “Relato de visões e sensações diversas”.

- 8) Manejo realizado pelo profissional: “Conversei sobre desejos voluntários e involuntários” (BMM54F evangélica pentecostal/neopentecostal).

Relacionado com: “Paciente trás fala de acontecimentos reais depois de ter sonhos idênticos”

- 9) Manejo realizado pelo profissional: “Buscando nos relatos alguma ligação causal...” (AF49M ateu ou agnóstico/outra religião).

- 10) Manejo realizado pelo profissional: “Abrir a possibilidade deste paciente dialogar com os complexos personificados do sonho” (L49M católico).

D) Manejos em que o profissional não soube como lidar com a experiência do paciente

- 1) Manejo realizado pelo profissional: “Na época eu era recém-formado e fiquei paralisado sem saber o que pensar. Fiz várias supervisões e cada supervisor de orientação psicanalítica deu um diagnóstico diferente. Incluindo histeria simples, esquizofrenia e psicose histérica. O caso ficou inconclusivo e me abriu o interesse pelas experiências anômalas. Hoje creio que esses diagnósticos eram racionalizações que empobreceram a experiência dela. Na época eu só escutei” (DHR39M judaísmo).
- 2) Manejo realizado pela profissional: “Cerca de um ano após o ocorrido, em um momento pertinente da sessão, voltamos a este assunto e a paciente descreveu que o fato de sonhar e acontecer é recorrente para ela” (RPCG50F cristã protestante).

Relacionado com: “A paciente ter dito que sonhou que a psicóloga iria mudar de cidade e as providências para isso estarem sendo tomadas sem que a paciente soubesse).

- 3) Manejo realizado pela profissional: “Eu nunca falei e nem falarei por ética, que oro por meus pacientes. Respirei fundo, perguntei qual a importância da informação, se ela acreditava, o que significava e se havia alguma mudança na terapia em função dessa ocorrência” (MBLN43F espírita).
- 4) Manejo realizado pela profissional: “Não houve manejo, apenas ouço” (ACSA58F espírita/budista).
- 5) Manejo realizado pelo profissional: “Estou buscando uma formação para entender mais de sonhos” (FR32M judaísmo).
- 6) Manejo realizado pela profissional: “não trabalhei o assunto” (EMESL59F cristã protestante).
- 7) Manejo realizado pela profissional: “Nada” (EMESL59F cristã protestante).
- 8) Manejo realizado pela profissional: “Isso foi em 2016 e naquele período eu não tinha formação nenhuma sobre como lidar com esse tipo de

assunto em análise. Apenas a escutei e não consegui manejar” (RMLR39F umbandista).

- 9) Manejo realizado pela profissional: “Somente escutei” (L48F espírita).
- 10) Manejo realizado pelo profissional: “Apenas ouvindo” (VF53F cristã protestante).
- 11) Manejo realizado pela profissional: “O sentimento foi acolhido e foi ressaltado que meu trabalho era laico conforme o código de ética do psicólogo, porém que suas experiências poderiam ser incluídas e abordadas no processo terapêutico de maneira a 260judá-la e para integrar processos e reforçar interpretações que fizessem sentido para ela e para seu bem-estar conforme seus valores e objetivos de vida” (LDD24F ateia ou agnóstica).

Relacionado com: “Uma paciente umbandista que passando por conflitos familiares e profissionais se sentiu muito confortada ao ouvir o preto velho falar com ela durante uma gira”.

- 12) Manejo realizado pela profissional: “Destacando o que pertence a razão e o que diz respeito a religiosidade” (ASLVO62F católica).

Relacionado com: “Vários relatos, paciente que vivencia fervorosamente sua crença com relatos de “bençãos” conseguidas. De paciente em situação grave de adoecimento...”)

- 13) Manejo realizado pela profissional: “Pedi que conversasse com o médico antes de parar com a medicação. É importante saber se já houve outros casos de cura. É preciso analisar qual a função da medicação, enfim sem desacreditá-lo procurei fazê-lo entender que não foi um milagre apenas o efeito da medicação” (MAS50F católica).

Relacionado com: “Paciente abandonou o uso de retrovirais por acreditar ter sido curado por Jesus e não entender que a medicação baixou a carga viral e por isso não aparece nos exames e deixar a medicação é um erro” (MAS50F católica).

- 14) Manejo realizado pela profissional: “Busquei a prática clínica, ética, respeitando a religiosidade, mas oferecendo instrumentos para que

pudesse administrar tal demanda com base no científico” (RS53F cristã protestante).

Relacionado com: “Relato: “Relato do paciente de que os objetos em sua casa voavam” (RS53F cristã protestante).

- 15) Manejo realizado pelo profissional: “Com naturalidade, analisando a forma como a pessoa lidou com a situação e não a situação em si” (BRSM39 espírita).

Relacionado com: “Visões espirituais, mediunidade, percepção de entes queridos já falecidos, aparecendo saudáveis em visitas”

- E) Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com a própria crença ou descrença religiosa.

- 1) Manejo realizado pelo profissional: “Como foi a sua experiência? E tentar entender como ela lida com isso e se está trazendo algum benefício ou desconforto. Tentando respeitar a experiência religiosa do paciente com o máximo de respeito” (WMRA42M sem religião).

Relacionado com: “Paciente que relatava ter o dom da revelação sem que outro profissional pudesse diagnosticar alguma comorbidade como a esquizofrenia”)

- F) Manejos em que o profissional não validou a experiência e/ou crenças religiosas do paciente.

- 1) Manejo realizado pela profissional: “Disse que assim como é importante fazer exames de sangue de rotina para saber se tudo está bem no corpo, é importante realizar o psicodiagnóstico para saber se está tudo bem na mente e no desenvolvimento cognitivo. Caso no exame de sangue aconteça uma pequena alteração na glicose, por exemplo, um médico vai indicar alguns manejos, algumas mudanças na alimentação para que o equilíbrio se restabeleça, sem precisar de remédio. Com o psicodiagnóstico é quase a mesma coisa: uma alteração não significa

uma doença, mas sim que alguns manejos serão importantes para proporcionar um desenvolvimento adequado” (CR40F evangélica).

Relacionado com: “Seu pai de santo revelou que seu filho era iluminado pela quarta pedra do arco-íris e que não era autista”.

- 2) Manejo realizado pela profissional: “Fazer o paciente olhar a situação de um panorama geral, com fatos concretos. O que seria “segurar” seu pai? “em qual papel você está se colocando que te leva a pensar isso....” (M24F umbandista).

Relacionado com: “Um paciente que dizia estar “segurando” a alma de seu pai falecido, e por isso, se sentindo culpado e com medo das consequências”.

- 3) Manejo realizado pela profissional: “Orientei ao paciente que se tratando de algo puramente espiritual (como ele declarava ter certeza de que era) ele deveria buscar um pastor ou algum líder religioso para “tratar” o problema” (M35F cristã protestante).

Relacionado com: “A todo momento o paciente sinalizava que todas as coisas que ele estava vivenciando são espirituais e não emocionais”.

- 4) Manejo realizado pela profissional: “Perguntei se ele já havia conversado com seu pai ou qualquer outra pessoa alguma outra vez, respondeu que não, mas que naquele dia havia feito o uso de substâncias psicoativas. Perguntei se alguma outra vez, com uso de substâncias, já havia acontecido e respondeu que sim” (C46F católica).

Relacionado com: “Paciente relata que ao ir para o mato, com uma corda, a procura de uma árvore para suicidar-se, seu pai falecido, conversou com ele e a corda arrebentou”).

- 5) Manejo realizado pelo profissional: “Exatamente como já coloquei acima: Levei a observar em que momento ou depois de que episódio as alucinações aconteciam” (MMC73F cristã protestante).

Relacionado com: “A de uma moça que usava daime e tinha alucinações, estava tendo problemas e a levei a refletir e observar quando esses episódios

aconteciam. Ela percebeu que era sempre depois dos encontros no daime. Então resolveu parar e dar um tempo”).

- 6) Manejo realizado pela profissional: “Afirmando que entendo suas crenças religiosas, porém trazendo a perspectiva dentro da abordagem psicológica” (I30F católica).

Relacionado com: “Crenças e pensamentos influenciados por sensação de que algo espiritual está atrapalhando ou influenciando”

- 7) Manejo realizado pelo profissional: “Foi abordado com a mesma sobre uma visão religiosa do fato, mas também sob o olhar psicológico de uma possível psicose” (GVJM25M umbandista/candomblecista/budista/ateu ou agnóstico).

Relacionado com: “Paciente dizia ver demônios constantemente e ao acompanhar um familiar no hospital, disse ter vistos vários espíritos que haviam morrido ali, que diziam ter fome”.

- 8) Manejo realizado pelo profissional: “Foi a primeira sessão dela e ela entendia que não precisava de atendimento psicológico. A família que a convenceu a ir. Fiz o encaminhamento para o médico psiquiatra, mas ela também não queria ir. Não retornou para a sessão de psicoterapia. Percebi que suas experiências iam além da religião, com alucinações e delírios” (LSM40F católica/cristã protestante).

Relacionado com: “Ela acreditava que era orientada por espíritos a fazer um tipo de medicamento e que era intimada a fazer outras coisas que não achava corretas, mas que não poderia falar”

- 9) Manejo realizado pelo profissional: “Como não era algo de cunho patológico e sem relação com patologia, apenas ofereci escuta e exploramos se, e até que ponto aquelas experiências estariam ou não relacionadas à demanda do paciente. (Detalhe: eu não atendo mais há alguns anos) (L45M ateu ou agnóstico).

2.12.2 Análise de conteúdo dos manejos realizados pelos psicólogos em relação as experiências REDEMA trazidas pelos pacientes para a psicoterapia

A análise de conteúdo segundo a técnica de Laurence Bardin propõe a categorização e a identificação de padrões e temas recorrentes.

- A) Manejos realizados com acolhimento, empatia, respeito e/ou validando a experiência e/ou crenças do paciente e/ou compreendendo-as como mais um aspecto psicossocial da diversidade humana.

Manejos de 1 a 117.

A maioria dos manejos relatados pelos profissionais demonstra uma postura de acolhimento empático, ouvindo e aceitando as experiências dos pacientes sem julgamentos. O acolhimento é evidenciado nos relatos em que os psicólogos permitem que os pacientes compartilhem suas vivências de forma aberta e segura (Manejos 1, 3, 5, 10, 14, 52 e 106). Esses profissionais frequentemente validam as crenças dos pacientes, demonstrando uma atitude respeitosa em relação ao seu sistema de crenças (Manejos 5, 19, 29 e 61). Muitos profissionais relatam essa validação, como no manejo 5, “Disse que acreditava em seu relato e acolhi a sua queixa” e no manejo 16, “Acreditando na experiência como genuína e validando a transformação”. Este tipo de abordagem permite que o paciente se sinta compreendido, o que tende a minimizar o sofrimento e aumentar a confiança no processo terapêutico.

Outro ponto importante é o respeito pelo sistema de crenças dos pacientes, um tema felizmente recorrente em muitos dos manejos (Manejos 6, 19, 27, 55, 84 e 94). Os psicólogos entendem a relevância dessas experiências no contexto religioso e cultural dos pacientes e procuram não patologizá-las. Eles inserem esses relatos no processo terapêutico sem desacreditar as crenças espirituais, como no caso 19, onde a profissional destaca o acolhimento de uma paciente cujas crenças religiosas são muitas vezes hostilizadas, no manejo 64 em que o paciente teme ser considerado louco ou no manejo 94 em que a profissional respeita as crenças do paciente e, quando necessário, o traz de volta à realidade sem menosprezar suas crenças.

Os relatos também demonstram um esforço para compreender as experiências anômalas como parte da diversidade psicossocial dos pacientes. Isso se reflete na integração das vivências espirituais e mediúnicas no tratamento como parte da individualidade do paciente, sem reduzi-las a patologias, como visto no manejo 1, onde a profissional contextualiza a experiência dentro da neuropsicologia e psicologia anomalística. Importante perceber que isso só foi possível por ela possuir conhecimento sobre a psicologia anomalística.

Alguns profissionais vão além do simples acolhimento, explorando o significado que o paciente atribui à experiência. No manejo 13, por exemplo, a psicóloga questiona qual o sentido da experiência para a paciente, facilitando uma compreensão mais profunda. Essa abordagem é fundamental para ajudar o paciente a processar e ressignificar suas vivências, como observado no manejo 30 em que o profissional auxilia o paciente a dar sentido pessoal às suas experiências.

Embora muitos profissionais demonstrem acolhimento, algumas intervenções parecem superficiais, por exemplo, o manejo 4 que menciona “tranquilamente” e o 47 com “respeito e carinho” indicam uma possível falta de aprofundamento. Em alguns casos também parece haver uma ausência de estratégias que incentivem o paciente a questionar suas experiências de forma crítica. O manejo 35, que se concentra na escuta, não promove reflexão mais profunda sobre a interação entre a experiência espiritual e a vida cotidiana do paciente.

– Conclusão:

Esses manejos destacam uma prática psicoterapêutica que acolhe, respeita e valida as experiências REDEMA dos pacientes. Ao tratar essas vivências como aspectos legítimos e significativos de suas vidas, os psicoterapeutas não apenas evitam patologizar a espiritualidade, mas também promovem uma integração saudável entre a dimensão psicológica e a espiritual. Essa abordagem enfatiza o papel da empatia, da escuta ativa e do respeito pela diversidade de crenças no processo terapêutico, alinhando-se com uma visão mais inclusiva, abrangente e humanizada.

Contudo, algumas deficiências observadas, como uma possível superficialidade nas intervenções e a falta de questionamento crítico, apontam para áreas que requerem atenção. Para que o processo terapêutico seja mais eficaz, é

fundamental que os profissionais desenvolvam uma compreensão mais aprofundada dos conceitos e da relação entre espiritualidade, religiosidade e bem-estar psicológico, instrumentalizando-se para contribuir de maneira mais aprofundada e eficaz, para que os pacientes possam elaborar suas experiências, com o auxílio dos profissionais, de forma construtiva e integrada.

B) Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com seu referencial teórico.

Manejos de 1 a 10

Manejo 1: “Através da fenomenologia”.

Abordagem centrada na experiência subjetiva do paciente, permitindo uma compreensão da vivência religiosa.

Manejo 2: “Fiz um clareamento a partir da Análise Psicodramática”

Exploração dinâmica das experiências do paciente através da dramatização, promovendo uma visão mais profunda das emoções.

Manejo 3: “A conduta do paciente diante dessas orientações, sua satisfação, desejo e autonomia diante desta relação projetiva”

Usou a relação terapêutica como meio para atuar sobre a autonomia e desejos do paciente, essencial para o seu empoderamento.

Manejo 4: “Foram levantados outros eventos que ocorreram juntamente com o achado...”

Validação da espiritualidade do paciente como um fator positivo no processo terapêutico, associando sentimentos de fé e esperança à sua melhora.

Manejo 5: “Análise funcional da forma como o paciente se relaciona com as informações provindas dos eventos psicológicos”

Revela como crenças espirituais influenciam o comportamento e a cognição, permitindo um entendimento amplo das vivências do paciente.

Manejo 6: “Escuta ativa”

Reconhecimento da importância de validar a experiência do paciente, fundamental em contextos terapêuticos relacionados à espiritualidade. No entanto, por si só, pode ser insuficiente para lidar com a complexidade das experiências

espirituais, principalmente se não houver uma estrutura teórica ou intervenções complementares que ajudem o paciente a processar suas vivências.

Manejo 7: “Trouxe a ferramenta utilizada por Carl Gustav Jung...”

Integra aspectos espirituais e psicológicos, enfatizando o fortalecimento do ego e a importância do inconsciente na identidade do paciente.

Manejo 8: “Escuta ativa, sem emitir opinião...”

Validação da experiência do paciente, reconhecendo o impacto das crenças na sua vida emocional e comportamental. No entanto, a ausência de uma reflexão crítica pode deixar o paciente sem a orientação necessária para compreender e lidar com suas experiências.

Manejo 9: “Associação livre”

Permite ao paciente expressar livremente suas experiências, promovendo uma exploração profunda de sua subjetividade. No entanto, pode levar a desvios e dificuldades na identificação de temas centrais, resultando em uma exploração menos focada das experiências significativas para o paciente.

Manejo 10: “Fiz a escuta e tentei identificar se havia algum delírio”

Avaliação clínica tradicional que deve ser balanceada com empatia, para não invalidar as crenças espirituais do paciente criando um ambiente de desconfiança e fazendo com que o paciente sinta que suas crenças espirituais estão sendo invalidadas ou patologizadas, o que pode prejudicar a relação terapêutica.

– Conclusão:

Essa análise demonstra a diversidade de abordagens teóricas utilizadas pelos profissionais de psicologia. A maioria dos manejos reflete respeito e validação das experiências espirituais, essenciais para o processo terapêutico. A escuta ativa e a interpretação fenomenológica são predominantes, sugerindo uma busca por compreender a experiência do paciente em sua totalidade, respeitando suas crenças e vivências. O equilíbrio entre avaliação clínica e acolhimento empático é fundamental para promover um espaço seguro, que contribua para o processo de cura e autoconhecimento. No entanto, as deficiências apontadas indicam a importância de uma abordagem estruturada e conhecimentos específicos quando envolvem experiências REDEMA. Os psicólogos devem reconhecer a complexidade

e a subjetividade dessas experiências, equilibrando empatia com conhecimento. Além disso, uma formação contínua é essencial para que os profissionais possam lidar adequadamente com essas experiências, evitando que suas limitações em termos de conhecimento sobre as experiências interfiram no processo terapêutico.

C) Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com o seu referencial teórico, invalidando a experiência.

Manejo 1:

O paciente relatou ouvir vozes de espíritos e o profissional fez o seguinte manejo: “Trabalhei a técnica de entender como característica psicótica esquizofrênica, tal qual preconiza a psicanálise.”

O profissional utilizou um referencial teórico psicanalítico que interpreta o relato de vozes como indicativo de uma psicose esquizofrênica. Essa abordagem tende a invalidar a experiência espiritual do paciente, rotulando-a como uma patologia sem considerar possíveis dimensões espirituais do fenômeno. O referencial teórico rigidamente vinculado à psicopatologia, ignora a possibilidade de outras explicações culturais ou religiosas, o que pode desconsiderar a visão de mundo do paciente.

Manejo 2

O paciente disse ter sentido uma entidade entrar em seu corpo físico e a profissional fez o seguinte manejo: “Buscando elucidar que possa ser uma parte de seu inconsciente... sem o uso de termos religiosos.”

A profissional interpreta a experiência do paciente como uma manifestação do inconsciente, à luz do seu referencial teórico a psicanálise, sem considerar conceitos religiosos. Esse aparente receio de descrever o fenômeno utilizando termos religiosos tende a invalidá-lo, ao retirar o valor espiritual ou religioso que o paciente parece atribuir à experiência. Ainda que não esteja claro se esse tipo de experiência faz parte do repertório religioso do paciente, desconsiderar a sua linguagem e percepção despreza ou ignora o seu relato, prejudicando inclusive, o vínculo terapêutico.

Manejo 3

A profissional disse ter manejado a experiência relatada pelo seu paciente da seguinte forma: “A referida possibilidade de interpretação anomalística não foi considerada para o manejo clínico do caso, apenas o caráter subjetivo da experiência”. Independente de qual tenha sido a experiência relatada, nesse caso o

paciente disse cantar músicas nas quais as pessoas estavam pensando sem que manifestassem isso para ele, rejeitar a possibilidade de uma interpretação anomalística, focando apenas no significado subjetivo da experiência é um exemplo claro de invalidação, já que a profissional exclui a dimensão anômala do relato, ignorando a interpretação feita pelo paciente, especialmente quando isso parece ser significativo para ele. O profissional acaba por desprezar a relevância da experiência pessoal do paciente, seja devido ao seu referencial teórico ou por falta de conhecimento sobre o assunto, o que não parece ter sido o caso, considerando que partiu dela a utilização do termo “anomalística”.

Manejo 4

“Tentei focar no contexto psicodinâmico de como aquela justificativa mágica se configurava como um significado simbólico de algum conteúdo psicológico, e não como foco religioso.”

O psicólogo reduz a experiência religiosa do paciente a um conteúdo psicológico simbólico, focando na explicação psicodinâmica em detrimento do aspecto espiritual. Essa estratégia invalida a experiência do paciente, ao tentar transformar o conteúdo espiritual em um processo simbólico e psicológico que ignora a importância da dimensão religiosa para o paciente.

Manejo 5

O Paciente relatou “ouvir revelações, de acordo com a sua religião”. Ao que o profissional manejou: “Considerando a estrutura como de uma neurose”.

Aqui, a experiência religiosa foi diagnosticada como parte de um quadro neurótico. Esse diagnóstico invalida a experiência, patologizando-a, ignorando seu valor espiritual, especialmente quando o paciente associa as revelações a uma prática religiosa genuína, na qual acredita.

Manejo 6

Manejo realizado: “Pai José é uma fantasia de introdução que pode estar a serviço de algumas de suas instâncias psíquicas.”

O profissional trata a crença do paciente em “receber o Pai José” como uma fantasia psíquica. Essa interpretação freudiana invalida a experiência mediúnica, ao reduzir o fenômeno espiritual a um produto da mente, sem considerar o contexto cultural e religioso da prática.

Manejo 7

Manejo realizado: “Utilizando os conceitos da teoria psicanalítica sobre a intersecção e complexidade de nossa relação com a realidade/fantasia.”

Como no manejo anterior, a experiência anômala da paciente foi enquadrada como uma fantasia, invalidando a experiência, ao focar na interpretação freudiana da fantasia e desconsiderar o valor religioso ou anômalo do relato de visões.

Manejo 8

A Paciente relata “acontecimentos reais após sonhos idênticos”, ao qual o profissional diz: “Conversei sobre desejos voluntários e involuntários”.

A experiência de sonhos premonitórios foi reduzida a uma explicação psicológica de desejos involuntários, sem considerar a possibilidade da dimensão espiritual. Ao fazer essa redução, interpretando os sonhos como fruto de processos inconscientes, o profissional invalida a natureza espiritual ou paranormal da experiência.

Manejo 9

Manejo realizado: “Buscando nos relatos alguma ligação causal.”

Ao buscar uma explicação causal e racional para os relatos, sem considerar a possibilidade de uma experiência REDEMA, ele invalida a experiência, racionalizando e deixando de explorar outras dimensões além da causalidade.

Manejo 10

Manejo realizado: “Abrir a possibilidade deste paciente dialogar com os complexos personificados do sonho”.

O psicólogo interpreta a experiência do paciente através de uma lente junguiana, mas transforma a experiência onírica em um processo psicológico, o que pode invalidar a visão espiritual ou religiosa que o paciente poderia ter da sua própria vivência.

– Conclusão:

A análise de conteúdo desses manejos revela um padrão recorrente de invalidação das experiências REDEMA dos pacientes. Em todos os exemplos os psicólogos recorrem aos seus referenciais teóricos, como a psicanálise, o pensamento psicodinâmico ou outras abordagens, para interpretar as experiências dos pacientes

exclusivamente sob uma ótica psicológica ou psicopatológica. Essa prática desconsidera as possíveis dimensões culturais, religiosas ou espirituais dessas experiências, reduzindo-as a manifestações do inconsciente, fantasias ou sintomas de transtornos mentais.

Essa forma de manejo pode ser problemática por diversos motivos:

- Desconsideração das crenças do paciente: Ao interpretar as experiências exclusivamente como fantasias, neuroses ou psicose, os profissionais acabam negligenciando a perspectiva do paciente e as possíveis explicações culturais ou religiosas que o paciente atribui à sua vivência, podendo gerar desconexão e falta de acolhimento.
- Patologização: Não realizar um diagnóstico diferencial consistente, patologizando experiências REDEMA (como no caso de interpretações de psicose, neurose ou desejo inconsciente) limita o espectro de possibilidades de compreensão, desconsiderando a importância dessas vivências para a construção de sentido e bem-estar do paciente, especialmente em contextos em que a espiritualidade desempenha um papel significativo.
- Impacto no processo terapêutico: A invalidação da experiência pode afetar negativamente a relação terapêutica, ao minar a confiança do paciente. Quando suas experiências mais profundas e significativas são rotuladas como “fantasias” ou “patologias”, o paciente pode se sentir incompreendido e retraindo-se no processo de compartilhamento.
- Falta de sensibilidade cultural e espiritual: Alguns dos manejos ignoram o fato de que, em muitas culturas e religiões, ouvir vozes, ter visões ou experiências mediúnicas é visto como parte de um desenvolvimento espiritual ou religioso esperado e não como algo patológico. É preciso ter cuidado quando lidamos com pacientes de diferentes contextos culturais e religiosos.

A prática clínica voltada à psicoterapia com pacientes que trazem experiências REDEMA requer um manejo mais sensível e pluralista, que respeite as crenças e práticas desses indivíduos. Idealmente, os psicólogos deveriam evitar uma interpretação reducionista e patologizante, primando por uma escuta atenta, aberta e sem preconceitos, permitindo que o paciente atribua o significado que considerar

apropriado às suas experiências. Dessa forma, a psicoterapia se torna mais inclusiva, promovendo um cuidado que abrange não só o mental e emocional, mas também o espiritual, quando esse é relevante para o paciente.

D) Manejos em que o profissional não soube como lidar com a experiência do paciente

– Medo ou insegurança:

No manejo 3 a psicóloga relata que “Eu nunca falei e nem falarei por ética, que oro por meus pacientes...”

Caracteriza medo de lidar com experiências REDEMA no trabalho psicoterapêutico. Desde que esteja de acordo com as crenças da paciente e ela considere a oração intercessora algo benéfico, por que seria antiético?

No manejo 11 a paciente passando por conflitos familiares diz para a psicóloga que “se sentiu muito confortada ao ouvir o preto velho falar com ela durante uma gira” ao que ouviu da profissional “... foi ressaltado que meu trabalho era laico conforme o código de ética do psicólogo, porém que suas experiências poderiam ser incluídas e abordadas no processo terapêutico”.

Como se sente uma paciente quando, depois de fazer um relato envolvendo seus conflitos e a sua religiosidade houve de sua terapeuta que “o trabalho dela é laico conforme o Código de ética do psicólogo”? Significa que falar sobre a sua religiosidade não é ético?

– Escuta passiva:

Uma escuta passiva sem intervenção, se transforma em comportamento comum quando o profissional não tem compreensão sobre as experiências REDEMA (manejos 4, 8, 9 e 10). A escuta terapêutica é uma estratégia de intervenção que tem como objetivo melhorar a comunicação e compreensão das preocupações pessoais do paciente, uma técnica importante na terapia, porém, quando usada como única estratégia frente a uma experiência REDEMA, pode não ser suficiente para atender a demanda do paciente. Embora possa haver um acolhimento inicial, a ausência de intervenções ativas (perguntas, reflexões, interpretações etc.) não proporciona ao paciente a oportunidade do desenvolvimento de compreensão, integrando ou lidando melhor com essas vivências espirituais no contexto do seu processo terapêutico. A

escuta passiva pode ser interpretada como uma forma de evitação, fruto da falta conhecimento sobre as experiências.

– Diagnóstico diferencial:

A dificuldade dos psicólogos em distinguir experiências REDEMA de psicopatologias aparece em vários dos manejos relatados. No manejo 1 cada supervisor que foi procurado pelo psicólogo apresentou uma explicação psicopatológica diferente, sugerindo uma tendência a patologizar experiências que muitas vezes podem ser consideradas normais, especialmente quando analisadas à luz da psicanálise.

– Desconsiderar a experiência:

No manejo 2 a paciente relata à psicóloga ter sonhado que a profissional estava mudando de cidade, sendo que isso estava mesmo sendo providenciado sem o seu conhecimento. Apenas um ano depois voltaram ao assunto dos sonhos premonitórios e só então a profissional “descobriu” que esse tipo de experiência é recorrente para a paciente, demonstrando desmerecimento da profissional por essas experiências, provavelmente por falta de conhecimento sobre elas.

No manejo 12 a paciente diz que “vivencia fervorosamente sua crença com relatos de “bençãos” conseguidas” ao que a psicóloga responde “Destacando o que pertence a razão e o que diz respeito a religiosidade”. Significa que o que diz respeito a religiosidade do paciente não é razoável? Lembrando que são sinônimos de razão: discernimento, bom senso, sensatez, lucidez, senso, equilíbrio...

– Conclusão:

Os relatos dos manejos nessa categoria, indicam que muitos psicólogos sentem medo ou insegurança ao lidar com experiências REDEMA, devido à falta de conhecimento sobre o assunto, ausência de formação específica para lidar com essas vivências ou conflitos éticos infundados. Essa insegurança leva a paralisia terapêutica em que o psicólogo se limita à uma escuta passiva, em soluções pautadas exclusivamente em critérios psicopatológicos ou em uma postura que desconsidera a experiência do paciente.

E) Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com a própria crença ou descrença religiosa.

Nesse caso (Manejo 2) o profissional fala sobre “uma paciente que relatava ter o dom da revelação sem que outro profissional pudesse diagnosticar alguma comorbidade como a esquizofrenia”

Maneja perguntando “Como foi a sua experiência?” e diz “tentar entender como ela lida com isso e se está trazendo algum benefício ou desconforto. Tentando respeitar a experiência religiosa do paciente com o máximo de respeito”

Ainda que enfatizando o “tentar respeitar”, percebe-se dificuldade em conciliar as próprias crenças/descrências com o relato da paciente, ainda mais que o outro profissional, provavelmente um psiquiatra, não a diagnosticou como esquizofrênica, ao que parece era o esperado por ele.

– Conclusão:

Ter neutralidade profissional quando as crenças pessoais do terapeuta não estão alinhadas com as do paciente nem sempre é tarefa fácil. Apesar do esforço demonstrado para respeitar a experiência religiosa da paciente, o uso recorrente da palavra “tentar” configura dificuldade em aceitar o relato sem julgamentos, especialmente em um contexto onde a ausência de um diagnóstico psiquiátrico parece gerar desconforto. Esse caso exemplifica o desafio de lidar com experiências subjetivas dos pacientes, como a revelação, quando estes entram em conflito com a visão de mundo ou expectativas clínicas pessoais do profissional.

F) Manejos em que o profissional não validou a experiência e/ou crenças religiosas do paciente.

– Minimização da experiência REDEMA:

A maioria dos manejos não valida as experiências religiosas dos pacientes, tratando-as como secundárias ou irrelevantes para o contexto psicológico. O manejo 3 recomenda que o paciente procure um líder religioso, minimizando a relevância das suas crenças REDEMA na terapia; O manejo 4 foca em questões de comunicação e uso de substâncias, sem explorar a dimensão espiritual do relato do paciente; O

manejo 5 se concentra em alucinações desconsiderando a espiritualidade do paciente e o manejo 8 ignora a espiritualidade da paciente ao encaminhá-la para um psiquiatra.

– Falta de validação:

A abordagem do profissional frequentemente ignora a importância das crenças religiosas, o que pode resultar em uma sensação de invalidação por parte dos pacientes. O manejo 1 compara o psicodiagnóstico a exames médicos sem reconhecer a importância das crenças do paciente; O manejo 2 desconsidera a perspectiva espiritual. O manejo 6 embora reconheça as crenças religiosas da paciente, privilegia a perspectiva psicológica e o manejo 9 considera as experiências como não patológicas, mas não valida a espiritualidade do paciente.

– Redução da espiritualidade a problemas patológicos:

Em alguns casos, a espiritualidade é reduzida a questões psicológicas sem considerar seu significado para os pacientes, o que pode levar à marginalização de suas crenças. No manejo 7 a combinação da visão religiosa com a menção de “psicose” invalida a experiência do paciente e o manejo 5 foca nas alucinações, desconsiderando a possibilidade de uma experiência religiosa.

– Conclusão:

A análise dos manejos revela uma tendência de invalidação das crenças religiosas dos pacientes por parte dos psicólogos, muitas vezes enfatizando a perspectiva psicológica e minimizando ou ignorando a dimensão espiritual. Para uma prática mais ética e eficaz, seria desejável que os profissionais reconhecessem e validassem as crenças religiosas como parte integral do contexto da vida do paciente, contribuindo para uma abordagem mais ampla e respeitosa.

**2.12.3 Manejos realizados pelos psicólogos em relação as experiências
REDEMA vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia no
setting terapêutico**

Para aferição desses manejos foram feitas as seguintes perguntas aos psicólogos: “Na sua prática clínica você já percebeu, durante o atendimento, alguma experiência com viés religioso/anômalo/dissociativo espiritual vivenciada pelo seu paciente, independente dele ter ou não percebido? E independentemente de você acreditar ou não na veracidade desses fenômenos?”

Em seguida: “Descreva sucintamente a experiência vivenciada pelo seu paciente, durante a psicoterapia, que você considere mais significativa, sem identificação do paciente”

E, finalmente: **“Como você manejou a ocorrência dessa experiência do seu paciente durante a psicoterapia? Descreva sucintamente”**.

Considerando as subcategorias criadas, os manejos relatados relacionados com as experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia no setting terapêutico, foram categorizados como demonstrado a seguir:

- A) Manejos realizados com acolhimento, empatia, respeito e/ou validando a experiência e/ou crenças do paciente e/ou compreendendo-as como mais um aspecto psicossocial da diversidade humana.
 - 1) Manejo realizado pelo profissional: “Questionei se a percepção que tive era correta e inseri no contexto do processo psicoterápico vivido” (RLM36M Budista/outra religião)
 - 2) Manejo realizado pela profissional: “Lembro de ter dito para que ela levasse a atenção para as suas sensações corporais e que considerando a percepção que teve, se ela sentia que precisava se curar de algo” (LCP32F Umbandista/outra religião).
 - 3) Manejo realizado pelo profissional: “Após a catarse da experiência a cliente se autorregulou, sem maior necessidade de interferência ou participação profissional, bastando acolhimento e aceitação da experiência sem críticas ou julgamentos, apenas com a oferta de espaço para que a experiência de encontro espiritual, conforme relatado pela cliente, pudesse também fazer parte do trabalho clínico. Após isso, alguns sintomas diminuíram e outros foram eliminados completamente” (PASF44M sem religião).

- 4) Manejo realizado pela profissional: “Eu a acolhi e dei apoio para que vivesse essa experiência ali comigo, sem julgamento. Depois ajudei-a a elaborar o que aconteceu e integrar a vivência em seu contexto de vida, de acordo com suas próprias crenças” (MC57F Espírita).
- 5) Manejo realizado pelo profissional: “Conversei com a nova identidade buscando compreender o motivo da manifestação do fenômeno” (JR60M Umbandista).
- 6) Manejo realizado pela profissional: “Acolhi. Considerei o contexto religioso dele. E validei que o ambiente era confortável e acolhedor e poderia trazer memórias ou nostalgia de algo semelhante” (DC41F sem religião).
- 7) Manejo realizado pela profissional: “Escutei os relatos. Questionei se isso atrapalhava a nossa sessão ou intimidava, disseram que não. Apenas achavam interessante ou bonito e quiseram me descrever. Questionei se gostariam de falar algo mais sobre o que viam, na negativa Então pedi que o ignorassem e que continuássemos a sessão” (JBDN49F Espírita).

Relacionado com: “pacientes que declaravam estar vendo o mentor da psicóloga e o descreviam”.

- 8) Manejo realizado pela profissional: “Validando e qualificando a visão. Falando do significado para ele e para mim” (MDGF65F Católica/espírita/umbandista/budista).
- 9) Manejo realizado pela profissional: “Primeiro acreditei no paciente (somente a mãe acreditava), conversávamos sobre essas visões, trabalhamos o encaminhamento para ajuda dessas crianças, relaxamentos com o paciente, trabalhamos os sentimentos despertados no paciente, sobre como conviver com essa situação” (K59F católica/espírita).
- 10) Manejo realizado pela profissional: “Escutando a experiência sem julgamentos e buscando o significado para ele” (TOS40F Católica/ espiritismo/ budismo).

- 11) Manejo realizado pela profissional: “Deixei ocorrer, aceitei e incluí no processo” (GFT57F Espírita/budista/hinduísta).
- 12) Manejo realizado pela profissional: “Permitindo e validando a experiência dela” (D40F Cristã protestante).
- 13) Manejo realizado pelo profissional: “Acolhimento, e pontuando a experiência vivenciada e a importância de considerar sua autonomia em diferentes estados de consciência” (CSS30M Católico/espírita/umbandista/candomblecista).
- 14) Manejo realizado pela profissional: “Fomos indo por partes. Lhe perguntei se algo havia acontecido que pudesse contribuir para este estado, ‘não percebo, está tudo bem’. Se no nível físico ela tinha alguma dor, quando havia feito check-up e exames de sangue (buscando identificar possíveis carências de vitamina D, B12, por exemplo, que podem contribuir para um estado de desânimo). Ela havia feito há pouco e estava tudo ok. No nível emocional, como se sentia, quais os sentimentos associados ao desânimo ‘não sinto nada, está tudo bem, é só um desânimo mesmo, uma coisa que me dá vontade de não fazer nada, mas eu não tenho um sentimento ruim, está tudo bem’. Então por exclusão, entendo que se não é físico, nem emocional, deve ser espiritual. E começo a investigar como foram os estudos naquela manhã de quinta-feira, que tema estudaram. Ela refere que estudaram sobre espíritos que estavam perdidos, buscando ajuda depois que morreram. Pergunto o que ela aprendeu sobre isso. Ela refere várias coisas, por exemplo, que eles se aproximam daqueles que podem senti-los para pedir ajuda. Então pergunto se ela acha que isso pode estar ocorrendo com ela, Ela diz ‘nunca tinha pensado nisso, mas pode ser, né?!’, então pergunto o que se faz quando isso acontece? Ela diz que se pode fazer um tipo de encaminhamento, mas que não sabe como fazer. Então sugiro que se eles estão pedindo ajuda, o encaminhamento seria no sentido de ajudá-los a encontrar um lugar de ajuda, como por exemplo, com seres que podem vir ajudá-los, orientá-los para que pudessem receber o que procuram, seja um tratamento, um esclarecimento,

uma palavra... mas que ali não era o lugar certo, que não é junto dela que eles encontrariam isso, então que eles olhassem ao redor deles que viriam seres que poderiam fazer isso, lhes ajudar, lhes conduzir para um lugar melhor... Que ela poderia fazer algo assim... mentalmente ou falar em voz alta... se quisesse ler um trecho do Evangelho segundo o espiritismo poderia também, acender um incenso com esta intenção (são práticas que a paciente comenta fazer com frequência em sua casa, mas até então sem esta intenção), tudo poderia lhe ajudar, desde que ela sentisse que a sua intenção fosse limpar esse peso que sentia, e ajudar... Quando terminei de falar, e chegamos no final da consulta, ela disse ‘que loucura! Parece que me sinto melhor só de termos falado!’ Então lhe disse: ‘o que falamos aqui não deixou de ser um encaminhamento, pois agora tu entendeu como funciona e só no falar, já foi imaginando isso e fazendo, está em ti essa possibilidade...’. E no final do dia me enviou um WhatsApp agradecendo, que aquilo que sentia tinha sido ‘tirado com a mão’, que havia até feito um bolo, que voltou a se animar, e comentou que não imaginava como seria uma terapia que não olhasse para isso... o quanto o paciente perderia se esse tipo de assunto não fosse trabalhado. E me agradeceu. Importante: utilizei durante todo o tempo conceitos e suposições trazidas pela paciente, respeitando a sua crença e utilizando os elementos da sua religião para que ela desenvolvesse as condições necessárias para dar um sentido ao que sentia e resolver a queixa” (MNB40F Católica/espírita/umbandista/ budista/ hinduísta).

- 15) Manejo realizado pela profissional: “Dei vazão a isso e pedi ao paciente que falasse em voz alta o que queria dizer ao familiar, deixando-o liberar as emoções que vinham e dar um abraço de despedida no final para que o familiar e ele ficassem em paz, e ele pudesse retornar ao lugar aonde tivesse que ir” (MG52F Católica/espírita/hindu).
- 16) Manejo realizado pela profissional: “Aguardei e depois busquei conversar sobre o assunto” (AMP42F sem religião).

- 17) Manejo realizado pelo profissional: “Como era uma comunicação eu agradei a informação e pedi mais informações, como era a pessoa que ela via e como ela (paciente) se sentia naquele momento” (BGR39M sem religião).
- 18) Manejo realizado pela profissional: “Com ética e respeito ao paciente” (C42F Evangélica pentecostal/neopentecostal).
- 19) Manejo realizado pelo profissional: “Dei abertura para ela falar de suas experiências” (SGSM52M Espírita).
- 20) Manejo realizado pela profissional: “Disse para conversar com o ser e dizer que naquele momento não poderia ajudá-lo. Trouxe a paciente para momento presente, fazendo prova de realidade” (EOS67F Espírita).
- 21) Manejo realizado pela profissional: “Pedi para descrever o que sentia, se sentia recorrentemente e se estava confortável para continuar a sessão. Minha primeira ação é o acolhimento e a tentativa de entender se há um gatilho para o que se passa ou entender a dor associada” (E49F Católica).
- 22) Manejo realizado pela profissional: “Questionando quem eram, o que ele sentia quando os via, como eles se comportavam” (DW40F católica).
- 23) Manejo realizado pela profissional: “Acolhimento e questionamentos para entender como a situação se relaciona com a visão de mundo e de religião de cada paciente” (JHA32F Espírita).
- 24) Manejo realizado pelo profissional: “Acompanhando com leveza e tranquilidade o retorno à consciência” (JC61M Evangélico pentecostal/neopentecostal).
- 25) Manejo realizado pelo profissional: “Expliquei sobre o fenômeno da sincronicidade, fizemos meditação com atenção plena e depois psicologizamos, ampliando a experiência para possibilidades reais da vida dele” (SLS47M Católico/budista).
- 26) Manejo realizado pela profissional: “Muita conversa” (A51F Espírita).

- 27) Manejo realizado pela profissional: “Perguntei se ela estava assustada com a “coincidência” ocorrida, e respondeu que nem havia percebido a ligação da sua fala com a situação rsrs” (C52F Espírita/ umbandista, candomblecista e budista).
- 28) Manejo realizado pelo profissional: “Estabilizei a paciente chamando-a pelo nome e perguntando com quem ela discutia, em poucos segundos ela olhou para mim e relatou o que havia voltado a memória dela durante a semana que havia passado. Depois desse episódio a terapia fluiu e ela atingiu os objetivos esperados” (C58F cristã protestante).
- 29) Manejo realizado pela profissional: “Busquei direcionar as falas, acolher com validação, incentivo quando adequado e explicar a proposta terapêutica” (RS53F Cristã protestante).
- 30) Manejo realizado pela profissional: “Me parece que cada paciente deve ter a experiência de se sentir ouvido e compreendido inclusive nisso” (VRS32F evangélica/sem religião).

C) Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com o seu referencial teórico.

- 1) Manejo realizado pelo profissional: “Escrevi, estudei, fundamentei no conceito da psicologia analítica como sincronismo. Fiz uma monografia de especialização na PUC-PR” (VCSF73M outra religião).
- 2) Manejo realizado pela profissional: “Após algumas sessões coloquei poltronas extras nos atendimentos para que as entidades pudessem “dialogar” com o paciente, uma espécie de mediação de conflitos entre eles. Foi muito positivo, o paciente apresentou melhora gigantesca e a sua qualidade de vida melhorou muito, inclusive na aceitação de acompanhamento com equipe multidisciplinar e na aceitação dos medicamentos. Manejei validando o sofrimento do paciente e criando ações possíveis para melhora do quadro de crise” (SS41F sem religião).

D) Manejos em que o profissional não soube como lidar com a experiência do paciente.

- 1) Manejo realizado pela profissional: “Ouvi sem fazer interferência” (EL48F Cristã protestante).

Relacionado com: “A paciente deu exemplos de uma situação ocorrida na sessão que tive antes com outro paciente. Não havia possibilidade de ela ter ouvido ou visto a sessão”.

- 2) Manejo realizado pela profissional: “Ela própria respirou tranquilamente e deixou a experiência se afastar” (MGH52F sem religião).

Relacionado com: “Uma paciente da doutrina espírita, médium, sentiu que ia incorporar durante o atendimento clínico”.

- 3) Manejo realizado pela profissional: “No momento não soube o que fazer e me retirei do setting para pensar, após uns 5 min a pessoa tinha voltado “ao normal” e ela não se lembrava de nada. Conteí o que havia ocorrido e ela disse que isso ocorria sempre antes de aparecer os cortes no braço e a tentativa de suicídio, segundo pessoas tinham relatado para ela” (M41F Evangélica pentecostal/ neopentecostal).

Relacionado com: “Paciente adolescente mudou a voz e não sabia mais qual era seu nome real dizendo que isso não interessava. Era uma paciente que se cortava e já tinha tentado o suicídio”.

E) Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com a própria crença e/ou descrença religiosa.

- 1) Manejo realizado pelo profissional: “Como o fenômeno saiu do âmbito psicológico e foi para o espiritual. Orei repreendendo, esperei o paciente voltar a si e continuei o atendimento, buscando compreender quais fragilidades emocionais estavam presentes” (MFCS41M Evangélico pentecostal/neopentecostal).

Relacionado com: “Atendi um adolescente que endemoniou no meio do atendimento. Começou a mudar o tom de voz, o olhar, começou a ter atitudes agressivas”.

- 2) Manejo realizado pelo profissional: “Colocava muita luz violeta na paciente, solicitava que seres de luz atendessem e encaminhassem a energia, ser que estivesse ali, para atendimento de sua necessidade. Paciente voltava a si, fazia exercícios de respiração, ancoramento e conversávamos sobre o ocorrido” (K59F católica/espírita).

Relacionado com: “Paciente de 20 poucos anos que tinha apagões durante a sessão, ficava como se estivesse dormindo em sono profundo”.

- 3) Manejo realizado pela profissional: “Respondi respeitosamente que estava em meu consultório, realizando o meu trabalho, a pedido da minha cliente. Que ele era muito bem-vindo, mas que deveria respeitar o meu trabalho, pois eu o respeitaria também. Após isso, chamei pela cliente e seguimos com a sessão, tratando o ocorrido como parte da sessão (DAMC61F espírita).

Relacionado com: “Cliente se reconhecia com mediunidade e em determinado momento da sessão, mudou sua voz, dizendo: ‘você se dará mal porque a está ajudando e interferindo nos meus planos’”.

- F) Manejos em que o profissional não validou a experiência e/ou crenças religiosas do paciente.

- 1) Manejo realizado pela profissional: “Não abordei como tópico de sessão, pois entra na esfera da religiosidade do paciente. Se aquilo não está lhe trazendo prejuízos, não considere objeto de investigação” (K34F Católica).

Relacionado com: “O paciente se dizer inspirado por moção do Espírito Santo”.

- 2) Manejo realizado pelo profissional: “Simplesmente procurei fazer uma leitura do não verbal e com o decorrer das sessões foi relatando a história de sua vida e dos abusos sofridos, vítima do pai alcoolista” (OAS43M católico).

Relacionado com: “A paciente entrou em surto, caiu de joelhos ao chão, pronunciou algumas palavras não inteligíveis. Tentava se defender de algo não explicável, sem ser agressiva. Passando o momento retornou a poltrona e perguntou:

“Dr. Tenho algum demônio comigo”? Após essa sessão não mais ocorreu tal fato. Tratava-se de uma histeria de conversão”

2.12.4 Análise de conteúdo dos manejos realizados pelos psicólogos em relação as experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia no setting terapêutico

A análise de conteúdo segundo a técnica de Laurence Bardin propõe a categorização e a identificação de padrões e temas recorrentes. Para essa análise utilizaremos as seguintes categorias:

- A) Manejos realizados com acolhimento, empatia, respeito e/ou validando a experiência e/ou crenças do paciente e/ou compreendendo-as como mais um aspecto psicossocial da diversidade humana.

- Validação da experiência:

Nesses relatos de manejo das experiências REDEMA dos pacientes, os psicólogos demonstraram uma clara disposição para validar as experiências dos pacientes, algo bastante importante para estabelecer um ambiente terapêutico seguro. Essa validação é observada em diversas abordagens: Os manejos 10 (“Escutando a experiência sem julgamentos e buscando o significado para ele”) e 12 (“Permitindo e validando a experiência dela”), envolvem uma escuta ativa, realizada sem julgamentos, onde os profissionais procuraram entender as experiências vivenciadas pelos seus pacientes estabelecendo confiança e segurança no *setting* terapêutico.

Os manejos 6 (“Acolhi. Considerei o contexto religioso dele. E validei que o ambiente era confortável e aconchegante e poderia trazer memórias ou nostalgia de algo semelhante”) e 13 (“Acolhimento, e pontuando a experiência vivenciada e a importância de considerar sua autonomia em diferentes estados de consciência”) enfatizam a importância de se reconhecer o contexto religioso e espiritual dos pacientes demonstrando respeito pela diversidade de crenças.

– Acolhimento:

Tema central nos manejos realizados, em que vários profissionais enfatizam a importância de se criar um espaço acolhedor para que os pacientes se sintam à vontade para compartilhar suas experiências. O manejo 15 (“Dei vazão a isso e pedi ao paciente que falasse em voz alta o que queria dizer ao familiar, deixando-o liberar as emoções que vinham e dar um abraço de despedida no final para que o familiar e ele ficassem em paz, e ele pudesse retornar ao lugar onde tivesse que ir”) proporciona espaço seguro para que o paciente expresse suas emoções relacionadas com um familiar falecido. Os manejos 14, em que a paciente disse “que eles olhassem ao redor deles que viriam seres que poderiam fazer isso, lhes ajudar, lhes conduzir para um lugar melhor...” e 17, “eu agradei e pedi mais informações, como era a pessoa que ela via e como ela (paciente) se sentia naquele momento”, destacam a importância de se realizar esse acolhimento sem críticas, permitindo que o paciente vivencie suas experiências sem a preocupação de que elas sejam desacreditadas ou menosprezadas.

– Conclusão:

A análise dos manejos realizados por psicólogos em relação a experiências religiosas, espirituais, mediúnicas e anômalas revela uma abordagem terapêutica que é, em sua essência, respeitosa e inclusiva. Os psicólogos mostram um compromisso em acolher e validar as experiências dos pacientes, proporcionando um ambiente onde a diversidade de crenças é respeitada e integrada ao processo terapêutico.

B) Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com o seu referencial teórico.

Manejo 1: “Escrevi, estudei, fundamentei no conceito da psicologia analítica como sincronismo. Fiz uma monografia de especialização na PUC-PR”.

O uso da psicologia analítica sugere uma base teórica que enfatiza a importância dos símbolos, mitos e arquétipos no processo de individuação e no entendimento das experiências subjetivas. O conceito de sincronismo ou sincronicidade é central na obra junguiana, abordando a conexão significativa entre

eventos que não têm uma relação causal direta, mas que têm significado para o indivíduo.

O manejo indica que o profissional vê as experiências religiosas e espirituais do paciente como eventos significativos que podem ser interpretados dentro de um quadro mais amplo de desenvolvimento pessoal e autoconhecimento. Esse profissional, ao fundamentar sua prática em um referencial teórico robusto, oferece um espaço de acolhimento e validação das experiências subjetivas do paciente, permitindo que estes explorem suas vivências em um ambiente seguro.

A fundamentação teórica sugere que o psicólogo encoraja o paciente a realizar uma reflexão aprofundada sobre suas experiências e como elas se conectam a questões mais amplas de significado e propósito em sua vida, promovendo um processo de cura que vai além da mera análise sintomática. A monografia de especialização indica um compromisso com a pesquisa e a prática reflexiva, sugerindo que o profissional busca por atualização constante, integrando esses aspectos em sua abordagem terapêutica.

Manejo 2: “Após algumas sessões coloquei poltronas extras nos atendimentos para que as entidades pudessem ‘dialogar’ com o paciente, uma espécie de mediação de conflitos entre eles. Foi muito positivo, o paciente apresentou melhora gigantesca e a sua qualidade de vida melhorou muito, inclusive na aceitação de acompanhamento com equipe multidisciplinar e na aceitação dos medicamentos. Manejei validando o sofrimento do paciente e criando ações possíveis para melhora do quadro de crise”

O manejo realizado pela profissional indica uma abordagem que incorpora elementos de mediação e resolução de conflitos, possivelmente alinhada com perspectivas humanistas e integrativas da psicologia. O reconhecimento das “entidades” como parte do processo terapêutico, sugere um espaço onde experiências REDEMA são legitimadas e integradas ao tratamento.

A estratégia de criar poltronas extras para o “diálogo” entre o paciente e as entidades reflete uma compreensão de que as experiências espirituais podem ser fontes de conflito interno. Ao proporcionar um espaço para que essas “entidades” se expressem, a profissional permite que o paciente explore e resolva esses conflitos, promovendo integração entre as partes da sua psique e facilitando a aceitação de intervenções externas, como medicamentos e acompanhamento multidisciplinar.

O manejo destaca a importância da validação do sofrimento do paciente e a criação de estratégias práticas para lidar com crises. Ao reconhecer e integrar a espiritualidade do paciente, a profissional não apenas oferece um espaço para a expressão das vivências de experiências mediúnicas, mas também trabalha a resistência e facilita a aceitação de tratamentos convencionais, ampliando a eficácia do cuidado. Isso sugere que um manejo terapêutico sensível às experiências espirituais pode levar a ganhos significativos na qualidade de vida e na adesão ao tratamento.

– Conclusão:

Os manejos evidenciam a utilidade de se permitir incorporar experiências REDEMA no tratamento, validando e explorando essas dimensões como parte do processo terapêutico. Cada profissional, ao basear-se em seus referenciais teóricos, oferece um espaço seguro para que o paciente integre suas experiências e busque significado, contribuindo para a promoção de bem-estar e saúde mental.

Essa análise destaca a importância de uma prática robusta, baseada em evidências, em que o respeito pela experiência do paciente e a validação de suas vivências são fundamentais para um tratamento mais humano, sensível e eficaz.

C) Manejos em que o profissional não soube como lidar com a experiência do paciente.

Manejo 1

“A paciente deu exemplos de uma situação ocorrida na sessão que tive antes com outro paciente. Não havia possibilidade de ela ter ouvido ou visto a sessão”).

Essa experiência se caracteriza como anômala, envolvendo clarividência ou retro cognição. O manejo realizado foi “Ouvi sem fazer interferência” demonstrando uma atitude passiva diante da experiência, possivelmente refletindo insegurança ou desconhecimento sobre como abordar a situação. A clarividência, por ser um fenômeno anômalo e não comum no contexto terapêutico convencional, parece ter deixado a profissional sem ferramentas para interferir. Não saber lidar com essa situação indica uma possível falta de preparo ou de conhecimento sobre fenômenos REDEMA. O manejo passivo da profissional sugere uma tentativa de não interferir no fenômeno, o que pode ser visto como cauteloso, mas ao mesmo tempo ineficaz,

especialmente se a paciente buscava uma validação ou orientação em relação à sua experiência.

Manejo 2

“Uma paciente da doutrina espírita, médium, sentiu que ia incorporar durante o atendimento clínico”. A profissional relata que “Ela própria respirou tranquilamente e deixou a experiência se afastar”. A profissional não realizou uma ação direta, dependendo do controle da paciente. A terapeuta parece ter ficado aliviada com a reação da paciente, revelando falta de proatividade em mediar a experiência dando o suporte necessário para a paciente. O relato sugere que a profissional não tinha clareza sobre o que fazer diante de um possível transe mediúnico ou incorporação.

Manejo 3

“Paciente adolescente mudou a voz e não sabia mais qual era seu nome real dizendo que isso não interessava. Era uma paciente que se cortava e já tinha tentado o suicídio” ao que a psicóloga diz “No momento não soube o que fazer e me retirei do setting para pensar, após uns 5 min a pessoa tinha voltado “ao normal” e ela não se lembrava de nada. contei o que havia ocorrido e ela disse que isso ocorria sempre antes de aparecer os cortes no braço e a tentativa de suicídio, segundo pessoas tinham relatado para ela”

O fato de a psicóloga ter se retirado do setting por não saber como proceder evidencia o impacto emocional e o desconforto gerados pela experiência dissociativa da paciente. O afastamento físico do setting denota o nível de incapacidade da terapeuta em lidar com a situação no momento, além de um possível medo e falta de preparo diante de fenômenos dessa natureza. Ao sair da sala, a terapeuta demonstra uma falha grave em manter a contenção e o controle do setting terapêutico, especialmente quando a segurança física da paciente pode estar em risco. Além disso, sua reação pode ter amplificado o isolamento emocional da paciente. A falta de conhecimento sobre experiências REDEMA e a ausência de um manejo mais adequado reforçam a necessidade de capacitação.

– Conclusão:

Existe uma lacuna no treinamento de psicólogos para o manejo de experiências REDEMA. O medo, a hesitação e o alívio de não ter que intervir, estabelecem padrões e refletem a insegurança dos profissionais frente a fenômenos que fogem do escopo

mais ortodoxo da prática psicoterapêutica e, no entanto, esse estudo demonstra que são bastante recorrentes. Em termos de abordagem, seria necessário que os profissionais tivessem uma formação mais abrangente sobre essas experiências, para que possam reconhecer a diferença entre manifestações patológicas e espirituais, bem como agir com mais confiança e eficácia nesses contextos. A falta de intervenção ou o afastamento do setting pode comprometer o vínculo terapêutico e a segurança emocional e física, do paciente.

A análise reflete a urgência de maior abertura e preparo por parte dos psicólogos para que as experiências REDEMA possam ser acolhidas e trabalhadas de forma mais integrativa, em vez de ignoradas ou tratadas com medo e insegurança.

D) Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com a própria crença e/ou descrença religiosa.

Manejo 1

O psicólogo evangélico pentecostal/neopentecostal relata que “Atendi um adolescente que endemoniou no meio do atendimento. Começou a mudar o tom de voz, o olhar, começou a ter atitudes agressivas” e que o seu manejo da ocorrência foi “Como o fenômeno saiu do âmbito psicológico e foi para o espiritual. Orei repreendendo, esperei o paciente voltar a si e continuei o atendimento, buscando compreender quais fragilidades emocionais estavam presentes”.

O manejo do psicólogo priorizou sua própria crença religiosa em relação ao fenômeno espiritual de possessão demoníaca e, ao fazer isso, existe o risco de imposição de sua crença ao paciente, mesmo que de maneira sutil. Ao realizar uma oração para “repreender” o suposto espírito maligno, o profissional está agindo de acordo com a sua fé, o que pode não estar alinhado com a crença do paciente ou sua compreensão da experiência. A oração pode ter levado o paciente a se sentir julgado ou pressionado a aceitar a explicação religiosa oferecida pelo terapeuta, em vez de abrir espaço para uma discussão mais neutra sobre as várias interpretações possíveis da experiência. Se o paciente não compartilha a mesma crença, ele pode sentir-se invadido ou mal compreendido. Ao atribuir o fenômeno a uma causa espiritual e usar uma prática religiosa como intervenção inicial, o profissional pode ter minimizado ou negligenciado uma compreensão mais abrangente da

psicodinâmica envolvida, prejudicando o aprofundamento da questão emocional ou psicológica.

Manejo 2

A psicóloga católica/espírita diz que sua “Paciente de 20 poucos anos que tinha apagões durante a sessão, ficava como se estivesse dormindo em sono profundo” e que ela “Colocava muita luz violeta na paciente, solicitava que seres de luz atendessem e encaminhassem a energia, ser que estivesse ali, para atendimento de sua necessidade. Paciente voltava a si, fazia exercícios de respiração, ancoramento e conversávamos sobre o ocorrido”.

O uso de práticas como “luz violeta” e “seres de luz” reflete a crença da psicóloga no uso de energias. Entretanto, aplicar essas práticas diretamente ao paciente sem uma reflexão crítica ou consentimento explícito pode ser considerado um abuso. A paciente pode sentir que sua experiência está sendo moldada pelas crenças da terapeuta e não pelas suas próprias vivências ou entendimentos. A utilização de conceitos espirituais sem respaldo científico pode prejudicar a legitimidade do processo terapêutico, especialmente em contextos em que a psicologia deve basear-se em evidências para compreender sintomas dissociativos ou outros fenômenos relacionados à experiência subjetiva do paciente. Se o profissional se apoia predominantemente em práticas espirituais, ele pode limitar o acesso da paciente a intervenções terapêuticas convencionais, potencialmente mais eficazes para lidar com sintomas de dissociação, como técnicas de *grounding*, manejo de traumas ou outras abordagens psicoterapêuticas.

Manejo 3

A psicóloga espírita relata que a “Cliente se reconhecia com mediunidade e em determinado momento da sessão, mudou sua voz, dizendo: “você se dará mal porque a está ajudando e interferindo nos meus planos” ao que “Respondi respeitosamente que estava em meu consultório, realizando o meu trabalho, a pedido da minha cliente. Que ele era muito bem-vindo, mas que deveria respeitar o meu trabalho, pois eu o respeitaria também. Após isso, chamei pela cliente e seguimos com a sessão, tratando o ocorrido como parte da sessão.

A psicóloga estabeleceu um diálogo direto com o espírito que a paciente afirma ter manifestado, seguindo uma lógica espírita. Embora a postura de respeito ao espírito e ao paciente pareça acolhedora, ela pode reforçar crenças ou delírios da

paciente, especialmente em casos em que as manifestações podem ser mais bem explicadas por quadros psicológicos, como transtornos dissociativos ou psicóticos.

Ao responder diretamente ao espírito, a psicóloga pode ter diluído a distinção entre um espaço terapêutico neutro e um espaço espiritualmente orientado. Isso pode fazer com que o paciente sinta que a sessão está mais focada em validar sua crença mediúnica do que em explorar as implicações psicológicas da experiência. Se o paciente apresenta uma crença exacerbada em suas capacidades mediúnicas, esse tipo de manejo pode dificultar o processo de desenvolver uma reflexão crítica ou até uma desmistificação de certos fenômenos que possam ter origem psicológica. Assim, a terapeuta pode estar perpetuando sintomas ao reforçar a crença sem uma análise alternativa.

– Conclusão:

Os três exemplos indicam que os profissionais interpretaram as experiências dos pacientes à luz de suas próprias crenças religiosas, influenciando diretamente o manejo terapêutico. Tanto o psicólogo evangélico quanto as psicólogas espíritas usaram práticas baseadas em suas convicções espirituais para lidar com as manifestações que consideraram espirituais ou mediúnicas. Em cada caso, as fronteiras entre o psicológico e o espiritual foram moldadas pela lente das crenças pessoais dos terapeutas, afetando suas intervenções.

Quando o terapeuta age de acordo com sua fé, corre-se o risco de impor essas crenças ao paciente, que pode não as compartilhar. Isso viola a ética profissional, que preza por um atendimento livre de preconceitos ou pressões religiosas.

Lidar com experiências espirituais e religiosas dos pacientes exige uma postura de neutralidade, respeito e abertura, sem que as crenças pessoais dos terapeutas interfiram no processo terapêutico. Quando isso ocorre, o manejo pode se tornar prejudicial, desrespeitando o direito do paciente de interpretar suas experiências de forma autônoma e podendo dificultar a exploração e tratamento dos fenômenos anômalos de forma integrativa e efetiva. A formação contínua sobre pluralidade religiosa e espiritualidade na prática clínica irão ajudar os profissionais a manejar essas questões de forma ética e eficaz.

E) Manejos em que o profissional não validou a experiência e/ou crenças religiosas do paciente.

Manejo 1

“O paciente se dizer inspirado por moção do Espírito Santo” ao que a psicóloga “Não abordei como tópico de sessão, pois entra na esfera da religiosidade do paciente. Se aquilo não está lhe trazendo prejuízos, não considere objeto de investigação”

Ao optar por não explorar ou discutir a experiência espiritual, a profissional deixou de validar o valor pessoal e subjetivo dessa vivência para o paciente. De acordo com a categoria de análise, o manejo demonstra uma falta de envolvimento com essa dimensão do paciente, o que pode enfraquecer a aliança terapêutica, uma vez que experiências religiosas podem ser fontes importantes de significado e motivação para o paciente.

Manejo 2

“A paciente entrou em surto, caiu de joelhos ao chão, pronunciou algumas palavras não inteligíveis. Tentava se defender de algo não explicável, sem ser agressiva. Passando o momento retornou a poltrona e perguntou: “Dr. Tenho algum demônio comigo”? Após essa sessão não mais ocorreu tal fato. Tratava-se de uma histeria de conversão” além disso “Simplesmente procurei fazer uma leitura do não verbal e com o decorrer das sessões foi relatando a história de sua vida e dos abusos sofridos, vítima do pai alcoolista”

Neste caso, o profissional interpretou o comportamento da paciente como um episódio de histeria de conversão, sem investigar o contexto espiritual ou as crenças religiosas da paciente. Ele se concentrou em aspectos psicopatológicos, ignorando a relevância que a experiência religiosa poderia ter para a paciente, que claramente manifestou essa preocupação ao perguntar sobre a presença de um “demônio”. Além disso, o relato sugere que a religiosidade da paciente sequer fazia parte da anamnese, o que revela uma abordagem exclusivamente técnica e não inclusiva da espiritualidade. Ao não validar a crença da paciente e classificar o episódio apenas como patologia, o profissional desconsiderou o impacto psicológico da espiritualidade e da crença em demônios no estado emocional e mental da paciente. A invalidação dessas experiências pode gerar uma desconexão na relação terapêutica ao desconsiderar a importância que essas crenças podem ter na vida emocional e na interpretação dos eventos pela paciente.

– Conclusão:

Os profissionais, ao evitar ou negligenciar as experiências religiosas dos pacientes, optam por uma abordagem focada no modelo biomédico e psicopatológico tradicional. Embora essa abordagem possa ser eficaz em muitos casos, ela também demonstra uma postura de invalidação ao tratar as experiências espirituais como irrelevantes ou patológicas. A não validação de experiências religiosas e espirituais, quando importantes para os pacientes, pode ter impactos profundos na eficácia do tratamento. Ao tratar essas experiências como secundárias ou irrelevantes, os profissionais perdem oportunidades de utilizar essas vivências como ferramentas no processo de cura e crescimento pessoal do paciente. Assim, uma postura mais inclusiva poderia enriquecer o *setting* terapêutico, promovendo uma maior integração entre o que é percebido como “patológico” e o que é vivido como espiritualmente significativo pelos pacientes.

2.12.5 Manejos realizados pelos psicólogos em relação as experiências REDEMA vivenciadas por eles mesmos durante a psicoterapia no setting terapêutico

Para aferição desses manejos foi feita a seguinte pergunta aos psicólogos: “Na sua prática clínica **você já vivenciou** alguma experiência com viés religioso/anômalo/dissociativo espiritual **durante o atendimento**, independente do seu paciente ter ou não percebido? E, independentemente de você acreditar ou não na veracidade desses fenômenos?”

Em seguida: “Descreva sucintamente a sua experiência mais significativa”.

E, finalmente: **“Como você manejou a sua experiência? Descreva sucintamente”**.

Para realizar a categorização dos manejos realizados pelos psicólogos relacionadas com as experiências vivenciadas por eles mesmos durante a psicoterapia no setting terapêutico foram criadas as seguintes subcategorias:

- A) Manejou a vivência compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, sem permitir que haja influência no processo psicoterapêutico do paciente.
- B) Manejou a vivência compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, utilizando-a no processo psicoterapêutico do paciente sem que ele percebesse.
- C) Manejou a vivência compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, utilizando-a no processo psicoterapêutico do paciente e compartilhando com ele.
- D) Manejou a vivência compreendendo a experiência REDEMA como um processo psicológico.

Considerando as subcategorias criadas, os manejos relatados relacionados com as experiências REDEMA vivenciadas pelos psicólogos, durante a psicoterapia, no *setting* terapêutico, foram categorizados como demonstrado a seguir:

- A) Manejou a vivência compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, sem permitir que houvesse influência no processo psicoterapêutico do paciente.
 - 1) Manejo realizado pela profissional: “Foi dito na sala de espera, antes da paciente ir embora, então eu só agradei a informação. A paciente falava pouco sobre as experiências com o avô/espírito durante as sessões de terapia, não via isso como problema ou algo angustiante” (BFC37F Católica).

Relacionado com: “A paciente que vinha com o avô (falecido) disse que ele me avisava para não passar em certa rua. Ela não sabia onde eu morava, mas passo lá todos os dias. Fiz outro caminho e quando cheguei em casa vi no jornal que teve um assalto num dos bancos daquela rua, com tiroteio”

- 2) Manejo realizado pela profissional: “Cogitando de uma forte “coincidência” já que sabia que o paciente não acreditava em nada e o respeitei” (DMS56F Espírita).

Relacionado com: “Após o paciente fazer grande relato do seu sofrimento eu me dirigi a ele chamando-o de um nome que não era o dele e que o deixou espantado porque era o nome da pessoa que ele havia perdido”

- 3) Manejo realizado pela profissional: “Não houve necessidade de manejar, em função da paciente já estar fora da sala. Enquanto dentro, não falei sobre a leveza do ambiente” (M43F Espírita/umbandista/budista).

Relacionado com: “O ambiente ficou mais leve e agradável. Após a paciente sair, vi sob forma de luzes uma pessoa levar outros 2, 1 na minha cadeira e outro na cadeira do paciente”

- 4) Manejo realizado pela profissional: “Conectando com a minha respiração” (TOS40F Católica/espírita/budista).

Relacionado com: “Sensação de amorosidade extrema numa atmosfera espiritual durante relato do paciente sobre um ente querido falecido”.

- 5) Manejo realizado pela profissional: “Não falei nada sobre, guardei a experiência para mim” (FMP50F outra religião).

Relacionado com: “Perceber um guia espiritual do paciente”.

- 6) Manejo realizado pelo profissional: “Por ser agnóstico, considero sempre a possibilidade de existência e de inexistência de fenômenos espirituais em meu dia a dia, o que inclui a minha atuação clínica. Isso, no meu caso, implica em refletir sobre possíveis experiências místico-religiosas para além da vida profissional, enquanto pessoa humana” (DNM34M Católico/cristão protestante/ umbandista/ candomblecista/ ateu/agnóstico).

Relacionado com: “Em determinado atendimento, senti como se tivesse mais alguém no setting terapêutico em questão, além do paciente atendido: uma espécie de presença espiritual humana”.

- 7) Manejo realizado pela profissional: “Com continência e limite para que a sessão não se perdesse” (CB45F Católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).

Relacionado com: “Uma paciente contava o caso de magia que o ex-marido havia feito para ela em sua própria casa. Começo a ouvir barulho de destruição na sala de espera. Mas percebo que só eu escuto, a paciente continua a contar sua história. Sinto uma pressão no plexo solar, sinto que algo queria falar através de mim. Mantenho a presença, mas me concentro em mim para me proteger e não permitir a passagem. Quando termina a sessão, tudo está perfeito no consultório”.

- 8) Manejo realizado pela profissional: “Conduzi com respeito” (SG35F Espírita/sem religião).

Relacionado com: “Mal-estar, tosse, tontura e sensação de desmaio”.

- 9) Manejo realizado pelo profissional: “Trabalhei a questão comigo” (SGSM52M Espírita).

Relacionado com: “Um paciente jovem, sexo masculino, que toda vez que eu o atendia dizia sair melhor e não mais sentir os sintomas físicos, no entanto eu ficava passando mal e precisava de um tempo para me reorganizar. Sempre ocorria quando o atendia”.

- 10) Manejo realizado pelo profissional: “Durante o atendimento orei mentalmente e continuei atendendo como se nada estivesse acontecendo, a oração mental foi um pai nosso e em conversa mental disse que estava ali como um ser humano encaminhado por Jesus Cristo. A gosma retornou para detrás da cabeça do cliente de onde havia saído e, o atendimento continuou sem problemas” (MRN55M Espírita/budista).

Relacionado com: “Durante o estágio, atendi um paciente adicto que durante o trabalho na roça, foi apresentado ao álcool pelo pai quando tinha oito anos de idade. Depois que nos sentamos, iniciei o atendimento com escuta ativa, de repente, senti uma gosma verde sair do cliente e chegar na minha cabeça, senti a minha testa ficar gelada e, nesta hora, vi minha cabeça sendo tomada por essa gosma”.

- 11) Manejo realizado pela profissional: “Com muita alegria e surpresa por mais uma experiência anômala” (JMMR54F Cristã protestante).

Relacionado com: “Grupo de meditação Guiada no meu condomínio (voluntariado) onde eu não senti meu corpo”.

- 12) Manejo realizado pela profissional: “Não disse nada para o paciente e me concentrei ainda mais no seu relato, afinal de contas, o paciente é quem precisa de suporte nesse momento” (E49F Católica).

Relacionado com: “Arrepios fortes”.

- 13) Manejo realizado pela profissional: “Da mesma forma que foi descrito anteriormente. Sempre com respeito pela situação, acompanhando e utilizando as técnicas psicológicas necessárias além de “orações” internas, apenas para mim” (A52F Espírita).

Relacionado com: “Ausências de consciência, paralização do movimento do corpo”.

- 14) Manejo realizado pelo profissional: “Foquei na minha respiração e na fala do paciente” (SLS47M Católico/budista).

Relacionado com: “Eu já vi sair fumaça da boca dos pacientes, e a sala ser tomada por cheiro de rosas”.

- B) Manejou a vivência compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, utilizando-a no processo psicoterapêutico do paciente sem que ele percebesse.

- 1) Manejo realizado pela profissional: “Perguntando se ela acreditaria na possibilidade de não haver culpados e que, de repente, poderia ter sido uma decisão de alguém que viria e ‘adiou’, ela acolheu bem esse assinalamento” (DMS56F Espírita).

Relacionado com: “Paciente relatava culpa por aborto espontâneo e eu durante a escuta ouvi claramente alguém dizer que se chamava Thomas e que ninguém era culpado de nada porque foi ele que “desistiu” de vir. Após algum tempo

perguntei a paciente como se chamaria o bebê caso não tivesse abortado e ela respondeu ‘Thomas’”.

- 2) Manejo realizado pela profissional: “Usei para entendimento da dor da paciente. Não verbalizei para ela o que eu via” (R64F Evangélica pentecostal/ neopentecostal).

Relacionado com: “Eu via dois vultos, de luz amarela, ao lado da paciente durante as sessões mais iniciais. Até que ela contou que havia feito dois abortos. Após trabalharmos a respeito dos abortos, não vi mais”.

- 3) Manejo realizado pela profissional: “Lembro de não ter esboçado nenhuma reação, pelo menos aparentemente. Respirei, reconheci a percepção que tive e continuei a escuta” (LCP32F Umbandista).

Relacionado com: “Lembro-me de estar atendendo e perceber luzes cintilantes pela sala, por trás do paciente. Além disso já tive a sensação de durante o atendimento sentir um amparo espiritual como resultado de eu ter um desenvolvimento mediúnico, ou seja, de alguma forma o amparo espiritual que recebo se estende ali (energeticamente) no setting”.

- 4) Manejo realizado pela profissional: “Então, acabei respondendo antes. Mantive o foco no paciente e continuei a sessão. Como espírita, solicitei ajuda e a obtive” (JBDN49F Espírita).

Relacionado com: Relato: “Sou espírita e médium. Já percebi espíritos acompanhando pacientes. Os ignorei e mantive o foco no paciente. Não é complicado graças ao treinamento mediúnico e me guiando pelas diretrizes da psicologia”.

- 5) Manejo realizado pela profissional: “Quando houve o insight intenso falei com naturalidade” (MDGF65F Católica/espírita/umbandista e budista).
- 6) Manejo realizado pela profissional: “Realizando a mediação de conflitos entre ambos” (SS41F sem religião).

Relacionado com: “Tive a oportunidade de sentir a presença deles através das falas do paciente” (No relato anterior a profissional faz alusão as falas do paciente nas quais ele lhe conta sobre a presença de entidades descritas como reais que lhe provocam muito sofrimento).

- 7) Manejo realizado pelo profissional: “Tentei abordar com o paciente sobre ciclos e situações abertas que ele gostaria de resolver (sem mencionar nada sobre morte)” (LOC28F Umbandista).

Relacionado com: “Sentir a data da morte de cada paciente que faleceu (na data que senti)”.

- 8) Manejo realizado pelo profissional: “Fiz uma oração em silêncio agradecendo” (M28F Cristã protestante).

Relacionado com: “Momentos em que eu estive em dúvida sobre como manejar a sessão e sentir que o Espírito Santo me usou colocando as palavras certas para aliviar o paciente que estava muito rígido”.

- 9) Manejo realizado pela profissional: “Tentei visualizar a energia recebendo amor e paz, sendo encaminhado para um lugar de luz” (MG52F Católica/espírita/hinduísta).

Relacionado com: “Senti uma presença na sala e falei mentalmente para que essa energia que estivesse ali, ficasse em paz e recebesse o atendimento que estivesse procurando. Falei para o paciente, mas ao mesmo tempo para a energia da importância do amor, de fazer boas ações e de se acolher com amorosidade, pois todos cometemos falhas, somos humanos. O mais importante é aprender com nossos erros e fazer diferente, depois do aprendizado”.

- 10) Manejo realizado pela profissional: “Avaliei se fazia sentido de acordo com a formulação do caso, retomei o assunto sobre ideações suicidas de forma delicada e explicando a importância da sinceridade, com acolhimento e assegurando que isso seria importante para a condução adequada do caso e melhora na qualidade de vida da pessoa” (ACCV31O Umbandista/ candomblecista).

Relacionado com: “A sensação de que meus guias estavam falando comigo sobre o atendimento, coisas que poderiam passar despercebidas por mim, como a pessoa atendida estar com muita vergonha, omitindo-se de responder sinceramente sobre ideias suicidas”.

- 11) Manejo realizado pela profissional: “Acolhimento e questionamentos para entender a situação e ver como tudo se liga a visão de mundo e a religiosidade da pessoa” (JHA32F Espírita).

Relacionado com: “Percepção de ouvir vozes e tentar disfarçar ao ver algo ou alguém”.

- 12) Manejo realizado pelo profissional: “Mantenho meu centramento, pois entendo o que acontece comigo. Tive treinamento para isso” (MGL57F Budista/hinduísta/outra religião).

Relacionado com: “Mais de uma vez aconteceu de eu me perceber como observadora, mesmo quando estou falando/trazendo questões para o cliente”.

- 13) Manejo realizado pelo profissional: “Aceitando a intuição” (A51F Espírita).

C) Manejou a vivência compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, utilizando-a no processo psicoterapêutico do paciente e compartilhando com ele.

- 1) Manejo realizado pelo profissional: “Entendi minha experiência como uma conexão transpessoal com a experiência do cliente, foi algo que me intrigou bastante e que acabou me deixando com mais dúvidas do que certezas, mas junto a outras experiências anômalas que já experimentei na vida, essa definitivamente me instiga bastante e não consigo me sentir confortável em relação a esse tema das experiências anômalas” (PASF44M sem religião).

Relacionado com: “Certa vez um cliente estava realizando um trabalho de interiorização, com olhos fechados e em estado de relaxamento e, por algum motivo, senti uma “necessidade” de também fechar os olhos. O cliente descrevia

algumas imagens e eu também passava a vê-las, e não apenas isso, eu tinha sensações no corpo e percebia o surgimento de sentimentos, que o cliente também relatou durante a experiência, mas que eu estava vivenciando em mim mesmo. Uma parte minha estava conectada com a experiência clínica, manejando o tempo e o *setting*, mas outra estava participando da experiência, na qual me senti conectado como provavelmente nunca senti antes, e que teve sobre mim um efeito terapêutico incrível (me senti bem, aliviado, feliz, saudável etc.). Naturalmente compartilhei com o cliente a experiência, mas nunca pude compreender o como e o porquê”.

- 2) Manejo realizado pela profissional: “Relatei para ela o ocorrido porque ela acreditava e aceitava, primeiramente deve vir a crença e necessidade do paciente, mas foi espontânea e rara, pois não é o local adequado para ocorrer” (GFT57F Espírita/budista e hinduísta).

Relacionado com: “Senti a presença de um parente falecido desta paciente”.

- 3) Manejo realizado pelo profissional: “Apenas agradei e me emocionei” (D40F Cristã protestante).

Relacionado com: “Uma paciente ao receber alta pediu para orar comigo e foi uma experiência que senti a presença forte de Deus no momento da oração dela”.

- 4) Manejo realizado pela profissional: Não sabia o que fazer naquele momento. Sorri, agradei, pois fez muito sentido para mim as palavras dela, estava formada há menos de dois anos, sentia que tinha muito ainda a me desenvolver, aprender... Pensei internamente “quanto eu lhe pago por esta consulta, hahaha... “ pois ela havia me ajudado muito naquele dia! Faz-se importante ressaltar que em nenhum momento eu havia falado algo, o comentário sobre as luzes partiu da paciente espontaneamente. Eu nunca havia comentado com ninguém isso. Esta foi a primeira experiência deste tipo que tive no *setting* clínico, talvez por isso foi a mais marcante (MNB40F Católica/espírita/ umbandista/ budista/hinduísta).

Relacionado com: “Durante diversos atendimentos eu percebia certas luzes brancas que “piscavam” sobre as cabeças de pacientes. Isso até hoje às vezes ocorre... Inicialmente, há uns 18 anos atrás, pensei ser um problema oftalmológico e fui ao médico, que atestou minha visão como perfeita, não tinha nada. E eu segui percebendo isso. Sem compreender muito na época, eu cheguei a ter esta hipótese, de que poderia ser algo espiritual, já que concebo esta realidade, mas algo vago. Bem, ao atender uma senhora idosa que possuía diversos fenômenos espirituais, ela olhou para mim e disse “tu estás vendo, né?!”, eu disse “o quê?”, e ela “as luzes brancas piscando sobre a minha cabeça”. Na hora fiquei constrangida, chocada, não sabia o que dizer... Tinha feito alguns cursos que falavam sobre questões espirituais, mas não sobre Manejo Clínico. Então decidi responder a verdade, tendo por base a característica da autenticidade do psicoterapeuta proposta por Carl Rogers, autor humanista. E respondi que sim, que percebia as luzes. Ela disse “isso é uma confirmação do plano espiritual de que tu estás me ajudando. Tens que confiar mais em ti!!!”

- 5) Manejo realizado pelo profissional: “Encaminhar utilizando luzes, fazer uma pequena oração para poder realizar o meu trabalho, procurar perceber o motivo do acontecimento. As 2 situações já citadas, paciente que chega alterado na sessão, muito brabo, triste... Após me centrar, quando possível, converso sobre o que percebi com o paciente” (K59F Católica/espírita).

Relacionado com: “Sentir a energia do paciente e perceber que tem algo lhe acompanhando”.

- 6) Manejo realizado pela profissional: “Comuniquei minha intuição de forma não diretiva, mas provocativa” (EGLA25F Católica/cristã protestante).

Relacionado com: “Grande parte do meu trabalho na clínica é, além de acolher as angústias do paciente, me esforçar para transmitir esperança e ajudar a atribuir significado transcendente para as vivências. Muitas vezes isso se dá com esforço técnico, analítico e de retórica, mas algumas vezes percebo uma voz da intuição, um direcionamento que vem de ouvir o ics. Nessas situações sinto que falo coisas que não vem de mim, conhecimentos que eu não tenho e que não posso

acessar voluntariamente, mas aparecem de forma espontânea ao me conectar com o paciente”.

D) Manejou a vivência compreendendo a experiência REDEMA como um processo psicológico.

- 1) Manejo realizado pelo profissional: “De forma a transformar a experiência que eu senti como sendo de natureza espiritual em uma experiência de natureza psicológica, através do exercício de imaginação semi-dirigida, onde o paciente foi convidado a dialogar com o pai imaginário” (MC57F Espírita).

Relacionado com: “Estava com um paciente e senti a presença de um homem junto a ele. Senti o ambiente pesar e uma angústia tomou conta do meu coração. Resolvi perguntar internamente sobre essa sensação, sobre quem seria aquele homem. E para minha surpresa a resposta veio imediatamente. Algo me disse: sou o pai dele. Preciso resolver as coisas com ele. Preciso falar com ele. E assim eu resolvi escutar minha “intuição” e conduzi a sessão para uma conversa imaginária do paciente com seu pai já falecido. A sessão transcorreu de forma que o paciente e o pai (imaginário) se perdoaram mutuamente. E nesse momento o ambiente ficou leve e aquela angústia desapareceu. Assim também desapareceu a imagem daquele homem na minha mente. Meu paciente, eu (e acredito que seu pai), saímos refeitos daquele encontro”.

- 2) Manejo realizado pela profissional: “O processo caminhou bem. Durante a supervisão, além de outras coisas, compreendemos essa sensação como Intuição, lendo um pouco sobre o que Bion diz a respeito” (VRSC32F Evangélica pentecostal/neopentecostal/sem religião).

Relacionado com: “Era um caso difícil e aquela seria uma sessão difícil, eu fiz uma oração muito forte antes do atendimento porque eu estava realmente preocupada com o andar da carruagem. Nessa oração eu pedi que eu soubesse dizer as palavras certas, nos segundos certos de que pudessem ajudar aquela pessoa. Pedi que todos os meus conhecimentos da Psicologia e Psicanálise pudessem me ajudar naquele momento e que fizesse aquilo que minha paciente

precisava/necessitava e não aquilo que ela queria. Foi uma sessão longa e de repente eu percebi que era como se eu de fato pudesse compreendê-la em outra instância, testemunhar sua dor e sofrimento e só então eu pude me aproximar e sentir com as pontas dos dedos um pouco daquele mar imenso de dor e sofrimento em que ela estava totalmente mergulhada. Nesse momento as palavras saíram de minha boca de forma quase que automática e foi quando ela também pôde se sentir ouvida, ela existia, a partir dali era uma pessoa. Quando a sessão terminou fiquei com a sensação de como foi que tive aquela constatação?”

- 3) Manejo realizado pelo profissional: “Expliquei o que era sincronicidade, a partir da psicologia analítica de Jung e nos alegramos com o que vivemos” (MGH52F sem religião).

Relacionado com: “As sincronicidades que ocorrem são para mim a maior expressão da conexão com o todo. Uma vez senti a imagem de uma semente que iria germinar bem e passei para minha cliente sobre o percurso dela. Ela, então, disse que teria que compartilhar o que experienciou durante a semana em uma igreja. Ela foi a um mosteiro e o padre, sensitivo, estava chamando as pessoas e dando mensagens espirituais. Ele a chamou, mesmo sem a conhecer e disse: Você, a jovem com blusa verde, fique tranquila pois seus caminhos irão germinar bem, pois você é como uma semente que agora foi bem plantada”.

- 4) Manejo realizado pelo profissional: “No final não houve manejo específico desse tema. Quando era uma experiência dela e que não me envolvia, tratávamos como qualquer outro conteúdo clínico. Em outros momentos ela ensaiou trazer esses conteúdos me envolvendo, mas o manejo era algo como “vamos falar sobre você, não sobre mim” (PSP39M sem religião).

Relacionado com: “Ao longo dos anos foram alguns relatos. O mais significativo foi uma vez, no início da minha carreira, uma das minhas primeiras pacientes. Ela não tinha uma religião específica, mas lidava com frequentes visões do que ela chamava de espíritos. Era uma paciente que não tinha nenhuma evidência de delírio ou paranoia, nada que sugerisse um quadro psicótico. Ela estava terminando a graduação e tinha uma vida organizada, com uma rede de relacionamentos significativa. A sua queixa era relacionada a uma doença crônica e estávamos

trabalhando questões relacionadas com ela se colocar em risco desnecessariamente. Era uma quinta-feira à noite. Ela contava uma história corriqueira, algo do dia a dia. E eu senti uma tristeza muito grande. Então eu disse para ela “FULANA, você está me contando isso e eu estou sentindo uma tristeza muito grande... eu acho que essa tristeza não é minha, eu acho que ela é sua... tem algo de triste que você gostaria de me contar?”. E então ela disse “P. (nome do psicólogo), essa tristeza não é minha e nem sua, é dessa senhora que está ao seu lado.” Esse era um consultório que ficava nos fundos da casa da minha orientadora de especialização. Alguns dos seus alunos usavam esse consultório. No nosso grupo de supervisão eu falei sobre esse episódio e uma colega disse que havia acontecido algo semelhante na segunda-feira da mesma semana com um paciente dela que é médium. O paciente dela também havia relatado ter visto uma senhora no consultório”.

- 5) Manejo realizado pelo profissional: “Me inclui num espaço pós onírico. Com indagações até hoje em dia não concluídas no papel de terapeuta, mesmo usando uma abordagem transpessoal ou anomalística” (VCS73M outra religião).

Relacionado com: “Trabalhava numa abordagem de ampliar um sonho de uma cliente minha. Uma cliente que está em terapia faz muitos anos. Ela estava preocupada em ajudar um filho que hoje está bem situado na Alemanha. No sonho passava por algumas situações desagradáveis até chegar para ajudar o filho, mas tinha que ir até um espaço que não sabia qualificar. Pedi para ela descrever o imóvel do sonho assim como, seus cômodos. Ela achava que já tinha estado nesse local outras vezes. Então, decidiu que não queria ir mais naquele local. Concordei. Saiu do meio da sala e voltou para sua cadeira. Estava atendendo-a no período matutino. Nisso apareceu uma luz que não era do nosso espectro visível. Era uma luz pós conteúdos oníricos de minha cliente. Perguntei se ela estava vendo aquela luz e ela disse que não. Trabalho com a concepção que sonhos são conteúdos inconscientes que pedem um fechamento para haver uma integração psíquica. Então, num impulso saí da minha cadeira e me pus embaixo da luz. Fui tomado por uma vontade de falar, a voz era de uma figura masculina. Falei como se fosse ele, um homem que “era o coordenador daquele espaço e concordava que ela se afasta-se”. Após essa inclusão num conteúdo pós onírico da minha cliente fui acometido por várias indagações. Estava certo fazer aquela ação como terapeuta, na medida em que ela não via aquela

luz? Eu canalizei uma energia volitiva com autonomia? O espaço onírico dela tinha uma existência além de sua construção? E, tinha eu o direito ou o dever de finalizar aquele conteúdo onírico? Será que no sonho dela, ela entrava em outro nível de realidade? Esse nível de realidade existe independente de seu sonhar? Até hoje não fechei estas indagações”.

- 6) Manejo realizado pelo profissional: “Procurei alguns lugares para buscar maiores informações sobre esse contexto de desdobramento. Mas não aprofundi” (DC41F sem religião).

Relacionado com: Após paciente mencionar o que sentia no ambiente, comecei a observar e perceber sensações parecidas ao que ele havia relatado. Fiquei feliz, mas considero ser resultado da psicologia.

2.12.6 Análise de conteúdo dos manejos realizados pelos psicólogos em relação as experiências REDEMA vivenciadas por eles mesmos durante a psicoterapia no *setting* terapêutico

- A) Manejou a vivência compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, sem permitir que houvesse influência no processo psicoterapêutico do paciente.

- Manutenção do Foco no Paciente e no Processo Terapêutico:

Profissionais que apesar de vivenciarem experiências REDEMA, mantiveram seu foco exclusivamente no atendimento do paciente, sem mencionar a experiência no contexto terapêutico. Percebido nos manejos 5: Percebeu um “guia espiritual” do paciente, mas guardou a experiência para si; manejo 12: Sentiu arrepios fortes, mas se concentrou ainda mais no relato do paciente; manejo 14: Viu fumaça sair da boca do paciente, mas focou na própria respiração e na fala do paciente; manejo 11: Teve uma experiência anômala em um grupo de meditação, mas manteve o foco nos participantes.

Nesses casos, o profissional mantém uma postura de não interferência e continua o processo psicoterapêutico normalmente, sem mencionar ou discutir a

experiência com o paciente. A experiência pessoal é mantida à parte para não desviar o foco terapêutico.

– Utilização de Técnicas de Regulação Interna:

Psicólogos que, ao vivenciarem uma experiência REDEMA, empregaram técnicas de regulação interna, como respiração, oração mental ou foco consciente, para manter o controle da situação e proteger-se emocionalmente ou espiritualmente. Percebidos no manejo 4: Conectou-se com a própria respiração ao sentir uma sensação de amorosidade durante o relato do paciente; manejo 7: Usou a concentração e o autocontrole para proteger-se de uma possível “passagem” espiritual, mantendo a presença e a continência; manejo 10: Fez uma oração mental para lidar com a sensação de uma “gosma verde” que ele sentiu sair do cliente durante o atendimento; manejo 14: Focou na respiração para manter o controle diante de uma experiência sensorial intensa (fumaça e cheiro de rosas).

Esses profissionais adotam estratégias internas de regulação emocional e espiritual, envolvendo respiração, oração ou concentração, para preservar a continuidade do atendimento e evitar que suas percepções pessoais influenciem o processo psicoterapêutico.

– Postura Reflexiva e Distanciada:

Psicólogos que, ao vivenciarem uma experiência espiritual ou anômala, adotaram uma postura reflexiva, atribuindo a experiência a coincidências, fenômenos subjetivos, ou mantendo uma postura de agnosticismo. Esse manejo permitiu aos profissionais não se envolverem emocionalmente com a experiência e preservarem a sua neutralidade. Ex. Manejo 2: Refletiu sobre uma possível coincidência ao chamar o paciente por um nome que coincidia com o de um ente querido perdido, de modo a não interferir na descrença do paciente. Manejo 6: Considerou a presença espiritual como uma possibilidade, mas manteve a reflexão sobre fenômenos místico-religiosos dentro do âmbito pessoal; manejo 8: Experimentou mal-estar e outros sintomas físicos, mas conduziu a sessão com respeito e distanciamento, sem expor suas percepções ao paciente.

Esses profissionais adotam uma abordagem racional/reflexiva em relação aos fenômenos espirituais, considerando-os como parte de sua experiência pessoal, mas sem incorporá-los ao processo terapêutico, mantendo uma posição distanciada.

– Autoproteção e Limites:

Psicólogos que vivenciaram fenômenos que sugeriram uma presença espiritual ou forças externas e sentiram a necessidade de se proteger, tanto emocional quanto espiritualmente, para garantir que a experiência não interferisse na terapia. Manejo 7: Sentiu a presença de uma energia espiritual que queria “falar” através dela, mas estabeleceu limites claros para impedir qualquer interferência na sessão; manejo 9: Sentia-se mal fisicamente após as sessões com um paciente específico, mas lidou com o mal-estar internamente e se reorganizou após cada sessão, sem permitir que isso influenciasse a relação com o paciente.

Esses profissionais adotaram uma postura de autoproteção, usando limites claros para não permitir a interferência de fenômenos externos (espirituais ou energéticos) no andamento da sessão.

– Intervenção Espiritual Interna:

Psicólogos que recorreram a práticas espirituais internas, como orações ou mantras, para lidar com a experiência espiritual ou anômala sem compartilhar isso com o paciente. Manejo 10: Orou mentalmente durante a sessão ao sentir uma “gosma verde” sair do paciente. Manejo 13: Utilizou “orações internas” durante a sessão, sem externalizá-las ou 308judá-las interferir no processo terapêutico.

Há um manejo espiritual interno que ocorre de forma silenciosa e pessoal, sem ser comunicado ou manifestado externamente ao paciente. Essas práticas internas são usadas para lidar com as percepções anômalas, mantendo o atendimento dentro dos padrões terapêuticos.

Conclusão:

Os psicólogos relataram uma ampla variedade de experiências espirituais, mediúnicas e anômalas dentro do contexto terapêutico. No entanto, ao analisarmos os manejos descritos, fica evidente que a maioria dos profissionais adota uma postura

cuidadosa para garantir que essas vivências pessoais não influenciem negativamente o processo terapêutico com o paciente.

Embora essas vivências possam ser significativas para os próprios profissionais, a maioria deles adota estratégias de manejo que protegem a neutralidade do processo psicoterapêutico, preservando o bem-estar e a autonomia do paciente. Isso reforça a importância de uma postura de continência, autocontrole e respeito à individualidade do paciente no contexto clínico.

B) Manejou a vivência compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, utilizando-a no processo psicoterapêutico do paciente sem que ele percebesse.

– Interação com Presenças Espirituais ou Anômalas:

Mostram uma clara percepção de presenças espirituais ou energias. A resposta dos psicólogos é internalizar essa experiência, não verbalizando diretamente para o paciente, mas utilizando-a para guiar suas intervenções. Manejo 1: A psicóloga escuta uma voz que se identifica como Thomas, mas ao invés de revelar essa percepção ao paciente, ela faz uma pergunta sutil para validar a informação (o nome do bebê). Isso demonstra uma postura cuidadosa, onde a profissional utiliza a experiência mediúnica para fortalecer a intervenção, mas sem explicitá-la; manejo 2: A terapeuta percebe vultos que, posteriormente, relaciona com os abortos mencionados pela paciente. A profissional opta por não revelar sua percepção, mas utiliza essa informação para compreender melhor a dor da paciente.

Esses exemplos evidenciam que, em situações de percepções anômalas, o manejo é guiado pela compreensão pessoal dessas experiências, sem que a paciente perceba que o direcionamento vem dessas influências espirituais.

– Apoio Espiritual e Mediunidade:

Alguns psicólogos mencionam a sensação de estarem sendo assistidos espiritualmente ou de estarem utilizando suas capacidades mediúnicas no *setting* terapêutico. Eles se mantêm centrados e não externalizam essas percepções para o paciente. Manejo 3: A psicóloga relata uma experiência de amparo espiritual e mediúnico durante a sessão, mas não verbaliza isso para o paciente. Ela reconhece a percepção internamente e utiliza esse apoio espiritual para conduzir melhor a

sessão, mantendo a escuta focada no paciente; manejo 4: A profissional, mesmo identificando a presença de espíritos, mantém o foco no paciente e utiliza o conhecimento mediúnico como apoio, sem que o paciente perceba. Essa atitude reflete uma internalização da experiência espiritual no processo de atendimento.

Esses relatos mostram como os psicólogos integram a espiritualidade no manejo clínico, percebendo essas presenças ou influências como suporte adicional que aprimora sua prática, sem quebrar a neutralidade terapêutica.

– Uso da Intuição como Ferramenta Terapêutica:

Observa-se o uso da intuição de forma deliberada como uma ferramenta de intervenção. O manejo envolve insights ou orientações que os psicólogos sentem ou intuem, mas que são integrados ao processo terapêutico sem que o paciente perceba de onde vem essa inspiração. Manejo 5: O profissional menciona ter tido um *insight* intenso e, sem relatar diretamente a origem desse *insight*, expressa-o de forma natural, utilizando a informação para guiar o processo terapêutico; manejo 10: A terapeuta sente a orientação de seus guias espirituais sobre o atendimento e decide abordar delicadamente o tema das ideações suicidas com a paciente. Ela utiliza essa intuição para fazer questionamentos importantes, mas o manejo permanece dentro dos parâmetros terapêuticos tradicionais.

Essa categoria de manejo revela como os psicólogos estão atentos às suas percepções intuitivas, as incorporando na condução do processo, mas sem desviar do foco na clínica, mantendo o paciente protegido de qualquer interpretação externa à psicologia.

– Estratégias de Condução Interna:

Vários psicólogos adotam estratégias internas, como a oração ou visualizações, que funcionam como suportes adicionais em momentos críticos da sessão. Esses profissionais buscam ajuda espiritual ou de energias, mas isso permanece como uma prática silenciosa e interna, sem interferir no curso da sessão percebido pelo paciente. Manejo 8: A terapeuta faz uma oração em silêncio, pedindo orientação para lidar com o paciente. O paciente, por sua vez, não percebe essa ação, mas a intervenção guiada pelo “Espírito Santo” é eficaz em trazer alívio à rigidez do paciente.

Essas estratégias mostram como os psicólogos podem integrar sua religiosidade pessoal no processo terapêutico de forma indireta e sutil, sempre resguardando a neutralidade do espaço terapêutico.

– Conclusão:

A análise revela que os psicólogos utilizam suas experiências religiosas, espirituais, mediúnicas e anômalas como ferramentas internas de manejo, sem explicitá-las aos pacientes. Eles integram essas vivências no *setting* terapêutico por meio da intuição, apoio espiritual, visualizações ou percepções mediúnicas, sempre mantendo o foco no paciente e adaptando o uso dessas influências para aprimorar a compreensão e o manejo dos casos. Dessa forma, há uma intersecção entre a prática psicoterapêutica e a experiência espiritual, sem que a natureza dessa última seja revelada diretamente aos pacientes.

- C) Manejou a vivência compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, utilizando-a no processo psicoterapêutico do paciente e compartilhando com ele.

– Conexão Transpessoal:

Enfatiza a importância da conexão transpessoal entre terapeuta e cliente. Os psicólogos que relatam vivências semelhantes às de seus pacientes demonstram como essas experiências podem criar um espaço seguro e autêntico, onde a terapia se torna um processo construído em conjunto por terapeuta e paciente. Essa conexão não só facilita a empatia, mas também promove uma experiência terapêutica mais profunda e significativa. Manejo 1: “Entendi minha experiência como uma conexão transpessoal com a experiência do cliente... Naturalmente compartilhei com o cliente a experiência, mas nunca pude compreender o como e o porquê”. Destaca a experiência do psicólogo como uma conexão transpessoal, onde ele sente uma imersão nas experiências do cliente, resultando em sentimentos de bem-estar. Aqui, há uma clara evidência de que o profissional vê suas experiências anômalas como elementos que podem enriquecer a interação terapêutica. A dúvida e a insegurança quanto ao significado dessas vivências não impedem que ele as compartilhe, demonstrando uma busca contínua por compreensão e conexão.

– Aceitação da Crença do Paciente:

A aceitação das crenças do paciente se revela fundamental para a construção de uma relação de confiança. Os profissionais que se abrem para validar as crenças espirituais de seus pacientes não apenas fortalecem o vínculo terapêutico, mas demonstram respeito pela individualidade e pela visão de mundo do paciente. Indicando uma abordagem inclusiva e sensível que considera a diversidade de experiências humanas. Manejo 2: “Relatei para ela o ocorrido porque ela acreditava e aceitava...” A profissional compartilha uma experiência em que sentiu a presença de um parente falecido da paciente, optando por comunicar isso para validar as crenças dela. Aqui, a crença do paciente é respeitada, e a experiência do profissional é utilizada como uma forma de fortalecer a relação terapêutica.

– Presença de Deus:

Ilustra como momentos de presença espiritual, como a sensação de conexão com o divino durante orações, podem enriquecer o processo terapêutico. Esses momentos significativos não só impactam os psicólogos emocionalmente, mas também têm o potencial de fortalecer a relação com o paciente, proporcionando um espaço de esperança e cura que transcende a mera interação clínica. Manejo 3: “Apenas agradei e me emocionei...” O psicólogo descreve um momento de oração com a paciente, onde ele sente a presença de Deus. Essa experiência emocional não só fortalece a conexão entre eles, mas também permite que ele compartilhe um momento de significância espiritual que pode beneficiar o paciente.

– Autenticidade na Experiência Espiritual:

Os profissionais que se mostram abertos e honestos sobre suas próprias vivências contribuem para um ambiente terapêutico mais genuíno. Essa autenticidade não só legitima as experiências do paciente, mas também encoraja uma exploração mais profunda e corajosa das questões espirituais que podem surgir durante a terapia. Manejo 4: “Não sabia o que fazer naquele momento. Sorri, agradei...”

Neste relato, a profissional encontra-se em uma situação em que a paciente menciona as luzes que ela vê. A psicóloga, ao reconhecer e validar a experiência da paciente, se abre para uma experiência nova e marcante, criando um espaço seguro para a exploração de fenômenos espirituais.

– Intuição e Energia do Paciente:

Importância da intuição e da sensibilidade à energia do paciente. A capacidade de perceber e responder a essas energias demonstra uma abordagem da psicologia, onde as emoções e experiências não verbais são reconhecidas como componentes essenciais do processo terapêutico. Isso sugere uma prática que vai além da verbalização, considerando o ser humano em sua totalidade. Manejo 5: “Encaminhar utilizando luzes, fazer uma pequena oração...”

A psicóloga utiliza a percepção da energia do paciente e faz uma oração para centrar-se antes de abordar a situação. Essa abordagem revela um manejo que considera a energia emocional do paciente, indicando uma prática de terapia que vai além do verbal e envolve uma sensibilidade intuitiva.

– Voz da Intuição:

Utilização da intuição como um guia no processo terapêutico. Os psicólogos que relatam insights intuitivos mostram como essas percepções podem ser instrumentalizadas para beneficiar o cliente. Essa capacidade de se conectar com algo maior e de permitir que a intuição guie a prática é um aspecto valioso que pode enriquecer o trabalho terapêutico. Manejo 6: “Comuniquei minha intuição de forma não diretiva, mas provocativa...”

A profissional menciona que, em várias situações, ela se sente direcionada por uma voz intuitiva durante as sessões. Esse tipo de manejo permite que ela se conecte de forma mais profunda com o paciente, trazendo *insights* que parecem surgir espontaneamente, enriquecendo a dinâmica terapêutica.

– Conclusão:

A abordagem é inclusiva e valoriza a conexão com o paciente reforçando o vínculo. Ao validar a crença R/E do paciente, o profissional cria um espaço de confiança onde as experiências REDEMA são legitimadas, numa relação terapêutica profunda. No entanto, os psicólogos devem garantir que suas experiências pessoais não influenciem a psicoterapia ou comprometam a autonomia do paciente. A presença de *insights* intuitivos, ainda que possam enriquecer a prática, exigem atenção e cuidado relacionados a neutralidade. Esses cuidados possibilitarão um espaço seguro

para explorar os aspectos espirituais sem comprometer a objetividade terapêutica, promovendo um processo de cura que considera o ser humano em sua integralidade.

D) Manejou a vivência compreendendo a experiência REDEMA como um processo psicológico.

– Pai imaginário:

O diálogo com o pai imaginário e a utilização da intuição, mediadas pela oração, mostram como experiências espirituais podem ser transformadas em ferramentas de cura, permitindo que o paciente encontre significado e reconciliação em suas vivências emocionais. Manejo 1: A psicóloga diz que “Estava com um paciente e senti a presença de um homem junto a ele. Senti o ambiente pesar e uma angústia tomou conta do meu coração. Resolvi perguntar internamente sobre essa sensação, sobre quem seria aquele homem. E para minha surpresa a resposta veio imediatamente. Algo me disse: sou o pai dele. Preciso resolver as coisas com ele. Preciso falar com ele. E assim eu resolvi escutar minha “intuição” e conduzi a sessão para uma conversa imaginária do paciente com seu pai já falecido...” “De forma a transformar a experiência que eu senti como sendo de natureza espiritual em uma experiência de natureza psicológica, através do exercício de imaginação semi-dirigida, onde o paciente foi convidado a dialogar com o pai imaginário”

O manejo demonstra a capacidade da psicóloga em validar e transformar uma experiência considerada espiritual em um processo psicológico. A transição do peso emocional para uma conversa imaginária permite ao paciente o processo de luto e reconciliação. A habilidade de utilizar a intuição como um guia para a terapia reflete uma flexibilidade teórica e uma profunda compreensão da dor humana.

– Sincronicidade e Conexão:

A noção de sincronicidade, conforme proposta por Jung, destaca a possibilidade de conexão profunda entre terapeuta e paciente, enriquecendo a relação terapêutica e reconhecendo a interdependência entre experiências psicológicas e espirituais. Essa abordagem sugere que os fenômenos espirituais não apenas complementam, mas também enriquecem a compreensão do processo terapêutico. Manejo 3: “Expliquei o que era sincronicidade, a partir da psicologia analítica de Jung

e nos alegamos com o que vivemos”. O profissional explica a sincronicidade, a partir de uma experiência significativa compartilhada pelos dois relacionada a uma mensagem espiritual recebida pela cliente.

O psicólogo reconhece as sincronicidades como expressões da conexão com o todo, transformando-as em uma experiência compartilhada que fortalece o vínculo terapêutico. Essa abordagem ressalta a importância do contexto espiritual na terapia e a capacidade do profissional de integrar conceitos da psicologia com vivências espirituais.

– Inclusão no espaço pós-onírico:

O profissional menciona sua inclusão em um espaço pós-onírico da cliente, indagando sobre a natureza dessa experiência e seu papel como terapeuta. O manejo reflete uma profunda imersão na experiência da cliente, levando a questões éticas e existenciais sobre a atuação do terapeuta. Essa vivência é um exemplo de como as experiências anômalas podem desafiar as fronteiras do que é considerado como terapia convencional, instigando reflexões sobre a natureza da prática terapêutica.

– Conclusão:

A análise desses manejos demonstra a complexidade das experiências REDEMA na prática psicológica. Os psicólogos tendem a adaptar suas experiências pessoais em processos que se tornam ferramentas de conexão e compreensão no *setting* terapêutico. Essa flexibilidade sugere que, mesmo em contextos que podem parecer distantes da psicologia tradicional, há espaço para uma interpretação e uma integração significativa das experiências vividas. A habilidade de transitar entre o psicológico e o espiritual pode enriquecer o processo terapêutico e oferecer novas perspectivas para o tratamento dos pacientes.

A análise dos manejos realizados pelos psicólogos em relação a experiências REDEMA vivenciadas por eles mesmos durante o processo psicoterapêutico no *setting*, revela uma profunda interconexão entre suas vivências pessoais e a prática terapêutica. Cada categoria estabelecida destaca um aspecto distinto dessa relação, contribuindo para uma compreensão mais rica do papel que essas experiências desempenham na psicologia contemporânea. Em conjunto, essas categorias

demonstram que as experiências pessoais dos psicólogos não são apenas elementos isolados, mas sim partes integradas que podem enriquecer o processo terapêutico. A disposição para compartilhar e integrar essas vivências proporciona um espaço de acolhimento, compreensão e crescimento tanto para o terapeuta quanto para o paciente. Essa abordagem não só humaniza a prática psicológica, mas também abre caminho para uma terapia que respeita e valoriza as dimensões espirituais e anômalas da experiência humana, promovendo um entendimento mais abrangente e empático da condição humana. Assim, a prática clínica se torna um espaço de aprendizado mútuo e transformação, onde a experiência pessoal do terapeuta pode atuar como um catalisador para a cura e o desenvolvimento do paciente.

2.13 MANEJOS QUE ENVOLVERAM RELATOS NÃO RELACIONADOS A EXPERIÊNCIAS REDEMA

- A) Com acolhimento, empatia, respeito e/ou validando a experiência e/ou crença do paciente.
- 1) Manejo realizado pela profissional: “Acolhimento, questionamento socrático na tentativa de trazer ao paciente outras possibilidades, habilidades” (K42F católica/espírita).
 - 2) Manejo realizado pelo profissional: “Ouvi e lidei com respeito em relação a crença e a situação do paciente naquele momento” (FS40F católica).
 - 3) Manejo realizado pela profissional: “Ouvi, acolhi e procurei trabalhar com respeito à religião dela” (C42F evangélica pentecostal/neopentecostal).
 - 4) Manejo realizado pela profissional: “Acolhi a queixa sobre a saudade e querer sonhar com o pai, mas até então estamos elaborando o luto em sessão para entender o porquê desta questão trazer tanto sofrimento” (AJNM27F umbandista).
 - 5) Manejo realizado pela profissional: Conversamos sobre como ela estava com a situação. Aproveitei que ela estava em paz e tranquila para conversar nas sessões seguintes sobre as flexibilizações que ela teria que fazer para viver conforme fosse a entrada do dinheiro. Conversamos

também sobre a importância de ter reservado o valor da volta para o Brasil caso ficasse sem condições de se manter no novo país, visto que este era o maior medo da paciente (M28F cristã protestante).

- 6) Manejo realizado pela profissional: “Sempre tentei mostrar que a fé dele era muito importante para o processo, mas que também era necessário ele validar o esforço que ele vinha fazendo com a sua mudança de comportamentos” (H35F católica).

Relacionado com: “Um paciente que não acreditava na eficácia da psicoterapia, atribuindo sua melhora exclusivamente a Deus”.

- 7) Manejo realizado pelo profissional: “Nesse caso, considerando que o sentimento de culpa precisava ser trabalhado e estava no campo da fé, elucidei a questão com a paciente (a paciente é psicanalista, o que facilitou) e fiz questionamentos, deixando evidente que a fé também é sentimento, e de que em nenhum momento eu estava questionando sua crença. A paciente compreendeu e seguimos sem mais problemas. No geral, faço psicoeducação com os pacientes e confirmo se estão compreendendo minha posição diante dos questionamentos que preciso fazer quando as questões emocionais estão atreladas (ou próximas) às crenças religiosas / fé / espiritualidade” (DAFS38M católico/cristão/protestante/ evangélico/espírita/sem religião).
- 8) Manejo realizado pelo profissional: “Escuta que permitisse a elaboração de suas questões” (RP43M espírita).
- 9) Manejo realizado pela profissional: “Afetivamente, ouvindo, respeitando sua fragilidade, mas também tentando ser continente, fazendo o vaso que ela precisava para não escorrer de vez e ficar inconsciente de quem era mesmo estando acordada” (CB45F Católica/espírita/umbandista/budista/ hinduísta).

- B) Manejos em que o profissional lidou com a experiência do paciente de acordo com seu referencial teórico.

- 1) Manejo realizado pelo profissional: “O cliente estava passando por crises de ansiedade, fui focal e diretivo, usando as técnicas da terapia cognitiva comportamental, nas questões homoafetivas/religiosidade, acolhi e usei todo meu arcabouço científico da ciência da Religião (sou especialista nessa área) para intervir no sofrimento psíquico causado pela família fundamentalista” (P45M católico).
- 2) Manejo realizado pelo profissional: “O paciente, fora de episódios de surto, era submetido a sessões de psicoterapia clínica individual de periodicidade semanal e caráter presencial. Paralelamente eram feitas reuniões com amigos e familiares para orientação, sempre sob condição de manutenção da confidencialidade do conteúdo das sessões psicoterápicas. Além disso, eram realizadas periodicamente reuniões de discussão do caso com o psiquiatra responsável (DNM34M católico/cristão protestante/umbandista/candomblecista/ ateu ou agnóstico).
- 3) Manejo realizado pela profissional: “Geralmente nos casos de dissociação trato de estruturar o ego do paciente, para depois ter maior facilidade de diálogo com ele até que ele entenda a situação que está passando ou seja o porquê da dissociação” (CSC72F outra religião).
- 4) Manejo realizado pela profissional: “Entendo que, independentemente do assunto tratado, minha função sempre é entender o que há de psicológico nessa situação. O acolhimento aos temas é fundamental ao processo terapêutico, mas minha atuação é sempre do ponto de vista psicológico” (CMT37F cristã protestante).

C) Manejo em que o profissional não soube como lidar com a experiência do paciente.

- 1) Manejo realizado pela profissional: “Investiguei dados que corroborassem a ideia de Deus promover esse poder” (P43F espírita).

Relacionado com: “Paciente relata ouvir a voz de Deus com a promessa de passar no concurso e de que Ele lhe deu poder para ressuscitar’ o sobrinho”.

D) Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com a própria crença ou descrença religiosa.

- 1) Manejo realizado pela profissional: “Deixei que a pessoa através do questionamento, pudesse dar um significado a sua experiência” (RM61F Católica).

Relacionado com: “A pessoa teve Covid e relatou que quando seu quadro de saúde agravou ela não soube explicar como conseguiu se curar e ter a saúde restabelecida”.

- 2) Manejo realizado pela profissional: “Meu trabalho é auxiliar na compreensão e interpretação” (MGL57F Budista/hinduísta).

Relacionado com: “Relato: “Meus pacientes frequentemente descrevem situações de experiências vividas, porém não compreendem que são experiências espirituais, as descrevem com outro contexto/explicação. Não recorro de nenhuma situação mais específica neste momento” (MGL57F Budista/ hinduísta).

- 3) Manejo realizado pelo profissional: “O paciente mantém o relato de que sua decisão foi acertada e que futuramente haverá a resolução de seus problemas mediante milagre e intervenção divina. Desta forma, trabalho com suas crenças nucleares e na autonomia do paciente para cognição da realidade e independência para tomada de decisões” (L30M ateu ou agnóstico).

Relacionado com: “Decisões de escolha de carreira profissional baseada em relatos subjetivos através dos sonhos do pastor da igreja. Tais decisões resultaram na razão da presente queixa e em prejuízos ao paciente”

- 4) Manejo realizado pela profissional: “Dependendo do caso buscando apoio de outro profissional para eventual contenção (estou me referindo a atendimentos em Hospital Psiquiátrico), técnicas de relaxamento e retorno à consciência” (A52F Espírita).

Relacionado com: ““Paciente com excesso de agressividade, conversão de sintomas emocionais no corpo, ausência de consciência, crises fortes”

E) Manejos em que o profissional não validou a experiência e/ou crenças religiosas do paciente.

- 1) Manejo realizado pela profissional: “Nesse último caso a fiz pisar no chão entender a sua própria realidade para poder passar segurança aos seus pacientes” (CSC72F outra religião).

Relacionado com: “Faço avaliações logo no início do trabalho, uma paciente que é psicóloga que diz trabalhar com “libertação e cura”, logo no início observei para que ela estivesse pisando no chão, antes de entrar na questão espiritual. Observar o paciente como está em relação a ele mesmo, ao mundo e a sua fé. O difícil é quando o terapeuta já está com esse olhar. Precisa neutralidade e objetividade e ficar nas questões emocionais do paciente e não nos pensamentos alucinatórios”.

- 2) Manejo realizado pela profissional: “Não foi um ponto por ele trazido como algo que o afeta, então, prosseguimos com o conteúdo que ele considerava pertinente, não sendo abordado sobre as possessões presenciadas” (L39F Católica/espírita).

- 3) Manejo realizado pelo profissional: “Fiz a escuta e tentei identificar se havia algum delírio” (FALC66M católico).

Relacionado com: “Através de um discurso onde o paciente identificava origem de cunho divino”.

- 4) Manejo realizado pela profissional: “Esta paciente em particular foi hospitalizada, estava em surto psicótico e permaneceu mais de trinta dias internada” (ECO43F católica).

Relacionado com: “Paciente acreditava ser perseguida por pastores e santos, que tinha muitos pecados e o diabo estava em todas as pessoas para 320jud-la”.

2.13.1 Análise de conteúdo dos manejos que envolveram relatos não relacionados a experiências REDEMA

A) As experiências foram compreendidas pelos profissionais como mais um aspecto psicossocial da diversidade humana.

– Acolhimento e Respeito:

Há um forte foco no acolhimento e no respeito às crenças e à vivência do paciente. Os profissionais demonstram sensibilidade ao lidar com as questões do paciente, buscando entender e validar suas experiências e sentimentos, sem impor suas crenças ou juízos de valor.

Manejos 2: “Ouvi e lidei com respeito em relação a crença e a situação do paciente naquele momento”; manejo 3: “Ouvi, acolhi e procurei trabalhar com respeito à religião dela”; manejo 6: “Sempre tentei mostrar que a fé dele era muito importante para o processo, mas que também era necessário ele validar o esforço que ele vinha fazendo com a sua mudança de comportamentos”

O acolhimento é um fator essencial para a construção da relação terapêutica, permitindo que o paciente se sinta seguro para explorar suas questões emocionais.

– Questionamento Socrático e Reflexão:

O uso do questionamento socrático e a promoção de reflexão são evidentes. Os profissionais buscam trazer à tona outras possibilidades de entendimento das experiências do paciente, o que promove um espaço de reflexão e autoconhecimento. Manejo 1: “Acolhimento, questionamento socrático na tentativa de trazer ao paciente outras possibilidades, habilidades”; manejo 7: “Nesse caso, considerando que o sentimento de culpa precisava ser trabalhado e estava no campo da fé, elucidei a questão com a paciente (a paciente é psicanalista, o que facilitou) e fiz questionamentos, deixando evidente que a fé também é sentimento, e de que em nenhum momento eu estava questionando sua crença. A paciente compreendeu e seguimos sem mais problemas. No geral, faço psicoeducação com os pacientes e confirmo se estão compreendendo minha posição diante dos questionamentos que preciso fazer quando as questões emocionais estão atreladas (ou próximas) às crenças religiosas / fé / espiritualidade”

Essa abordagem estimula o paciente a explorar suas próprias crenças e a refletir sobre como elas impactam seu processo emocional.

- Elaboração do Luto e Processamento Emocional:

A acolhida da queixa relacionada à saudade e à elaboração do luto é um aspecto central. O manejo focado no processamento do luto demonstra a importância de lidar com as emoções de forma adequada. Manejo 4: “Acolhi a queixa sobre a saudade e querer sonhar com o pai, mas até então estamos elaborando o luto em sessão para entender o porquê desta questão trazer tanto sofrimento”.

O trabalho com emoções complexas, como o luto, requer uma abordagem sensível e cuidadosa, permitindo que o paciente encontre um caminho para entender seu sofrimento.

- Validação da Experiência do Paciente:

A validação da fé ou das crenças do paciente, bem como a ênfase em sua importância para o processo terapêutico, aparecem como elementos cruciais. Mesmo quando o profissional questiona a validade de certas crenças, há uma tentativa de não invalidar a experiência do paciente. Manejo: “Conversamos sobre como ela estava com a situação. Aproveitei que ela estava em paz e tranquila para conversar nas sessões seguintes sobre as flexibilizações que ela teria que fazer para viver conforme fosse a entrada do dinheiro. Conversamos também sobre a importância de ter reservado o valor da volta para o Brasil caso ficasse sem condições de se manter no novo país, visto que este era o maior medo da paciente”. Esse manejo aconteceu em relação a uma paciente freira que viajaria para o exterior num trabalho voluntário.

Validação da experiência do paciente é fundamental para a construção da confiança na relação terapêutica, promovendo um espaço seguro para a exploração de questões pessoais e emocionais.

- Conclusão:

Os manejos realizados pelos psicólogos demonstram uma abordagem inclusiva, onde as experiências do paciente são compreendidas dentro de um contexto psicossocial mais amplo. Os elementos comuns nas intervenções destacam a importância do acolhimento, respeito, validação das experiências e a promoção da reflexão e autoconhecimento. Essa compreensão das experiências

como parte da diversidade humana permite que os psicólogos construam uma relação terapêutica mais eficaz e empática.

Os relatos analisados demonstram que os psicólogos estão cientes da diversidade das experiências humanas e buscam criar um espaço terapêutico que respeite e valorize essa diversidade. O foco na experiência do paciente, combinado com a promoção da reflexão e da validação emocional, sugere que os profissionais estão empenhados em facilitar um processo de autoconhecimento e de elaboração emocional, essencial para o desenvolvimento pessoal e o bem-estar psicológico.

B) Manejos em que o profissional lidou com a experiência do paciente de acordo com seu referencial teórico.

– Integração de Conhecimento:

A utilização de conhecimentos específicos, como a ciência da religião, para abordar questões relevantes dos pacientes foi uma constante. Isso reflete a importância da formação teórica do psicólogo e como ela pode enriquecer a prática clínica. Manejo 1: “O cliente estava passando por crises de ansiedade, fui focal e diretivo, usando as técnicas da terapia cognitiva comportamental, nas questões homoafetivas/religiosidade, acolhi e usei todo meu arcabouço científico da ciência da Religião (sou especialista nessa área) para intervir no sofrimento psíquico causado pela família fundamentalista”

– Trabalho colaborativo:

Os manejos mostraram uma tendência a envolver a família e a equipe multidisciplinar, sugerindo que a saúde mental é muitas vezes um esforço coletivo, e que o suporte social é um componente vital da terapia. Manejo 2: “O paciente, fora de episódios de surto, era submetido a sessões de psicoterapia clínica individual de periodicidade semanal e caráter presencial. Paralelamente eram feitas reuniões com amigos e familiares para orientação, sempre sob condição de manutenção da confidencialidade do conteúdo das sessões psicoterápicas. Além disso, eram realizadas periodicamente reuniões de discussão do caso com o psiquiatra responsável”

– Abordagens Diferenciadas:

Os profissionais adaptaram suas intervenções às necessidades específicas dos pacientes, seja através de uma abordagem direta, como na TCC, ou um enfoque mais introspectivo, como nas abordagens psicodinâmicas. Manejo 3: “Geralmente nos casos de dissociação trato de estruturar o ego do paciente, para depois ter maior facilidade de diálogo com ele até que ele entenda a situação que está passando ou seja o porquê da dissociação”; manejo 1: “O cliente estava passando por crises de ansiedade, fui focal e diretivo, usando as técnicas da terapia cognitiva comportamental, nas questões homoafetivas/religiosidade...”

– Foco no Acolhimento e Entendimento Psicológico:

A ênfase na compreensão das experiências do paciente, independentemente do tema, ressalta a centralidade do acolhimento no processo terapêutico, o que pode promover um ambiente seguro para a exploração emocional. Manejo 4: “Entendo que, independentemente do assunto tratado, minha função sempre é entender o que há de psicológico nessa situação. O acolhimento aos temas é fundamental ao processo terapêutico, mas minha atuação é sempre do ponto de vista psicológico”.

– Conclusão:

A análise dos manejos demonstra uma rica diversidade de abordagens terapêuticas, todas pautadas por um referencial teórico que guia a prática. A integração do conhecimento, o trabalho colaborativo e o acolhimento são aspectos centrais que contribuem para o sucesso do processo terapêutico. A compreensão do papel do psicólogo, não apenas como um facilitador, mas também como um interlocutor da experiência do paciente, é fundamental para promover intervenções eficazes e sensíveis às necessidades individuais.

C) Manejo em que o profissional não soube como lidar com a experiência do paciente.

Manejo 1

“Paciente relata ouvir a voz de Deus com a promessa de passar no concurso e de que Ele lhe deu ‘poder para ressuscitar’ o sobrinho” ao que a psicóloga diz manejar “Investiguei dados que corroborassem a ideia de Deus promover esse poder”

O comportamento da psicóloga pode ser interpretado como uma inadequação no manejo, uma vez que ela se afastou de uma prática terapêutica orientada à escuta empática, focando em validar ou investigar a experiência religiosa do paciente, tentando buscar elementos que pudessem corroborar a sua visão sobre Deus e os poderes que ele alega ter recebido. Ela parece não ter questionado criticamente o conteúdo da experiência do paciente, tampouco explorado seu significado psicológico mais profundo, como seria esperado de uma prática clínica mais convencional e baseada em evidências. Ao investigar “dados” que corroborem a visão do paciente sobre Deus, a psicóloga parece se posicionar de forma que pode reforçar uma possível ilusão ou crença delirante sem questionamento, o que pode não ser adequado quando há sinais de possíveis transtornos psicóticos ou delírios religiosos.

– Conclusão:

Ao focar em investigar a validade da experiência religiosa do paciente sem uma consideração mais profunda de seus aspectos psicológicos e psicopatológicos, pode não ter oferecido ao paciente um suporte adequado para questionar ou entender sua própria experiência. Em vez disso, a postura da terapeuta pode ter reforçado as crenças do paciente ao invés de lhe oferecer ferramentas para lidar com possíveis distorções da realidade ou para compreender os simbolismos que essas crenças poderiam representar no seu mundo psíquico.

D) Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com a própria crença ou descrença religiosa.

– Influência explícita da descrença pessoal no manejo:

Em alguns casos, a descrença do profissional se reflete de maneira mais clara na forma como ele lida com as experiências do paciente, seja validando ou

questionando a perspectiva do paciente com base em sua própria visão de mundo. Manejo 3: O psicólogo ateu ou agnóstico, diz que seu paciente toma “Decisões de escolha de carreira profissional baseada em relatos subjetivos através dos sonhos do pastor da igreja. Tais decisões resultaram na razão da presente queixa e em prejuízos ao paciente”, diante disso “O paciente mantém o relato de que sua decisão foi acertada e que futuramente haverá a resolução de seus problemas mediante milagre e intervenção divina. Desta forma, trabalho com suas crenças nucleares e na autonomia do paciente para cognição da realidade e independência para tomada de decisões”.

O psicólogo deixa claro que busca ajudar o paciente a cogitar uma “realidade” distinta daquela fundamentada na crença de um milagre ou intervenção divina. Aqui, o padrão é o ceticismo em relação à perspectiva religiosa do paciente, evidenciando que sua própria descrença influencia o manejo. Ele conduz o paciente em direção a uma tomada de decisão baseada na autonomia e na “cognição da realidade”, o que implica que a descrença ou o ceticismo em fenômenos religiosos dirige o foco do tratamento. Percebe-se um padrão de descrença ativa, em que o manejo envolve dissociar a experiência do paciente de uma perspectiva religiosa ou espiritual.

– Inferência implícita baseada na crença pessoal:

Outro padrão é quando a interpretação da experiência do paciente parece ser influenciada pela crença do profissional, mesmo que de forma indireta, seja ao permitir ou sugerir que a experiência tenha um significado espiritual/religioso.

Manejo 1: Relacionada com “A pessoa teve Covid e relatou que quando seu quadro de saúde agravou ela não soube explicar como conseguiu se curar e ter a saúde restabelecida” ao que a psicóloga católica manejou “Deixei que a pessoa através do questionamento, pudesse dar um significado a sua experiência” lembrando que esses relatos foram dados pela profissional em resposta a uma pergunta sobre experiências religiosas, ou seja é essa a interpretação feita por ela.

A profissional parece ter interpretado ou inferido o relato do paciente como algo que poderia ter um significado espiritual ou religioso, ainda que o paciente não tenha feito essa atribuição. Isso pode ser considerado uma inferência alinhada com a própria crença religiosa da psicóloga, ainda que implícita.

– Atribuição espiritual explícita:

O profissional interpreta as experiências do paciente à luz de suas crenças pessoais, mesmo que o paciente não faça essa interpretação, como no caso da psicóloga budista/hinduísta cujo relato foi “Meus pacientes frequentemente descrevem situações de experiências vividas, porém não compreendem que são experiências espirituais, as descrevem com outro contexto/explicação” cujo manejo descrito é “Meu trabalho é auxiliar na compreensão e interpretação”

A profissional parece estar interpretando as experiências dos pacientes com base em sua própria visão espiritual, associada ao Budismo/Hinduísmo. Embora ela esteja buscando ajudar os pacientes a entenderem suas experiências, a forma como ela as interpreta pode ser influenciada por suas crenças religiosas, especialmente quando menciona que os pacientes não compreendem as experiências como espirituais, mas ela as vê dessa maneira.

– Conclusão:

A análise permite estabelecer padrões que corroboram a ideia de que os psicólogos podem interpretar e manejar as experiências dos pacientes com base em suas próprias crenças ou descrenças. Esses padrões variam de uma influência mais ativa e explícita envolvendo descrença ou ceticismo, até uma inferência mais implícita ou indireta, que permeia tanto a interpretação das experiências quanto, eventualmente, a escolha das intervenções terapêuticas. Em todos os casos, observa-se que, direta ou indiretamente, as crenças pessoais dos profissionais parecem moldar, em algum nível, a forma como eles interpretam e manejam as experiências dos pacientes.

A seguir, a Tabela 17 com o resumo de todos os manejos realizados pelos psicólogos em relação às experiências vivenciadas pelos seus pacientes e às suas próprias.

Tabela 17 – RESUMO DOS MANEJOS REALIZADOS PELOS PSICÓLOGOS QUANDO DO RELATO OU DA VIVÊNCIA DE EXPERIÊNCIAS REDEMA NA PSICOTERAPIA

Experiências				
Manejo realizado pelo profissional psicólogo	Trazidas pelo paciente para a psicoterapia	Vivenciadas pelo paciente durante a psicoterapia	Vivenciadas pelo psicólogo durante a psicoterapia	Não são experiências REDEMA
Com acolhimento, empatia, respeito e/ou validando a experiência e/ou crença do paciente	117	30	-	09
Interpretando a experiência do paciente de acordo com o seu referencial teórico	10	02	-	04
Interpretando a experiência do paciente de acordo com o seu referencial teórico e invalidando a experiência	10	-	-	-
O profissional não soube como lidar com a experiência	15	03	-	01
Interpretando a experiência do paciente de acordo com a própria crença ou descrença religiosa	01	03	-	04
O profissional não validou a experiência e/ou crenças religiosas do paciente	09	02	-	04
Subtotal	162	40	-	22
Compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, sem permitir que haja influência no processo psicoterapêutico do paciente	-	-	14	-
Compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, utilizando-a no processo psicoterapêutico do paciente sem que ele percebesse.	-	-	13	-
Compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, utilizando-a no processo psicoterapêutico do paciente e compartilhando com ele	-	-	06	-
Compreendendo a experiência REDEMA como um processo psicológico	-	-	06	-
Subtotal	162 61,6%	40 15,2%	39 14,8%	22 8,4%
Total geral	263 (100%)			

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

CAPÍTULO 3 – DISCUSSÃO

3 DISCUSSÃO DOS RELATOS E MANEJOS

Não temos conhecimento de outros estudos que tenham buscado e se debruçado especificamente sobre relatos dados por psicólogos sobre experiências, aqui definidas como religiosas, espirituais, dissociativas espirituais ou mediúnicas e anômalas (REDEMA), trazidas por seus pacientes para a psicoterapia ou vivenciadas por esses pacientes, e pelos profissionais psicólogos durante o processo psicoterapêutico.

Como pôde ser percebido, existe uma íntima relação entre as experiências REDEMA, com limites nem sempre muito claros e muitas sobreposições. Muitos autores e grupos diferentes buscaram encontrar características comuns que pudessem defini-las, no entanto, apresentam tantas nuances diferentes que não foi possível estabelecer um padrão universal sem questionamentos, todos possíveis e plausíveis, a luz do olhar de quem questiona. Importante lembrar que uma determinada experiência será considerada religiosa, espiritual, dissociativa espiritual ou mediúnica, anômala ou comum, dependendo da interpretação dada pela pessoa, envolvendo suas convicções religiosas ou não religiosas em face de uma ocorrência subjetiva e geralmente contraintuitiva, que contraria as expectativas (Hardy, 1979; Zangari & Machado, 2022). É a cultura que costuma definir o que é comum e o que é anômalo, sendo fortemente influenciada por fatores religiosos e políticos. Se alguns grupos religiosos, como os espíritas e umbandistas estão mais abertos a integração das experiências mediúnicas vivenciadas por seus adeptos, outros grupos, evangélicos pentecostais e neopentecostais por exemplo, poderão 329juda329-las negativamente desencorajando os seus relatos, por interpretar experiências de percepção de dissociação espiritual anômalas como possessão demoníaca (Maraldi; Krippner, 2019). Dito isso, esclareço que as definições usadas para cada uma das experiências REDEMA foi uma escolha, com base em autores reconhecidos, mas ainda assim uma escolha deste autor, sujeita por isso mesmo a contestações e questionamentos. No entanto, uma escolha que norteou o desenvolvimento da pesquisa e foi interpretada adequadamente pelos profissionais psicólogos que dela participaram, possibilitando amplas análises e discussões sobre essas experiências,

trazidas e vivenciadas nos diversos *settings* terapêuticos, proporcionando magníficas contribuições, pelas quais agradeço profundamente a cada um que participou.

A primeira parte do questionário on-line encaminhado aos profissionais, proporcionou dados para que possamos conhecer os psicólogos que participaram da pesquisa.

3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES

Dos 206 participantes da pesquisa, 151 (73,3%) identificaram-se com o gênero feminino, 54 (26,2%) com o gênero masculino e 1 (0,5%) como outro. Esses dados confirmam a predominância feminina na Psicologia, ainda que a proporção da amostra seja um pouco inferior à pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (2022b), em que 79,2% dos profissionais de psicologia brasileiros eram mulheres. Importante notar que não utilizar linguagem inclusiva de gênero não caracteriza desconsideração por essa característica da profissão, apenas optou-se pelo uso do masculino como genérico, abrangendo todos os gêneros.

Os dados sobre a faixa etária dos psicólogos participantes da pesquisa revelam uma distribuição etária relativamente equilibrada, com um nível de predominância de participantes na faixa de 31 a 40 anos, que representa 30% (n=63) do total. As faixas de idade imediatamente acima também têm representações significativas, com 25% (n=51) dos participantes entre 41 e 50 anos e 22% (n=45) entre 51 e 60 anos, resultando que 77% dos participantes têm entre 31 e 60 anos, número muito próximo dos dados do Conselho Federal de Psicologia (2022b), em que a maior parte dos psicólogos brasileiros também está na faixa de 30 a 39 anos (32,6%) e que a maioria dos psicólogos da região sudeste (70,9%), têm entre 30 e 59 anos. Os profissionais mais jovens, na amostra, entre 23 e 30 anos (n=21), representam 10%, enquanto aqueles com idades entre 61 e 73 anos compõem 13% (n=26).

Quanto a origem geográfica dos psicólogos que participaram da pesquisa temos uma ampla diversidade, com profissionais de 78 municípios em todos os estados do Brasil e Distrito Federal. No entanto, a maior concentração de participantes é oriunda do estado de São Paulo, com n=104 (50,5%) do total. Vale lembrar que o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP) tem o maior número de psicólogos do país, concentrando 28,1% do total de psicólogos inscritos (CFP, 2022b).

Com relação a religiosidade autodeclarada dos psicólogos participantes da pesquisa, tivemos que 185 (89,8%) disseram ter afiliação religiosa, número muito próximo do observado na população brasileira geral que é de 92% (IBGE, 2010), com maior presença de católicos $n=40$ (19,4%), cristãos protestantes $n=25$ (12,1%) e evangélicos pentecostais/neopentecostais, $n=15$ (7,3%), que somados também alcançam $n=40$ (19,4%), espíritas $n=31$ (15%), umbandistas $n=8$ (3,9%) e budistas $n=2$ (1%). Interessante notar que 53 (25,7%) profissionais disseram se identificar com mais de uma religião, alguns deles com várias, caracterizando a múltipla pertença religiosa. Quando consideramos as suas indicações de afiliação religiosa temos: 69 católicos, 63 espíritas, 36 protestantes cristãos, 22 evangélicos, 27 umbandistas, 23 budistas, 7 candomblecistas, 7 hindus, 5 judeus, 2 seicho-no-ie e 7 de outras religiões. Desperta a atenção que, quando se considera a indicação desses 53 psicólogos com múltipla pertença religiosa, o número de espíritas dobra, o de umbandistas triplica e o de budistas é multiplicado em mais de dez vezes e que o hinduísmo e o candomblé só foram citados em conjunto com outras religiões.

Se disseram ateus ou agnósticos $n=6$ (2,9%) e sem religião $n=15$ (7,3%), somando 21 psicólogos (10,2%) no total. No entanto, houve outros 8 profissionais que se identificaram como ateus, agnósticos ou sem religião, mas, contraditoriamente, indicaram também uma afiliação religiosa. Apesar da quantidade de psicólogos com afiliação religiosa ser bastante próxima da população geral, difere no que diz respeito aos católicos: 25% na pesquisa *versus* 65% na população geral, e aos espíritas 22,8% na pesquisa *versus* 2% na população geral. No entanto, próximo dos 21,4% de espíritas encontrado por Paulino (2019), em sua pesquisa que buscou aferir a religiosidade dos psicólogos brasileiros, junto de 4300 psicólogos e mais próximo dos 30,4% de psicólogos católicos e 16,7% de psicólogos espíritas na região sudeste, encontrados no levantamento do Conselho Federal de Psicologia (2022b).

Quando cruzamos os dados relacionados a gênero e religiosidade, encontramos que os homens declararam ter menos religiosidade do que as mulheres, 70,4% *versus* 96,7% e são mais ateus ou agnósticos 83,3% *versus* 16,7%, 5 dos 6 que assim se declararam.

A presença de 8 profissionais que se identificaram como ateus ou sem religião e, ainda assim indicaram uma pertença religiosa e os 53 (25,7%) que disseram se identificar com mais de uma religião são particularmente interessantes. Talvez possa ser interpretado como uma visão sobre religiosidade, na qual crenças e práticas

religiosas podem ser conciliadas com uma visão secular ou cética, sugerindo que para esses indivíduos ser “religioso”, “ateu” ou “sem religião” não são categorias mutuamente exclusivas ou excludentes, podendo coexistir como formas diferentes de explorar aspectos da espiritualidade ou da vida. Além disso, a combinação de crenças em religiões que têm diferenças doutrinárias marcantes, como catolicismo, budismo, espiritismo e candomblé, talvez reflita uma busca por complementaridade entre sistemas espirituais e filosóficos. Essa abertura pode indicar que esses psicólogos valorizam diferentes ensinamentos religiosos por suas contribuições à compreensão da existência, sem se prenderem a uma única doutrina. Esse fenômeno de múltipla pertença religiosa entre os psicólogos pode ter implicações interessantes no contexto da prática profissional. A flexibilidade e abertura espiritual que esses profissionais apresentam podem influenciar a forma como abordam a diversidade de crenças e práticas espirituais de seus pacientes. Psicólogos que têm múltipla pertença religiosa talvez possam ser mais sensíveis e receptivos às questões espirituais trazidas por seus pacientes, independentemente de quais sejam elas.

Com relação à religiosidade organizacional, frequência com que participam das atividades religiosas vinculadas à sua religião, 46,1% dos participantes disseram frequentar entre diária e quinzenalmente, número inferior a população geral de 67% (Datafolha, 2013), mas novamente alinhado com o encontrado por Paulino (2019) de 46,3%. Aqui também, quando consideramos o gênero, percebe-se que os homens frequentam muito menos, apenas 33,3% deles frequentam até duas vezes por mês, enquanto as mulheres são 51,7%. Evangélicos (86,7%), cristãos protestantes (80%) e espíritas (54,8%) são os que tem religiosidade organizacional mais alta, sugerindo que as crenças e atividades relacionadas as suas religiões são importantes para eles. Os profissionais com múltipla pertença religiosa, como dito anteriormente, parecem valorizar os ensinamentos das diversas doutrinas, por sua compreensão da vida, da existência sem comprometimento com a ritualística ou práticas religiosas formais.

Os dados sobre a formação, indicam alto grau de especialização dos psicólogos que participaram da pesquisa, considerando que apenas 30 (14,6%) tem apenas a graduação e 176 (85,4%), tem especialização e/ou mestrado e/ou doutorado, sendo: 117 (56,8%) com especialização, 29 (14%) com mestrado e 30 (14,6%) com doutorado. Essa amostra corrobora a correlação positiva entre alta escolaridade e crenças espirituais (Curcio; Moreira-Almeida, 2019).

A maioria dos psicólogos participantes tem na clínica sua atividade profissional principal $n=162$ (78,7%), seguidos pela docência $n=19$ (9,2%), pesquisa $n=5$ (2,4%) e 20 (9,7%) profissionais, apesar de atenderem clinicamente, tem outras profissões como atividade profissional principal.

O referencial teórico mais utilizado na prática clínica é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com $n=78$ (31,7%), seguida pela psicanálise $n=47$ (19,1%), analítica $n=32$ (13%), humanista $n=18$ (7,3%), transpessoal $n=17$ (6,9%), fenomenológica $n=14$ (5,7%), 333juda333i-terapia $n=8$ (3,3%) e outra $n=32$ (13%). Esses números levam em consideração os 177 psicólogos que disseram utilizar um único referencial teórico e os 29 psicólogos que disseram utilizar múltiplos referenciais teóricos na sua prática clínica. Considerando o alto número de “outra” e o questionamento que alguns profissionais fizeram sobre o fato da logoterapia não estar entre as alternativas, indica que ela deveria ter sido listada. Em futuras investigações convém que ela seja considerada.

No que diz respeito ao tempo de atuação como clínico, temos que a maioria dos psicólogos tem entre 10 e 20 anos de prática $n=60$ (28,9%), sendo que os que tem entre 5 e 10 anos também tem um número relevante $n=53$ (25,5%), em seguida vem os que tem mais de 20 anos com $n=36$ (17,3%) e os com entre 3 e 5 anos $n=34$ (16,3%). Significa dizer que os psicólogos que participaram do estudo tem bastante experiência clínica e todos estão inscritos no Conselho Regional de Psicologia de sua região.

Infelizmente, apenas 24 (11,6%) dos 206 participantes da pesquisa receberam algum treinamento ou informações sobre religiosidade/espiritualidade durante a graduação, os restantes 182 (88,4%) não receberam qualquer treinamento. Metade dos que puderam ter contato com estes temas $n=12$ (5,8%), o fizeram através de disciplinas durante a graduação, os demais o fizeram por esforço próprio através de grupos de estudo ou cursos livres.

Após a graduação o número melhora um pouco, mas continua bastante baixo, sendo que 67 (32,5%) tomam contato com esses temas por iniciativa própria, principalmente através de cursos de pós-graduação $n=17$ (25,4%), participando de grupos de estudo $n=15$ (22,4%) ou cursos livres $n=8$ (11,9%). Os demais 27 (40,3%) participaram dessas atividades de forma concomitante, além de buscar por literatura sobre o tema, pesquisa particular, supervisão ou grupo de ajuda mútua.

Apesar da falta de treinamento específico a maioria dos psicólogos $n=159$ (77,2%) disse perguntar sobre a religiosidade/espiritualidade do paciente durante a anamnese inicial, indicando preocupação em ter informações sobre esses dados no processo psicoterápico, uma atitude importante.

Agora que sabemos quem são os psicólogos que participaram da pesquisa, tendo discutido as suas principais características, vamos a discussão das experiências relatadas por esses profissionais.

3.2 RELATOS DE EXPERIÊNCIAS

Encontramos que as experiências REDEMA são trazidas pelos pacientes para a psicoterapia e, com frequência. Dos 206 psicólogos que participaram da pesquisa, 161 (78,2%) deram algum relato de experiências vivenciadas por seus pacientes, sejam trazidas para a psicoterapia ou vivenciadas durante a psicoterapia e um, apesar de dizer ter tido experiências relatadas por parte de seus pacientes, não quis compartilhá-las, por “não acreditar ser uma atitude ética”. Considerando os estudos que avaliaram essas experiências na população geral e que encontraram uma prevalência de 92 a 100% (Monteiro de Barros, 2022; Reichow, 2017), é possível que mesmo os 44 (21,4%), participantes que disseram nunca ter recebido menção desse tipo de experiência por parte de seus pacientes, não tenha recebido o relato, por seus pacientes não considerarem a experiência um motivo de angústia a ser trazido para a psicoterapia ou não quererem lidar com essas experiências no processo psicoterapêutico, por medo de preconceito, crítica, patologização ou vergonha. O que poderia ser justificado por atitudes como a que teve um dos psicólogos cujo relato foi que ao ouvir a fala de seu paciente, lhe dizendo que “ouvia vozes de espíritos” disse: “Trabalhei a técnica de entender como característica psicótica esquizofrênica, tal qual preconiza a psicanálise” (W47M budista / sem religião / ateu / agnóstico), desconsiderando a possibilidade de uma experiência REDEMA não patológica, provavelmente devido à falta de conhecimento sobre essas experiências. Também pode ter acontecido que os psicólogos que não trouxeram relatos, não identificaram nas falas de seus pacientes experiências REDEMA, devido à falta de formação sobre como lidar com esses temas, considerando que 96% deles não receberam qualquer treinamento.

No total, foram dados 299 relatos de experiências REDEMA pelos psicólogos participantes da pesquisa, distribuídos em três grandes categorias: Relatos de experiências que foram trazidas pelos pacientes para a psicoterapia, n=198 (66,2%); Relatos de experiências que foram vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia no *setting* terapêutico, n= 40 (13,4%) e Relatos de experiências que foram vivenciadas pelos psicólogos durante a psicoterapia no *setting* terapêutico, n=39 (13%).

Além desses, também houve relatos envolvendo dificuldades gerais relacionadas a religiosidade/espiritualidade dos pacientes, mas que não se relacionaram a experiências REDEMA, n=22 (7,4%).

Todos os relatos em cada categoria foram submetidos a análise de conteúdo de acordo com Bardin (2016), sendo que foram inseridos um ou mais exemplos dos relatos de experiências, apenas para facilitar a compreensão das análises:

3.2.1 Relatos, envolvendo as experiências trazidas pelos pacientes para a psicoterapia

Foram categorizados de acordo com o tipo de experiência: Experiências religiosas (ER), n=37 (18,7%), envolvendo:

Percepção da presença da divindade, n=4 (10,8%);

Intervenção divina, n=7 (19%);

Coping negativo, n=6 (16,2%);

Perceber, ouvir ou receber uma revelação da divindade, n=20 (54%), que foi o tipo de experiência mais relatada nessa subcategoria:

“Uma paciente relatou que ao abrir a bíblia, Jesus falou diretamente com ela” (W47M budista/sem religião/ateu/agnóstico);

“De revelação, ter uma revelação pelo Espírito Santo de que foi rejeitado em uma situação específica na gestação e quando confronta a mãe, ela confirma a história” (MFCS41M evangélico pentecostal).

A análise de conteúdo dos relatos dados nessa subcategoria indica diversidade e forte presença de experiências sensoriais, principalmente visuais e auditivas, variedade de práticas e religiões, cada uma com sua forma específica de interação com o divino e a crença religiosa podendo provocar sofrimento em situações de *coping* espiritual negativo, quando o paciente interpreta sua dificuldade emocional como

resultado da sua relação conflituosa com o divino: “Culpa por sentir raiva, ódio e/ou por não se achar merecedor de coisas boas por ter pecado.” (VRS32F evangélica/sem religião).

Experiência dissociativa espiritual ou mediúnica (EDEM), trazidas pelos pacientes para a psicoterapia, n=87 (43,9%), envolvendo:

Efeitos físicos, n=4 (4,6%);

Transe mediúnico, n=11 (12,6%);

Transe de possessão, n=10 (11,5%) e

Sentir, ver, ouvir, perceber pensamentos de um falecido ou entidade espiritual, n=62 (71,3%), que foi o tipo de experiência mais relatada nessa subcategoria:

“O paciente referiu ter tido contato com o espírito de seu pai, relatando conversas que teve com ele, e, após a experiência, referiu se sentir mais tranquilo com relação ao falecimento do mesmo” (ARFK39F cristã protestante).

“O paciente sentia fortes dores no peito e disse que um médico entrou no quarto e disse que ele iria “voltar p/ casa” em breve. Antes de sair do quarto se identificou com o nome de um cardiologista famoso já falecido (Dante Pazzanese) e pediu p/ que ele falasse p/ o filho. Na manhã seguinte ele faleceu” (DMS56F espírita);

“Paciente dizia ver demônios constantemente e ao acompanhar um familiar no hospital, disse ter visto vários espíritos que haviam morrido ali, que diziam ter fome” (GVJM25M umbandista/candomblecista/budista/ateu ou agnóstico).

A análise de conteúdo dos relatos dados nessa categoria indica que as experiências de percepção espiritual se manifestam de maneiras diversas, incluindo tanto aspectos protetores quanto perturbadores, ficando evidente que a interpretação das experiências é feita a luz das crenças religiosas do paciente e que, muitas vezes, eles buscam por validação psicológica para elas. Alguns relatos indicam que as experiências foram vivenciadas em um momento de intenso sofrimento emocional, proporcionando alívio quando o paciente percebe a presença de entes queridos falecidos como uma fonte de conforto em meio as suas dificuldades. Outra característica bastante importante desse tipo de experiência é a dissociação da identidade durante a experiência, principalmente em relatos de possessão ou transe mediúnico, em que o paciente sente não ter controle do seu corpo. O conteúdo destaca a importância que o contexto religioso desempenha na

forma como os pacientes interpretam e processam essas vivências, em contextos espíritas e umbandistas, por exemplo, o transe e a incorporação costumam ser aceitos e muitas vezes valorizados, sendo considerados algo positivo. Já em contextos cristãos ou sem religião, exatamente as mesmas experiências podem ser interpretadas como manifestações demoníacas ou como alucinação, algo extremamente negativo. Essa diversidade de crenças e interpretações impõem ao profissional conhecimento para entender os diversos comportamentos que pacientes diferentes podem manifestar frente ao mesmo fenômeno, especialmente no tratamento psicoterapêutico, onde a validação das experiências espirituais dos pacientes pode ser fundamental para seu bem-estar psicológico.

Experiências anômalas (EA), trazidas pelos pacientes para a psicoterapia, n=44 (22,2%), envolvendo:

Experiências de quase morte, n=5 (11,4%);

Sonhos lúcidos, n=3 (6,8%);

Curas anômalas, n=12 (27,2%);

Experiências místicas, n=5 (11,4%) e

Experiências fora do corpo, n=19 (43,2%), que foi o tipo de experiência mais relatada nessa subcategoria:

“Paciente relata ser ver fora do corpo, andando pela casa, verifica que seu corpo está na cama, consegue ver, o que ela denominou de vultos, que estariam próximos dela” (BGR39M sem religião).

“Sair do corpo e visitar outros lugares” (SR61F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

A análise de conteúdo dos relatos mostrou que as experiências anômalas também são diversas e influenciadas por fatores culturais, emocionais e espirituais. Compartilham um traço comum: a percepção de uma realidade ampliada, transcendente, não explicada pela consciência ordinária. Elas tendem a ocorrer em momentos de grande intensidade emocional e embora algumas dessas experiências possam ser interpretadas por um prisma psicológico, os pacientes frequentemente as veem como transcendentais, o que ressalta a importância de considerar o contexto cultural e religioso ao tratar desse tipo de experiência. Essas vivências frequentemente são interpretadas como acesso a uma dimensão mais profunda da existência.

Experiências PSI (EPSI), trazidas pelos pacientes para a psicoterapia, n=30 (15,2%), envolvendo experiências de telepatia, n=4 (13,3%); clarividência, n=1 (3,3%); memórias de vidas passadas, n=4 (13,3%); sincronicidade, n=2 (6,7%) e precognição ou sonhos premonitórios, n=19 (63,4%), que foi o tipo de experiência mais relatada nessa subcategoria:

“O paciente já descreveu prever tragédias na vida de pessoas com as quais ele convive. Diz que Deus mostra para ele tudo que vai acontecer, e normalmente acontece” (M35F cristã protestante).

“Tive vários casos na minha experiência clínica. Um caso que me lembro agora e que marcou muito foi de uma cliente, médium, que tinha sonhos premonitórios. Em um ela sonhou com a filha envolvida em acidente de carro a caminho do litoral. No fim de semana seguinte a filha lhe disse que iria para praia. A mãe desesperou-se, mas não conseguiu dissuadi-la. Mas por medo, ela e os amigos foram mais devagar. O acidente ocorreu, mas sem mortes. A cliente sofria muito com a situação e tinha muitas dúvidas sobre como agir e porque os tinha” (JBDN49F espírita).

A análise de conteúdo dos relatos dados nessa subcategoria indica que o fenômeno de pré-cognição aparece predominantemente em contextos de previsões sobre morte ou tragédias, o que sugere uma associação entre pré-cognição e momentos de grande carga emocional. A experiência é frequentemente relatada com os pacientes buscando entender o propósito dessas visões e lutando com o peso emocional que elas acarretam por gerarem angústia. Percebe-se novamente um padrão de conexão entre as experiências PSI e as crenças religiosas ou espirituais do paciente, aqueles que pertencem a grupos religiosos com crenças em fenômenos paranormais como o espiritismo e religiões orientais, tendem a relatar essas experiências como algo natural de acordo com a sua visão de mundo, frequentemente entendendo essas experiências como parte de um processo maior de autocompreensão e sentido para a vida. Os relatos revelam que essas vivências ocorrem em situações de luto, perigo ou transformação, o que sugere que elas desempenham um papel importante na forma como os pacientes compreendem e processam eventos significativos em suas vidas, fazendo com que os fenômenos PSI possam ter um papel importante no processo terapêutico, fornecendo uma estrutura para que os pacientes processem experiências emocionais difíceis, de acordo com as suas crenças e valores pessoais, demandando do profissional

conhecimento para conseguir ajudar o paciente a lidar de forma saudável com essas experiências.

3.2.2 Relatos envolvendo as experiências vivenciados pelos pacientes, durante o atendimento psicoterápico, no *setting* terapêutico

Também foram categorizados de acordo com o tipo de experiência:

Experiências religiosas (ER), vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterápico, n=4 (10%), envolvendo:

Coping negativo, n=1 (25%);

“Certa época atendi uma jovem durante +/- 6 meses e a terapia não progredia em nada. Sugerir a paciente encerrarmos o trabalho terapêutico pois ele não estava evoluindo, e a próxima sessão seria de encerramento. Na semana seguinte, ao iniciar a sessão, a paciente começou a chorar e olhar para o teto da sala e brigar muito, demorei um pouco para perceber que ela estava discutindo seriamente com Deus. Ela não tinha indícios de nenhuma patologia que explicasse o comportamento” (C58F cristã protestante).

Perceber, ouvir ou receber uma revelação da divindade, n=3 (75%), que foi o tipo de experiência mais relatada nessa subcategoria:

“Uma paciente, com frequência em seus reprocessamentos com a abordagem do EMDR, narra diálogos com Deus/Jesus a orientando e ajudando a lidar com as situações traumáticas abordadas durante as sessões” (D40F Cristã protestante).

Relatos envolvendo *coping* negativo, em que o paciente, ao invés de encontrar apoio ou orientação, entra em conflito com a sua divindade, provocam frustração, sensação de abandono ou punição, resultando em angústia e sofrimento, que muitas vezes interfere no processo terapêutico, dificultando o progresso emocional e psicológico do paciente. Já experiências religiosas que envolvem uma interação direta e pessoal com a divindade, onde o divino aparece como uma força que orienta, inspira e apoia, tem efeito predominantemente positivo, auxiliando e fortalecendo os indivíduos em suas questões emocionais ou

existenciais, caracterizando o *coping* positivo. Essas categorias ajudam a entender como as experiências religiosas podem impactar a saúde mental e emocional dos pacientes de formas diversas, mostrando que a religiosidade pode tanto auxiliar no enfrentamento emocional quanto amplificar o sofrimento, dependendo de como o indivíduo interpreta e se relaciona com a sua fé. O impacto da religião na vida dos pacientes é profundamente subjetivo e varia de acordo com o contexto e as crenças pessoais.

Experiência dissociativa espiritual ou mediúnica (EDEM), vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterápico, n=30 (75%), envolvendo:

Efeitos físicos, n=1 (3,3%);

Transe mediúnico, n=2 (6,6%);

Transe de possessão, n=10 (33,4%).

“Cliente se reconhecia com mediunidade e em determinado momento da sessão, mudou sua voz, dizendo: “você se dará mal porque a está ajudando e interferindo nos meus planos” (DAMC61F espírita).

“Atendi um adolescente que endemoniou no meio do atendimento. Começou a mudar o tom de voz, o olhar, começou a ter atitudes agressivas” (MFCS41M Evangélico pentecostal/ neopentecostal).

Sentir, ver, ouvir, perceber pensamentos de um falecido ou entidade espiritual, n=17 (56,7%), que foi o tipo de experiência mais relatada nessa subcategoria:

“De um cliente perceber luzes e presenças translúcidas na sala durante o atendimento” (MDGF65F Católica/espírita/umbandista/budista).

“Uma paciente relata ter entrado na sala de atendimento uma mulher com um vaso de flor. Comenta que a mulher pediu para ela dizer que era para mim, que agradecia por estar ajudando o filho dela. O fato ocorreu em um setting psicológico, portanto, não havia ninguém na sala além de nós dois, eu e a Paciente (SGSM52M Espírita).

“No atendimento o paciente relatava ver pessoas que não se encontravam no local” (DW40F católica).

“Paciente com hipótese diagnóstica de esquizofrenia hebefrênica, nas sessões trazia relatos da presença de demônios e especificamente de nossa

senhora Aparecida, a qual sentia a presença de ambos e era possível visualizar alterações corporais no paciente como vermelhidão na pele e arrepios, à medida que a presença da ‘entidade’ se aproximava” (SS41F sem religião).

A análise dos relatos e os padrões encontrados sugerem que as experiências dissociativas espirituais ou mediúnicas desempenham um papel significativo na vida emocional e psicológica dos pacientes, evidenciando a complexidade dessas experiências, especialmente quando vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia. São experiências que podem proporcionar momentos de cura e conexão com entidades espirituais ou manifestar-se como situações de possessão e controle alterado, causando medo e angústia. A presença de fenômenos físicos e a rica descrição das vivências emocionais destacam a importância de considerar o contexto espiritual na prática psicológica. Os psicólogos precisam estar preparados para abordar essas experiências de maneira sensível e integrada, considerando a diversidade de crenças e a importância das vivências espirituais na vida de seus pacientes. Uma prática terapêutica que respeite e inclua essas dimensões pode facilitar o processo de cura e promover maior bem-estar emocional e espiritual.

Experiências anômalas (EA), vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterápico, n=1 (2,5%), envolvendo uma experiência mística, que foi a única experiência relatada nessa subcategoria:

“Momentos de profundo transe meditativo” (JC61M Evangélico pentecostal /neopentecostal).

A aparente profundidade da experiência meditativa implica que o paciente não apenas vivenciou momentos de paz, mas também alcançou um estado de consciência ampliada, característico de práticas espirituais profundas. O relato destaca a potencialidade transformadora da meditação, sugerindo que momentos de transe profundo podem oferecer não apenas alívio do estresse cotidiano, mas também um vislumbre de uma realidade mais ampla e conectada. Essa análise convida à reflexão sobre a importância dessas experiências na busca por um entendimento mais profundo da própria existência e da relação com o universo.

Experiências PSI (EPSI), vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterápico, n=5 (12,5%), envolvendo:

Telepatia, n=1 (20%);

Clarividência, n=1 (20%);

Sincronicidade, n=3 (60%), que foi o tipo de experiência mais relatada nessa subcategoria:

“Um evento sincrônico... paciente falando de um sonho com pássaros, e vários pássaros pousaram na janela. Algo muito, muito incomum para o local” (SLS47M Católico/budista).

“Lembro desta vez que o paciente falou sobre um sonho onde havia a escuridão e de repente acabou a luz na sala e voltou em questão de segundos” (C52F Espírita/ umbandista, candomblecista e budista).

A análise dos relatos revela que as experiências PSI no contexto terapêutico podem ser interpretadas de maneiras que desafiam as perspectivas convencionais de comunicação e percepção. A telepatia sugere uma conexão profunda entre terapeuta e paciente, a clarividência indica a capacidade de captar informações além do usual, e a sincronicidade destaca eventos que podem oferecer significado e reflexão além de poder reforçar essa ideia de interconexão onde psicólogo, paciente e o ambiente são parte de um processo terapêutico dinâmico. Esses fenômenos, quando explorados dentro do *setting* terapêutico, podem abrir novas possibilidades para a compreensão da psique humana e suas interações. Ao reconhecer e explorar essas experiências, terapeutas podem facilitar o processo de autodescoberta e transformação de seus pacientes.

3.2.3 Relatos envolvendo as experiências vivenciadas pelos psicólogos, durante o atendimento psicoterápico, no *setting* terapêutico

Este grupo reúne um conjunto de relatos relacionados às experiências REDEMA dos psicólogos, vivenciadas no *setting* terapêutico, durante o atendimento psicoterapêutico de seus pacientes. As narrativas evidenciaram uma ampla gama de experiências, refletindo a diversidade de situações enfrentadas por eles. Até o momento, não identificamos na literatura outros estudos que tenham explorado as vivências dos profissionais dessa forma. A análise qualitativa dos relatos gerou resultados e reflexões relevantes, contribuindo para uma compreensão mais profunda da complexidade do cenário terapêutico e ressaltando a necessidade de cuidados e

práticas específicas por parte dos psicólogos. Esses achados enfatizam a importância de um maior aprofundamento acadêmico sobre o tema, através de mais estudos. Estes relatos das experiências também foram organizadas e categorizadas de acordo com o tipo de experiência:

Experiências religiosas (ER), vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico, n=3 (7,7%), envolvendo:

Presença da divindade, n=1 (33,3%):

“Uma paciente ao receber alta pediu para orar comigo e foi uma experiência que senti a presença forte de Deus no momento da oração dela” (D40F Cristã protestante).

Perceber, ouvir ou receber uma revelação da divindade, n=2 (66,7%), que foi o tipo de experiência mais relatada nessa subcategoria:

“Momentos em que eu estive em dúvida sobre como manejar a sessão e sentir que o Espírito Santo me usou colocando as palavras certas para aliviar o paciente que estava muito rígido” (M28F Cristã protestante).

“Era um caso difícil e aquela seria uma sessão difícil, eu fiz uma oração muito forte antes do atendimento porque eu estava realmente preocupada com o andar da carruagem. Nessa oração eu pedi que eu soubesse dizer as palavras certas, nos segundos certos de que pudessem ajudar aquela pessoa. Pedi que todos os meus conhecimentos da Psicologia e Psicanálise pudessem me ajudar naquele momento e que fizesse aquilo que minha paciente precisava/necessitava e não aquilo que ela queria. Foi uma sessão longa e de repente eu percebi que era como se eu de fato pudesse compreendê-la em outra instância, testemunhar sua dor e sofrimento e só então eu pude me aproximar e sentir com as pontas dos dedos um pouco daquele mar imenso de dor e sofrimento em que ela estava totalmente mergulhada. Nesse momento as palavras saíram de minha boca de forma quase que automática e foi quando ela também pôde se sentir ouvida, ela existia, a partir dali era uma pessoa. Quando a sessão terminou fiquei com a sensação de como foi que tive aquela constatação?” (VRSC32F Evangélica pentecostal/neopentecostal/sem religião).

Os relatos analisados revelam como a presença e a percepção da divindade podem influenciar a prática psicoterapêutica. A análise dos relatos sugere que a religiosidade pessoal das psicólogas pode ter influenciado a dinâmica do processo terapêutico, mas não necessariamente de maneira negativa, considerando que a presença da divindade e a sensação de ser guiada por uma força superior podem tê-

las ajudado a estabelecer uma conexão emocional mais intensa com seus pacientes. Isso pode ter propiciado um ambiente terapêutico mais acolhedor e seguro, onde as pacientes se sentiram mais à vontade para compartilhar suas dores e dificuldades. As experiências de ouvir ou perceber a orientação divina podem ter proporcionado às psicólogas uma sensação de clareza em momentos desafiadores. Isso sugere que, em vez de atrapalhar, a religiosidade poderia ter funcionado como uma ferramenta para melhorar a eficácia da terapia, permitindo que elas encontrassem as palavras e abordagens mais adequadas para ajudar suas pacientes. No entanto, é importante considerar que a religiosidade pessoal deve ser gerida com cuidado. Se um psicólogo deixar que suas crenças pessoais interfiram negativamente nas necessidades do paciente ou, ainda que sem essa intenção, acabe por impor suas convicções religiosas durante as sessões, isso irá prejudicar o processo terapêutico, além de ultrapassar limites éticos importantes no exercício da profissão. O equilíbrio entre fé pessoal e profissionalismo é fundamental. Em alguns casos, a religiosidade pode levar a conflitos, especialmente quando as crenças religiosas do psicólogo não estiverem alinhadas com as do paciente. Essas situações exigem sensibilidade e respeito, para que a terapia não se torne um espaço de imposição ou discussão de crenças religiosas, mas o que deve ser, um espaço de apoio e compreensão, onde as necessidades do paciente estão em primeiro lugar.

Experiência dissociativa espiritual ou mediúnica (EDEM), vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico, n=29 (74,4%), envolvendo:

Efeitos físicos, n=5 (17,2%):

“Eu já vi sair fumaça da boca dos pacientes, e a sala ser tomada por cheiro de rosas” (SLS47M Católico/budista).

Transe mediúnico, n=8 (27,6%);

Sentir, ver, ouvir, perceber pensamentos de um falecido ou entidade espiritual, n=16 (55,2%), que foi o tipo de experiência mais relatada nessa subcategoria:

“Eu via dois vultos, de luz amarela, ao lado da paciente durante as sessões mais iniciais. Até que ela contou que havia feito dois abortos. Após trabalharmos a respeito dos abortos, não vi mais” (R64F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

“Durante diversos atendimentos eu percebia certas luzes brancas que “piscavam” sobre as cabeças de pacientes. Isso até hoje às vezes ocorre... Inicialmente, há uns 18 anos atrás, pensei ser um problema oftalmológico e fui ao

médico, que atestou minha visão como perfeita, não tinha nada. E eu segui percebendo isso. Sem compreender muito na época, eu cheguei a ter esta hipótese, de que poderia ser algo espiritual, já que concebo esta realidade, mas algo vago. Bem, ao atender uma senhora idosa que possuía diversos fenômenos espirituais, ela olhou para mim e disse “tu estás vendo, né?!”, eu disse “o quê?”, e ela “as luzes brancas piscando sobre a minha cabeça”. Na hora fiquei constrangida, chocada, não sabia o que dizer... Tinha feito alguns cursos que falavam sobre questões espirituais, mas não sobre Manejo Clínico. Então decidi responder a verdade, tendo por base a característica da autenticidade do psicoterapeuta proposta por Carl Rogers, autor humanista. E respondi que sim, que percebia as luzes. Ela disse “isso é uma confirmação do plano espiritual de que tu estás me ajudando. Tens que confiar mais em ti!!!” (MNB40F Católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).

“Paciente relatava culpa por aborto espontâneo e eu durante a escuta ouvi claramente alguém dizer que se chamava Thomas e que ninguém era culpado de nada porque foi ele que “desistiu” de vir. Após algum tempo perguntei a paciente como se chamaria o bebê caso não tivesse abortado e ela respondeu ‘Thomas’” (DMS56F Espírita).

“O ambiente ficou mais leve e agradável. Após a paciente sair, vi sob forma de luzes uma pessoa levar outros 2, 1 na minha cadeira e outro na cadeira do paciente” (M43F Espírita/umbandista/budista).

“Estava com um paciente e senti a presença de um homem junto a ele. Senti o ambiente pesar e uma angústia tomou conta do meu coração. Resolvi perguntar internamente sobre essa sensação, sobre quem seria aquele homem. E para minha surpresa a resposta veio imediatamente. Algo me disse: sou o pai dele. Preciso resolver as coisas com ele. Preciso falar com ele. E assim eu resolvi escutar minha “intuição” e conduzi a sessão para uma conversa imaginária do paciente com seu pai já falecido. A sessão transcorreu de forma que o paciente e o pai (imaginário) se perdoaram mutuamente. E nesse momento o ambiente ficou leve e aquela angústia desapareceu. Assim também desapareceu a imagem daquele homem na minha mente. Meu paciente, eu (e acredito que seu pai), saímos refeitos daquele encontro” (MC57F Espírita).

A análise do conteúdo desses relatos revela como as experiências dissociativas espirituais ou mediúnicas podem estar integradas na prática terapêutica de alguns psicólogos, influenciando tanto o processo de tratamento quanto a própria

percepção dos profissionais sobre a espiritualidade e a saúde mental. A análise indica que, para esses terapeutas, o reconhecimento e a aceitação dessas experiências podem não apenas enriquecer o processo psicoterapêutico, mas também oferecer novas perspectivas sobre práticas e tratamentos. A intersecção entre espiritualidade e psicologia é, portanto, um campo fértil para investigações futuras e reflexões sobre a prática clínica. No entanto, os terapeutas também expressam incertezas sobre a validade de suas intervenções e os aspectos éticos envolvidos, mais uma vez estabelecendo a importância da formação e do conhecimento para desenvolver formas adequadas de lidar com essas experiências, com o necessário respeito, ética e confiança, considerando que como visto, elas acontecem e com alguma frequência, no *setting* terapêutico.

Experiências anômalas (EA), n=4 (10,3%), vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico, envolvendo:

Experiências fora do corpo, n=2 (50%):

“Mais de uma vez aconteceu de eu me perceber como observadora, mesmo quando estou falando/trazendo questões para o cliente” (MGL57F Budista/hinduísta/outra religião).

Experiências místicas, n=2 (50%):

“Certa vez um cliente estava realizando um trabalho de interiorização, com olhos fechados e em estado de relaxamento e, por algum motivo, senti uma “necessidade” de também fechar os olhos. O cliente descrevia algumas imagens e eu também passava a vê-las, e não apenas isso, eu tinha sensações no corpo e percebia o surgimento de sentimentos, que o cliente também relatou durante a experiência, mas que eu estava vivenciando em mim mesmo. Uma parte minha estava conectada com a experiência clínica, manejando o tempo e o *setting*, mas outra estava participando da experiência, na qual me senti conectado como provavelmente nunca me senti antes, e que teve sobre mim um efeito terapêutico incrível (me senti bem, aliviado, feliz, saudável etc.). Naturalmente compartilhei com o cliente a experiência, mas nunca pude compreender o como e o porquê” (PASF44M sem religião).

É possível identificar uma sensação de “desdobramento” ou observação externa durante a interação com os pacientes, sugerindo um estado alterado de consciência, uma desconexão temporária do próprio corpo. A análise dos relatos

sobre experiências anômalas vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico, revela que esses momentos de consciência expandida e conexão espiritual podem enriquecer a prática clínica, permitindo que os terapeutas adotem uma perspectiva mais compreensiva, enquanto as experiências místicas promovem uma sensação de unidade e bem-estar que pode beneficiar tanto o terapeuta quanto o paciente. Só é preciso que os cuidados necessários sejam tomados, para que as percepções, fruto dessas experiências sejam úteis tanto para o processo psicoterapêutico do paciente quanto no processo de autoconhecimento do profissional, sem que ocorram intercorrências negativas em relação a elas.

Experiências PSI (EPSI), n=3 (7,7%), vivenciadas pelos psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico, envolvendo:

Experiências de telepatia, n=1 (33,33%):

“Após o paciente fazer grande relato do seu sofrimento eu me dirigi a ele chamando-o de um nome que não era o dele e que o deixou espantado porque era o nome da pessoa que ele havia perdido” (DMS56F Espírita).

Precognição ou sonhos premonitórios, n=1 (33,33%):

“Sentir a data da morte de cada paciente que faleceu (na data que senti)” (LOC28F Umbandista).

Sincronicidade, n=1 (33,33%):

“As sincronicidades que ocorrem são para mim a maior expressão da conexão com o todo. Uma vez senti a imagem de uma semente que iria germinar bem e passei para minha cliente sobre o percurso dela. Ela, então, disse que teria que compartilhar o que experienciou durante a semana em uma igreja. Ela foi a um mosteiro e o padre, sensitivo, estava chamando as pessoas e dando mensagens espirituais. Ele a chamou, mesmo sem a conhecer e disse: Você, a jovem com blusa verde, fique tranquila pois seus caminhos irão germinar bem, pois você é como uma semente que agora foi bem plantada (MGH52F sem religião).

Os padrões identificados revelam uma complexa rede de conexões emocionais e intuitivas que podem permear o *setting* terapêutico. Essas experiências não apenas desafiam a compreensão convencional, mas também oferecem um rico campo de reflexões para os profissionais. A análise desses relatos revela que experiências PSI podem ser vivenciadas de formas profundas e impactantes no contexto terapêutico,

destacando diferentes aspectos da conexão entre terapeuta e paciente, desafiando as fronteiras do conhecimento convencional e abrindo espaço para discussões sobre a natureza da consciência, da espiritualidade e da relação terapêutica.

3.2.4 Relatos dados pelos psicólogos que não se relacionam com experiências REDEMA

Esses 22 relatos foram dados pelos profissionais como tendo ligação com experiências REDEMA, no entanto envolveram aspectos diversos relacionados com a religiosidade/espiritualidade sem relação com experiências. Foram analisados levando em conta os seguintes critérios:

Relatos que envolvem conflitos ou eventos atribuídos ou correlacionados à religiosidade/espiritualidade trazidos pelos pacientes para a psicoterapia n=13 (59%):

“Atendo muitos religiosos evangélicos que acabam trazendo conflitos em relação à fé e a vivência de suas relações cotidianas. Em geral, os conflitos falam de como conciliar a fé com suas vidas” (CMT37F cristã protestante);

“Os relatos são frequentes, mas na maioria dos casos acho tranquilo manejar. O último relato mais significativo foi de uma paciente católica divorciada, que sentia a necessidade de ir até a igreja para solicitar um pedido formal diante da igreja. Como isso era muito importante para ela, seu ex, um homem abusivo, se negou a participar, pois a igreja pede o comparecimento de ambos. A paciente se sentia culpada, pois se sentia adúltera, mas compreendia que o ex-esposo não queria comparecer para a punir” (DAFS38M católico/cristão protestante/evangélico/espírita/sem religião);

“Atendimento com adolescentes evangélicos que se descobrem gays, e em seu contexto familiar sofrem todo tipo de homofobia e atrocidades” (P45M católico).

Relatos com aspectos negativos envolvendo excesso de credulidade ou psicopatologias, vinculados à religiosidade/espiritualidade pelos profissionais trazidos pelos pacientes para a psicoterapia n=4 (18,2%) e vivenciados por eles no setting terapêutico n=5 (22,8%):

“Um paciente que não acreditava na eficácia da psicoterapia, que a cada melhora alcançada através da sua mudança de comportamento e início de medicação, atribuída toda evolução a Deus e mais ninguém” (H35F católica);

“Paciente relata ouvir a voz de Deus com a promessa de passar no concurso e de que Ele lhe deu ‘poder para ressuscitar’ o sobrinho!” (P43F espírita);

“Delírio religioso de caráter messiânico. O paciente, masculino, brasileiro, natural de Curitiba, 32 anos, solteiro, sem filhos, acreditava ter sido escolhido para a salvação da humanidade. Defendia que Deus conversava com ele por meio de mensagens secretas veiculadas em programas de rádio ou televisão. Possuía diagnóstico psiquiátrico prévio de transtorno esquizofrênico não especificado e fazia uso contínuo de medicação antipsicótica regularmente prescrita. Todavia, tinha histórico de surtos episódicos associados a interrupções de tratamento” (DNM34M católico/cristão protestante/umbandista/ candomblecista/ ateu ou agnóstico).

Percebe-se nesses relatos um padrão de sintomas como delírios ou vozes, fazendo com que os pacientes se sintam perseguidos ou em conflito. Indicam como a religiosidade pode ser interpretada de forma distorcida, contribuindo para estados ansiosos. Alguns relatos destacam como a pressão ou a expectativa da comunidade religiosa pode impactar negativamente a saúde mental dos indivíduos, especialmente em contextos de homofobia ou discriminação. Esses padrões revelam a complexidade do papel da religiosidade na vida dos pacientes, podendo ser um recurso de apoio ou fonte de conflitos, geradora de dificuldades. A compreensão desses padrões vai ajudar os profissionais a abordar a terapia de maneira mais eficaz, considerando a dimensão espiritual e religiosa dos pacientes em seus tratamentos. A análise dos relatos demonstra que a religiosidade e a espiritualidade podem desempenhar um papel complexo na vida dos pacientes, proporcionando suporte emocional, mas também podendo se transformar num fator de risco quando envolvida em psicopatologias. Os psicólogos precisam estar atentos a essas diferenças, promovendo uma abordagem que reconheça a importância da fé, mas que trate as questões de saúde mental de maneira objetiva e competente, implicando inclusive, na capacidade para realizar diagnósticos diferenciais adequados.

3.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS RELATOS DE EXPERIÊNCIAS

Como dito mais de uma vez, todos os relatos foram dados por psicólogos, ou seja, todos possuem nível de escolaridade superior, o que nos leva a presumir que tem aptidão para ler e interpretar instruções de questionários e a elaborar textos que consigam transmitir experiências subjetivas (Instituto Paulo Montenegro; Ação educativa, 2018). Esses textos, através dos relatos dados, foram suficientemente detalhados para proporcionar uma rica análise do seu conteúdo.

Essa análise foi feita com base na técnica desenvolvida por Laurence Bardin (1937), de forma a descrever de forma objetiva e sistemática o conteúdo manifesto presente nos relatos de experiências dados pelos participantes da pesquisa. Para tanto, os relatos foram organizados e classificados em três grandes categorias: Experiências trazidas pelo paciente para a psicoterapia, experiências vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia e experiências vivenciadas pelos psicólogos durante a psicoterapia. Depois disso, os relatos de cada uma dessas categorias foram novamente classificados em subcategorias, envolvendo: Experiências religiosas (ER), Experiências dissociativas espirituais ou mediúnicas (EDEM), experiências anômalas (EA), experiências PSI (EPSI) e relatos que não envolveram experiências REDEMA. Após essa classificação os relatos foram submetidos a mais uma categorização envolvendo: para ER, presença da divindade, intervenção divina, perceber, ouvir ou receber uma revelação da divindade e *coping* negativo; para EDEM, sentir, ver, ouvir, perceber pensamentos de um falecido ou entidade espiritual, efeitos físicos, transe mediúnico e transe de possessão; para EA, experiências fora do corpo, experiências de quase morte, sonhos lúcidos, curas anômalas e experiências místicas; para EPSI, telepatia, clarividência, precognição, sonhos premonitórios, memórias de vidas passadas e sincronicidade. Para relatos não REDEMA, conflitos ou eventos atribuídos a religiosidade e/ou espiritualidade e aspectos negativos envolvendo excesso de credulidade ou psicopatologias.

O conjunto de dados fruto dos relatos fornecidos pelos psicólogos que participaram da pesquisa e as análises realizadas, proporcionaram um panorama abrangente e uma rica categorização das experiências vivenciadas pelos pacientes, seja trazendo os relatos dessas experiências para a psicoterapia ou as vivenciando no setting terapêutico, o mesmo acontecendo em relação aos profissionais. A análise dessas experiências oferece *insights* valiosos sobre como a espiritualidade e a religiosidade influenciam a saúde mental e a experiência subjetiva dos indivíduos. Vamos discutir mais alguns pontos importantes:

Diversidade de experiências

As subcategorias ER, EDEM, EA e EPSI abrangem uma grande quantidade de vivências, essa diversidade sugere que as experiências REDEMA são multifacetadas, inclusive podendo ter diferentes interpretações dependendo do contexto cultural e das crenças individuais. É importante considerar como essas experiências podem ser percebidas como fonte de conforto e segurança ou como desencadeadoras de estresse, angústia e ansiedade, se constituindo em potenciais desafios para a saúde mental.

Impacto das experiências religiosas

Os relatos de experiências religiosas revelam que muitos pacientes sentem uma forte conexão com o divino, podendo proporcionar sentimentos de pertencimento e apoio emocional. No entanto, essas experiências também podem apresentar um lado negativo, especialmente quando associadas ao sentimento de culpa ou punição. Isso impõe a necessidade dos psicólogos terem a aptidão necessária para abordar essas vivências promovendo um coping positivo, respeitando as crenças do paciente.

Experiências dissociativas ou mediúnicas e PSI

As experiências dissociativas espirituais e as experiências PSI, indicam uma dimensão da experiência humana que desafia a compreensão convencional da psicologia. Essas vivências são indicadores de estados não ordinários de consciência, nos quais o controle do indivíduo sobre suas percepções é alterado, sugerindo uma abordagem inclusiva e sensível por parte dos terapeutas, de maneira que possam integrar essas experiências ao tratamento sem preconceitos ou desconsideração às vivências subjetivas dos pacientes.

Relevância para a prática clínica

Os dados indicam que uma maioria expressiva dos psicólogos (78,7%) trouxe relatos de experiências REDEMA na sua prática clínica, sinalizando a importância da compreensão dessas experiências para uma prática clínica adequada. Os psicólogos devem ser e estar preparados para discutir e explorar as implicações dessas experiências na saúde mental de seus pacientes.

Questões éticas e de abordagem

A categorização dos relatos também levantou questões éticas sobre como as crenças religiosas e espirituais dos pacientes são tratadas na terapia. Percebeu-se que a linha entre apoio e manipulação ou descaso pode ser tênue, especialmente quando a experiência pode ser mal interpretada ou explorada. Parece fundamental que os profissionais tenham a necessária consciência dos limites, das próprias crenças ou descrenças religiosas e da abordagem profissional, proporcionando um espaço seguro em que os pacientes possam trazer e refletir sobre suas crenças e experiências REDEMA sem críticas ou pré-julgamentos.

Conclusão

Os dados apresentados mostram que as experiências REDEMA são componentes significativos da vida dos pacientes e podem ter um impacto profundo em sua saúde mental. Uma abordagem terapêutica que reconheça e valide essas experiências será muito benéfica, promovendo uma compreensão mais abrangente, menos reducionista do ser humano, servindo como ponto de partida para pesquisas futuras e para o desenvolvimento de práticas clínicas mais inclusivas, baseadas nessas informações.

Feita a discussão dos relatos que foram dados pelos psicólogos participantes da pesquisa, vejamos agora os manejos que esses profissionais realizaram em face das experiências relatadas e vivenciadas por seus pacientes e por eles mesmos.

3.4 MANEJOS REALIZADOS PELOS PSICÓLOGOS EM RELAÇÃO AS EXPERIÊNCIAS REDEMA

Dos 206 psicólogos que participaram da pesquisa, 161 (78,2%) disseram como fizeram o manejo das experiências trazidas ou vivenciadas por seus pacientes, resultando em 263 manejos no total.

Os manejos, assim como os relatos também envolveram três grandes categorias: manejos realizados em relação as experiências REDEMA trazidas pelos pacientes para a psicoterapia n=162 (61,6%), manejos realizados em relação as experiências vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia no setting

terapêutico n=40 (15,2%), e manejos realizados pelos psicólogos em relação a experiências vivenciadas por eles mesmos, durante a psicoterapia no setting terapêutico n=39 (14,8%). Também foram analisados os manejos realizados em relação aos 22 (8,4%) relatos que não se relacionaram a experiências REDEMA.

Assim como os relatos os manejos também foram analisados de acordo com Bardin (2016).

Em cada subcategoria foi colocado um ou mais exemplos de manejos para que o entendimento das análises seja facilitado. Além disso, quando considerado necessário, foi indicada a experiência com a qual esse manejo está relacionado, também para facilitar a compreensão.

3.4.1 Manejos que envolveram as experiências trazidas pelos pacientes para a psicoterapia

Esse primeiro grupo, n=162 (61,6%), o maior deles, demonstrou que a grande quantidade de experiências vivenciadas pelos pacientes exigiu dos profissionais psicólogos o desenvolvimento de práticas, cuidados e posturas para lidar com cada uma delas. Esses manejos foram categorizados de acordo com a forma como os psicólogos lidaram, considerando as competências necessárias vistas anteriormente, envolvendo:

Manejos realizados com acolhimento, empatia, respeito e/ou validando a experiência e/ou crenças do paciente, n=117 (72,2%):

“Como abordamos os outros assuntos da vida, buscando compreender os sentimentos e pensamentos do paciente sobre o assunto, informando que muitas pessoas passam por essas experiências e que não são sinal de doença mental. Quando pertinente, trazendo informações da neuropsicologia e psicologia anomalística sobre o assunto” (BFC37F católica).

“Fui acolhedor e interessado na experiência e em seus desdobramentos emocionais. Acompanhei sua interpretação da experiência sem procurar explicações alternativas” (DHR39M judaísmo).

“Como foi na entrevista inicial fiz o acolhimento, a escuta ativa e apontei que ajudaria com suas questões psicológicas e que no terreiro ela se ajudaria com a parte

espiritual. Em momento algum julguei sua fé, e até hoje essa paciente relata sobre meu acolhimento quando sua religião é tão hostilizada” (H35F católica).

A análise desses manejos indica uma prática psicoterapêutica realizada com acolhimento, respeito e validação das experiências trazidas, legitimando e auxiliando os pacientes a lidar com elas. Procuram não patologizar as experiências, promovendo uma integração saudável entre as dimensões psicológica e espiritual ou religiosa. Enfatizam a empatia, escuta ativa e o respeito pela diversidade de crenças no processo terapêutico, com uma visão inclusiva, abrangente e humanizada. No entanto, percebe-se em alguns relatos a falta de um questionamento mais crítico e uma certa superficialidade no manejo de algumas experiências, muito provavelmente, decorrentes da falta de conhecimento ou preparo para lidar de uma forma mais assertiva com elas.

Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com seu referencial teórico, n=10 (6,2%).

“Fiz um clareamento a partir da Análise Psicodramática, meu referencial teórico principal” (N50F católica).

“Através da fenomenologia” (VPS30M católico).

“Trouxe a ferramenta utilizada por Carl Gustav Jung, por meio do uso da dialética fortalecemos o ego e trazemos a consciência dessensibilizando o medo, o que permitiu a aproximação com as sombras apresentadas. Trouxemos o foco no sentimento utilizando Carl Rogers. Os processos terapêuticos fluíram. E, sem desprezar os fatos, utilizei muito um protocolo utilizado pelo Dr. Stephen Paul Adler que aborda os fatos como metáforas, e histórias que curam permitindo o rebaixamento dos sentidos e a fluência entre consciente e inconsciente fluindo assim a energia psíquica e oportunizando os Centros organizadores do inconsciente o self e da consciência o ego a desobstrução e fluência de energia psíquica dos clientes. Afinal somente um ego suficientemente forte, é capaz de suportar o seu inconsciente!” (MRN55M espírita/budista).

Muitas são as abordagens teóricas utilizadas pelos psicólogos na prática psicoterapêutica. Independente dessa multiplicidade percebe-se na grande maioria dos relatos de manejo, validação e respeito pelas experiências trazidas pelos pacientes, algo extremamente importante para um resultado satisfatório da psicoterapia. No entanto, aqui também se percebe a importância do reconhecimento

da complexidade que envolve essas experiências e de buscar pelos conhecimentos necessários para uma abordagem mais estruturada e efetiva.

Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com o seu referencial teórico, invalidando a experiência, n=10 (6,2%).

“Trabalhei a técnica de entender como característica psicótica esquizofrênica, tal qual preconiza a psicanálise” (W47M budista/sem religião/ateu/agnóstico).

Relacionado com: “Um paciente que lhe disse ouvir vozes de espíritos”.

“Pai José é uma fantasia de introdução que pode estar a serviço de algumas de suas instâncias psíquicas” (RPOC50F outra).

Relacionado com: “O paciente dizer que “recebe o Pai José e ele sempre o orienta”.

“Conversei sobre desejos voluntários e involuntários” (BMM54F evangélica pentecostal/neopentecostal).

Relacionado com: “Paciente trás fala de acontecimentos reais depois de ter sonhos idênticos”

Infelizmente os manejos realizados nessa subcategoria invalidam as experiências trazidas pelos pacientes, partindo de pré-julgamentos que levam o profissional a desconsiderar a possibilidade de ausência de patologias e a existência de uma dimensão espiritual do fenômeno, ignorando fatores culturais ou religiosos e agindo de forma reducionista. Esse tipo de manejo baseado em preconceito e invalidação, coloca em risco a relação terapêutica e o sucesso do tratamento psicoterapêutico quando o diagnóstico diferencial possa ser inadequado, impondo a necessidade dos profissionais serem auxiliados através de formação específica relacionada com esses temas e de uma reflexão ampla sobre seus preconceitos relacionados com a religiosidade de seus pacientes.

Manejos em que o profissional não soube como lidar com a experiência do paciente por receio proveniente da falta de conhecimento sobre os conceitos, manejo adequado e/ou diagnóstico diferencial envolvendo religiosidade/espiritualidade e experiências REDEMA, n=15 (9,26%).

“Isso foi em 2016 e naquele período eu não tinha formação nenhuma sobre como lidar com esse tipo de assunto em análise. Apenas a escutei e não consegui manejar” (RMLR39F umbandista).

“Destacando o que pertence a razão e o que diz respeito a religiosidade” (ASLVO62F católica).

Relacionado com: “Vários relatos, paciente que vivencia fervorosamente sua crença com relatos de “bençãos” conseguidas. De paciente em situação grave de adoecimento...”

“Busquei a prática clínica, ética, respeitando a religiosidade, mas oferecendo instrumentos para que pudesse administrar tal demanda com base no científico” (RS53F cristã protestante).

Relacionado com: “Relato do paciente de que os objetos em sua casa voavam” (RS53F cristã protestante).

“Não houve manejo, apenas ouço” (ACSA58F espírita/budista).

“Na época eu era recém-formado e fiquei paralisado sem saber o que pensar. Fiz várias supervisões e cada supervisor de orientação psicanalítica deu um diagnóstico diferente. Incluindo histeria simples, esquizofrenia e psicose histérica. O caso ficou inconclusivo e me abriu o interesse pelas experiências anômalas. Hoje creio que esses diagnósticos eram racionalizações que empobreceram a experiência dela. Na época eu só escutei” (DHR39M judaísmo).

Os manejos realizados indicam medo, insegurança, invalidação das experiências e, principalmente, ausência de intervenções que proporcionem ao paciente reflexões, interpretações e compreensão para que as experiências possam ser integradas no seu processo terapêutico, deixando clara a necessidade de conhecimentos específicos e de treinamento para que os manejos sejam realizados de forma adequada, colaborando para a eficácia do processo psicoterapêutico.

Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com a própria crença ou descrença religiosa, n=1 (0,62%).

“Como foi a sua experiência? E tentar entender como ela lida com isso e se está trazendo algum benefício ou desconforto. Tentando respeitar a experiência religiosa do paciente com o máximo de respeito” (WMRA42M sem religião).

Relacionado com: “Uma paciente que relatava ter o dom da revelação sem que outro profissional pudesse diagnosticar alguma comorbidade como a esquizofrenia”

Percebe-se a dificuldade do profissional em conciliar as próprias descrenças com o relato da paciente. Parece tentar buscar a validação de outro profissional, talvez um psiquiatra, que a diagnosticasse como esquizofrênica. Demonstra a dificuldade de

se alcançar neutralidade quando as crenças/descrenças do terapeuta não estão alinhadas com as do paciente, novamente caracteriza a importância da formação específica e do esclarecimento.

Manejos em que o profissional não validou a experiência e/ou crenças religiosas do paciente, n=9 (5,6%).

“Orientei ao paciente que se tratando de algo puramente espiritual (como ele declarava ter certeza de que era) ele deveria buscar um pastor ou algum líder religioso para “tratar” o problema” (M35F cristã protestante).

Relacionado com: “A todo momento o paciente sinalizava que todas as coisas que ele estava vivenciando são espirituais e não emocionais”.

“Perguntei se ele já havia conversado com seu pai ou qualquer outra pessoa alguma outra vez, respondeu que não, mas que naquele dia havia feito o uso de substâncias psicoativas. Perguntei se alguma outra vez, com uso de substâncias, já havia acontecido e respondeu que sim” (C46F católica).

Relacionado com: “Paciente relata que ao ir para o mato, com uma corda, a procura de uma árvore para suicidar-se, seu pai falecido, conversou com ele e a corda arrebentou”).

“Foi abordado com a mesma sobre uma visão religiosa do fato, mas também sob o olhar psicológico de uma possível psicose” (GVJM25M umbandista/candomblecista/budista/ateu ou agnóstico).

Relacionado com: “Paciente dizia ver demônios constantemente e ao acompanhar um familiar no hospital, disse ter vistos vários espíritos que haviam morrido ali, que diziam ter fome”.

Esses manejos também invalidam as experiências trazidas pelos pacientes e reduzem a sua religiosidade a psicopatologias. Uma abordagem respeitosa, ética e eficaz implica no reconhecimento e na validação das experiências de acordo com as crenças dos pacientes.

Conclusão relacionada à análise do primeiro grupo de manejos

Os relatos apontam para uma grande diversidade de abordagens no manejo das experiências religiosas e espirituais dos pacientes, variando desde posturas acolhedoras e empáticas até práticas mais reducionistas. Alguns pontos principais

emergem dessa análise: A importância do acolhimento e da validação das experiências dos pacientes através de manejos que envolvam escuta ativa e empatia são fundamentais para o sucesso da psicoterapia, contribuindo para uma integração saudável da dimensão psicológica e espiritual dos pacientes, promovendo um processo psicoterapêutico mais humanizado e inclusivo. Muitos manejos evidenciaram a importância e a necessidade de formação específica que possa proporcionar aos psicólogos o conhecimento e as ferramentas necessárias para um fazer psicológico mais adequado.

3.4.2 Manejos que envolveram as experiências vivenciadas pelos pacientes durante a psicoterapia no *setting* terapêutico

Esse segundo grupo, n=40 (15,21%), também traz uma grande variedade de experiências vivenciadas pelos pacientes e os manejos que foram realizados pelos psicólogos em relação a cada uma delas, também foram categorizados de acordo com a forma como os psicólogos lidaram, considerando as competências necessárias, envolvendo:

Manejos realizados com acolhimento, empatia, respeito e/ou validando a experiência e/ou crenças do paciente e/ou compreendendo-as como mais um aspecto psicossocial da diversidade humana, n=30 (75%).

“Fomos indo por partes. Lhe perguntei se algo havia acontecido que pudesse contribuir para este estado, ‘não percebo, está tudo bem’. Se no nível físico ela tinha alguma dor, quando havia feito check-up e exames de sangue (buscando identificar possíveis carências de vitamina D, B12, por exemplo, que podem contribuir para um estado de desânimo). Ela havia feito há pouco e estava tudo ok. No nível emocional, como se sentia, quais os sentimentos associados ao desânimo ‘não sinto nada, está tudo bem, é só um desânimo mesmo, uma coisa que me dá vontade de não fazer nada, mas eu não tenho um sentimento ruim, está tudo bem’. Então por exclusão, entendo que se não é físico, nem emocional, deve ser espiritual. E começo a investigar como foram os estudos naquela manhã de quinta-feira, que tema estudaram. Ela refere que estudaram sobre espíritos que estavam perdidos, buscando ajuda depois que morreram. Pergunto o que ela aprendeu sobre isso. Ela refere várias coisas, por exemplo, que eles se aproximam daqueles que podem

senti-los para pedir ajuda. Então pergunto se ela acha que isso pode estar ocorrendo com ela, Ela diz ‘nunca tinha pensado nisso, mas pode ser, né?!’, então pergunto o que se faz quando isso acontece? Ela diz que se pode fazer um tipo de encaminhamento, mas que não sabe como fazer. Então sugiro que se eles estão pedindo ajuda, o encaminhamento seria no sentido de 359juda-los a encontrar um lugar de ajuda, como por exemplo, com seres que podem vir 359juda-los, orientá-los para que pudessem receber o que procuram, seja um tratamento, um esclarecimento, uma palavra... mas que ali não era o lugar certo, que não é junto dela que eles encontrariam isso, então que eles olhassem ao redor deles que viriam seres que poderiam fazer isso, lhes ajudar, lhes conduzir para um lugar melhor... Que ela poderia fazer algo assim... mentalmente ou falar em voz alta... se quisesse ler um trecho do Evangelho segundo o espiritismo poderia também, acender um incenso com esta intenção (são práticas que a paciente comenta fazer com frequência em sua casa, mas até então sem esta intenção), tudo poderia lhe ajudar, desde que ela sentisse que a sua intenção fosse limpar esse peso que sentia, e ajudar... Quando terminei de falar, e chegamos no final da consulta, ela disse ‘que loucura! Parece que me sinto melhor só de termos falado!’ Então lhe disse: ‘o que falamos aqui não deixou de ser um encaminhamento, pois agora tu entendeu como funciona e só no falar, já foi imaginando isso e fazendo, está em ti essa possibilidade...’. E no final do dia me enviou um WhatsApp agradecendo, que aquilo que sentia tinha sido ‘tirado com a mão’, que havia até feito um bolo, que voltou a se animar, e comentou que não imaginava como seria uma terapia que não olhasse para isso... o quanto o paciente perderia se esse tipo de assunto não fosse trabalhado. E me agradeceu. Importante: utilizei durante todo o tempo conceitos e suposições trazidas pela paciente, respeitando a sua crença e utilizando os elementos da sua religião para que ela desenvolvesse as condições necessárias para dar um sentido ao que sentia e resolver a queixa” (MNB40F Católica/espírita/umbandista/ budista/ hinduísta).

O acolhimento e a validação da experiência vivenciada pelo pacientes estabelece vínculo e ambiente terapêutico seguro, requisitos fundamentais em qualquer trabalho psicoterapêutico, mas ainda mais importante quando o paciente vive uma experiência no *setting*, que nem sempre é algo conhecido, tranquilo, podendo ser bastante impactante, as vezes assustador. Escuta ativa, saber sobre as crenças do paciente, conhecimento sobre os recursos e técnicas psicológicas adequadas e,

principalmente, empatia e respeito por aquele que está a sua frente, com suas dores, angústias e desafios são aspectos e necessidades fundamentais para um fazer psicológico correto e eficaz.

Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com o seu referencial teórico, n=2 (5%).

“Após algumas sessões coloquei poltronas extras nos atendimentos para que as entidades pudessem ‘dialogar’ com o paciente, uma espécie de mediação de conflitos entre eles. Foi muito positivo, o paciente apresentou melhora gigantesca e a sua qualidade de vida melhorou muito, inclusive na aceitação de acompanhamento com equipe multidisciplinar e na aceitação dos medicamentos. Manejei validando o sofrimento do paciente e criando ações possíveis para melhora do quadro de crise” (SS41F sem religião).

A profissional usa uma abordagem que incorpora elementos de mediação e resolução de conflitos, alinhada com perspectivas humanistas. O manejo destaca a importância da validação do sofrimento do paciente e a criação de estratégias para lidar com as crises. Ao reconhecer e integrar a espiritualidade do paciente, a profissional oferece um espaço para que possa se expressar e trabalha a sua resistência facilitando a aceitação de tratamento medicamentoso e acompanhamento multidisciplinar, ampliando a eficácia do cuidado. Isso sugere que um manejo terapêutico sensível às experiências espirituais pode levar a ganhos significativos na qualidade de vida e na adesão ao tratamento.

Manejos em que o profissional não soube como lidar com a experiência do paciente, n=3 (7,5%).

“No momento não soube o que fazer e me retirei do setting para pensar, após uns 5 min a pessoa tinha voltado “ao normal” e ela não se lembrava de nada. Contei o que havia ocorrido e ela disse que isso ocorria sempre antes de aparecer os cortes no braço e a tentativa de suicídio, segundo pessoas tinham relatado para ela” (M41F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

Relacionado com: “Paciente adolescente mudou a voz e não sabia mais qual era seu nome real dizendo que isso não interessava. Era uma paciente que se cortava e já tinha tentado o suicídio”.

Afastar-se do setting denota o nível de dificuldade da terapeuta em lidar com a situação, envolvendo temor e falta de preparo diante de fenômenos dessa natureza. Cometeu uma falha grave ao sair da sala, perdendo o controle do setting terapêutico e não garantindo a segurança física da paciente, além de não fornecer o acolhimento necessário, reforçando o seu isolamento emocional. Esse tipo de atitude evidencia a importância de treinamento específico para o manejo adequado dessas experiências.

Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com a própria crença e/ou descrença religiosa, n=3 (7,5%).

“Como o fenômeno saiu do âmbito psicológico e foi para o espiritual. Orei repreendendo, esperei o paciente voltar a si e continuei o atendimento, buscando compreender quais fragilidades emocionais estavam presentes” (MFCS41M Evangélico pentecostal/ neopentecostal).

Relacionado com: “Atendi um adolescente que endemoniou no meio do atendimento. Começou a mudar o tom de voz, o olhar, começou a ter atitudes agressivas”.

Ao orar para “repreender” o suposto espírito maligno, possivelmente em voz alta, o profissional está agindo de acordo com a sua crença religiosa pessoal, podendo não estar de acordo com a crença do paciente ou sua compreensão da experiência. O paciente pode ter se sentido julgado ou constrangido a aceitar a explicação religiosa oferecida pelo terapeuta, ao invés de ser levado a refletir sobre interpretações possíveis dessa experiência, inclusive para além do âmbito espiritual. Se o paciente não compartilhar da mesma crença, ele poderá se sentir incompreendido e desrespeitado.

Manejos em que o profissional não validou a experiência e/ou crenças religiosas do paciente, n=2 (5%).

“Simplesmente procurei fazer uma leitura do não verbal e com o decorrer das sessões foi relatando a história de sua vida e dos abusos sofridos, vítima do pai alcoolista” (OAS43M católico).

Relacionado com: “A paciente entrou em surto, caiu de joelhos ao chão, pronunciou algumas palavras não inteligíveis. Tentava se defender de algo não explicável, sem ser agressiva. Passando o momento retornou a poltrona e perguntou:

“Dr. Tenho algum demônio comigo”? Após essa sessão não mais ocorreu tal fato. Tratava-se de uma histeria de conversão”

Interpretar o comportamento da paciente como um episódio de histeria de conversão, ainda que o diagnóstico possa estar correto, sem investigar a sua religiosidade, concentrando-se em aspectos psicopatológicos, ignorando a relevância que a experiência religiosa poderia ter para a paciente, revela uma abordagem não inclusiva que invalida as crenças religiosas da paciente. O profissional desconsiderou ou menosprezou o impacto psicológico da crença em demônios no estado emocional da paciente, podendo causar desconexão na relação terapêutica e prejuízos no processo psicoterapêutico.

Conclusão relacionada à análise de conteúdo do segundo grupo de manejos

A análise dos manejos realizados pelos psicólogos durante a psicoterapia, frente às experiências espirituais e religiosas vividas pelos pacientes no ambiente terapêutico, revela a complexidade e a importância de uma abordagem sensível, empática e qualificada. Os manejos mais eficazes são aqueles que validam e acolhem os pacientes, criando um ambiente terapêutico seguro e respeitoso. Esses manejos promovem um vínculo terapêutico forte e facilitam o tratamento, especialmente em situações de crise, demonstrando que a espiritualidade pode ser integrada como parte do cuidado psicossocial.

Por outro lado, quando o terapeuta não está preparado ou reage com base em suas próprias crenças religiosas, isso pode gerar desconforto, rompimento do vínculo terapêutico e prejuízos ao processo. A fuga do *setting* terapêutico protagonizada por umas das psicólogas, bem como a realização de psicodiagnósticos que desconsideram ou invalidam as experiências REDEMA dos pacientes, demonstram uma necessidade urgente de treinamento específico para uma abordagem adequada, salientando a necessidade do profissional ter capacidade para acolher e lidar adequadamente com as experiências vivenciadas por seus pacientes no *setting* terapêutico, algo fundamental para o sucesso terapêutico. Psicólogos que conseguem integrar conhecimento técnico com respeito às crenças e experiências vivenciadas pelos pacientes, têm maior probabilidade de alcançar resultados positivos, fortalecendo a aliança terapêutica e ampliando as chances de adesão ao tratamento.

Já os manejos que desconsideram essas dimensões podem comprometer a segurança e o desenvolvimento psicossocial dos pacientes.

3.4.3 Manejos que envolveram as experiências vivenciadas pelos psicólogos durante a psicoterapia no *setting* terapêutico

Esse terceiro grupo de manejos, n=39 (14,8%), destaca a grande variedade de experiências REDEMA vivenciadas pelos profissionais psicólogos durante o processo psicoterapêutico de seus pacientes e as estratégias desenvolvidas por eles. Foram analisados de acordo com as seguintes subcategorias:

Manejou a vivência compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, sem permitir que houvesse influência no processo psicoterapêutico do paciente, n=14 (35,9%).

“Não houve necessidade de manejar, em função da paciente já estar fora da sala. Enquanto dentro, não falei sobre a leveza do ambiente” (M43F Espírita/umbandista/budista).

Relacionado com: “O ambiente ficou mais leve e agradável. Após a paciente sair, vi sob forma de luzes uma pessoa levar outros 2, 1 na minha cadeira e outro na cadeira do paciente”

Os relatos desses manejos além de destacar a grande variedade de experiências REDEMA vivenciadas pelos psicólogos, demonstram uma postura bastante profissional e ética por parte dos psicólogos, considerando que todos tomaram o cuidado de não permitir que elas interferissem no processo psicoterapêutico de seus pacientes. Interessante notar que apesar da falta de preparação específica para lidar com esse tipo de experiência, desenvolveram estratégias para preservar o processo psicoterapêutico, respeitando as crenças e colocando o foco no bem-estar do paciente.

Manejou a vivência compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, utilizando-a no processo psicoterapêutico do paciente sem que ele percebesse, n=13 (33,3%).

“Usei para entendimento da dor da paciente. Não verbalizei para ela o que eu via” (R64F Evangélica pentecostal/ neopentecostal).

Relacionado com: “Eu via dois vultos, de luz amarela, ao lado da paciente durante as sessões mais iniciais. Até que ela contou que havia feito dois abortos. Após trabalharmos a respeito dos abortos, não vi mais”.

Esses manejos são realizados baseando-se numa compreensão pessoal das experiências vivenciadas, sem que os pacientes percebam que os direcionamentos dados pelos profissionais vem ou são influenciados por essas experiências espirituais. Os psicólogos demonstram estar atentos, integrando a espiritualidade no manejo, sem desviar do foco clínico, usando suas percepções dessas presenças ou influências como suporte adicional na sua prática, sem prejudicar a neutralidade terapêutica, indispensável para o sucesso do processo psicoterapêutico.

Manejou a vivência compreendendo-a como uma experiência REDEMA pessoal, utilizando-a no processo psicoterapêutico do paciente e compartilhando com ele, n=6 (15,4%).

“Relatei para ela o ocorrido porque ela acreditava e aceitava, primeiramente deve vir a crença e necessidade do paciente, mas foi espontânea e rara, pois não é o local adequado para ocorrer” (GFT57F Espírita/budista e hinduísta).

Relacionado com: “Senti a presença de um parente falecido desta paciente”.

O conhecimento e a validação das crenças do paciente se revela fundamental para a construção de uma relação de confiança, fortalecendo o vínculo terapêutico e a criação de um espaço seguro em que a terapia é construída em conjunto por terapeuta e paciente. Abordagens inclusivas e sensíveis considerarão a diversidade das experiências humanas, com abertura e honestidade em face das experiências pessoais, explorando profunda e corajosamente as questões espirituais que podem surgir durante o processo psicoterapêutico.

No entanto, alguns cuidados por parte dos profissionais parecem bastante importantes, envolvendo uma cuidadosa avaliação crítica das experiências pessoais de maneira que o compartilhamento delas não prejudique a neutralidade e a eficácia da terapia, exigindo que o psicólogo mantenha o foco no bem-estar do paciente, respeitando as crenças dele sem impor as próprias, ainda que estejam alinhadas, investindo na capacitação sobre o lidar ético e empático com experiências REDEMA no setting terapêutico.

Manejou a vivência compreendendo a experiência REDEMA como um processo psicológico, n=6 (15,4%).

“De forma a transformar a experiência que eu senti como sendo de natureza espiritual em uma experiência de natureza psicológica, através do exercício de imaginação semi-dirigida, onde o paciente foi convidado a dialogar com o pai imaginário” (MC57F Espírita).

Relacionado com: “Estava com um paciente e senti a presença de um homem junto a ele. Senti o ambiente pesar e uma angústia tomou conta do meu coração. Resolvi perguntar internamente sobre essa sensação, sobre quem seria aquele homem. E para minha surpresa a resposta veio imediatamente. Algo me disse: sou o pai dele. Preciso resolver as coisas com ele. Preciso falar com ele. E assim eu resolvi escutar minha “intuição” e conduzi a sessão para uma conversa imaginária do paciente com seu pai já falecido. A sessão transcorreu de forma que o paciente e o pai (imaginário) se perdoaram mutuamente. E nesse momento o ambiente ficou leve e aquela angústia desapareceu. Assim também desapareceu a imagem daquele homem na minha mente. Meu paciente, eu (e acredito que seu pai), saímos refeitos daquele encontro”.

Nesse exemplo a psicóloga demonstrou habilidade ao utilizar a sua experiência religiosa pessoal em benefício do paciente, promovendo a conversa imaginária entre o paciente e seu suposto pai falecido, trabalhando o processo de luto e reconciliação. Em outros manejos foram integrados os conceitos de sincronicidade ou de espaços oníricos às experiências vivenciadas, indicando a sua complexidade e a importância do desenvolvimento de habilidades por parte dos profissionais de transitar entre essas áreas com competência, oferecendo perspectivas que tragam bem-estar aos pacientes.

Conclusão relacionada à análise de conteúdo do terceiro grupo de manejos

A análise das experiências REDEMA, vivenciadas pelos psicólogos no setting terapêutico revela uma ampla variedade de abordagens para integrá-las no processo psicoterapêutico. Os profissionais, ao se depararem com esses fenômenos, adotam manejos que variam desde a neutralidade e não interferência até o uso consciente dessas experiências para aprimorar o atendimento ao paciente.

Neutralidade e autocontrole: alguns psicólogos mantêm uma postura de total neutralidade, não permitindo que suas experiências pessoais interfiram na terapia. Esses profissionais empregam técnicas de regulação emocional, envolvendo respiração, oração ou concentração, para manter o foco exclusivamente no paciente, garantindo que o processo terapêutico não sofra influência das suas crenças religiosas ou espirituais.

Postura reflexiva e distanciada: outros psicólogos atribuem suas experiências espirituais a coincidências ou fenômenos subjetivos, adotando uma postura reflexiva e agnóstica. Eles preservam sua neutralidade, considerando importante manter a experiência espiritual fora da dinâmica clínica, evitando que essas vivências afetem a objetividade da sessão.

Integração sutil de vivências espirituais: Muitos profissionais relatam a utilização de suas experiências espirituais ou intuitivas de forma sutil no processo psicoterapêutico, sem que o paciente perceba. Esses psicólogos internalizam essas vivências, utilizando-as para guiar intervenções ou insights sem revelar a origem dessas percepções ao paciente. Nesse manejo, a espiritualidade é vista como um suporte adicional, que enriquece a prática clínica de maneira indireta e protegida.

Conexão e compartilhamento consciente: uma abordagem mais explícita envolve a integração da experiência espiritual no diálogo terapêutico, compartilhando essas vivências diretamente com o paciente quando apropriado. Ao validarem crenças espirituais ou anômalas dos pacientes, esses psicólogos reforçam a conexão empática e criam um ambiente de confiança, permitindo que o paciente explore suas questões espirituais de forma segura. No entanto, essa prática exige um cuidado ético e sensibilidade para não ocorra uma imposição das crenças pessoais do terapeuta sobre o paciente.

Fenômenos anômalos utilizados como ferramentas terapêuticas: em alguns casos, as experiências espirituais dos psicólogos são transformadas em ferramentas psicológicas, como o uso do conceito de sincronicidade ou a intuição como guia para a terapia. Essas vivências podem ser utilizadas para enriquecer o entendimento das emoções e traumas do paciente, proporcionando novas formas de elaboração e cura.

A análise demonstra que, independentemente da abordagem adotada, os psicólogos que vivenciam fenômenos religiosos, espirituais e anômalos tendem a ser cuidadosos para garantir que essas experiências não comprometam a neutralidade e a ética do processo psicoterapêutico. A capacidade para integrar essas vivências de

maneira sutil, intencional e ética exige conhecimento e uma formação adequada, sugerindo que a espiritualidade pode, de fato, enriquecer a prática clínica sem violar os limites profissionais. Assim, a flexibilidade e a sensibilidade dos psicólogos em navegar entre o espiritual e o psicológico ampliam as possibilidades de compreensão e tratamento, respeitando as dimensões subjetivas e espirituais dos pacientes.

3.4.4 Manejos que envolveram relatos não relacionados a experiências REDEMA

Esses manejos se referem aos 22 relatos (8,4%), que foram dados pelos profissionais como tendo ligação com experiências REDEMA, mas envolveram aspectos diversos relacionados com a religiosidade/espiritualidade sem relação com experiências. Foram analisados levando em conta os seguintes critérios: Manejos realizados com acolhimento, empatia, respeito e/ou validando a experiência e/ou crença do paciente; Manejos em que o profissional lidou com a experiência do paciente de acordo com o seu referencial teórico; Manejo em que o profissional não soube como lidar com a experiência do paciente; Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com a própria crença ou descrença religiosa e Manejos em que o profissional não validou a experiência e/ou crenças religiosas do paciente.

A análise dos manejos revela uma diversidade de abordagens que se fundamentam em princípios teóricos, empatia e adaptação às necessidades do paciente. Esses manejos podem ser agrupados em quatro grandes categorias:

Acolhimento, Empatia e Validação

Os psicólogos demonstraram uma postura de acolhimento e respeito às crenças e experiências dos pacientes, considerando-as parte da diversidade psicossocial humana. O foco na empatia e na validação das vivências promove um ambiente seguro, que facilita o autoconhecimento e o processamento emocional, como no caso de pacientes lidando com o luto. A validação, mesmo quando questionando certos aspectos, respeita a subjetividade do paciente e fortalece a relação terapêutica.

Abordagem Teórica Estruturada

Muitos psicólogos recorrem ao referencial teórico que orienta sua prática. Eles utilizam técnicas como o questionamento socrático, terapia cognitivo-comportamental (TCC), ou abordagens psicodinâmicas para explorar as crenças e experiências do paciente de maneira construtiva. A integração de conhecimentos da psicologia e da ciência da religião enriquece o manejo clínico, permitindo que os psicólogos lidem com questões complexas com base em fundamentos teóricos.

Influência de Crenças Pessoais

Alguns psicólogos deixaram transparecer suas próprias crenças ou descrenças religiosas no manejo dos pacientes. A análise aponta dois padrões principais: descrença ativa, em que o psicólogo busca dissociar a experiência do paciente de um contexto espiritual ou religioso e inferência baseada em crença pessoal, quando as experiências dos pacientes são interpretadas de acordo com a visão espiritual do psicólogo. Mesmo que esses manejos possam refletir a subjetividade do profissional, há um risco de que as crenças ou descrenças pessoais moldem as intervenções de forma inadequada, distanciando-se das necessidades do paciente.

Desafios na Neutralidade e Falta de Capacitação

Em alguns casos, a falta de habilidade em lidar com crenças religiosas ou experiências espirituais dos pacientes gerou manejos inadequados, como a validação acrítica de crenças delirantes ou a investigação de experiências religiosas sem um olhar clínico adequado. A análise sugere que esses psicólogos podem ter se afastado dos princípios da escuta empática ou de uma prática baseada em evidências, reforçando ilusões ao invés de oferecer suporte crítico e reflexivo.

Conclusão

Os manejos realizados pelos psicólogos, sejam eles fundamentados na teoria ou orientados pela empatia e acolhimento, demonstram um esforço contínuo para respeitar a subjetividade do paciente e promover um ambiente terapêutico seguro. No

entanto, a análise também aponta que as crenças pessoais dos profissionais, tanto religiosas quanto seculares, podem influenciar, de maneira explícita ou implícita, a forma como as experiências do paciente são interpretadas e manejadas. Isso ressalta a importância da neutralidade do terapeuta, que deve ser capaz de reconhecer suas próprias inclinações e evitar que estas impactem negativamente no processo terapêutico.

Os psicólogos que souberam integrar seus conhecimentos teóricos com uma postura acolhedora e reflexiva mostraram-se mais eficazes em promover um espaço de autoconhecimento e cura. Já os profissionais que não souberam manejar adequadamente as crenças dos pacientes, ou que permitiram que suas próprias crenças ou descrenças orientassem o processo, apresentaram desafios na condução terapêutica. Assim, a discussão aponta para a importância de uma formação contínua dos profissionais, tanto no que se refere ao aprimoramento teórico quanto no desenvolvimento de habilidades emocionais e culturais específicas para lidar com este tipo de experiência. Para garantir uma prática eficaz, os psicólogos devem ser capazes de manejar as experiências dos pacientes de forma neutra e empática, respeitando suas crenças sem impor as próprias visões. Isso fortalece a relação terapêutica e promove um processo de cura que valoriza a diversidade das experiências humanas e o bem-estar emocional do paciente.

3.5 ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS RELATOS DOS MANEJOS REALIZADOS PELOS PSICÓLOGOS

Considerando todas as análises realizadas até aqui, envolvendo os manejos feitos pelos psicólogos que participaram desta pesquisa, frente às várias experiências REDEMA trazidas ou vivenciadas por seus pacientes e por eles mesmos, discutiremos agora os pontos positivos e negativos que ficaram mais evidentes:

Acolhimento e empatia

Ao acolher o paciente e validar as suas experiências, independente de qual seja ela, o psicólogo cria um ambiente que é percebido pelo paciente como seguro e

acolhedor, permitindo que ele se sinta compreendido e respeitado. A empatia fortalece a relação e colabora no desenvolvimento de uma aliança terapêutica robusta.

Respeito e validação

Respeitar e validar as crenças e experiências do paciente constitui-se em princípios fundamentais quando se busca por uma prática terapêutica humanizada e ética. Reflete a disposição do psicólogo em aceitar a diversidade de perspectivas e opiniões, especialmente quando diferentes das suas, contribuindo para que o paciente se sinta compreendido e valorizado.

Integração das dimensões espiritual e psicológica

A habilidade do profissional para integrar as dimensões psicológicas e espirituais no processo psicoterapêutico, proporciona ao paciente a possibilidade de explorar suas questões emocionais e psicológicas, relacionando-as ao seu universo espiritual, ajudando-o no seu processo de autoconhecimento. Essa abordagem colabora para que o paciente possa interpretar e dar significado às suas experiências REDEMA, integrando-as de forma saudável em sua vida.

Flexibilidade e sensibilidade na interpretação das experiências

Adotar uma postura flexível ao lidar com as experiências REDEMA dos pacientes demonstra sensibilidade adaptativa, proporcionando capacidade para considerar a complexidade dessas vivências e abordá-las com abertura, ajudando o psicólogo a ajustar-se às necessidades individuais do paciente.

Promoção de uma terapia inclusiva e abrangente

A prática clínica que considera a R/E dos pacientes é inclusiva, abrangente, valorizando e respeitando a diversidade. Esse manejo demonstra sensibilidade cultural e religiosa, ampliando o alcance do atendimento psicoterapêutico. Considerar as crenças e práticas R/E dos pacientes na psicoterapia, a torna mais sensível e eficaz para os pacientes que as têm como algo muito importante em suas vidas.

Ampliação da consciência cultural e R/E do profissional

As várias experiências relatadas e os manejos realizados, proporcionam aos psicólogos a oportunidade para expandir sua própria consciência cultural e religiosa. Trabalhar com pacientes que trazem diferentes crenças, religiosidades e práticas, permite que os profissionais desenvolvam compreensão da diversidade humana. Esse aprendizado e desenvolvimento contínuo enriquece a prática terapêutica tornando-a mais inclusiva, sensível e efetiva.

Além desses pontos positivos também é importante enfatizar os desafios que foram evidenciados e precisam ser superados pelos psicólogos na sua prática clínica para um manejo ético e eficaz dessas experiências:

Dificuldade para manter a neutralidade

Se acolhimento, empatia e respeito pelas experiências dos pacientes são importantes para um atendimento humanizado, manter uma postura de neutralidade e respeito em relação a temas polêmicos e, especialmente, quando as crenças pessoais são divergentes ou antagônicas às do paciente, exige do profissional autoconsciência e controle emocional.

Superficialidade no manejo

Quando faltam os conhecimentos necessários, fazendo com que o profissional, por exemplo, considere que esses temas e experiências devem ser mantidos fora do processo terapêutico ou não tenha a segurança necessária para lidar com eles, ficou claro que ele tende a lidar de forma superficial, se limitando a ouvir sem crítica ou intervenção, deixando de aproveitar o potencial terapêutico que as crenças R/E e as experiências REDEMA do paciente podem proporcionar, quando bem utilizadas, além de prejudicar a aliança terapêutica e a própria evolução da psicoterapia.

Interpretação reducionista

Quando o manejo é realizado desconsiderando a R/E do paciente, seja pelo referencial teórico utilizado, pré-conceitos ou inexperiência em relação a essa

temática, o psicólogo se arrisca a interpretar as experiências REDEMA do paciente como sintomas psicopatológicos, levando a hipóteses diagnósticas precipitadas ou a uma postura de invalidação das crenças e experiências do paciente. Esse manejo reducionista não apenas ignora a relevância da dimensão espiritual, importante para muitos pacientes, como pode abalar a confiança dele em todo o processo psicoterapêutico.

Insegurança no diagnóstico diferencial

Diferenciar experiências REDEMA saudáveis de sintomas psicopatológicos nem sempre é tarefa fácil. Ao demonstrar insegurança, exacerbada pela falta de conhecimento específico e por dúvidas relacionadas ao manejo ético dessas experiências, o profissional novamente fragiliza a aliança terapêutica e não atua adequadamente no processo psicoterapêutico de seu paciente, muitas vezes adotando uma postura de invalidação.

Influência das crenças pessoais

Quando o psicólogo não tem clareza sobre as próprias crenças e descrenças R/E, a sua capacidade de ouvir e manter uma postura de neutralidade face as experiências REDEMA trazidas por seus pacientes pode ser extremamente prejudicada. É preciso muito cuidado para que não tente interpretar as experiências do paciente de acordo com as suas convicções pessoais. Na psicoterapia as crenças ou não crenças que importam, que devem ser elaboradas, considerando o bem-estar e saúde mental do paciente são as dele e não as do profissional.

Quebra da relação terapêutica

Falta de empatia, invalidação e preconceito podem comprometer seriamente a aliança terapêutica, central para o sucesso da psicoterapia. Invalidar ou patologizar as crenças e experiências R/E do paciente fará com que ele se sinta desrespeitado e perca a confiança no terapeuta comprometendo seriamente o vínculo. Todos os cuidados necessários devem ser tomados para que isso não aconteça.

Conclusão

A análise dos manejos realizados pelos psicólogos no contexto das experiências REDEMA de seus pacientes, revela uma prática clínica com pontos fortes e muitos desafios. Entre os pontos positivos, destaca-se a abordagem empática e acolhedora, onde o respeito e a validação das experiências dos pacientes fortalecem a relação terapêutica, promovendo um espaço seguro e acolhedor para que ele expresse suas vivências, angústias e dificuldades. Esse acolhimento, associado à uma escuta ativa e à flexibilidade na interpretação das experiências, não só contribui para o fortalecimento da aliança terapêutica, mas também para uma prática que abrange a complexidade da experiência humana de forma inclusiva e humanizada.

Por outro lado, os desafios apresentados destacam a necessidade de maior preparo e conhecimentos específicos dos psicólogos, para que possam lidar de maneira positiva com a dimensão espiritual dos pacientes. Em alguns casos, a falta de capacitação resulta em superficialidade no manejo ou invalidação das experiências dos pacientes, comprometendo a relação terapêutica e levando a interpretações reducionistas e/ou preconceituosas. A influência, que muitas vezes ocorre, da opinião pessoal do psicólogo, envolvendo suas crenças ou descrenças R/E, sobre a interpretação das experiências do paciente, demonstra a importância de uma postura neutra e ética para que o processo terapêutico seja eficaz.

Ficou clara a importância de uma formação profissional contínua e especializada para que os psicólogos possam lidar com segurança e competência com as crenças R/E e as experiências REDEMA dos pacientes no seu tratamento. A prática clínica ideal, envolve não apenas acolhimento e respeito pelas experiências dos pacientes, mas a necessidade de uma formação mais ampla e inclusiva na psicologia, que contemple as crenças R/E e experiências REDEMA. Buscar por capacitação contínua no que se refere a conhecimentos envolvendo a diversidade cultural e religiosa, além de autoconhecimento e o desenvolvimento de habilidades para lidar com neutralidade, são fundamentais para que os profissionais possam lidar com essas questões de forma respeitosa e eficaz no processo psicoterapêutico de seus pacientes.

CAPÍTULO 4 – PROPOSTA

4 MANEJO CLÍNICO DE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS, ESPIRITUAIS, DISSOCIATIVAS ESPIRITUAIS OU MEDIÚNICAS E ANÔMALAS: DIRETRIZES, DESAFIOS E CUIDADOS NO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO

As experiências religiosas, espirituais, dissociativas espirituais ou mediúnicas e anômalas (REDEMA) fazem parte da vivência de inúmeros pacientes e, por vezes, emergem como temas centrais no contexto psicoterapêutico. Todo o trabalho realizado até aqui, desde a revisão da literatura, passando pelo desenvolvimento da pesquisa, pela análise de conteúdo das experiências e dos manejos relatados e, especialmente a discussão dos resultados encontrados, evidencia que o manejo clínico dessas experiências exige dos psicólogos uma abordagem sensível e cuidadosa, levando em consideração a complexidade e a diversidade dessas manifestações, que podem ter implicações profundas na saúde mental e emocional dos indivíduos. Neste capítulo, que pretendemos transformar em um livro e, por isso, retomamos alguns conceitos, além da exposição de alguns relatos de experiências e manejos já vistos anteriormente, exploraremos as principais diretrizes, desafios e cuidados a serem considerados na prática clínica, com base nas análises das várias experiências e manejos relatados pelos psicólogos que participaram dessa pesquisa, destacando a necessidade de práticas realizadas com o devido preparo, embasadas em acolhimento, respeito e empatia, sem deixar de lado o referencial teórico e ético que orienta a prática psicológica, esperando contribuir para um fazer psicológico cada vez mais efetivo e eficaz de modo a auxiliar aquele que sem dúvida é o personagem mais importante no *setting* terapêutico, o paciente.

Segundo Sue *et al.*, (1992) e Arredondo *et al.* (1996) a competência cultural, necessária ao profissional psicólogo para uma prática clínica adequada ao lidar com os desafios e angústias de seus pacientes, deve levar em consideração três eixos principais: Consciência cultural, envolvendo a percepção e compreensão do profissional sobre a sua própria origem cultural, considerando que ela determina seus valores, atitudes, limitações e preconceitos relativos a culturas diferentes da sua. Conhecimento cultural, que se refere ao cuidado em saber sobre as heranças culturais, histórico e experiências de vida dos pacientes, especialmente daqueles que

tenham uma cultura diferente da do profissional e Habilidades culturais, que vai determinar a capacidade do profissional para utilizar seu conhecimento e sensibilidade cultural no relacionamento com o paciente, comunicando-se adequadamente e integrando os elementos culturais dele, de modo a realizar um diagnóstico correto e uma proposta de tratamento terapêutico adequada. Analogamente, poderíamos dizer que as competências necessárias para lidar com as experiências REDEMA na prática clínica, considerando as dificuldades narradas pelos psicólogos em seus relatos de manejo dessas experiências, se relacionam com competências que envolvem consciência religiosa, conhecimento religioso e habilidades religiosas:

Consciência religiosa

Envolve a percepção e compreensão do profissional sobre a sua própria religiosidade ou irreligiosidade, suas crenças ou descrenças religiosas e espirituais pessoais, considerando que elas poderão ter uma influência profunda sobre a sua visão de mundo, determinando seus valores, atitudes e principalmente, limitações e preconceitos, especialmente quando relacionados a religiosidades diferentes da sua.

Conhecimento religioso

Envolve o cuidado em saber sobre as origens, heranças e histórico religioso, crenças e experiências de vida envolvendo a religiosidade, espiritualidade ou irreligiosidade do paciente, buscando compreender qual a importância que esses elementos tem para ele e, a partir disso, como podem afetar as suas escolhas, formação da personalidade, possível desenvolvimento de distúrbios psicológicos, entendendo essa cosmovisão sem julgamento, sem preconceito, especialmente quando forem diferentes ou antagônicas as suas, buscando quando não os possuir, conhecimentos específicos sobre a religião, religiosidade, espiritualidade do paciente, que possam auxiliá-lo nessa compreensão.

Habilidades religiosas

Que vão determinar a capacidade do profissional para utilizar seu conhecimento e sensibilidade para lidar com as crenças e experiências

religiosas/espirituais (R/E) do paciente, quando estas forem importantes para ele, integrando esses elementos no processo psicoterapêutico, de modo a realizar um diagnóstico correto e uma proposta de tratamento terapêutico adequada, auxiliando o paciente a utilizá-las de maneira positiva nos seus processos de autoconhecimento e transformação pessoal, desenvolvendo auto estima e bem-estar.

4.1 ASPECTOS RELEVANTES

Ao longo das análises realizadas, identificamos diversas abordagens adotadas pelos psicólogos diante das experiências REDEMA. Essas abordagens vão desde o respeito às crenças dos pacientes e a validação de suas vivências, envolvendo intervenções estruturadas que buscam promover uma reflexão crítica sobre o impacto dessas experiências na vida psíquica e social do paciente, até situações em que o manejo inadequado, por desconhecimento sobre o tema ou por preconceitos pessoais, pode prejudicar seriamente o processo psicoterapêutico, causando grandes prejuízos aos pacientes. Portanto, é importante que os psicólogos estejam atentos ao seu papel como facilitadores do autoconhecimento e do bem-estar emocional, considerando a subjetividade e a singularidade de cada paciente, tomando muito cuidado para que não ocorra a imposição de crenças ou juízos de valor e buscando por formação continuada que lhes proporcione os conhecimentos necessários para um fazer psicológico adequado e eficaz que atenda às necessidades dos seus pacientes quando essas experiências estiverem envolvidas.

Veremos a seguir os principais aspectos envolvendo os vários tipos diferentes de experiências de acordo com as subcategorias escolhidas para categorizá-los.

Diversidade de experiências

As subcategorias experiências religiosas, dissociativas espirituais ou mediúnicas, anômalas e PSI abrangeram uma ampla gama de vivências. Essa diversidade sugere que as experiências espirituais são multifacetadas e podem ser interpretadas de diferentes maneiras, dependendo do contexto cultural, religioso e das crenças pessoais. Importante atentar que as mesmas experiências podem ser interpretadas de formas diferentes, dependendo da crença ou religião, como fonte de conforto ou desafios para a saúde mental dos pacientes. Para que se possa entender

como os diversos relatos de experiências e manejos foram caracterizados para que seu conteúdo pudesse ser analisado de acordo com a técnica desenvolvida por Laurence Bardin, a seguir as subcategorias e classificações, com as devidas caracterizações de cada uma, que foram estabelecidas na pesquisa.

Experiências religiosas (ER)

Presença da divindade: A pessoa sente que a divindade está presente em sua vida. Os pacientes dizem sentir ou ver figuras como Jesus ou o Espírito Santo, descrevendo percepções através de visões e sonhos ou a sensação de ser tocado pelo Espírito Santo sem que tenha controle consciente dessas interações.

Intervenção divina: O paciente entende que a divindade tem conhecimento da sua existência e necessidades, intervindo na sua vida, através de orações atendidas, milagres, soluções atribuídas a leituras sagradas ou a sonhos. Eventos que fazem parte do cotidiano da pessoa são interpretados como resultado direto da ação divina.

Perceber, ouvir a divindade ou ter uma revelação: Acontece uma visão concreta ou imaginária da divindade, percebe a experiência como um chamado ou uma orientação. A maioria dos relatos envolveu profecias, comunicações com Deus através de orações, revelações através de sonhos ou visões, ou pela glossolalia, o falar em línguas.

Nas experiências religiosas as categorias predominantes envolveram a presença, ação e comunicação do divino, caracterizadas por um aspecto sensorial importante com visões e vozes e uma interação direta e pessoal com a divindade. Além disso, aconteceram numa grande diversidade de religiões e crenças, cada uma com suas formas específicas de interpretá-las e interagir com o divino. Apesar de predominantemente positivas, auxiliando os pacientes em suas questões emocionais e existenciais, quando aconteceram relações conflituosas com o divino desencadearam *coping* religioso negativo.

Coping religioso negativo

Essas experiências indicam situações em que a R/E provoca sofrimento psíquico, pois os pacientes associam as suas dificuldades com castigo divino ou como consequência da sua falta de fé. As crenças religiosas quando interpretadas dessa

maneira podem dar origem a sentimentos que envolvem culpa e remorso, gerando extrema angústia, além de muitas vezes dificultar a busca por apoio além de interferir no processo terapêutico, dificultando seu progresso. O impacto da religião na vida dos pacientes é profundamente subjetivo e varia de acordo com o contexto e as crenças pessoais.

Experiências dissociativas espirituais ou mediúnicas (EDEM)

Sentir, ver, ouvir, perceber pensamentos de um falecido ou entidade espiritual: Envolve perceber, sentir, ver, ouvir ou receber uma informação mental, com maior ou menor nitidez, do espírito de uma pessoa falecida, de uma entidade espiritual ou um aspecto que não é percebido por outras pessoas como luz, perfume etc. Vários relatos mencionaram a percepção visual, auditiva ou a percepção da presença de pessoas falecidas, entidades ou guias espirituais, sugerindo ser uma experiência comum. Quando aconteceram durante a psicoterapia no setting terapêutico, envolveram principalmente a presença de entes queridos como pais e avós, proporcionando apoio emocional e encorajamento. De maneira geral a sensação é de orientação e conforto, mas, em alguns casos a experiência foi descrita como perturbadora e aterrorizante, especialmente quando o paciente não tem um referencial positivo desse tipo de experiência em suas crenças ou não encontra uma explicação para ela.

Efeitos físicos: envolve a produção de fenômenos materiais, como ruídos ou o movimento de corpos inertes. Relatos de portas que se abrem, objetos que “voam” e de luzes que não tem origem física aparente. Embora seus relatos tenham sido menos frequentes, destacam a conexão entre o espiritual e o físico, demonstrando que essas experiências podem ter repercussões tangíveis no corpo e no ambiente.

Transe mediúnico: Indivíduos que entram em estados não ordinários de consciência, mantendo algum controle, com ou sem alteração de identidade. Pacientes que acreditam “incorporar” espíritos ou entidades, sendo que essa influência é percebida através de mudanças na voz, postura e comportamentos, podendo acontecer em situações rotineiras ou em contextos religiosos como reuniões mediúnicas em centros espíritas.

Transe de possessão: Indivíduos que demonstram dissociação com alteração de identidade, sem domínio ou controle. Os relatos mais comuns são de possessão

por espíritos malignos ou demônios, especialmente em contextos cristãos/evangélicos em que esse tipo de experiência costuma ser interpretada dessa forma. Também houve relatos dessas experiências em rituais da umbanda ou do candomblé onde a incorporação de entidades espirituais é vista como algo comum e esperado, demonstrando o quanto a interpretação do mesmo fenômeno poderá causar angústia ou bem-estar dependendo do contexto e interpretação.

As experiências EDEM indicam uma dimensão da experiência humana que muitas vezes desafia a compreensão convencional da psicologia. Tais vivências podem ser vistas como indicadores de estados não ordinários de consciência, onde o controle do indivíduo sobre as suas percepções é alterado, frequentemente com uma sensação de que esse controle é exercido por uma entidade espiritual. Os relatos de transe de possessão mostram um padrão de dissociação mais acentuado, em que os pacientes relatam mudanças na sua identidade e comportamento, com alterações na voz e em suas expressões faciais.

Essas experiências EDEM, as mais comuns de acordo com os relatos dos psicólogos, sugerem a necessidade de conhecimento por parte dos psicoterapeutas para que possam realizar uma abordagem mais inclusiva e sensível integrando essas experiências no tratamento ao invés de desconsiderar ou patologizar as vivências subjetivas dos pacientes, considerando que acontecem no contexto de várias tradições religiosas diferentes.

Experiências anômalas (EA)

Experiência fora do corpo: A pessoa sente que a sua consciência está fora do corpo físico, flutuando vai a outros locais e observa seu corpo a distância. Os pacientes relatam andar pela casa, muitas vezes vendo seu corpo na cama, além de perceber a presença de vultos e entidades.

Experiência de quase morte: Costuma ocorrer com pessoas correndo risco de vida envolvendo perigos emocionais ou físicos intensos, próximos da morte. Pacientes que dizem ter ouvido a conversa da equipe médica durante a cirurgia enquanto estava fora do seu corpo ou de flutuar pelo hospital enquanto tentavam reanimá-la.

Sonhos lúcidos: Se tem consciência de estar sonhando, podendo influenciar os elementos do sonho. Pacientes que relatam receber orientações durante esses sonhos além de descrevê-los como “experiências impressionantes”.

Curas anômalas: Ocorre quando a cura da doença não pode ser atribuída a tratamentos médicos convencionais ou possui uma explicação racional. Pacientes relatam curas milagrosas, tanto físicas quanto emocionais, atribuídas por eles a sua fé e a divindade, não tendo explicação científica. Essas experiências costumam proporcionar profundas transformações pessoais.

Experiências místicas: Envolve um sentimento de integração com o universo, perdendo-se o referencial de espaço e tempo, produzindo sentimentos de paz, alegria e bem-aventurança. Pacientes relatam a sensação de bem-estar e de “estar integrado com o todo”.

As EA são variadas e muito influenciadas por fatores culturais, emocionais e espirituais. Elas compartilham a característica de uma percepção da realidade expandida e transcendente, dificilmente explicável pela consciência ordinária. Essas experiências costumam ocorrer em momentos de intensa carga emocional ou física. E ainda que algumas delas possam ser compreendidas sob uma perspectiva psicológica, os pacientes frequentemente as interpretam como transcendentais, destacando a importância de considerar o contexto cultural e religioso ao abordar esse tipo de vivência. Independentemente de sua categoria, essas experiências são frequentemente vistas como acesso a uma dimensão mais profunda da existência, proporcionando *insights* e mudanças na percepção dos pacientes sobre si mesmos e o mundo ao seu redor.

Experiências PSI

Telepatia: Comunicação direta entre mentes. Relatos feitos por pacientes de comunicações telepáticas em que a troca de ideias ou pensamentos não se deu através da fala, além da captação de emoções, especialmente quando o outro passa por dificuldades profundas.

Clarividência: Conhecimento anômalo de eventos que acontecem a distância. Paciente que disse saber sobre o conteúdo da conversa entre a psiquiatra e seu marido sem que estivesse presente.

Retro cognição: Conhecimento anômalo de eventos passados.

Pré-cognição ou Sonhos premonitórios: Conhecimento anômalo de eventos futuros. Pacientes que descrevem fatos sonhados que ocorreram depois. São experiências bastante relatadas pelos pacientes envolvendo previsões sobre acidentes, perigos até a própria morte, gerando forte confusão e angústia.

Memórias de vidas passadas: Lembranças que não pertencem a identidade atual, atribuídas a uma existência ou a uma vida anterior sem que a atual seja renegada. Pacientes que narram memórias de experiências vividas com um corpo diferente do atual, mas dizendo estarem certos de serem eles mesmos. Esses relatos são muito influenciados pelas crenças religiosas pessoais.

Sincronicidade: Relação percebida entre eventos que acontecem simultaneamente, proporcionando significado para aqueles que os vivenciam. Os relatos dados sugerem que esses fenômenos costumam ocorrer em momentos emocionalmente importantes nos quais o paciente está à procura de sentido.

As experiências PSI tem uma relação bastante estreita com as crenças religiosas ou espirituais dos pacientes, estando associadas a questões emocionais intensas. Os pacientes tendem a interpretar essas experiências como parte de um processo mais amplo de autocompreensão, autoconhecimento e busca de sentido existencial, destacando a relevância do contexto religioso/espiritual na sua interpretação. Essas experiências são frequentemente percebidas como manifestações de um "dom" que integram uma visão mística da realidade, ocorrendo em momentos de intensa carga emocional, como luto, perigo ou desafios. As experiências PSI podem ter uma função relevante no contexto terapêutico, oferecendo uma estrutura para que os pacientes ao processar essas experiências as utilizem para o seu autoconhecimento e enfrentamento de desafios, também podem enriquecer a prática clínica e a compreensão da dinâmica terapêutica, fortalecendo a conexão entre psicólogo e paciente. Essa conexão sugere que a intenção e a energia do terapeuta não apenas influenciam, mas também podem ser sutilmente captadas pelo paciente, criando um espaço de interação onde as experiências podem se entrelaçar. A sincronicidade também pode reforçar essa ideia de interconexão onde psicólogo, paciente e o ambiente são parte de um processo terapêutico dinâmico. Cabe ao terapeuta compreender essas dinâmicas e ter a habilidade necessária para utilizá-las no processo psicoterapêutico, ajudando o paciente a usá-las em seu favor.

4.2 MANEJOS DAS EXPERIÊNCIAS REALIZADAS PELOS PSICÓLOGOS

Para a análise dos manejos foram criadas as seguintes subcategorias:

Manejos realizados com acolhimento, empatia, respeito e/ou validando a experiência e/ou crenças do paciente.

Exemplos:

“Acolho o relato e os sentimentos que o paciente traz sobre a experiência, sem duvidar da veracidade do seu relato e peço que ele reflita para saber do que se trata. O que ele pensa ser essa experiência”;

“Escuta, acolhimento, consideração da relevância”;

“Validando a experiência, investigando e buscando enfatizar o sentido pessoal e integrando com a realidade psicológica do paciente”;

“Fui acolhedor e interessado na experiência e em seus desdobramentos emocionais. Acompanhei sua interpretação da experiência sem procurar explicações alternativas”.

“Eu a acolhi e dei apoio para que vivesse essa experiência ali comigo, sem julgamento. Depois ajudei-a a elaborar o que aconteceu e integrar a vivência em seu contexto de vida, de acordo com suas próprias crenças”

Os manejos realizados refletem uma prática psicoterapêutica que acolhe, valida e respeita as experiências REDEMA dos pacientes. Ao reconhecer essas vivências como aspectos legítimos e significativos de suas vidas, os psicólogos evitam patologizar a espiritualidade, promovendo uma integração saudável entre as dimensões psicológica e espiritual. Essa abordagem ressalta a importância da empatia, da escuta ativa e do respeito pela diversidade de crenças, alinhando-se com uma visão mais inclusiva, ampla e humanizada no processo terapêutico, características de profissionais experientes na psicologia clínica. No entanto, algumas deficiências foram observadas, principalmente uma certa superficialidade e falta de questionamento crítico em relação as questões envolvendo a R/E dos pacientes, muito provavelmente como consequência da falta de formação específica para lidar com essa temática.

Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com seu referencial teórico.

Exemplos:

“Trouxe a ferramenta utilizada por Carl Gustav Jung...”

O profissional faz a integração entre aspectos psicológicos e espirituais, buscando fortalecer o ego e enfatizando a importância do inconsciente para a identidade do paciente.

“Análise funcional da forma como o paciente se relaciona com as informações providas dos eventos psicológicos”

Enfatiza como as crenças espirituais podem influenciar o comportamento e a cognição, permitindo um amplo entendimento das vivências do paciente.

“Fiz um clareamento a partir da análise psicodramática”

As experiências do paciente são exploradas a partir da dramatização, de modo a promover uma visão mais profunda das suas emoções.

“Através da fenomenologia”

A abordagem é realizada centrando na experiência subjetiva do paciente, de forma a permitir que a sua vivência religiosa possa ser compreendida.

“Escuta ativa”

A experiência do paciente é reconhecida e validada, no entanto pode vir a ser insuficiente considerando a complexidade que envolve essas experiências, especialmente se não houver intervenções complementares baseadas num referencial teórico.

“Após algumas sessões coloquei poltronas extras nos atendimentos para que as entidades pudessem 'dialogar' com o paciente, uma espécie de mediação de conflitos entre eles. Foi muito positivo, o paciente apresentou melhora gigantesca e a sua qualidade de vida melhorou muito, inclusive na aceitação de acompanhamento com equipe multidisciplinar e na aceitação dos medicamentos. Manejei validando o sofrimento do paciente e criando ações possíveis para melhora do quadro de crise”

O manejo realizado pela profissional indica uma abordagem que incorpora elementos de mediação e resolução de conflitos, possivelmente alinhada com

perspectivas humanistas e integrativas da psicologia. O reconhecimento das “entidades” como parte do processo terapêutico, sugere um espaço onde experiências REDEMA são legitimadas e integradas ao tratamento. A estratégia de criar poltronas extras para o “diálogo” entre o paciente e as entidades reflete uma compreensão de que as experiências espirituais podem ser fontes de conflito interno. Ao proporcionar um espaço para que essas “entidades” se expressem, a profissional permite que o paciente explore e resolva esses conflitos, promovendo integração entre as partes da sua psique e facilitando a aceitação de intervenções externas, como medicamentos e acompanhamento multidisciplinar.

O manejo destaca a importância da validação do sofrimento do paciente e a criação de estratégias práticas para lidar com crises. Ao reconhecer e integrar a espiritualidade do paciente, a profissional não apenas oferece um espaço para a expressão das vivências de experiências mediúnicas, mas também trabalha a resistência e facilita a aceitação de tratamentos convencionais, ampliando a eficácia do cuidado. Isso sugere que um manejo terapêutico sensível às experiências espirituais pode levar a ganhos significativos na qualidade de vida e na adesão ao tratamento.

Percebe-se uma grande diversidade de abordagens teóricas adotadas pelos profissionais. Os manejos envolvem respeito e validação das experiências espirituais dos pacientes, aspecto essencial no processo terapêutico. A escuta ativa e a interpretação fenomenológica predominam, indicando a intenção de compreender a experiência, respeitando suas crenças e vivências. Para se conseguir criar um espaço seguro que favoreça o processo de cura e autoconhecimento dos pacientes, equilibrar a avaliação clínica e o acolhimento realizado com empatia é muito importante. No entanto, percebe-se algumas deficiências nesses manejos que ressaltam a importância de uma abordagem bem estruturada e de conhecimentos específicos ao lidar com experiências REDEMA. É preciso que os psicólogos reconheçam a complexidade e subjetividade dessas vivências, equilibrando empatia com seu embasamento teórico e o conhecimento das experiências, evitando que eventuais limitações interfiram no processo terapêutico.

Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com o seu referencial teórico, invalidando a experiência.

Exemplos:

Quando um paciente disse ao psicólogo ouvir vozes de espíritos, ele:

“Trabalhei a técnica de entender como característica psicótica esquizofrênica, tal qual preconiza a psicanálise”

O profissional utilizou um referencial teórico psicanalítico que interpreta o relato de vozes como indicativo de uma psicose esquizofrênica. Essa abordagem invalida a experiência narrada pelo paciente, rotulando-a como uma patologia e desconsiderando uma possível dimensão espiritual do fenômeno. O referencial teórico rigidamente vinculado à psicopatologia, ignora a possibilidade de outras explicações culturais ou religiosas, desconsiderando a visão de mundo do paciente.

O paciente diz “receber o Pai José e ele sempre o orientar”, ao que o psicólogo responde:

“Pai José é uma fantasia de introdução que pode estar a serviço de algumas de suas instâncias psíquicas”

O profissional trata a crença do paciente em “receber o Pai José” como uma fantasia psíquica. Essa interpretação invalida a experiência mediúnica, ao reduzir o fenômeno espiritual a um produto da mente, sem considerar o contexto cultural e religioso da prática.

Quando a paciente traz o relato de “visões e sensações diversas”, o profissional:

“Utilizando os conceitos advindos da teoria psicanalítica sobre a intersecção e complexidade de nossa relação com a realidade/fantasia”

Como no manejo anterior, a experiência da paciente foi enquadrada como uma fantasia, invalidando a experiência e desconsiderando a possibilidade de uma experiência REDEMA.

Quando seu paciente diz “ouvir revelações”, de acordo com a sua religião, o psicólogo reage:

“Considerando a estrutura como de uma neurose”

A experiência religiosa foi diagnosticada como parte de um quadro neurótico. Esse diagnóstico invalida a experiência, patologizando-a, ignorando seu valor

espiritual, especialmente quando o paciente associa as revelações a uma prática religiosa genuína, na qual acredita.

Quando o paciente disse ter sentido “uma entidade entrar em seu corpo físico” a psicóloga responde:

“Buscando elucidar que possa ser uma parte de seu inconsciente... sem o uso de termos religiosos”

A psicóloga faz uma interpretação da experiência do paciente como sendo uma manifestação do seu inconsciente, seguindo o referencial teórico psicanalítico sem considerar a possibilidade de conceitos religiosos. Esse receio de descrever o fenômeno em termos religiosos o invalida, desconsiderando o valor espiritual que o paciente parece atribuir à experiência. Mesmo que não esteja claro se essa experiência faz parte do repertório religioso do paciente, desconsiderar sua linguagem e percepção ignorando seu relato, prejudica o vínculo terapêutico.

A psicoterapia de pacientes que compartilham experiências REDEMA exige uma abordagem sensível e pluralista, respeitando as crenças e práticas religiosas desses indivíduos. Os psicólogos devem, idealmente, evitar uma interpretação reducionista e patologizante, priorizando uma escuta atenta, aberta e isenta de preconceitos, permitindo que o paciente atribua o significado que considerar apropriado às suas vivências. Dessa maneira, a psicoterapia se torna mais inclusiva, promovendo um cuidado que abrange não apenas o aspecto mental e emocional, mas também o espiritual, quando este for relevante para o paciente.

Percebe-se um padrão recorrente de invalidação das experiências trazidas pelos pacientes, patologizando-as sem sequer aventar a possibilidade de que a narrativa trazida pelos pacientes possa ser verdadeira, de acordo com as crenças R/E desses pacientes, desprezando possíveis dimensões culturais ou religiosas que possam estar envolvidas, talvez por falta de conhecimento sobre esses temas e por um viés patologizante fruto do referencial teórico utilizado.

Manejos em que o profissional não soube como lidar com a experiência do paciente.

Exemplos:

Quando uma paciente passando por conflitos familiares disse para a psicóloga que “Se sentiu muito confortada ao ouvir o preto velho falar com ela durante uma gira”, a psicóloga:

“... foi ressaltado que meu trabalho era laico conforme o código de ética do psicólogo, porém que suas experiências poderiam ser incluídas e abordadas no processo terapêutico”.

Ao responder que o seu trabalho “é laico de acordo com o código de ética do psicólogo” a profissional parece transmitir para a paciente a ideia de que considera antiético falar sobre a sua religiosidade, ainda pior quando a paciente diz se sentir confortada ao ouvir a entidade espiritual, que ao que parece, faz parte das suas crenças religiosas.

Relatos como:

“Apenas a escutei e não consegui manejar”

“Apenas ouvindo”

“Somente escutei”

Indicam que quando o profissional não tem compreensão sobre essas experiências, escutar passivamente sem realizar qualquer intervenção parece se transformar em “prática terapêutica” comum.

Relato: “Eu nunca falei e nem falarei por ética, que oro por meus pacientes...”

Desde que esteja de acordo com as crenças religiosas da paciente e ela considere a oração intercessora algo benéfico, por que seria antiético? Esse tipo de leitura que demonstra medo e insegurança, decorre de um entendimento equivocado dos conceitos de ética e laicidade envolvendo religiosidade e espiritualidade na prática psicológica.

Relato: “Paciente adolescente mudou a voz e não sabia mais qual era seu nome real dizendo que isso não interessava. Era uma paciente que se cortava e já tinha tentado o suicídio”

Manejo realizado pela psicóloga:

“No momento não soube o que fazer e me retirei do setting para pensar, após uns 5 min a pessoa tinha voltado "ao normal" e ela não se lembrava de nada. Contei

o que havia ocorrido e ela disse que isso ocorria sempre antes de aparecer os cortes no braço e a tentativa de suicídio, segundo pessoas tinham relatado para ela”

Ao se retirar do *setting* terapêutico por não saber como agir, a psicóloga revela o impacto emocional e o desconforto provocado ao presenciar a experiência dissociativa da paciente. Seu afastamento físico denota o quanto foi desafiador para ela ter que lidar com a situação naquele momento, envolvendo medo e falta de preparo diante de fenômenos dessa natureza. Ao sair da sala, a terapeuta comete uma falha grave, comprometendo a contenção e o controle do ambiente terapêutico, especialmente quando a segurança física da paciente foi colocada em risco. Sua reação também pode ter amplificado a sensação de abandono e isolamento emocional da paciente. A falta de um manejo adequado, consequência do desconhecimento sobre experiências REDEMA evidenciam a necessidade de formação e capacitação.

Conclusão

Os manejos realizados indicam que muitos psicólogos sentem medo e insegurança ao lidar com as experiências REDEMA, no contexto psicoterapêutico, fenômenos que fogem do escopo tradicional da prática psicoterápica. Seja pela falta de conhecimento ou por conflitos éticos infundados, acabam por desenvolver uma aparente paralisia terapêutica, fazendo com que os terapeutas se limitem a “escutar passivamente”, fazendo intervenções baseadas apenas em critérios psicopatológicos ou ainda adotando uma postura de desprezo e desconsideração pela religiosidade dos pacientes, demonstrando ficar aliviados ao abrir mão de lidar com essas questões. Fica mais uma vez evidenciada a necessidade de uma formação abrangente sobre essas experiências, instrumentalizando os profissionais para diferenciar manifestações espirituais de sintomas psicopatológicos, permitindo que sejam mais eficazes, agindo com confiança e presteza.

Manejos em que o profissional interpretou a experiência do paciente de acordo com a própria crença ou descrença religiosa.

Exemplo:

Quando a paciente disse para o psicólogo (sem religião) ter o dom da revelação ele reage perguntando:

“Como foi a sua experiência? E tentar entender como ela lida com isso e se está trazendo algum benefício ou desconforto. Tentando respeitar a experiência religiosa do paciente com o máximo de respeito”.

Ainda que ele tenha questionado se o psiquiatra que a atendeu não tinha lhe dado um diagnóstico de esquizofrenia.

Percebe-se uma dificuldade do psicólogo em conciliar as próprias crenças/descrenças com o relato da paciente, ainda mais que o psiquiatra, não a diagnosticou como esquizofrênica, ao que parece, o esperado por ele. Fica clara a dificuldade de conciliar as crenças pessoais, neste caso descrenças pessoais, com as da paciente, para se ter a necessária neutralidade profissional. Ao enfatizar que “tenta respeitar” fica ainda mais evidente a sua dificuldade em lidar com as crenças religiosas da paciente.

O psicólogo evangélico pentecostal/neopentecostal relata que:

“Atendi um adolescente que endemoniou no meio do atendimento. Começou a mudar o tom de voz, o olhar, começou a ter atitudes agressivas”

E que o seu manejo da ocorrência foi:

“Como o fenômeno saiu do âmbito psicológico e foi para o espiritual. Orei repreendendo, esperei o paciente voltar a si e continuei o atendimento, buscando compreender quais fragilidades emocionais estavam presentes”.

O psicólogo reagiu a experiência de seu paciente, interpretando-a a luz de sua tradição religiosa, como possessão demoníaca. Ao fazer isso pode estar impondo sua crença ao paciente, ao realizar uma oração com o objetivo de “repreender” o suposto espírito maligno atuando de acordo com a sua fé. Caso estas atitudes não estejam alinhadas com as crenças R/E do paciente ou com a compreensão que ele tem dessa experiência, poderá se sentir julgado, invadido, incompreendido ou obrigado a aceitar a explicação religiosa do terapeuta, ao invés de abrir espaço para uma discussão abrangente e neutra sobre as diversas interpretações possíveis. Ao utilizar uma prática religiosa que considera a experiência como algo extremamente pernicioso e negativo como primeira intervenção, o psicólogo pode ter desconsiderado uma análise mais ampla da psicodinâmica envolvida, desconsiderando uma compreensão mais profunda da questão emocional em que a experiência poderia ser usada de forma positiva no processo psicoterapêutico do paciente.

A psicóloga espírita relata que:

“Cliente se reconhecia com mediunidade e em determinado momento da sessão, mudou sua voz, dizendo: "você se dará mal porque a está ajudando e interferindo nos meus planos"

Ao que ela:

“Respondi respeitosamente que estava em meu consultório, realizando o meu trabalho, a pedido da minha cliente. Que ele era muito bem-vindo, mas que deveria respeitar o meu trabalho, pois eu o respeitaria também. Após isso, chamei pela cliente e seguimos com a sessão, tratando o ocorrido como parte da sessão.

Ao estabelecer um diálogo direto com o suposto espírito, seguindo a lógica espírita, ainda que adotando uma postura de respeito ao espírito e a paciente, a psicóloga pode estar incorrendo em reforçar crenças ou delírios dessa paciente, especialmente em casos em que as manifestações poderiam ser mais bem explicadas por quadros psicológicos, como transtornos dissociativos ou psicóticos. Quando ela responde diretamente ao espírito, confunde a distinção entre um espaço terapêutico neutro e um espaço espiritualmente orientado. Isso pode fazer com que a paciente sinta que a sessão está mais focada em validar a sua crença religiosa mediúnica do que em explorar as implicações psicológicas da experiência. Se a paciente apresenta uma crença exacerbada em suas capacidades mediúnicas, esse tipo de manejo pode dificultar o processo de desenvolver uma reflexão crítica ou, quando for o caso, uma desmistificação de certos fenômenos que possam ter origem psicológica. Dessa forma a terapeuta pode estar perpetuando sintomas ao reforçar essa crença sem análises alternativas, baseando sua interpretação e leitura em crenças religiosas pessoais.

É importante desenvolver a capacidade de distinguir claramente a validação das crenças e experiências do paciente no ambiente terapêutico, que envolve respeitar e acolher as suas experiências sem julgamento, algo extremamente necessário para garantir a neutralidade no processo psicoterapêutico, criando um ambiente seguro e aberto para que ele expresse as suas experiências, de permitir que as crenças religiosas pessoais do terapeuta influenciem suas interpretações e intervenções, desviando o foco do processo terapêutico, podendo comprometer a objetividade e a eficácia do tratamento.

Conclusão

Os exemplos demonstram que os profissionais interpretaram as experiências dos pacientes à luz de suas próprias crenças ou descrenças religiosas, o que influenciou diretamente o manejo terapêutico. Utilizaram práticas baseadas em suas convicções religiosas ou seculares para abordar manifestações que interpretaram como sintoma de psicopatologia, de natureza espiritual ou mediúnica. Em cada caso, a distinção entre aspectos psicológicos e espirituais foi determinada pela convicção religiosa/irreligiosa pessoal dos terapeutas. Quando o psicoterapeuta é guiado por suas convicções R/E pessoais, há um risco de que essas sejam, mesmo que de maneira sutil, impostas ao paciente, que pode não compartilhar da mesma visão, violando princípios éticos profissionais importantes, que buscam garantir um atendimento livre de preconceitos e influências religiosas pessoais.

O manejo das experiências espirituais e religiosas dos pacientes requer uma postura de neutralidade, respeito e abertura, evitando que as convicções pessoais dos terapeutas interfiram no processo terapêutico. Caso contrário, o manejo pode se tornar prejudicial, comprometendo o direito do paciente de interpretar suas experiências de forma autônoma e dificultando uma abordagem integrativa e eficaz para aspectos anômalos. A formação contínua em pluralidade religiosa e espiritualidade na prática clínica vai ajudar os profissionais a lidar com essas questões com mais assertividade no seu fazer psicológico.

Manejos em que o profissional não validou a experiência e/ou crenças religiosas do paciente.

Exemplos:

Quando o paciente disse para a psicóloga “ter ido para o mato procurar uma árvore para se suicidar, que seu pai falecido conversou com ele e ao pular a corda arrebentou”

Ela:

“Perguntei se ele já havia conversado com seu pai ou qualquer outra pessoa alguma outra vez, respondeu que não, mas que naquele dia havia feito o uso de substâncias psicoativas. Perguntei se alguma outra vez, com uso de substâncias, já havia acontecido e respondeu que sim”

Focar o manejo na questão da comunicação e consumo de substâncias, ao invés de explorar a dimensão espiritual desse relato, denota invalidação da experiência, considerada pelo paciente como religiosa.

Em relação a uma paciente que dizia “ver demônios constantemente e ao acompanhar um familiar no hospital, disse ter vistos vários espíritos que haviam morrido ali, que diziam ter fome”

O psicólogo relata que:

“Foi abordado com a mesma sobre uma visão religiosa do fato, mas também sob o olhar psicológico de uma possível psicose”

O psicólogo invalida a experiência relatada pela paciente ao mencionar “uma possível psicose”, minimizando a questão espiritual.

Relato dado pelo psicólogo:

“A paciente entrou em surto, caiu de joelhos ao chão, pronunciou algumas palavras não inteligíveis. Tentava se defender de algo não explicável, sem ser agressiva. Passando o momento retornou a poltrona e perguntou: “Dr. tenho algum demônio comigo”? Após essa sessão não mais ocorreu tal fato. Tratava-se de uma histeria de conversão” além disso “Simplesmente procurei fazer uma leitura do não verbal e com o decorrer das sessões foi relatando a história de sua vida e dos abusos sofridos, vítima do pai alcoolista”

O psicólogo interpretou o comportamento da paciente como um episódio de histeria de conversão, sem investigar as crenças religiosas ou o contexto espiritual da paciente. Ignorou a relevância que a experiência religiosa poderia ter para ela, que claramente manifestou essa preocupação ao perguntar sobre a presença de um “demônio”, se concentrando em aspectos psicopatológicos. O relato sugere que a religiosidade da paciente sequer fazia parte da anamnese, revelando uma abordagem exclusivamente patologizante e não inclusiva da espiritualidade. Ao não validar a crença da paciente e classificar o episódio apenas como patologia, o profissional desconsiderou o impacto psicológico da espiritualidade e da crença em demônios no estado emocional e mental da paciente. A invalidação dessas experiências pode gerar uma desconexão na relação terapêutica ao desconsiderar a importância que essas crenças podem ter na vida emocional e na interpretação dos eventos pela paciente.

Conclusão

Ao evitar ou negligenciar as experiências religiosas dos pacientes, esses profissionais optam por uma abordagem focada no modelo biomédico e psicopatológico tradicional. Embora possa ser eficaz em muitos casos, essa abordagem demonstra uma postura de invalidação ao tratar as experiências espirituais como irrelevantes ou patológicas. Não validar as experiências religiosas e espirituais, quando são importantes para os pacientes, pode impactar a eficácia do tratamento. Tratar essas experiências como irrelevantes faz com que os profissionais percam oportunidades de utilizá-las no processo de cura e crescimento pessoal do paciente. Assim, uma postura mais inclusiva poderia enriquecer o *setting* terapêutico, promovendo uma maior integração entre o que é percebido como "patológico" e o que é vivido como espiritualmente significativo pelos pacientes. Uma prática ética impõe a esses profissionais que reconheçam as crenças R/E dos pacientes como parte importante do seu contexto de vida.

4.3 EXPERIÊNCIAS REDEMA VIVENCIADAS PELOS PSICÓLOGOS DURANTE A PSICOTERAPIA NO *SETTING* TERAPÊUTICO

Um dos resultados mais interessantes encontrados nessa pesquisa foi o fato dessas experiências serem vivenciadas também pelos profissionais no *setting* terapêutico. Dos 206 psicólogos que participaram da pesquisa 39 (18,9%) trouxeram relatos de experiências vivenciadas por eles mesmos durante seus atendimentos clínicos. Essas experiências aconteceram em todas as subcategorias vistas anteriormente.

Experiências religiosas

Alguns relatos envolveram a disposição de buscar propósito e significado nas práticas realizadas:

“Uma paciente ao receber alta pediu para orar comigo e foi uma experiência que senti a presença forte de Deus no momento da oração dela” ou

“Momentos em que eu estive em dúvida sobre como manejar a sessão e sentir que o Espírito Santo me usou colocando as palavras certas para aliviar o paciente que estava muito rígido”

Uma oração feita a pedido da paciente e a sensação de ser guiada pelo Espírito Santo durante um atendimento, parecem fornecer um sentido maior ao trabalho realizado. Os relatos mencionam momentos em que as psicólogas sentiram uma conexão intensa com Deus durante a terapia, proporcionando também, uma conexão significativa com os pacientes, sugerindo que a espiritualidade pode intensificar a empatia e a compreensão.

Os relatos sugerem que a religiosidade pessoal das psicólogas pode ter influenciado a dinâmica do processo terapêutico, mas não necessariamente de maneira negativa, a presença da divindade e a sensação de ser guiada por uma força superior podem ter ajudado as psicólogas a estabelecer uma conexão emocional mais forte com seus pacientes, além de uma sensação de clareza em momentos considerados desafiadores, melhorando a sua eficácia. Isso pode ter promovido um ambiente terapêutico mais acolhedor e seguro, onde os pacientes se sentiram mais à vontade para compartilhar suas dores e dificuldades.

No entanto, sempre será essencial gerir a religiosidade pessoal com cautela. Caso o psicólogo permita que suas crenças interfiram de forma negativa nas necessidades do paciente ou que imponha suas convicções religiosas durante as sessões, isso poderá comprometer o processo terapêutico e violará importantes princípios éticos da profissão. Manter o equilíbrio entre a fé pessoal e o profissionalismo é extremamente importante, considerando que em algumas situações, a religiosidade pode gerar conflitos, especialmente quando as crenças do psicólogo diferirem das do paciente. Nessas circunstâncias, será necessário agir com sensibilidade e respeito, garantindo que o ambiente terapêutico permaneça sendo um espaço de acolhimento e compreensão, onde as necessidades do paciente serão sempre priorizadas.

Experiências dissociativas espirituais ou mediúnicas

Esse foi o tipo de experiência mais relatada pelos psicólogos que participaram da pesquisa (74,4%) do total, especialmente envolvendo sentir, ver, ouvir ou perceber

pensamentos de um falecido ou entidade espiritual. Alguns relatos são muito interessantes, por exemplo:

“Paciente relatava culpa por aborto espontâneo e eu durante a escuta ouvi claramente alguém dizer que se chamava Thomas e que ninguém era culpado de nada porque foi ele que ‘desistiu’ de vir. Após algum tempo perguntei a paciente como se chamaria o bebê caso não tivesse abortado e ela respondeu ‘Thomas’” ou “Estava com um paciente e senti a presença de um homem junto a ele. Senti o ambiente pesar e uma angústia tomou conta do meu coração. Resolvi perguntar internamente sobre essa sensação, sobre quem seria aquele homem. E para minha surpresa a resposta veio imediatamente. Algo me disse: sou o pai dele. Preciso resolver as coisas com ele. Preciso falar com ele. E assim eu resolvi escutar minha “intuição” e conduzi a sessão para uma conversa imaginária do paciente com seu pai já falecido. A sessão transcorreu de forma que o paciente e o pai (imaginário) se perdoaram mutuamente. E nesse momento o ambiente ficou leve e aquela angústia desapareceu. Assim também desapareceu a imagem daquele homem na minha mente. Meu paciente, eu (e acredito que seu pai), saímos refeitos daquele encontro”

Ambas trabalharam com as informações recebidas sem que os pacientes soubessem ou percebessem. Nos dois casos as experiências vivenciadas parecem estar em sintonia com suas crenças religiosas pessoais, sendo usadas para contribuir na ressignificação das angústias de seus pacientes, validando sua dor e construindo significados.

Efeitos físicos

Alguns exemplos de relatos dados nessa subcategoria: “Eu já vi sair fumaça da boca dos pacientes, e a sala ser tomada por cheiro de rosas” ou “Um paciente jovem, sexo masculino, que toda vez que eu o atendia dizia sair melhor e não mais sentir os sintomas físicos, no entanto eu ficava passando mal e precisava de um tempo para me reorganizar. Sempre ocorria quando o atendia”

Os relatos indicam que essas experiências podem impactar fisicamente os profissionais durante seus atendimentos.

Transe mediúnico

Exemplos de relatos dados: “A sensação de que meus guias estavam falando comigo sobre o atendimento, coisas que poderiam passar despercebidas por mim, como a pessoa atendida estar com muita vergonha, omitindo-se de responder sinceramente sobre ideações suicidas” ou “Grande parte do meu trabalho na clínica é, além de acolher as angústias do paciente, me esforçar para transmitir esperança e ajudar a atribuir significado transcendente para as vivências. Muitas vezes isso se dá com esforço técnico, analítico e de retórica, mas algumas vezes percebo uma voz da intuição, um direcionamento que vem de ouvir o inconsciente. Nessas situações sinto que falo coisas que não vem de mim, conhecimentos que eu não tenho e que não posso acessar voluntariamente, mas aparecem de forma espontânea ao me conectar com o paciente”

Esses relatos ilustram a complexidade das relações que podem ocorrer em ambientes terapêuticos. Além disso, parecem sugerir a existência de um possível espaço de interação onde a intuição e o fenômeno dissociativo se entrelaçam, levantando possibilidades sobre a natureza da consciência do psicólogo em alguns momentos durante o atendimento.

Os relatos deixam evidente que a mesma experiência será interpretada de maneiras diferentes de acordo com a religiosidade ou irreligiosidade pessoal do profissional. Alguns atribuíram suas percepções ao Espírito Santo, outros a espíritos de falecidos ou mentores espirituais, outros a guias espirituais e outros ainda a intuição. Além disso, muitas indagações, dúvidas, incertezas e receios foram percebidos nos relatos dos manejos realizados, fruto dos muitos mitos e medos que envolvem essa temática quando relacionada com a psicoterapia. Esperamos ter contribuído no esclarecimento de muitos deles.

Experiências Anômalas

Relatos como: “Mais de uma vez aconteceu de eu me perceber como observadora, mesmo quando estou falando / trazendo questões para o cliente” e “O cliente descrevia algumas imagens e eu também passava a vê-las, e não apenas isso, eu tinha sensações no corpo e percebia o surgimento de sentimentos, que o cliente também relatou durante a experiência, mas que eu estava vivenciando em mim mesmo. Uma parte minha estava conectada com a experiência clínica, manejando o tempo e o setting, mas outra estava participando da experiência, na

qual me senti conectado como provavelmente nunca senti antes, e que teve sobre mim um efeito terapêutico incrível”, indicam uma experiência fora do corpo e uma experiência mística relatadas pelos psicólogos.

As experiências anômalas vividas por psicólogos durante o atendimento psicoterapêutico indicam que momentos de expansão da consciência e conexão espiritual podem enriquecer a prática clínica. Experiências fora do corpo possibilitam que os terapeutas adotem uma perspectiva mais ampla, enquanto experiências místicas promovem uma sensação de unidade e bem-estar, trazendo benefícios tanto para o terapeuta quanto para o paciente. Essas vivências indicam que a prática terapêutica pode ser um espaço onde a experiência religiosa e a saúde mental se conectam de maneira profunda. Acolher e explorar essas experiências abre possibilidades para compreender e tratar questões emocionais e espirituais na terapia.

Experiências PSI

Envolvendo telepatia: “Após o paciente fazer grande relato do seu sofrimento eu me dirigi a ele chamando-o de um nome que não era o dele e que o deixou espantado porque era o nome da pessoa que ele havia perdido”. Mencionar o nome da pessoa falecida sugere uma conexão direta entre as mentes, gerando um momento de intenso impacto emocional para o paciente. Nesse contexto, a telepatia é vista como uma comunicação que transcende o verbal, permitindo ao terapeuta, acessar a dor do paciente.

Pré-cognição: “Sentir a data da morte de cada paciente que faleceu (na data que senti)”. A capacidade de “sentir” essa data indica um conhecimento que não se baseia em informações racionais ou previsíveis, mas em uma percepção extrassensorial. Essa experiência pode gerar uma carga emocional intensa, tanto para o profissional quanto para os pacientes, levantando questões éticas e psicológicas sobre como lidar com essas informações.

Sincronicidade: “As sincronicidades que ocorrem são para mim a maior expressão da conexão com o todo. Uma vez senti a imagem de uma semente que iria germinar bem e passei para minha cliente sobre o percurso dela. Ela, então, disse que teria que compartilhar o que experienciou durante a semana em uma igreja. Ela foi a um mosteiro e o padre, sensitivo, estava chamando as pessoas e dando mensagens espirituais. Ele a chamou, mesmo sem a conhecer e disse: Você,

a jovem com blusa verde, fique tranquila pois seus caminhos irão germinar bem, pois você é como uma semente que agora foi bem plantada”. O psicólogo percebeu uma imagem que se relacionava diretamente com a experiência da cliente, que, por sua vez, teve uma confirmação externa em um ambiente espiritual. A conexão entre a mensagem transmitida pelo terapeuta e a do padre destaca a ideia de que as sincronicidades podem ser vistas como mensagens universais, reforçando a interconexão de todas as coisas e a relevância do contexto espiritual na terapia.

Experiências PSI podem ocorrer de maneiras profundas e marcantes no ambiente terapêutico. Cada categoria enfatiza diferentes aspectos da conexão entre terapeuta e paciente, desafiando os limites do conhecimento tradicional e trazendo novas perspectivas sobre a natureza da consciência, espiritualidade e vínculo terapêutico. Embora muitas vezes subestimadas ou tratadas como anedotas, essas experiências podem oferecer *insights* valiosos tanto para a prática psicoterapêutica quanto para a compreensão da experiência humana.

Relatos envolvendo R/E mas que não se tratou de experiências REDEMA

Relatos como: “Atendimento com adolescentes evangélicos que se descobrem gays, e em seu contexto familiar sofrem todo tipo de homofobia e atrocidades” ou “Delírio religioso (de caráter messiânico). O paciente (masculino, brasileiro, natural de Curitiba, 32 anos, solteiro, sem filhos) acreditava ter sido escolhido para a salvação da humanidade. Defendia que Deus conversava com ele por meio de mensagens secretas veiculadas em programas de rádio ou televisão. Possuía diagnóstico psiquiátrico prévio de transtorno esquizofrênico não especificado e fazia uso contínuo de medicação antipsicótica regularmente prescrita. Todavia, tinha histórico de surtos episódicos associados a interrupções de tratamento”.

Muitos pacientes vivenciam conflitos internos ao tentar conciliar suas crenças religiosas com as realidades cotidianas, caso dos adolescentes que enfrentam pressão de suas famílias devido a convicções religiosas. O outro caso, apesar da referência a Deus, é um caso clássico de psicopatologia envolvendo a esquizofrenia.

A R/E pode ter um papel complexo na vida dos pacientes, proporcionando suporte emocional ou se constituindo em fator de risco quando vinculada a psicopatologias. Os psicólogos devem estar atentos, promovendo uma abordagem

que reconheça a importância da fé, mas tratando as questões de saúde mental de maneira objetiva.

4.4 ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS NA PRÁTICA CLÍNICA

Considerando todos os relatos de experiências e manejos realizados pelos profissionais que participaram desta pesquisa, a seguir faremos uma reflexão sobre outros aspectos relevantes que devem ser considerados na prática clínica quando essas experiências são trazidas ou vivenciadas na psicoterapia, apontando diretrizes para um manejo ético, empático e embasado, que respeite a diversidade e promova um ambiente seguro para o desenvolvimento pessoal e emocional. Indo além de um simples acolhimento, explorando o sentido que o paciente atribui à experiência e usando esse significado no seu processo psicoterapêutico.

Impacto das experiências REDEMA na vida dos pacientes

Os relatos revelaram que muitos pacientes sentem uma forte conexão com o que é considerado por eles como divino, podendo proporcionar sentimentos de profundo pertencimento e apoio emocional. No entanto, estas experiências também podem ser fontes de angústia, tristeza e de desamparo, especialmente quando envolvem o *coping* religioso negativo, sendo vinculadas a sentimento de culpa ou punição. Os terapeutas devem estar preparados para abordar essas experiências, auxiliando esses pacientes a ressignificar o entendimento dessas experiências, transformando coping negativo em positivo, sempre com o cuidado de pautar seu trabalho no respeito e consideração pelas crenças R/E do paciente.

Relevância para a prática clínica

Os dados indicaram que uma grande quantidade dos psicólogos que participaram da pesquisa (78,2%), tiveram que lidar com as experiências REDEMA na sua prática clínica, indicando que são razoavelmente comuns e acontecem com frequência na vida dos pacientes, estabelecendo a importância de incorporar a compreensão dessas experiências na formação e no trabalho clínico dos psicólogos para uma prática mais adequada e efetiva, considerando que uma formação

específica fará com que estejam melhor preparados para discutir e explorar as implicações dessas vivências na saúde mental de seus pacientes.

Questões éticas e de abordagem

A categorização dos relatos também levantou questões éticas sobre como essas crenças e experiências são tratadas na psicoterapia. Mostrou-se bastante tênue a linha que separa apoio de manipulação e cuidado de negligência, especialmente quando a experiência REDEMA pode ser mal interpretada ou explorada erroneamente. Os profissionais devem proporcionar espaços seguros em que os pacientes possam trazer e expor suas crenças e experiências R/E sem medo de julgamentos ou preconceitos.

Os dados da pesquisa demonstraram que as experiências REDEMA costumam ser parte significativa da vida dos pacientes, podendo ter um impacto profundo na sua saúde mental. Uma abordagem terapêutica que reconheça e valide essas experiências será benéfica, promovendo maior compreensão do ser humano, servindo para o desenvolvimento de uma prática clínica mais inclusiva e competente. A seguir vamos nos debruçar sobre alguns cuidados que as análises identificaram como muito importantes, na prática clínica.

4.5 CUIDADOS E PRÁTICAS NECESSÁRIAS

Acolhimento

Se constitui numa prática essencial na clínica psicológica, que na grande maioria das vezes esteve presente, mesmo em situações em que o profissional apresentou lacunas de conhecimento sobre crenças e experiências religiosas e espirituais específicas. De maneira geral, os pacientes relatam uma sensação de confiança, o que favoreceu a criação de um espaço seguro e propício para a expressão de suas vivências religiosas e espirituais. No entanto, é importante lembrar que se o acolhimento, neste caso como em todos os outros é fundamental, ele não é suficiente, é apenas um dos muitos requisitos para que o processo psicoterapêutico alcance os resultados esperados.

Empatia

Componente essencial na psicoterapia, tem um papel relevante na construção de uma relação terapêutica sólida e eficaz. Sua importância se intensifica em contextos onde experiências REDEMA estão envolvidas, pois essas vivências frequentemente carregam significados profundos e complexos para os pacientes. A maneira como o psicoterapeuta aborda e maneja tais experiências pode impactar significativamente o processo terapêutico e o bem-estar do paciente. Empatia na psicoterapia é a capacidade do terapeuta de compreender genuinamente as emoções, pensamentos e perspectivas do paciente, colocando-se no lugar dele, tentando compreender o desafio ou dificuldade do ponto de vista dele, da maneira como ele pensa, sem julgamento. Quando um paciente compartilha experiências de caráter religioso ou espiritual, essa capacidade será fundamental para criar um ambiente seguro e acolhedor em que ele possa se sentir compreendido e não tema ser julgado, menosprezado ou patologizado. Caso contrário, irá se fechar e criar resistências que poderão comprometer todo o processo psicoterapêutico.

Considerando a grande variedade de religiosidades e espiritualidades além da variedade ainda maior de experiências, vivências e diferenças, o terapeuta empático saberá respeitar cada uma delas, abordando cada relato com uma postura de respeito e curiosidade, validando as crenças, descrenças e experiências e ajudando o paciente a integrá-las em sua vida de maneira saudável e positiva. Dessa forma criando uma aliança terapêutica consistente.

Aliança terapêutica

Aspecto fundamental na psicoterapia, representa o vínculo de confiança e colaboração entre paciente e terapeuta. Uma aliança terapêutica consistente proporciona segurança ao paciente para expor suas dificuldades e se engajar no processo terapêutico, contribuindo para que o ambiente terapêutico se transforme num espaço seguro e colaborativo. Quando consideramos as experiências REDEMA no processo psicoterapêutico, a sua validação quando trazidas pelo paciente para a psicoterapia será fundamental para a consolidação de uma aliança terapêutica robusta.

Validação das experiências

Validar as experiências do paciente se constitui num princípio fundamental quando se busca por uma prática terapêutica humanizada e ética, refletindo a disposição do psicólogo em lidar com a diversidade de perspectivas e opiniões, especialmente quando diferentes das suas, contribuindo para que o paciente se sinta compreendido e valorizado. Importante ter em mente que validar a experiência do paciente não significa necessariamente concordar com ela, mas lembrar que se trata das crenças e experiências religiosas dele.

Inclusão e abrangência

A prática clínica que considera a R/E dos pacientes deve ser inclusiva e abrangente, valorizando e respeitando a diversidade. O terapeuta deve demonstrar sensibilidade cultural e religiosa, ampliando o alcance do atendimento psicoterapêutico. Considerar as crenças e práticas R/E dos pacientes na psicoterapia, a torna mais sensível e eficaz para os pacientes que as têm como algo muito importante, às vezes fundamental em suas vidas.

Respeito pelas crenças

Ao tratar as crenças e experiências R/E dos pacientes como aspectos legítimos e significativos de suas vidas, os psicoterapeutas não apenas evitam patologizar a espiritualidade, mas também promovem uma integração saudável entre a dimensão psicológica e a espiritual. Importante salientar a diversidade de crenças religiosas existentes em nosso país e para além disso, e não menos importante nessas análises, a múltipla pertença religiosa, cuja existência e caracterização se mostrou muito relevante neste trabalho. Significa que não será suficiente que o psicólogo se limite a perguntar qual a religião do paciente e busque conhecer os princípios fundamentais dessa crença religiosa, mas quais são as crenças religiosas que fazem sentido para o paciente, considerando que podem ser várias, não se limitando a uma religião e ainda mais importante, como ele entende cada uma delas.

Neutralidade

Manter uma postura de neutralidade e respeito em relação a temas polêmicos, especialmente, quando as crenças pessoais são divergentes ou antagônicas às do paciente. Para que consiga lidar adequadamente com esse aspecto, o profissional

deverá desenvolver autoconsciência e controle emocional, além de um profundo conhecimento si mesmo e das dificuldades pessoais envolvendo orgulho e preconceito.

4.6 ABORDAGEM TEÓRICA ESTRUTURADA

Envolvendo escuta ativa com intervenções

Na prática psicológica, a escuta ativa e a intervenção são fundamentais para o estabelecimento de um vínculo terapêutico eficaz e para a efetividade do processo psicoterapêutico. A escuta psicológica ativa é um dos pilares da psicoterapia, exigindo que o profissional esteja presente, engajado e atento ao que o paciente comunica verbal e não verbalmente. Ela vai muito além de apenas ouvir, exigindo a capacidade de interpretação e de manejos específicos de acordo com o referencial teórico do profissional com base nas necessidades do paciente. Ainda que pareça óbvio, especificamente quando experiências REDEMA estão envolvidas é necessário que seja realizada sem julgamentos e preconceitos de maneira a entender a experiência vivenciada pelo paciente estabelecendo confiança e segurança no *setting* terapêutico.

Questionamento socrático

Sócrates considerava que a verdade não é algo que deva ser transmitido, mas descoberto através de reflexão pessoal. Comumente utilizada na Terapia Cognitivo Comportamental e em outras abordagens terapêuticas, essa técnica envolve o psicoterapeuta guiar o paciente através de perguntas sucessivas para estimular o interlocutor a refletir para desenvolver o conhecimento. Tem como objetivo ajudar o paciente a identificar, examinar, buscar evidências, explorar alternativas e reestruturar pensamentos automáticos negativos e disfuncionais de modo a promover uma autoavaliação e mudanças cognitivas. Busca facilitar a autorreflexão e o desenvolvimento de uma perspectiva mais saudável e realista colaborando na significação ou ressignificação das experiências REDEMA vivenciadas.

Criação de um ambiente seguro

O psicólogo teve ter o cuidado de tomar as medidas necessárias para criar um ambiente que o paciente perceba como seguro e acolhedor, permitindo que se sinta compreendido e respeitado a ponto de poder trazer suas crenças e experiências R/E sem a preocupação de ser patologizado ou ter suas experiências, especialmente quando importantes para ele, invalidadas. Um espaço acolhedor em que o paciente não tema julgamentos, permitirá que ele se expresse com liberdade, confiança e tranquilidade, fortalecendo a aliança terapêutica.

Um ambiente seguro, onde o paciente se sinta compreendido e respeitado o ajudará a ter liberdade e segurança para narrar as suas experiências, facilitando a realização de um diagnóstico diferencial entre experiências REDEMA saudáveis e psicopatologias.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial entre experiências REDEMA e psicopatologias é de extrema importância na prática da psicoterapia e psiquiatria. Diagnósticos corretos garantem o cuidado adequado e promovem um tratamento respeitoso e ético. Para que os profissionais de saúde mental ofereçam um atendimento realmente centrado no paciente, é fundamental que consigam identificar e compreender a natureza dessas experiências, que muitas vezes possuem raízes culturais, espirituais ou pessoais profundas. É importante considerar que as experiências REDEMA são vivências que, apesar de nem sempre serem desejadas, podem ser consideradas perfeitamente normais e ser integradas ao sistema de crenças R/E dos indivíduos. Pessoas que relatam essas experiências frequentemente as descrevem como positivas e transformadoras trazendo sentido profundo para suas vidas. Em vários contextos culturais e/ou religiosos, essas vivências são compreendidas, validadas e muitas vezes esperadas, fazendo parte dos ritos e do desenvolvimento pessoal do adepto. Quando o profissional de saúde mental realiza um diagnóstico diferencial cuidadoso, evita a patologização de experiências que são, na verdade, parte integrante das crenças religiosas de muitas religiões.

Além disso, o diagnóstico diferencial correto tem um impacto direto na eficácia e no direcionamento do tratamento. Por exemplo, embora uma experiência

dissociativa possa indicar um sintoma de transtorno de identidade dissociativa ou de transtorno de estresse pós-traumático, há casos em que dissociações psicológicas fazem parte de práticas mediúnicas ou rituais que são culturalmente valorizados e totalmente adaptados, integrando determinadas práticas religiosas envolvendo mediunidade e incorporações. Ao identificar a natureza dessas experiências, o psicoterapeuta pode oferecer uma abordagem de tratamento adequada, respeitando a realidade do paciente, sem ignorar possíveis sinais de sofrimento.

Outro aspecto fundamental é a prevenção da estigmatização e de possíveis danos que um diagnóstico incorreto pode causar. Pacientes que vivenciam experiências REDEMA frequentemente relatam temores de serem rotulados como "anormais" ou "doentes mentais". Um diagnóstico inadequado pode levar ao uso de medicamentos desnecessários, a tratamentos ineficazes e ao agravamento de sentimentos de isolamento e inadaptação. O diagnóstico diferencial correto e responsável, por outro lado, promove o bem-estar, fazendo com que o paciente se sinta compreendido e respeitado.

Para realizar um diagnóstico diferencial eficaz, o psicólogo ou psiquiatra deve ter conhecimentos e habilidades para diferenciar sintomas psicopatológicos de experiências REDEMA saudáveis, ainda que não estejam adequadamente integradas ou significadas na vida do paciente. Quando necessário, será interessante solicitar a colaboração de especialistas em espiritualidade ou líderes religiosos, uso de instrumentos de avaliação adequada, escuta empática e uma abordagem culturalmente sensível permitindo ao profissional compreender melhor o contexto do paciente e a sua relação com essas vivências.

Dessa forma, o profissional de saúde mental oferece um atendimento mais humanizado, fundamentado na compreensão de que a experiência humana é ampla e rica em diversidade, onde a espiritualidade e a saúde mental podem coexistir de maneira complementar. Esse entendimento permitirá ao terapeuta validar a singularidade de cada paciente e adaptar suas intervenções de modo a respeitar tanto as necessidades emocionais e psicológicas quanto os aspectos espirituais que podem estar presentes, promovendo um cuidado integral, eficaz e respeitoso.

Integração das dimensões espiritual e psicológica

A habilidade do profissional para integrar as dimensões psicológicas e espirituais no processo psicoterapêutico, proporciona ao paciente a possibilidade de explorar suas questões emocionais e psicológicas, relacionando-as ao seu universo espiritual, ajudando-o no seu processo de autoconhecimento. Essa abordagem colabora para que o paciente possa interpretar e dar significado às suas experiências REDEMA, integrando-as de forma saudável em sua vida.

Flexibilidade e sensibilidade na interpretação das experiências

Adotar uma postura flexível ao lidar com as experiências REDEMA dos pacientes demonstra sensibilidade adaptativa, proporcionando capacidade para considerar a complexidade dessas vivências e abordá-las com abertura, proporcionando ao psicólogo ajustar-se às necessidades individuais do paciente.

Promoção de uma terapia inclusiva e abrangente

A prática clínica que considera a R/E dos pacientes é inclusiva e abrangente, valorizando e respeitando a diversidade. Esse manejo demonstra sensibilidade cultural e religiosa, ampliando o alcance do atendimento psicoterapêutico. Considerar as crenças e práticas R/E dos pacientes na psicoterapia, a torna mais sensível e eficaz para os pacientes que as têm como algo relevante em suas vidas.

4.7 DESAFIOS A SEREM SUPERADOS

Em alguns casos, a falta de conhecimento, treinamento e habilidade para lidar com crenças e experiências religiosas/espirituais dos pacientes, gerou manejos inadequados envolvendo superficialidade, validação acrítica de crenças delirantes ou a investigação de experiências religiosas sem um olhar clínico adequado. As análises sugerem que esses psicólogos podem ter se afastado de uma prática baseada em evidências, reforçando ilusões ao invés de oferecer suporte crítico e reflexivo ou de realizar manejos superficiais sem a efetividade esperada e necessária. Abaixo algumas características encontradas que devem ser superadas.

Superficialidade no manejo

Costuma ocorrer quando o psicólogo não possui o conhecimento necessário, fazendo com que ele deliberadamente, exclua temáticas e experiências religiosas/espirituais (R/E) do processo terapêutico, por não se sentir seguro para abordá-las. Dessa forma, tende a tratá-las de modo superficial, limitando-se a ouvir sem uma análise crítica ou intervenção, impedindo que o potencial terapêutico das crenças e experiências R/E do paciente seja explorado e usado na psicoterapia. A falta de manejo adequado ao tratar desses temas, pode afetar tanto a aliança terapêutica, confiança entre psicólogo e paciente, quanto comprometer o progresso ou os resultados da psicoterapia.

Escuta passiva sem intervenção

A escuta terapêutica é uma estratégia de intervenção que melhora a comunicação e compreensão das preocupações pessoais do paciente, uma técnica bastante importante na psicoterapia, mas que não deve ser utilizada como único recurso ou estratégia.

A escuta passiva parece ser um comportamento bastante comum quando o profissional não tem compreensão adequada das dificuldades do seu paciente, envolvendo experiências religiosas e espirituais, por exigirem desses profissionais competências específicas. Quando o psicólogo limita sua atuação a uma escuta passiva, sem intervenções significativas, ele deixa de oferecer ao paciente as ferramentas necessárias e possíveis para lidar com suas dificuldades e desafios. No caso das experiências R/E, que muitas vezes envolvem questões existenciais profundas, o psicólogo que adota essa postura, deixa de abordar elementos centrais para a compreensão e ressignificação dessas vivências. Isso é particularmente prejudicial quando o paciente está buscando apoio para integrar suas experiências R/E em sua vida cotidiana ou quando essas experiências causam angústia e sofrimento.

A formação acadêmica não oferece capacitação para que os profissionais lidem com a pluralidade de crenças e práticas R/E. Essa lacuna de conhecimento gera medo, insegurança e dificuldades na abordagem dessas questões no processo terapêutico. Diante disso, muitos psicólogos optam por ouvir sem realizar intervenções concretas, não se sentindo capazes para fazer associações terapêuticas úteis ou com medo de "invadir" o espaço sagrado do paciente. Essa falta de intervenção, pode ser

percebida pelo paciente como desinteresse ou falta de compreensão, minando a confiança no profissional.

Compreensão incorreta dos conceitos envolvendo laicidade e ética

O princípio da laicidade refere-se à separação entre as instituições religiosas e o Estado, assegurando que os serviços públicos, incluindo o atendimento psicológico, não estejam subordinados a uma doutrina religiosa específica. No entanto, a laicidade muitas vezes é equivocadamente interpretada como a necessidade de uma neutralidade rígida e absoluta ou como a exclusão de qualquer discussão sobre religiosidade ou espiritualidade do ambiente terapêutico. A correta compreensão da laicidade na prática psicológica implica que o profissional deve manter uma postura de neutralidade em relação às crenças religiosas, não significando negar ou desconsiderar esses aspectos, especialmente quando são relevantes para o paciente. As crenças religiosas e espirituais muitas vezes fazem parte da identidade pessoal e cultural do indivíduo, e negligenciá-las pode afetar o seu bem-estar.

Ética na prática psicológica implica numa atitude sensível e respeitosa do profissional frente à diversidade, especialmente em relação às diferenças culturais, religiosas e espirituais. Um entendimento equivocado da ética pode levar ao temor de que explorar essas questões na psicoterapia implique numa violação do princípio de imparcialidade profissional. Essa compreensão é limitada, ignorando o fato de que, muitas vezes, essas dimensões são cruciais para a saúde mental do paciente. Quando o psicólogo rotula as experiências religiosas e espirituais de seu paciente como "patologias", ele pode incorrer em uma violação ética, pois desconsidera as práticas culturais e a subjetividade do paciente, resultando em danos psicológicos, por este se sentir incompreendido e estigmatizado.

Os conceitos de laicidade e de ética, quando não compreendidos ou interpretados equivocadamente, prejudicam o processo psicoterapêutico ao desconsiderar e/ou patologizar as experiências religiosas e espirituais dos pacientes. A laicidade, corretamente interpretada, não implica em uma desconexão das dimensões espirituais do paciente, mas sim em uma postura neutra que permite ao paciente expressar livremente essas vivências, sem imposições, críticas ou julgamentos. Da mesma forma, a ética na prática psicológica exige respeito à singularidade do paciente e abertura para abordar questões culturais e espirituais,

quando relevantes. Com isso, é possível promover um cuidado mais efetivo e inclusivo, que abranja as dimensões mentais, emocionais e espirituais da experiência humana.

Théodore Flournoy (1854-1920), que estabeleceu o princípio da exclusão metodológica do transcendente, manifestava preocupações importantes em relação à Psicologia da religião, envolvendo o temor de que ela fosse utilizada para validação de crenças religiosas, ou o contrário, que servisse ao interesse de céticos dogmáticos e intelectuais que quisessem denegrir a religião usando teorias psicológicas ou fisiológicas (Flournoy, 1903).

Durante a fase de envio e recebimento de respostas do questionário on-line utilizado nessa pesquisa, recebi a seguinte mensagem que ilustra a consequência da falta de esclarecimento em relação a importância de considerar os aspectos relativos à religiosidade e espiritualidade no processo psicoterapêutico, fazendo com que os profissionais acabem confundindo laicidade com descrédito e/ou desconsideração dessas questões:

Boa noite Edson, infelizmente nao poderei te ajudar na pesquisa. **A minha abordagem e trabalho na clínica sao comprovados por evidências científicas** (grifo nosso) e as técnicas sao laicas, portanto nao utilizo nenhum manejo religioso em meu trabalho, e não conheço nenhum colega psicólogo da (nome da universidade onde trabalha) que trabalhe nesta linha. Boa sorte, abraço (Psicóloga respondente, novembro de 2023).

Ou ainda o que respondeu um profissional psicólogo, a seguinte pergunta feita a ele no questionário on-line: “Na sua prática clínica, já houve relatos de seus pacientes sobre experiências religiosas/anômalas/dissociativas espirituais, vivenciadas por eles?”

Respondeu: “Sim, mas não darei (resposta/relato), pois acredito que isso fere o sigilo ético” (Psicólogo LGAG, 40 anos, gênero masculino, sem religião – docente), caracterizando no mínimo uma confusão no entendimento dos conceitos de sigilo e ética no fazer psicológico, especialmente ao participar de uma pesquisa científica aprovada pelo comitê de ética da universidade e após ter dado seu aceite no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ainda mais preocupante por se tratar de um docente.

A preocupação do Sistema Conselhos de Psicologia com a religiosidade fundamentalista relacionada à profissão, fez com que aspectos fundamentais das

crenças, experiências e do comportamento religioso não recebessem a devida atenção desse sistema, no que diz respeito a criação de espaços para o diálogo e discussão desses temas no fazer psicológico. Felizmente, consequência de várias iniciativas de Conselhos Regionais diferentes, recentemente em 06 de abril de 2023 o Conselho Federal de Psicologia publicou a Resolução número 7, de caráter mandatório, que estabelece normas para o exercício profissional em relação ao caráter laico da prática psicológica. Essa normativa é resultado das análises e reflexões do Grupo de Trabalho Laicidade e Psicologia, instituído pelo CFP e por CRP's. Esse colegiado também contou com a colaboração de profissionais da Psicologia, pesquisadores dessa temática e o texto foi aprovado pela APAF, maior instância deliberativa do Sistema Conselhos de Psicologia. A normativa, traz avanços importantes envolvendo a importância de considerar a laicidade como pressuposto do Estado Democrático de Direito, fundado no pluralismo e na garantia dos direitos fundamentais, lembrando que laicidade na prática profissional não significa desconsiderar aspectos envolvendo a religiosidade e a espiritualidade do paciente, pelo contrário, estabelece a importância de se considerar os aspectos históricos e culturais das experiências espirituais e religiosas, a dimensão da religiosidade e da espiritualidade como elemento formativo das subjetividades e das coletividades, vedando a prática de atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão à crença religiosa ou a utilização de instrumentos, técnicas ou práticas psicológicas que atentem contra a liberdade de consciência e de crença religiosa, mantendo ou reforçando preconceitos, estigmas, estereótipos e discriminações em relação à liberdade de consciência e de crença religiosa.

Considerando essas discussões, reflexões e normativas estabelecidas pelo Sistema Conselhos de Psicologia, não há por que o profissional psicólogo temer sanções por abordar os temas relacionados à religiosidade e espiritualidade de seus pacientes no processo psicoterápico, desde que busque os conhecimentos necessários para que essa abordagem seja realizada com o necessário cuidado e respeito à ética profissional e a religiosidade, espiritualidade ou irreligiosidade do outro. Poderíamos dizer inclusive, que desconsiderar ou invalidar as crenças R/E e as diversas experiências REDEMA, quando trazidas pelo paciente para a psicoterapia, como algo considerado por ele, relevante a ser tratado é que se configura como uma atitude antiética e pouco profissional por parte do psicólogo.

Medo e insegurança

O medo, a hesitação e o alívio de não ter que intervir, estabelecem padrões recorrentes nos relatos dos manejos quando os profissionais não têm o conhecimento necessário para lidar adequadamente com as experiências REDEMA de seus pacientes ou com a suas próprias, refletindo a insegurança dos profissionais frente a fenômenos que fogem do escopo mais ortodoxo da prática psicoterapêutica, sendo que esse estudo demonstrou que elas são bastante frequentes. Em termos de abordagem, seria necessário que os profissionais tivessem uma formação mais abrangente sobre essas experiências, para que possam reconhecer a diferença entre manifestações patológicas e espirituais não patológicas, bem como agir com mais confiança e eficácia ao lidar com estas questões.

Invalidação das crenças e experiências do paciente

A invalidação das crenças e experiências religiosas e espirituais do paciente, considerando-as secundárias ou irrelevantes para o contexto clínico psicológico, exerce um impacto negativo na relação terapêutica, comprometendo a confiança estabelecida entre paciente e terapeuta. Quando suas vivências mais profundas e significativas são rotuladas como “fantasias” ou “patologias”, o paciente pode sentir-se incompreendido, resultando em um retraimento no processo de compartilhamento.

Interpretação reducionista

Quando o manejo é realizado desconsiderando a R/E do paciente, seja pelo referencial teórico utilizado, pré-conceitos ou inexperiência em relação a essa temática, o psicólogo se arrisca a interpretar as experiências REDEMA do paciente como sintomas psicopatológicos, levando a hipóteses diagnósticas precipitadas ou a uma postura de invalidação das crenças e experiências do paciente. Esse manejo reducionista não apenas ignora a relevância da dimensão espiritual, importante para muitos pacientes, como pode abalar a confiança dele em todo o processo psicoterapêutico.

Insegurança no diagnóstico diferencial

Diferenciar experiências REDEMA saudáveis de sintomas psicopatológicos nem sempre é tarefa fácil. Ao demonstrar insegurança, exacerbada pela falta de

conhecimento específico e por dúvidas relacionadas ao manejo ético dessas experiências, o profissional novamente fragiliza a aliança terapêutica e não atua adequadamente no processo psicoterapêutico de seu paciente, muitas vezes adotando uma postura de invalidação.

Patologização

Realizar um diagnóstico diferencial inconsistente, patologizando experiências REDEMA, como no caso de interpretações de psicose, neurose ou desejo inconsciente, limita o espectro de possibilidades de compreensão, desconsiderando a importância dessas vivências para a construção de sentido e bem-estar do paciente, especialmente em contextos em que a espiritualidade desempenha um papel significativo e faz parte das crenças religiosas do paciente.

Insensibilidade cultural e espiritual

A falta de sensibilidade cultural e espiritual pode levar a manejos que desconsideram que, em muitas culturas e tradições religiosas, ouvir vozes, ter visões ou experiências mediúnicas são entendidas como parte de um desenvolvimento espiritual esperado, e não como características patológicas. É essencial ter cautela ao atender pacientes oriundos de contextos culturais e religiosos diversos. O psicólogo deve evitar interpretações reducionistas e patologizantes, adotando uma escuta atenta, aberta e isenta de preconceitos, permitindo que o paciente atribua significado às suas vivências. Dessa forma, a psicoterapia se torna mais inclusiva, promovendo um cuidado que não abrange apenas os aspectos mentais e emocionais, mas também o espiritual, quando ele for relevante para o paciente.

Imposição de crenças religiosas pessoais do psicólogo

É lícito que o profissional psicólogo tenha suas crenças religiosas pessoais, no entanto, agir no *setting* terapêutico, de acordo com essa religiosidade pessoal, expõe o profissional ao risco de impor essas crenças ao paciente, que pode não as compartilhar, violando a ética profissional, que preza por um atendimento livre de preconceitos ou pressões religiosas. Lidar com experiências espirituais e religiosas dos pacientes exige uma postura de neutralidade, respeito e abertura pelas crenças do paciente, sem que as crenças pessoais dos terapeutas, interfiram negativamente

no processo terapêutico. Permitir que isso ocorra, desrespeita o paciente, impedindo que ele faça a interpretação de suas experiências autonomamente, dificultando o tratamento dos fenômenos anômalos de forma integrativa e efetiva. Formação sobre pluralidade religiosa e espiritualidade na prática clínica ajudarão os profissionais a encontrar as melhores maneiras de manejar essas questões de forma ética e eficaz.

Manter a Neutralidade Profissional

Psicólogos devem ter cuidado para não projetar suas próprias crenças e vivências espirituais no processo terapêutico. As experiências dos pacientes precisam ser respeitadas, sendo que o profissional deve evitar fazer correlações diretas com suas próprias crenças e experiências. O foco deve ser sempre o bem-estar do paciente e a compreensão das suas vivências no contexto psicológico.

Limites Éticos Claros

É essencial que o terapeuta mantenha limites claros quanto ao compartilhamento de suas próprias crenças e experiências. Embora a autenticidade seja importante, os profissionais precisam garantir que suas intervenções estejam alinhadas com o referencial teórico que estão utilizando, sem misturar questões pessoais, de maneira geral, mas aqui envolvendo especificamente as relacionadas a R/E, que possam confundir ou influenciar o paciente de maneira indevida. Como dito anteriormente a linha que separa apoio de manipulação, pode ser bastante tênue.

Uso da Intuição com Cautela

O uso da intuição, como mencionado em alguns manejos, deve ser equilibrado com a aplicação de técnicas baseadas em evidências. A sensibilidade intuitiva pode ser útil, mas ela não deve substituir as abordagens validadas cientificamente ou comprometer a segurança e o progresso terapêutico.

4.8 CONCLUSÃO

Como parece ter ficado claro é exigido do profissional psicólogo conhecimentos, habilidades e cuidados específicos para lidar de forma adequada com as inúmeras experiências religiosas, espirituais, dissociativas espirituais ou

mediúnicas e anômalas que os pacientes trazem para a psicoterapia, além de muitas vezes essas experiências serem vivenciadas tanto por pacientes quanto pelos próprios profissionais no setting terapêutico, exigindo destes capacidade para que sejam úteis aos seus pacientes, fim último de um fazer psicológico correto, efetivo e eficaz. No entanto, algumas deficiências observadas, como uma certa superficialidade nas intervenções e a falta de questionamento crítico, apontam para áreas que requerem atenção. Para que o processo terapêutico seja mais efetivo, é fundamental que os profissionais desenvolvam uma compreensão mais aprofundada dos conceitos e da relação entre espiritualidade, religiosidade e bem-estar psicológico, instrumentalizando-se para contribuir de maneira mais aprofundada e competente, para que os pacientes possam elaborar suas experiências, com o auxílio dos profissionais, de forma construtiva e integrada.

As análises de todas as experiências REDEMA e dos manejos relacionados a elas, realizados pelos profissionais psicólogos que participaram desta pesquisa, sugere que a abordagem psicoterapêutica que considera e integra as crenças e experiências R/E dos pacientes pode ser altamente benéfica, promovendo não apenas o acolhimento e tratamento das queixas apresentadas, mas também um espaço de autocompreensão e autodescoberta. A validação, acolhimento e busca de significado para as experiências dos pacientes é fundamental para a eficácia do tratamento psicológico, especialmente em contextos em que as crenças e experiências pessoais desempenham um papel vital na saúde mental e emocional dos indivíduos.

Esperamos que este trabalho e mais especialmente este capítulo, traga uma contribuição importante para a prática clínica dos psicólogos quando precisarem lidar com crenças R/E e experiências REDEMA no tratamento psicoterapêutico de seus pacientes, que é uma demanda bastante comum, exigindo dos profissionais os conhecimentos e as competências necessárias. Isso poderá ser feito através da literatura existente, participando dos grupos de estudo que se debruçam sobre esses temas, comparecendo aos vários eventos científicos que abordam essa temática e mais recentemente, fazendo cursos que vem sendo criados para dar conta dessas deficiências. Exortamos os colegas psicólogos para que busquem por esses conhecimentos e se aprofundem cada vez mais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos anteriores avaliaram a prevalência ou a ocorrência de experiências religiosas, espirituais, dissociativas espirituais ou mediúnicas e anômalas (REDEMA) na população em geral, inclusive de psicólogos, no entanto como discutido anteriormente, não temos conhecimento de uma pesquisa que tenha se debruçado especificamente sobre o relato dessas experiências na psicoterapia, trazidas ou vivenciadas pelos pacientes no processo psicoterapêutico. Se é sabido que 92% da população brasileira declara ter uma religião (IBGE, 2010), que a prevalência dessas experiências na população geral é bastante alta, variando de 82,7% (Machado, 2009), 92% (Monteiro de Barros, 2022) a 100% (Reichow, 2017) e entre psicólogos 78,3% (Paulino, 2019), não causa espanto termos encontrado que 78,2% dos psicólogos que participaram dessa pesquisa tenha relatado experiências trazidas pelos seus pacientes para a psicoterapia. É possível inclusive, que os 21,8% restantes, não tenham dado relatos por outros motivos e não porque seus pacientes não vivenciem essas experiências, considerando que elas são caracterizadas por atribuição, podendo ser vivenciadas por pessoas sem religião, além dos muitos mitos e medos que envolvem esses temas.

O objetivo principal desse trabalho foi aferir a ocorrência, identificar e caracterizar as experiências REDEMA, trazidas e/ou vivenciadas pelos pacientes e psicólogos durante o processo psicoterapêutico, além de analisar o manejo feito pelos profissionais para lidar com essas experiências. Também revisar e discutir os estudos existentes sobre essa temática, conceituando as experiências para a realização de uma pesquisa empírica que proporcionasse os meios necessários para alcançar esses objetivos através de relatos dados por psicólogos. Investigar as implicações e contribuições para o trabalho desenvolvido pelos profissionais psicólogos e refletir sobre como o conhecimento advindo desse estudo poderia contribuir para uma discussão das relações entre religiosidade e saúde, caracterizando os desafios e competências necessárias aos profissionais. Consideramos que todos esses objetivos foram alcançados.

Muitos estudos, citados durante o desenvolvimento deste trabalho, foram revisados e discutidos, possibilitando a conceituação das experiências que viabilizaram a realização da pesquisa empírica junto aos profissionais psicólogos, que através de relatos dados em resposta às perguntas feitas no questionário on-line,

permitiram aferir a ocorrência dessas experiências no processo psicoterapêutico e constatar que são trazidas para a psicoterapia de forma recorrente. Após a análise de todos os relatos dados pelos psicólogos que participaram dessa pesquisa, ficou claro que as experiências REDEMA, fazem parte da realidade dos pacientes e podem proporcionar muitos desafios, angústias e sofrimentos, sendo por isso mesmo, trazidas por eles para a psicoterapia, corroborando nossa hipótese básica. Além de serem trazidas, elas também são vivenciadas pelos pacientes, acontecem no *setting* terapêutico durante a psicoterapia. Um achado muito interessante dessa pesquisa é o fato dessas experiências REDEMA também serem vivenciadas pelos profissionais psicólogos, durante o trabalho psicoterápico, no *setting* terapêutico.

Ficou claro que a maneira como a experiência é interpretada é uma questão de atribuição, está diretamente relacionada com a religiosidade ou a irreligiosidade do paciente. Será a partir das suas crenças, que ele interpretará e poderá elaborá-las e lidar de uma forma saudável com essas questões, eliminando os estresses e angústias que fizeram com que trouxesse esses relatos para a psicoterapia. Essa interpretação da experiência, de acordo com a crença/descrença pessoal, também vale para o profissional, que também a possui e que dificilmente conseguirá dissociá-la do seu entendimento do mundo e, em função disso, do seu olhar e fazer psicológico, no entanto, não deve de maneira nenhuma dirigir o seu fazer. A análise das experiências e, principalmente, dos manejos realizados pelos psicólogos em relação a cada uma delas, possibilitou examinar as implicações e contribuições para o trabalho que realizam, além de promover uma reflexão sobre como o conhecimento gerado por esse estudo pode enriquecer o debate sobre as interações entre religiosidade e saúde, delineando as competências necessárias aos profissionais. Confirmando a hipótese secundária, ficou claro que para manejar adequadamente as experiências trazidas ou vivenciadas pelo paciente é imprescindível que o profissional tenha o conhecimento específico e necessário para tanto, de forma a conseguir interpretar corretamente, fazer um psicodiagnóstico adequado e realizar o processo psicoterapêutico do paciente de acordo e em alinhamento com as crenças religiosas dele, deixando a religiosidade ou irreligiosidade pessoal, as próprias crenças ou descrenças, em suspensão, atendendo as necessidades do paciente de forma empática, especialmente quando as crenças pessoais sejam divergentes ou antagônicas às dele, de forma a conseguir ajudá-lo a fazer as reflexões necessárias e a manejar adequadamente as suas dificuldades sem imposições ou preconceitos.

Ressalta-se a importância de que os aspectos relacionados à religiosidade e a espiritualidade dos pacientes sejam sistematicamente incorporados ao processo psicoterapêutico, não aguardando que esses temas sejam espontaneamente trazidos pelos pacientes para então abordá-los. Não se trata de direcionar temas ou estabelecer prioridades artificiais na terapia, mas em considerar que estes aspectos, como evidenciado, fazem parte do cotidiano e são relevantes para muitos pacientes. Dessa forma, perguntas relacionadas à religiosidade e espiritualidade devem fazer parte da anamnese inicial, promovendo um ambiente de abertura para que os pacientes possam trazer essas experiências para a psicoterapia sem temor de julgamento, discriminação, patologização ou desvalorização, naturalizando-os.

Outro aspecto bastante interessante que emergiu a partir dessa pesquisa foi a múltipla pertença religiosa, algo já conhecido e estudado, mas que não imaginávamos ser tão presente e importante quando nos debruçamos sobre a religiosidade dos pacientes e dos profissionais na psicoterapia. Ao perguntar para os psicólogos: “Tradição(ões) religiosa(s) com a(s) qual(is) se identifica?”, permitindo que assinalassem mais de uma, obtivemos como resposta de um número significativo de profissionais, considerarem-se adeptos ou simpatizantes de várias religiões. Num primeiro momento isso pareceu estranho, afinal “quem tem muitas não tem nenhuma”, foi meu primeiro pensamento, agora percebo, provavelmente por possuir a minha (única?) religiosidade pessoal. O povo brasileiro parece mesmo não ser dogmático, não se envergonhar de ter várias pertenças religiosas, pelo contrário, parece lidar com isso cada vez com mais tranquilidade, construindo sua religiosidade pessoal a partir de crenças e práticas diversas. Considerando os resultados desse trabalho, essa característica exige que os psicólogos não se limitem a perguntar se o paciente tem uma religião e qual é ela, algo que a maioria disse fazer. Não será suficiente apenas procurar entender quais são os princípios fundamentais dessa religião e a partir disso considerar estar preparado para ajudá-lo quando experiências REDEMA ou desafios envolvendo a sua religiosidade o acometerem. Será preciso se deter um pouco mais nesse assunto, de modo a aferir quais são as crenças R/E que fazem sentido para o paciente, sabendo que esse sentido pode transcender os princípios de uma única religião, podendo ser várias e ainda mais importante, qual o entendimento do paciente em relação a esses princípios, que também podem ser diferentes do que prega a religião indicada. Vale reforçar que a exploração desses temas apenas

prosseguirá com o consentimento do paciente e na medida em que se mostre pertinente ao seu processo psicoterapêutico.

No tocante as experiências é preciso considerar que muitas vezes, não conseguir identificar, nomear ou dar significado a elas pode causar um desconforto e uma angústia muito grandes, transformando essa significação em algo bastante importante. Pessoas com religiosidades ou irreligiosidades diferentes identificarão a experiência de acordo com o que lhe é familiar, com o que lhe é conhecido. Auxiliar nesse entendimento e significação é tarefa do psicoterapeuta.

Apesar do grande número de profissionais que demonstraram realizar o manejo das experiências de seus pacientes com acolhimento, empatia e respeito validando a sua experiência, ainda assim muitos desses manejos foram realizados de forma superficial, podendo alcançar mais efetividade se receberem o treinamento adequado. Quando consideramos aqueles manejos que acabaram por prejudicar seriamente o processo psicoterapêutico, comprometendo a sua eficácia e o vínculo terapêutico em razão do menosprezo manifestado pelo profissional em relação às crenças e religiosidade do paciente ou pela imperícia decorrente da falta de preparo, fica clara a importância de que esse treinamento seja proporcionado.

Na psicoterapia a interpretação relevante é a do paciente, considerando que é uma experiência que está sendo vivida por ele e são deles os estresses e angústias decorrentes, cabe ao profissional que o atende aprender sobre os vários tipos de experiências REDEMA para, deixando a própria religiosidade ou irreligiosidade de lado, ajudar o paciente com base na interpretação que ele faz, respeitando toda e qualquer angústia originada de experiências REDEMA trazidas para o *setting* terapêutico.

Importante enfatizar que essas experiências, como foi demonstrado nesse trabalho, são muito diversas e não são sempre e apenas fonte de estresse, conflitos e angústias causando sofrimento, em muitos casos, aliás na maioria deles, acontecem relacionadas a outras situações que envolvem episódios desafiadores para os pacientes, podendo proporcionar alívio, bem-estar, proteção, conforto e sentido, dependendo da sua interpretação. O psicoterapeuta poderá auxiliá-lo sendo fonte de consolo, fortalecimento e compreensão, se tiver a perspicácia, competência e o preparo adequado para ajudá-lo a explorar e entender essas experiências ou, se constituir em mais um fator de estresse pela falta de habilidade, conhecimento, preconceito e incompreensão. Por exemplo: O relato de “um paciente que disse ouvir

vozes que antecipam cenários, durante a vigília”. Alguns psicólogos procurados por ele, atribuíram esse “ouvir vozes” a um sintoma psicopatológico com uma hipótese diagnóstica de esquizofrenia, um caso de psicose histérica, uma manifestação do seu inconsciente ou ainda como uma fantasia. Ainda que essas leituras possam fazer sentido, esse paciente se sentiu incompreendido por esses profissionais tendo ficado muito decepcionado com a Psicologia, por ter acreditado que encontraria nela apoio e auxílio para lidar com as suas dificuldades. O profissional que trouxe esse relato disse que o paciente lhe confidenciou “que essa seria a sua última tentativa mas que finalmente parecia ter encontrado alguém que estava disposto a ouvi-lo sem julgamentos ou diagnósticos prontos”.

Para que o conteúdo dessas experiências e o seu compartilhamento, quando feito pelos pacientes, possa ser tratado de forma respeitosa, adequada e profissional, visando ajudar aquele que está a nossa frente, aliás como todos os outros desafios que nos são trazidos, é preciso informação, formação, inclusive no que diz respeito à abordagem teórica que se utiliza. Ficou claro que é preciso cuidado, considerando que pré-conceitos existem, consequência de entendimentos equivocados dessas experiências. Essas reflexões, agora também considerando os resultados e as proposições dessa pesquisa, certamente contribuirão para um fazer psicológico mais competente.

Esperamos que o capítulo que especifica os aspectos importantes para o manejo clínico e os cuidados tanto positivos quanto negativos que envolvem as experiências REDEMA, fruto da discussão e das análises dos relatos de experiências e manejos realizados pelos profissionais, possa contribuir para uma prática clínica mais eficaz, trazendo conhecimentos e auxiliando os psicoterapeutas nessa tarefa.

A Psicologia é uma ciência e profissão em constante movimento, considerando os resultados desse estudo, que demonstram que experiências REDEMA são trazidas pelos pacientes para a psicoterapia e, mais do que isso, são vivenciadas pelos pacientes e pelos profissionais psicólogos no *setting* terapêutico, impõem a necessidade de que sejam manejadas com condutas baseadas em evidências científicas, através do desenvolvimento de habilidades e competências necessárias para esse manejo. A deficiência existente na formação precisa urgentemente ser corrigida, as iniciativas existentes até aqui são incipientes, cabendo aos órgãos competentes e a classe como um todo, tomar as providências necessárias para que esses temas façam parte da grade curricular obrigatória dos cursos de graduação em

Psicologia. Conhecer, aprender e saber lidar com essas experiências é condição imperativa para que os princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do Psicólogo sejam praticados, especialmente quando diz, logo no seu primeiro princípio, que “O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos”, que em seu artigo XVIII considera inviolável a liberdade de pensamento, consciência e de religião. Outro princípio fundamental que norteia a conduta profissional, determina que o psicólogo deve atuar com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática.

Como foi visto, recentemente foi publicada pelo Conselho Federal de Psicologia a resolução número 7/2023, de 06/04/2023, que entre outras normas bastante importantes quando consideramos esses conceitos, estabelece em seu artigo 2º:

A psicóloga e o psicólogo, no exercício profissional, devem utilizar princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional, e considerar:

- I - a laicidade como pressuposto do Estado Democrático de Direito, fundado no pluralismo e na garantia dos direitos fundamentais;
- II - os aspectos históricos e culturais das experiências espirituais e religiosas;
- III - a dimensão da religiosidade e da espiritualidade como elemento formativo das subjetividades e das coletividades (CFP, 2023).

Resta fazer com que ela seja conhecida e mais importante, devidamente compreendida para que possa ser praticada pelos quase 550.000 profissionais psicólogos brasileiros (CFP, 2024), tarefa árdua que seria muito facilitada no futuro, caso os que estão em formação já recebessem obrigatoriamente esses conhecimentos e preparação.

No final, o que realmente importa nesse fazer psicológico, nos diversos *settings* terapêuticos é a pessoa, o paciente, o humano, aquele que nos procura em busca de bem-estar, saúde mental, alívio para os seus sofrimentos e angústias, se entre os desafios enfrentados por ele, estão as experiências religiosas, espirituais, dissociativas espirituais ou mediúnicas, se elas são parte do nosso fazer profissional, então nós psicólogos, e as instituições que orientam esse fazer, temos todos a obrigação de buscar e providenciar o que for preciso para realizar um trabalho eficiente, com acolhimento, empatia e o necessário respeito. Invalidar, menosprezar

ou não saber manejar de forma competente essas experiências é faltar com esse respeito.

Limitações da pesquisa

Dentre as limitações desta pesquisa que devem ser assinaladas, temos que o número de participantes não se constitui em uma amostra representativa dos psicólogos brasileiros, devendo haver o cuidado de não se extrapolar os resultados da pesquisa sem levar este aspecto em conta. Além disso, a conceituação das experiências e de diversos termos relacionados com religiosidade e espiritualidade usados nessa pesquisa, ainda que baseadas em autores reconhecidos e respeitados, deixou claro que ainda não existem definições universais totalmente aceitas, o que fatalmente implicará em críticas por aqueles que considerem outras definições ou caracterizações como mais adequadas. Ainda mais importante do que isso, é o cuidado necessário ao se comparar resultados entre estudos, importa verificar se as definições usadas têm a necessária semelhança.

Outra limitação possível, ainda que o questionário tenha sido encaminhado e respondido de forma on-line, é o viés de expectativa social em que a pessoa dá uma resposta movida pelo desejo de aceitação social e autocensura.

Os psicólogos também deram autorrelatos retrospectivos, ou seja, descreveram as situações ocorridas com base nas suas lembranças, podendo ocorrer erros na sua reconstrução, considerando que esquecimentos teriam potencial para gerar diferenças entre o real e a descrição dada.

Desafios

Um dos principais desafios enfrentados pela psicologia clínica inclui integrar a abordagem da religiosidade/espiritualidade e das experiências REDEMA, como parte das demandas comuns trazidas pelos pacientes para o processo psicoterapêutico. Dado que essas vivências são recorrentes na população e, como este estudo demonstrou, mais do que apenas serem trazidas para a psicoterapia esta temática e experiências são vivenciadas por pacientes e profissionais no *setting* terapêutico, exigindo que o psicoterapeuta adquira conhecimentos sobre as diversas tradições religiosas e desenvolva competências específicas, além de receber o treinamento adequado para manejá-las com habilidade, compreendendo seu impacto na natureza

e no comportamento humano. Ressalte-se que o papel do psicólogo não é oferecer aconselhamento religioso, função atribuída aos líderes religiosos, mas sim fornecer aconselhamento psicológico que respeite e integre a dimensão religiosa e espiritual dos pacientes em um contexto profissional e ético.

Pesquisas futuras

Essa foi uma pesquisa transversal, uma “fotografia” baseada nos relatos dados por uma amostra específica de profissionais. Seria muito interessante que uma pesquisa longitudinal fosse realizada, acompanhando o desenvolvimento da prática dos profissionais que lidam com as experiências REDEMA dos pacientes, acompanhando a evolução da sua prática clínica, depois de receberem formação sobre esses temas. Isso permitiria aferir e compreender com muito mais precisão as necessidades específicas que devem fazer parte dessa formação, além do impacto de longo prazo no trabalho clínico.

REFERÊNCIAS

ALLPORT, Gordon Willard. The Religious Context of Prejudice. **Journal for the scientific study of religion**, v. 5, n. 3, p. 447-457, 1966.

ALLPORT, Gordon Willard; KRAMER, Bernard M. Some Roots of Prejudice. **Journal of psychology: Interdisciplinary and Applied**, v. 22, n. 1, p. 9-39, 1946.
<https://doi.org/10.1080/00223980.1946.9917293>

ALLPORT, Gordon Willard; ROSS, J. Michael. Personal Religious Orientation and Prejudice. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 5, n. 4, p. 432-443, 1967.
<https://doi.org/10.1037/h0021212>

ALMINHANA, Letícia Oliveira. **A personalidade como critério diferencial entre experiências anômalas e transtornos mentais**. 2013. 257 f. Tese (Doutorado em Saúde) Programa de Pós-Graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.
<https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/1015>

ALVARADO, Carlos S. Investigating Mental Mediums: Research Suggestions from the Historical Literature. **Journal of Scientific Exploration**. v. 24, p. 197-224, 2010.

ALVARADO, Carlos S. Experiências fora do corpo. In: CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven Jay; KRIPPNER, Stanley (Orgs.) **Variedades da Experiência Anômala: Análise de Evidências Científicas**. São Paulo: Atheneu, 2013, p. 139-166.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Guidelines on multicultural education, training, research, practice and organizational change for psychologists**. Washington, DC: American Psychological Association, 2002.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Ethical principles and code of conduct** (including 2010 amendments). Washington, DC: American Psychological Association, 2010.

AMERICAN SOCIETY FOR PSYCHICAL RESEARCH. About the Society. Disponível em: <http://www.aspr.com/who.htm> Acesso em: 25 ago. 2024.

APPELLE, Stuart; LYNN, Steven Jay; NEWMAN, Leonard. Experiências de Abdução por Alienígenas. In: CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven Jay; KRIPPNER, Stanley (Orgs.) **Variedades da Experiência Anômala: Análise de Evidências Científicas**. São Paulo: Atheneu, 2013, p. 193-215.

ASSIS, Cleber Lizardo de; MEDEIRO, Elizeu Diniz de. Religião e psicoterapia: Um estudo a partir de psicólogos de Cacoal – RO, Brasil. **Integración Académica en Psicología**, v. 5, n. 15, p. 66-86, 2017.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA – APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM V. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ATTIG, Sheryl; SCHWARTZ, Gary E.; FIGUEREDO, Aurélio José; JACOBS, W. Jake; BRYSON, K. C. Coincidences, Intuition and Spirituality. **Psychiatric Annals**. 41(12), 2011.

<https://doi.org/10.3928/00485713-201111104-08>

BARBER, Theodore X. Changing “unchangeable” bodily processes by (hypnotic) suggestions: A new look at hypnosis, cognitions, imagining, and the mind-body problem. In SHEIKH, A. A. (Ed.), **Imagination and healing**. New York: Baywood, p. 69-127, 1984.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRET, Stephen; JARVIS, William T. **The health robbers**: A close look at quakery in America. Amherst, New York: Prometheus Books, 1993.

BELZEN, Jacob A. Psicologia Cultural da Religião: Perspectivas, Desafios, Possibilidades. **Revista de Estudos da Religião - REVER**, p. 01-29, dez. 2009.

BENDIT, John. **The mystery of healing**. Wheaton: Quest, 1958.

BENOR, Daniel J. **Healing research**: Holistic energy medicine and spirituality. Munich: Helix, 1994.

BENTALL, Richard P. Experiências alucinatórias. In: CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven Jay; KRIPPNER, Stanley (Orgs.) **Variedades da Experiência Anômala**: Análise de Evidências Científicas. São Paulo: Atheneu, 2013, p. 63-90.

BERGER, Peter L. A dessecularização do mundo: uma visão global. **Religião e Sociedade**, v. 21, n. 1. p. 9-24, 2000.

BEST, Megan; BUTOW, Phyllis; OLVER, Ian. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature reviews. **Patient Education and Counseling**, v. 6, p. 1320-1328, 2015.

BOFF, Clodovis. **Teoria do método teológico**. 2. ed. revista. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 25-39.

BOURDIEU, Pierre. Gênese et structure du champ religiex. **Revue Française de Sociologie**, v. 12, p. 295-334, 1971.

BROOK, Maria Graça. Struggles reported integrating intense spiritual experiences: Results from a survey using the integration of Spiritually Transformative Experiences Inventory. **Psychology of Religion and Spirituality**, v. 13, n. 4, p. 464-481, 2021.

<https://doi.org/10.1037/rel0000258>

BUBOLS, Milena Nardini. **Manejo clínico de questões sobre espiritualidade, religiosidade e experiências anômalas na psicoterapia: identificação, capacitação e avaliação.** 2022. 262 f. Tese (Doutorado em Psicologia) Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

BULLARD, Thomas E. **UFO abductions: The measure of a Mystery.** Washington: Fund for UFO research, 1987.

CAFEZEIRO, Amanda Sales; OLIVEIRA, Ana Lúcia Gonçalves de; ANJOS NETA, Maria Madalena Souza dos; YARID, Sérgio Donha; MARALDI, Everton de Oliveira. O papel da religiosidade/espiritualidade enquanto competência cultural na prática clínica do psicólogo. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 43, n. 105, p. 155-167, 2023.

CARDOSO, Ismael; BIANCHI, Paula Bianca. O Universo do Santo Daime: A primeira religião genuinamente brasileira. **Ensino da Reportagem**, UFRGS, 2007.

CARVALHO, Sandra Maciel de. **Inquérito nacional de casos sugestivos de reencarnação na população brasileira adulta.** 2023. 226 f. Tese (Doutorado em Saúde) Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2023.

CARDEÑA, Etzel; et al. Possession/trance phenomena. In: DELL, P. F.; O'NEIL, J. A. (eds.) **Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond.** New York: Routledge, 2009, p. 171-181.

CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven Jay; KRIPPNER, Stanley (Orgs.). **Variedades da Experiência Anômala: Análise de evidências científicas.** São Paulo: Atheneu, 2013.

CARUNCHIO, Beatriz Ferrara. **Experiência de Quase morte (EQM): uma abordagem empírica.** 2017. 194 f. Tese (Doutorado em Ciência da Religião) Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciência da Religião, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

CASHWELL, Craig S.; BENTLEY, Paige B.; YARBOROUGH, J. Preston. The only way out is through: The peril of spiritual bypass. **Counseling and Values**, v. 51, n. 2, p. 139 –148, 2007.

<https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2007.tb00071.x>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Psicologia: Uma profissão de muitas e diferentes mulheres.** Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Posicionamento do sistema conselhos de psicologia para a questão da psicologia, religião e espiritualidade.** In Fichário Psicologia: Legislação, Resoluções e Recomendações para a Prática Profissional. Notas técnicas, São Paulo, p. 44, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do psicólogo.** Brasília: CFP, 2022a.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Quem faz a Psicologia brasileira? um olhar sobre o presente para construir o futuro**: formação e inserção no mundo do trabalho. v. 1, Brasília: CFP, 2022b.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Quem faz a Psicologia brasileira? um olhar sobre o presente para construir o futuro**: condições de trabalho, fazeres profissionais e engajamento social. v. 2, Brasília: CFP, 2022c.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP N.º 007/2023**. Brasília: CFP, 2023.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA MINAS GERAIS. **Psicologia, laicidade, espiritualidade, religião e outras tradições**: encontrando caminhos para o diálogo. Belo Horizonte: CRP-MG, 2019.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA MINAS GERAIS. **I Congresso Mineiro Psicologia, Laicidade, Espiritualidade, Religião e Outros Saberes Tradicionais**: Anais. Belo Horizonte: CRP-MG, 2023.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA MINAS GERAIS. **I Congresso Mineiro Psicologia, Laicidade, Espiritualidade, Religião e Outros Saberes Tradicionais**: reflexões contemporâneas. Belo Horizonte: CRP-MG, 2023.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA SÃO PAULO. **Coleção Psicologia, Laicidade e as relações com a Religião e a Espiritualidade**. São Paulo: CRP-SP, 2016.

CORRÊA, Cairu Vieira; BATISTA, Jeniffer Soley; HOLANDA, Adriano Furtado. Coping Religioso/Espiritual em processos de saúde e doença: Revisão da produção em periódicos brasileiros (2000-2013). **Revista Psico-FAE**: Pluralidades em saúde mental. Curitiba, v. 5, n. 1, p. 61-78, 2016.

CROOK-LYON, Rachel E.; O'GRADY, Kari A.; SMITH, Timothy B.; JENSEN, Dallas R.; GOLIGHTLY, Thomas; POTKAR, Kirti A. (2012). Addressing religious and spiritual diversity in graduate training and multicultural education for professional psychologists. **Psychology of Religion and Spirituality**, v. 4, n. 3, 169-181, 2012.

DALGALARRONDO, Paulo. **Religião, Psicopatologia e Saúde Mental**. Porto Alegre: Atmed, 2008.

DAMASCENO, Renata Fiúza; DA SILVA, Patrick Leonardo Nogueira. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. **Journal of Management & Primary Health Care**, ISSN 2179-6750, [S. l.], v. 9, 2018. DOI: 10.14295/jmphc.v9i0.435. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/435>. Acesso em: 19 ago. 2024.

DATAFOLHA [INSTITUTO DE PESQUISAS DO GRUPO FOLHA]. São Paulo: Datafolha, 2007.
<http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2013/05/02/religiao03052007.pdf>

DOSSEY, Larry. **Healing words**: The power of prayer and the practice of medicine. San Francisco: HarperSanFrancisco, 1993.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em revista**, n. 24, p. 213-225, UFPR, 2004.

DURKHEIM, Émile. As formas elementares da vida religiosa. In: DURKHEIM, Émile. **Os Pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 2003.

EDWARDS, Harry. **The evidence for spirit healing**. London: Spiritualist Press, 1953.

EGG-SERRA, Adriana Patrícia. **Inserção da Espiritualidade/Religiosidade na formação de profissionais de Psicologia no Brasil**. 2021. 113 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

EISENBERG, D. M.; KESSLER, Ronald.; FOSTER, C.; NORLOCK, F. E.; CALKINS, D. R.; DELBANCO, T. L. Unconventional medicine in the United States: Prevalence, costs, and patterns, of use. **Journal of Medicine**, v. 328, p. 246-252, 1993.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; ZANGARI, Wellington; FREITAS, Marta Helena de; LADD, Kevin, L. Psicologia da Religião no Brasil: maturidade com vigor de juventude aberta aos desafios. In ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; ZANGARI, Wellington; FREITAS, Marta Helena de; LADD, Kevin, L. (Orgs). **Psicologia Cognitiva da Religião no Brasil**: Estado atual e oportunidades futuras. Curitiba: Crv, 2019, p. 11-15.

FISKE, Alan Page; KITAYAMA, Shinobu; MARKUS, Hazel Rose; NISBETT, Richard E. The cultural matrix of social psychology. In GILBERT, D. T.; FISKE S. T. (Eds.), **The handbook of social psychology**, v. 2, 4 ed., p. 915-981. New York: McGraw-Hill, 1998.

FLECK, Marcelo Pio da Almeida; BORGES, Zulmira Newlands; BOLOGNESI, Gustavo; ROCHA, Neusa Sica da. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 446-455, Ago 2003.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000400009>.

FLOURNOY, Theodore H. **Les principes de la psychologie religieuse**. London: Williamsand Norgate, 1903.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 21, n. 3, p. 219-239, set. 1980.

FOLKMAN, Susan; MOSKOWITZ, Judith Tedlie. Coping: Pitfalls and Promise. **Annual Reviews Psychology**, v. 55, p. 745-774, 2004.

FOWLER, James W. **Estágios da fé: psicologia do desenvolvimento humano e busca de sentido**. São Leopoldo: Sinodal, 1992.

FRANCO, Clarissa de. Espiritualidades seculares, ateísmos e equívocos sobre o Estado laico. **Revista Senso**, n. 3, Belo Horizonte, ago/set. 2017.

FRANKL, Viktor E. **A presença ignorada de Deus**. São Leopoldo; Petrópolis: Sinodal; Vozes, 1992.

FREITAS, Marta Helena de. Psicologia Religiosa, psicologia da religião/espiritualidade, ou psicologia e religião/espiritualidade? **Revista Pistis & Praxis, Teologia e Pastoral**. Curitiba, v. 9, n. 1, 89-107, jan./abr. 2017.

FREUD, Sigmund. Escritores criativos e devaneio. In **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. 9, Rio de Janeiro: Imago, 1908/2006.

FULLER, Andrew Reid. **Psychology & Religion: eight points of view**. Marylanda: Littlefield Adams Quality Paperbacks, 1994.

GACKENBACH, Jayne. The psychological content of lucid versus nonlucid dreams. In GACKENBACH, Jayne; LABERGE, Stephen (Eds.), **Concious mind, sleping brain: Perspectivess on lucid dreaming**. New York: Plenum, 1988, p. 181-220.

GÁLATAS. Português. In Bíblia sagrada. Tradução de João Ferreira de Almeida. Brasília: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969. p. 223-228.

GÊNIA, Vicky. The spiritual experience index: a measure of spiritual maturity. **Journal of religion & health**, v. 30, n. 4, p. 337-347, 1991.

GIORDAN, Giuseppe. Spirituality: from a religious concept to a sociological theory. In: FLANAGAN, Kieran; JUPP, Peter C. (Eds.) **A sociology of spirituality**. Hampshire: Ashgate, 2007. p. 161-180.

GLOCK, Charles Young; STARK, Rodney. **Religion and Society in Tension**. Chicago: Rand McNally, 1965.

GOULART, Fernanda Loureiro. **Entre a ciência e a não-ciência: Um estudo de caso sobre a parapsicologia e a psicologia anomalística na academia brasileira**. 2014. 185 f. Tese (Doutorado em Política Científica e Tecnológica) Instituto de Geociências. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

GREEN, C. **Lucid Dreams**. London: Hamish Hamilton, 1968.

GRESCHAT, Hans-Jürgen. **O que é ciência da religião?** [tradução de Frank Usarski]. São Paulo: Paulinas, 2005 (Coleção repensando a religião).

GREYSON, Bruce. Experiências de quase morte: implicações clínicas. **Revista de Psiquiatria clínica**, v. 34, supl. 1, p. 116-125, 2007.

GREYSON, Bruce. Experiências de quase morte. In: CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven Jay; KRIPPNER, Stanley (Orgs.) **Variedades da Experiência Anômala: Análise de Evidências Científicas**. São Paulo: Atheneu, 2013, p. 241-270.

GREYSON, Bruce; BUSH, Nancy Evans. Distressing near-death experiences. **Psychiatry**, v. 55, p. 95-110, 1992.

HAMAZAKI, Edson S. **O impacto psicossocial dos transtornos dissociativos categorizados pelo DSM-5 e CID 10 na população vinculada aos contextos religiosos mediúnicos**: uma revisão da literatura. 2016. 33 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado e formação em Psicologia) - Universidade Guarulhos, Guarulhos, 2016.

HAMAZAKI, Edson S. **A integração de crenças e experiências religiosas e espirituais na terapia cognitivo-comportamental**: apresentação e análise crítica do trabalho realizado pelo Prof. Dr. Harold G. Koenig e equipe do Centro de espiritualidade, teologia e saúde da Universidade Duke. 2021. 129 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Religião) Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciência da Religião da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

HARDY, Alister Clavering. **The spiritual nature of man**: A study of contemporary religious experience, Oxford: Oxford University Press, 1979.

HARNER, M. **The way of the shaman**: A guide to power and healing. San Francisco: Harper & Row, 1980.

HARRISON, Myleme O.; KOENIG, Harold; HAYS, Judith C.; EME-AKWARI, Anedi G.; PARGAMENT, Kenneth I. The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. **International Review of Psychiatry**. v.13, n. 2, p. 86-93, 2001. DOI: [10.1080/09540260120037317](https://doi.org/10.1080/09540260120037317)

HAYNES, R. Faith healing and psychic healing: Are they the same? **Parapsychology Review**, p. 1-3, 1977.

HILL, Peter C.; Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. **Journal for the theory of social behaviour**, v. 30, n. 1, p. 51-77, 2000.

HIRSCHBERG, C.; BARASCK, M. I. **Remarkable recovery**. New York: Riverhead, 1995.

HOCK, Klaus. **Introdução à Ciência da Religião**. São Paulo: Loyola, 2010.

HODGE, David R. A Template for spiritual assessment: A review of the JCAHO requirements and guidelines for implementation. **Social Work**, v. 51, n. 4, p. 317-326, 2006.

HOLT, Nicola Jane; SIMMONDS-MOORE, Christine; LUKE, David; FRENCH, Christofher C. **Anomalistic Psychology**. London: Palgrave Macmillan, 2012.

HOPKINS, Budd; JACOBS, David M.; WESTRUM, Ron. **Unusual personal experiences**: Na nalysis of the data from three national surveys conducted by the Roper organization. Las Vegas: Bigelow Holding, 1992.

IBGE [INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA]. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religioao_deficiencia.pdf>, Acesso em: 17 nov. 2023.

INSTITUTO PAULO MONTENEGRO; AÇÃO EDUCATIVA. INAF BRASIL 2018 Resultados preliminares. 2018. Disponível em: https://alfabetismofuncional.org.br/wpcontent/uploads/2020/03/Inaf2018_Relato%CC%81rio-Resultados-Preliminares_v08Ago2018.pdf, Acesso em: 28 jun. 2024.

IRWIN, Harvey J. **Flight of mind**: a psychological study of the out of body experience. Nova Jersey: Scarecrow Press, 1985.

JACOBS, David M. **Secret life**: First-hand accounts of UFO abductions. New York: Simon & Schuster, 1992.

KAPUSCINSKI, Afton N.; MASTERS, Kevin S. The current status of measures of spirituality: A critical review of scale development. **Psychology of Religion and Spirituality**, v. 2, n. 4, p. 191-205, 2010.

KOENIG, Harold George. **The handbook of religion and health**: a century of research reviewed. Oxford: Oxford University, 2001.

KOENIG, Harold George. Religion, spirituality and health: The research and clinical implications. **International Scholarly Research Network Psychiatry**, v. 12, 2012a.

KOENIG, Harold George. **Medicina, Religião e Saúde**: O encontro da ciência e da espiritualidade. Trad. de Iuri Abreu. Porto Alegre: L & PM, 2012b.

KOENIG, Harold George. Religious versus Conventional Psychotherapy for Major Depression in Patients with Chronic Medical Illness: Rationale, Methods, and Preliminary Results. **Depression Research and Treatment**, p. 1-11, 2012c.

KOENIG Harold George.; MEADOR Keith G.; PARKERSON George. Religion index for psychiatric research. **American Journal of Psychiatry**, v. 154, p. 885-886, 1997.

KOENIG Harold George; KING, Dana Edwin; CARSON, Verna Benner. **Handbook of religion and health**. Oxford University Press, 2012.

KRIPPNER, Stanley; POWERS, Susan Marie (Ed.). **Broken images, broken selves**: Dissociative narratives in clinical practice. Psychology Press, 1997.

KRIPPNER, Stanley; ACHTERBERG, Jeanne. Experiências de curas anômalas. In: CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven Jay; KRIPPNER, Stanley (Orgs.) **Variedades da Experiência Anômala**: Análise de Evidências Científicas. São Paulo: Atheneu, 2013, p. 271-302.

LABERGE, Stephen; GACKENNBACH, Jayne. O sonhar lúcido. In: CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven Jay; KRIPPNER, Stanley (Orgs.) **Variedades da Experiência Anômala: Análise de Evidências Científicas**. São Paulo: Atheneu, 2013, p. 113-138.

LACOSTE, Jean-Yves. **Dicionário Crítico de Teologia**. São Paulo: Paulinas, 2004.

LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan Kleppner. **Stress, Appraisal and Coping**, New York: Springer, 1984.

LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan Kleppner. Transactional theory and research on emoticons and coping. **European Journal of Personality**, v. 1, n. 3, p. 141-169, 1987.

LEITE, Imelidiane Silva; SEMINOTTI, Elisa Pinto. A Influência da Espiritualidade na Prática Clínica em Saúde Mental: Uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 189-196, 2013.

LIBANIO, João Batista; MURAD, Afonso. **Introdução à teologia**. Perfil, enfoques, tarefas. São Paulo: Loyola, p. 67-72, 1996.

LOUSADA, Márcia Gouvêa. **A espiritualidade na obra de autores da psicologia, saúde e educação**. 2017. 351 f. Tese (Doutorado em educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero. Spirituality, Religion, and Health: Over the Last 15 Years of Field Research (1999–2013). **The International Journal of Psychiatry in Medicine**. v. 48, p. 199-215, Dec. 2014.

LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; LUCCHETTI, Giancarlo; LEÃO, Frederico Camilo; PERES, Mário Fernando Prieto, VALLADA, Homero. Mental and physical health and spiritual healing: Na evaluation of complementary religious therapies provided by spiritist centers in the city of São Paulo, Brazil. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 40, n. 3, p. 404-421, nov. 2015.

LUCZINSKI, Giovana Fagundes. **O psicólogo clínico e a religiosidade do cliente: Impactos na relação terapêutica**. 2005. 191 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Programa de pós-graduação em psicologia clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

LUKE, David. Anomalous phenomena, psi, and altered consciousness. In CARDEÑA, Etzel; WINKELMAN, Michael James. (Eds.), **Altering consciousness: Multidisciplinary perspectives**. Santa Bárbara: Prager, 2011, p. 355-374.

LUKOFF David Gordon; LU, Francis G.; TURNER, Robert. Toward a more culturally sensitive DSM-IV. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. v. 180, n. 11, p. 673-382, 1992.

LUKOFF David Gordon; LU, Francis G.; TURNER, Robert. Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. **Psychiatric Clinics of North America Journal**. v. 18, n. 3, p. 467-485, 1995.

LUKOFF David Gordon; LU, Francis G.; TURNER, Robert. From spiritual emergency to spiritual problem: The transpersonal roots of the new DSM-IV category. **Journal of Humanistic Psychology**, v. 38, n. 2, p. 21-50, 1998.
<https://doi.org/10.1177/00221678980382003>

LUKOFF, David Gordon; LU, Francis G.; TURNER, Robert. Toward a more culturally sensitive DSM–IV: Psychoreligious and psychospiritual problems. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 180, n.11, p. 673– 682, 1992.
 DOI: [10.1097/00005053-199211000-00001](https://doi.org/10.1097/00005053-199211000-00001)

LYNN, Steven Jay. Anomalous, exceptional, and non-ordinary experiences: Expanding the boundaries of psychological Science. **Psychology of Conciouness: Theory, Research and Practice**, v. 4, n. 1, p. 1-3, 2017.
<https://doi.org/10.1037/cns0000120>

MACHADO, Fátima Regina. **Experiências anômalas na vida cotidiana:** Esperiências extra-sensório-motoras e sua associação com crenças, atitudes e bem-estar subjetivo. 2009. 344 f. Tese (Doutorado em Psicologia) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MACHADO, Fátima Regina; PIASSON, Douglas Leite; MICHEL, Renate Brigitte. **Mapeamento da Psicologia da Religião no Brasil.** In ESPERANDIO, Mary Rute et al. (Orgs.) *Psicologia Cognitiva da Religião no Brasil: Estado atual e oportunidades futuras.* Curitiba: Crv, 2019, p. 41-69.

MACHADO, Fátima Regina; ZANGARI, Wellington. Verbete: Experiências Anômalas. In: USARSKI, Frank; TEIXEIRA, Alfredo e PASSOS, João Décio (Orgs.) *Informações do Verbete: Experiência religiosa. Dicionário de Ciência da Religião.* São Paulo: Paulinas, Paulus, Loyola, 2022, p. 387-392.

MARALDI, Everton de Oliveira. **Dissociação, crença e identidade:** uma perspectiva psicossocial. 2014. 629 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Área de concentração: Psicologia Social e do Trabalho – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

MARALDI, Everton de Oliveira. **Princípios de Psicologia da Religião:** as contribuições de Théodore Flournoy e outros pais fundadores. Osasco: Ramalho edições acadêmicas, 2020.

MARALDI, Everton de Oliveira. Verbete: Experiência religiosa. In: USARSKI, Frank; TEIXEIRA, Alfredo e PASSOS, João Décio (Orgs.) *Informações do Verbete: Experiência religiosa. Dicionário de Ciência da Religião.* São Paulo: Paulinas, Paulus, Loyola, 2022, p. 383-386.

MARALDI, Everton de Oliveira. Experiência religiosa/espiritual e saúde mental: um panorama da literatura internacional contemporânea. **Fragmentos de cultura.** v. 33, ed. especial, p. 34-53, 2023.

MARALDI, Everton de Oliveira; DIAS, Rosimar José de Lima. A dinâmica da identidade religiosa no Brasil em perspectiva cognitiva. In ESPERANDIO, Mary Rute Gomes et al. (Orgs.) **Psicologia Cognitiva da Religião no Brasil**: Estado atual e oportunidades futuras. Curitiba: Crv, 2019, p. 75-87.

MARALDI, Everton de Oliveira; KRIPPNER, Stanley. Cross-cultural research on anomalous experiences: Theoretical issues and methodological challenges. **Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice**, v. 6(3), p. 306-319, 2019.
<https://doi.org/10.1037/cns0000188>

MARALDI, Everton de Oliveira; KRIPPNER, Stanley; MONTEIRO DE BARROS, Maria Cristina; CUNHA, Alexandre. Dissociação from a cross-cultural perspective. **Journal of nervous & mental disease**. 205(7), p. 558-567, 2017.

MARALDI, Everton de Oliveira; TONIOL, Rodrigo Ferreira; SWERTS, Diego Belarmino; LUCCHETTI, Giancarlo; LEÃO, Frederico Camelo; PERES, Mario Fernando Prieto. The dynamics of religious mobility: investigating the patterns and sociodemographic characteristics of religious affiliation and disaffiliation in a Brazilian sample. **International Journal Latin American Religion**, 2020.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Atlas, 2018.

MARKS, Lawrence E. Sinestesia. In: CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven Jay; KRIPPNER, Stanley (Orgs.) **Variedades da Experiência Anômala**: Análise de Evidências Científicas. São Paulo: Atheneu, 2013, p. 91-112.

MATLOCK, James. G. Past life memory case studies. In KRIPPNER, Stanley (Ed.), **Advances in parapsychological research**, v. 6, p. 187-267, Jefferson: McFarland, 1990.

MILLS, Antônia; LYNN, Steven Jay. Experiências de vidas passadas. In: CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven Jay; KRIPPNER, Stanley (Orgs.) **Variedades da Experiência Anômala**: Análise de Evidências Científicas. São Paulo: Atheneu, 2013, p. 139-166.

MILSTEIN, Glen; YALI, Ann Marie; MANIERRE, Amy. Psychological care for persons of diverse religions: A collaborative continuum. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 41, n. 5, p. 371–381, 2010.
<https://doi.org/10.1037/a0021074>

MOLLER, Herbert. Affective mysticism in western civilization. **Psychoanalytic Review**, v. 52, p. 259-274, 1965.

MONTEIRO DE BARROS, Maria Cristina Monteiro de. **Experiências espirituais e religiosas no Brasil**: Prevalência, características e implicações para a saúde mental. 2022. 274 f. Tese (Doutorado em Ciências) Programa de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

MONTEIRO DE BARROS, Maria Cristina; LEÃO, Frederico Camelo; VALLADA FILHO, Homero; PERES, Mario Fernando Prieto; LUCCHETTI, Giancarlo; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Prevalence of spiritual and religious experiences in the general population: A brazilian nationwide study. **Transcultural Psychiatry**. p. 1-15, 2022.

<https://doi.org/10.1177/13634615221088701>

MOOD, Richard A. **Life after life**. Covington: Mockingbird Books, 1975.

MOOD, Richard A. **Reflections on life after life**. Saint Simon's Island: Mockingbird Books, 1977.

MOOD, Richard A.; PERRY, P. **Coming Back: A psychiatrist explores past-life journeys**. New York: Bantam, 1991.

MORAES, Lucam Justo de. **Alegados casos de memórias de vidas passadas em crianças brasileiras**. 2024. 314 f. Tese (Doutorado em Saúde) Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2024.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. **Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas**. 205 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Pesquisa em mediunidade e relação mente-cérebro: revisão de evidências. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 233-240, 2013a.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Implications of spiritual experiences to the understanding of mind-brain relationship. **Asian Journal of Psychiatry**. v. 6, n. 6, p. 585-589, 2013b.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, F; KOENIG, Harold George. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Revista brasileira de Psiquiatria** (online), v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.

<https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PERES, Mário F.; ALOE, Flávio; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold George. Versão em português da escala de religiosidade da Duke: DUREL. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.

<https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100006>

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; CARDEÑA, Etzel. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, supl. 1, p. 21-28, 2011.

<https://doi.org/10.1590/S1516-44462011000500004>

NEPPE, Vernon. Models of the out-of-body experience: A new multi-etiological phenomenological approach. **NeuroQuantology**, v. 9, n. 1, p. 72-83, 2011.

NEWPORT, Frank. Cinco descobertas importantes sobre religião nos Estados Unidos. **News Gallup**, 23 dez. 2016. Disponível em: https://news.gallup.com/poll/200186/fivekeyfindingsreligion.aspx?q_source=RELIGION&q_medium=search&q_campaign=tiles, Acesso em: 18 nov. 2021.

NUMBERS, Ronald Leslie. Mitos e verdades em ciência e religião: uma perspectiva histórica. Tradução de Alexandre Sech Júnior e Cristiane Schumann Silva. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo: v. 36, n. 6, 246-251, 2009.

OLIVEIRA, Daniel Vicentini de; SILVA, Érica Cristina Félix; OLIVEIRA, Priscila Santos; BERTOLINI, Sonia Maria Marques Gomes; NASCIMENTO JÚNIOR; José Roberto Andrade do. Religiosidade, variáveis sociodemográficas, saúde e prática de atividade física em idosos. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 3, p. 12313-12326, 2023.

O'REAGAN, Brendan; HIRSHBERG, Caryle. **Spontaneous remission**: An annotated bibliography. Sausalito: Institute for Noetic Sciences, 1993.

PAIVA, Geraldo José de. Psicologia da Religião: natureza, história e pesquisa. **Revista de estudos e pesquisa da religião**, Juiz de Fora, v. 21, n. 2, p. 9-31, 2018.

PAIVA, Geraldo José de. **Psicologia da Religião**: Uma introdução. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2022.

PAIVA, Geraldo José de; FREITAS, Marta Helena de. História, estado atual e perspectivas da psicologia da religião no Brasil. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes et al. **Psicologia Cognitiva da Religião no Brasil**: Estado atual e oportunidades futuras. Curitiba: Crv, 2019, p. 21-22.

PANNENBERG, Wolfhart. **Teologia sistemática**. v. 1. São Paulo: Academia Cristã-Paulus, 2009, p. 29.

PANZINI, Raquel Gehrke. **Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE)**: tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. 2004. 238p. (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo: v. 34, n. 1, p. 126-135, 2007.

PARAPSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **History of the parapsychological association**. Disponível em: https://www.parapsych.org/section/1/about_the_pa.aspx, Acesso em: 25 ago. 2024.

PARAPSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Board of directors**. Disponível em: https://www.parapsych.org/section/35/board_of_directors.aspx, Acesso em: 25 ago. 2024.

PARGAMENT, Kenneth Ira. **The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice**, New York: Guilford Press, 2001.

PARGAMENT, Kenneth Ira. **Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred**. New York: Guilford Press, 2011.

PARGAMENT, Kenneth Ira.; KENNEL, Joseph; HATHAWAY, William; GREVENGOED, Nancy; NEWMAN, Jon; JONES, James Wendy. Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 27, n. 1, p. 90-104, 1988.
<https://doi.org/10.2307/1387404>

PARGAMENT, Kenneth Ira.; KOENIG, Harold George.; PEREZ, Lisa M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, v. 56, n. 4, p. 519-543, Apr. 2000.

PAULINO, Pedrita Reis Vargas. **Religiosidade/Espiritualidade em uma amostra nacional de psicólogos brasileiros: perfil e implicações na prática profissional**. 2019. 235 f. Tese (Doutorado em Psicologia) Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2019.

PENNA, Eloisa Marques Damasco. **Processamento simbólico-arquetípico: pesquisa em psicologia analítica**. São Paulo, EDUC, 2014.

PERES, Júlio Fernando Prieto; SIMÃO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 34, n. 1, p. 136-145, 2007.

PERES, Mario Fernando Prieto; OLIVEIRA, Arão Belitardo de; LEÃO, Frederico Camelo; VALLADA, Homero; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LUCHETTI, Giancarlo. Religious landscape in Brazil: Comparing different representative nationwide approaches to obtain sensitive information in healthcare research. **SSM - Population Health**. v. 6, p. 85-90, 2018.

PETEET, John Raymond; AL ZABEN, Faten; KOENIG, Harold G. Integrating spirituality into the care of older adults. **International Psychogeriatrics**, v. 31, n. 1, p. 31-38, 2019.

PEW RESEARCH CENTER. **The Global Religious Landscape**. Washington: p. 82, 2012. Disponível em < [globalReligion_13.01.09.indd](https://www.pewresearch.org/globalReligion_13.01.09.indd) (pewresearch.org) > Acesso em: 28 nov. 2021.

PIEDMONT, Ralph. L.; CIARROCHI, Joseph. W.; DY-LIACCO, Gabriel S.; WILLIAMS, José E. G. The empirical and conceptual value of the Spiritual Transcendence and Religious Involvement Scales for personality research. **Psychology of Religion and Spirituality**, v. 1, n. 3, p. 162–179, 2009.

PINTO, Ênio Brito. Ciência da Religião aplicada à psicoterapia. In PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank. (Orgs.). **Compêndio de Ciência da Religião**. São Paulo: Paulinas-Paulus, 2013, p.677-689.

PLANTE, Thomas G. **Spiritual practices in psychotherapy**: Thirteen tools for enhancing psychological health. Washington, DC: American Psychological Association, 2009.

POWELL, Linda H.; SHAHABI, Leila; THORESEN, Carl E. Religion and spirituality. Linkages to Physical Health. **American Psychologist**. v. 58, n.1, p. 36-52, jan. 2003.

PRATT, James Bissett. **The religious consciousness**: A psychological study. New York: MacMillan Co. 1920.

PUCHALSKI, Christina; FERREL, Betty; VIRANI, Rose; OTIS-VERDE, Shirley; BAIRD, Pamela; TOURO, Janete; CHOCHINOV, Harvey Max; HANDZO, George; BECKER, Holly Nelson; PRINCE-PAUL, Maryjo; PUGLIESE, Karen; SULMASY, Daniel. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of Consensus Conference. **Journal of palliative medicine**, v.12, n.10, p. 885-904, 2009.

PRUSAK, Jacek. Differential diagnosis of “Religious or Spiritual Problem” – Possibilities and limitations implied by the V-code 62.89 in DSM-5. **Psychiatria polska**, v. 50, n. 1, p. 175-186, 2016.

RADINO, Glória. **Contos de fadas e realidade psíquica**: a importância da fantasia no desenvolvimento. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

REED, Graham F. **The Psychology of anomalous experience**. New York: Prometheus Books, 1988.

REICHOW, Jeverson Rogério Costa. **Estudo de experiências anômalas em médiuns e não médiuns**: Prevalência, relevância, diagnóstico diferencial de transtornos mentais e relação com qualidade de vida. 2017. 567 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

REMEN, Rachel Naomi. **kitchen table wisdom**: Stories that heal. New York: Riverhead Books, 1996.

REVEZ, Jorge. Verbete: Espiritualidade. In: USARSKI, Frank; TEIXEIRA, Alfredo e PASSOS, João Décio (Orgs.) Informações do Verbete: Espiritualidade. **Dicionário de Ciência da Religião**. São Paulo: Paulinas, Paulus, Loyola, 2022, p. 328-330.

RICHARDS, P. Scott; BERGIN, Allen E. **A spiritual strategy for counseling and psychotherapy**, 2 ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2005.

RIBEIRO, Cláudio de Oliveira. Dupla e múltipla pertença religiosa no Brasil. **Estudos de Religião**. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo, v. 32, n. 3, p. 93-115, 2018.

RODRIGUES, Cátia Cilene L.; GOMES, Antônio Máspoli de A. Teorias clássicas da psicologia da religião. In PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank. (Orgs). **Compêndio de Ciência da Religião**. São Paulo: Paulinas-Paulus, 2013, p. 333-346.

RODRIGUES, Cristiana Isabel Alves. **Importância da Espiritualidade nas atitudes em fim de Vida: uma Orientação para os Processos Cuidativos**. 127 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados continuados) – Instituto Politécnico de Bragança/Escola Superior de Saúde, Bragança, 2015.

ROSA, Elisa Zaneratto. Apresentação. In Conselho Regional de Psicologia São Paulo. **Coleção Psicologia, laicidade e as relações com a religião e a espiritualidade**. São Paulo: CRP-SP, 2016, p. 07-08.

SALA, Luc; KRIPPNER, Stanley; HADE, Leo; SPEER, Steve; NEWTON, John; LEVERETT, Denice. **Identity: The essence of manifestation**. Amsterdam: Boekencooperatie, 2017.

SALINAS-OÑATE, Natalia Daniela; GONZÁLEZ, Abner Silva; FERNÁNDEZ, Patrícia Macarena Santibáñez. Competência cultural em psicoterapia: um imperativo ético. **Diversitas: Perspectivas en Psicología**, v. 18, n. 2, 2022.

SANCHEZ, Wagner Lopes. **O trânsito religioso**. Material de apoio à disciplina eletiva Campo Religioso Brasileiro, lecionada no Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciência da Religião da PUC-SP, 30 de setembro de 2021.

SHAFRANSKE, Edward P. Religious beliefs, affiliations, and practices of clinical psychologists. In SHAFRANSKE, Edward P. (Ed.), **Religion and the clinical practice of psychology**. Washington: American Psychological Association, 1996, p. 149-162.

SHAFRANSKE, Edward P.; SPERRY, Len. Addressing the spiritual dimension in psychotherapy: Introduction and overview. In SPERRY, Len. & SHAFRANSKE, Edward P. (Ed.), **Spiritually oriented psychotherapy**. Washington, DC: American Psychological Association, 2005.

SHELDRAKE, Philip. **A brief history of spirituality**. Malden: Blackwell, 2009.

SOARES, Roger Taussig; ALMINHANA, Letícia Oliveira. Religiosidade madura e personalidade: uma revisão do conceito de religiosidade intrínseca em Allport. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 44, n. 4, p. 437-446, out-dez. 2018.

SOUZA, Humberto Araújo Quaglio de. **A experiência religiosa em kierkegaard sob a perspectiva do pensamento de Rudolf Otto**. 120 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Religião) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

SPANOS, Nicholas P. **Multiple identities and false memories**. Washington: American Psychological Association, 1996.

STERN, Fábio L; COSTA, Mateus Oliva da. Metodologias desenvolvidas, pela genealogia intelectual da ciência da religião. **Sacrilegens**, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 70-89, jan-jun. 2017.

STEVENSON, Ian. Characteristics of cases of the reincarnation type among the Igbo of Nigeria. **Journal of Asian and African Studies**, v. 21, p. 204-216, 1986.

STIGAR, Robson; TORRES, Valéria Rocha; RUTHES, Vanessa Roberta Massambani. Ciência da Religião e Teologia: Há diferença de propósitos explicativos? **Kerygma**, Engenheiro Coelho: v. 10, n. 1, p.139-151, jan-jun. 2014.

STROPPIA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e saúde. In SALGADO, Mauro Ivan; FREIRE, Gilson. **Saúde e Espiritualidade**: uma nova visão da medicina. Belo Horizonte: Inede, 2008, p. 427-443.

SUE, Derald Wing; Arredondo, Patrícia; MACDAVIS, Roderick J. Multicultural Counseling competencies and standards: A call to the profession. **Journal of counseling & development**, v. 70, n. 4, p. 477-486, 1992.

TARG, Elisabeth; SCHLITZ, Marilyn; IRWIN, Harvey J. Experiências relacionadas a Psi. In: CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven Jay; KRIPPNER, Stanley (Orgs.) **Variedades da Experiência Anômala**: Análise de Evidências Científicas. São Paulo: Atheneu, 2013, p. 167-192.

TAVES, Ann. **Religious experience reconsidered**: a buiding-block approach to the study of religion and Other special things. New Jersey: Princeton University Press, 2009.

TAVES, Ann; BARLEV, Michael. A feature-based approach to the comparative study of “nonordinary” experiences. **American Psychologist**, v. 78, n. 1, p. 50-61, 2023. DOI: [10.1371/journal.pone.0287780](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287780)

TEIXEIRA, Faustino. Ciência da Religião e Teologia. In: USARSKI, Frank e PASSOS, João Décio (Orgs.) **Compêndio de Ciência da Religião**. São Paulo: Paulinas: Paulus, 2013, p. 176.

TILLICH, Paul. **Teologia sistemática**. 6 ed. São Leopoldo: Sinodal-EST, 2011. p. 21

TORRES, Camila Mendonça. **Religiosidade e experiências anômalas no protestantismo brasileiro**. 2016. 167 f. Tese (Doutorado em Psicologia) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

TRUZZI, Marcelo C. Definition and Dimensions of the Occult: Towards a Sociological Perspective. *The Journal of Popular Culture*, v. 5, p. 635-646, 1971.

STACE, Walter Terence. **Mysticism and philosophy**. New York: Saint Martin's Press, 1960.

STEIL, Carlos Alberto; TONIOL, Rodrigo. Strong Church, Weak Catholicism: Transformations in Brazilian Catholicism. **Journal of Global Catholicism**, v. 5, p. 4-29, 2021.

USARSKI, Frank. **Constituintes da Ciência da Religião**: cinco ensaios em prol de uma disciplina autônoma. São Paulo: Paulinas, 2006. p. 17.

USARSKI, Frank. História da Ciência da Religião. In: USARSKI, Frank e PASSOS, João Décio (Orgs.) **Compêndio de Ciência da Religião**. São Paulo: Paulinas: Paulus, 2013, p. 51-61.

VALLE, Edênio. **Psicologia e experiência religiosa**. São Paulo: Loyola, 1998.

VALLE, Edênio. A Psicologia da Religião no espelho de três revistas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. In ESPERANDIO, Mary Rute e FREITAS Marta Helena de (Orgs.). **Psicologia da Religião no Brasil**. Curitiba: Juruá, 2017, p. 95-111.

VERGOTE, Antoine. **Religion, Belief and Unbelief: A Psychological Study**. Leuven: Leuven University Press, 1997.

VIETEN, Cassandra; SCAMMELL, Shelley; PILATO, Ron; AMMONDSON, Ingrid; PARGAMENT, Kenneth I.; LUKOFF, David. Spiritual and Religious Competencies for Psychologists. **Psychology of Religion and Spirituality**, v. 5, n. 3, p. 129-144, 2013.

VIETEN, Cassandra; LUKOFF, David. Spiritual and Religious Competencies in Psychology. **American Psychologist**, v. 77 n. 1, p. 26-38, 2022.

WATTERS Wendell W. **Deadly doctrine**: Health, illness, and Christian God-talk. Buffalo, NY: Prometheus Books, 1992.

WEISS, Brian L. **Many lives, many masters**. New York: Simon & Schuster, 1988.

WESCOTT, Roger W. "Paranthropology: A Nativity Celebration and a Communion Commentary." In: LONG, J.K. (ed). **Extrasensory Ecology**: Parapsychology and Anthropology. Londres: The Scarecrow Press, p. 331-346, 1977.

WESTGATE, Charlene E. Spiritual wellness and depression. **Journal of Counseling Psychology**, v. 75, p. 26-35, 1996.

WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Ed.) **Quality of life assessment**: international perspectives. Springer Verlag, Heidelberg, p. 41-60, 2006.

WULFF, David M. Experiência Mística. In CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven Jay; KRIPPNER, Stanley (Orgs). **Variedades da Experiência Anômala**: Análise das evidências científicas. São Paulo: Atheneu, 2013, p. 303-335.

ZANGARI, Wellington; MACHADO, Fátima Regina. **Fundamentos da psicologia da religião aspectos individuais e psicossociais**. Curitiba: CRV, 2022. (Coleção: Fundamentos de Psicologia Social, v. 1)

ZILLI, Ercília Pereira. **As religiosidades/Espiritualidades do(a) paciente e do(a) psicólogo(a)**: como conciliar? Um estudo sobre as percepções de pacientes e profissionais da ABRAPE – Associação brasileira de psicólogos espíritas – acerca da abordagem da religiosidade/espiritualidade na psicoterapia. 2020. 236 f. Tese (Doutorado em Ciência da Religião) Programa de estudos pós-graduados em Ciência da Religião da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2020.

ZINNBAUER, Brian J. **Models and of health and unhealthy religion and spirituality**. In PARGAMENT Kenneth Ira. (Ed.in-Chief); MAHONEY, Annette; SHAFRANSKE Edward P. (Assoc. Eds.). APA handbooks in psychology: APA handbook of psychology, religion, and spirituality, v. 2. An applied psychology of religion and spirituality, p. 71–90, Washington: American Psychological Association, 2013.

ZINNBAUER, Brian J., PARGAMENT, Kenneth I., COLE, Brenda, RYE, Mark S., BUTTER, Eric M., BELAVICH, Timothy G., HIPPEL, Kathleen M., SCOTT, Allie B., KADAR, Jill L. Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 36, n. 4, p. 549–564, 1997.
<https://doi.org/10.2307/1387689>

ZUSNE, Leonard; JONES, Warren H. **Anomalistic psychology**: A study of magical thinking. New Jersey: Lawrence Erlbaum associates, 1989.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA (PUC-SP)

Comitê de Ética em Pesquisa - Sede Campus Monte Alegre

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) desse estudo, intitulado: “Abordagem de experiências religiosas/espirituais nos atendimentos clínicos: Relatos dados por psicólogos”, que tem como objetivo identificar e caracterizar as principais experiências religiosas, anômalas e/ou dissociativas espirituais relatadas por psicólogos e/ou seus pacientes durante o processo psicoterapêutico, além do manejo clínico realizado pelos profissionais ao lidar com essas experiências. Esses dados ajudarão a aferir informações importantes sobre a delimitação do campo de atuação, relações existentes e quais as reflexões e inquietações mais importantes sobre o manejo dessas experiências no *setting* terapêutico, contribuindo para a dissolução de estigmas, preconceitos e permitindo uma profunda reflexão sobre o tema.

Sua participação, extremamente importante para o sucesso da pesquisa, se dará através de um questionário on-line com duração aproximada de 20 minutos.

Por ter caráter voluntário, você pode desistir de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo, seja na relação com o pesquisador ou com a PUC (SP).

Durante todo o período da pesquisa você pode esclarecer qualquer dúvida com o pesquisador doutorando Edson S. Hamazaki através do e-mail edsonhamazaki@gmail.com ou pelo telefone (11) 97225-4959 e/ou também com o orientador Prof. Dr. Everton de Oliveira Maraldi, pelo e-mail eomaraldi@pucsp.br ou pelo telefone (11) 3670-8529. Caso tenha qualquer dúvida em relação aos seus direitos como participante da pesquisa você também pode contatar o Comitê de ética em pesquisa da PUC-SP, localizado no térreo do Edifício Reitor Bandeira de Mello situado na Rua Ministro Godói, 969 – sala 63-C – Perdizes – São Paulo (SP) – CEP 05015-001 – e-mail cometica@pucsp.br – Telefone (11) 3670-8466. O Comitê de Ética é um órgão independente, constituído por profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e aprovação do estudo, entre outras ações.

Sua participação não oferece risco à sua saúde física, no entanto, em casos isolados pode ocorrer algum incômodo devido aos relatos pessoais, gerando desconforto psíquico. Caso isso ocorra, apenas interrompa sua participação.

Os eventuais benefícios advindos da sua colaboração serão a oportunidade de contato com memórias que possibilitem produção de sentido e ressignificação dessas experiências, além de uma possível sensação de bem-estar proveniente da contribuição para a expansão do conhecimento científico acerca dos temas abordados no estudo.

Sua colaboração neste estudo é voluntária, não havendo remuneração financeira ou despesa decorrente da participação nesta pesquisa.

As informações desta pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, estando assegurado total sigilo sobre a sua identidade e participação. Os dados serão armazenados em dispositivo digital privado, com acesso por senha, de modo a preservar a segurança e a confidencialidade dos dados. Esse material será arquivado e lhe será franqueado total acesso a ele. Após cinco anos ele será destruído.

Estando de acordo com este termo de consentimento você tem todos os seus direitos legais preservados, não renunciando a qualquer um deles.

Ficaram claros e detalhados os objetivos da pesquisa “Abordagem de experiências religiosas/espirituais nos atendimentos clínicos: Relatos dados por psicólogos”. Sei que, caso deseje, posso a qualquer momento solicitar novas informações ou alterar minha decisão de participar como voluntário(a) da pesquisa.

Concordo em participar desse estudo e, por isso, assinalo a opção: “Li o Termo de consentimento livre e esclarecido, não tenho dúvidas e aceito participar”.

☐ Li o Termo de consentimento livre e esclarecido, não tenho dúvidas e aceito participar.

APÊNDICE B – Questionário on-line



Seção 1 de 26

PESQUISA - Abordagem de experiências religiosas/espirituais nos atendimentos clínicos: Relatos dados por psicólogas (os)

B *I* U  

Descrição do formulário

E-mail *

E-mail válido

Este formulário está coletando e-mails. [Alterar configurações](#)

Olá colega psicóloga (o)! Essa pesquisa faz parte da minha tese de doutorado na PUC-SP e envolve relatos de experiências religiosas, espirituais e/ou anômalas na prática clínica. Por favor, colabore respondendo as questões a seguir. Vai levar apenas alguns minutos.

Antes de começar leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estando de acordo, dê seu aceite, clicando no botão indicado.

Texto de resposta curta

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA (PUC-SP)

Comitê de Ética em Pesquisa - Sede Campus Monte Alegre

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) desse estudo, intitulado: "Abordagem de experiências religiosas/espirituais nos atendimentos clínicos: Relatos dados por psicólogos", que tem como objetivo identificar e caracterizar as principais experiências religiosas, anômalas e/ou dissociativas espirituais relatadas por psicólogos e/ou seus pacientes durante o processo psicoterapêutico, além do manejo clínico realizado pelos profissionais ao lidar com essas experiências. Esses dados ajudarão a aferir informações importantes sobre a delimitação do campo de atuação, relações existentes e quais as reflexões e inquietações mais importantes sobre o manejo dessas experiências no *setting* terapêutico, contribuindo para a dissolução de estigmas, preconceitos e permitindo uma profunda reflexão sobre o tema.

Sua participação, extremamente importante para o sucesso da pesquisa, se dará através de um questionário on-line com duração aproximada de 20 minutos.

Por ter caráter voluntário, você pode desistir de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo, seja na relação com o pesquisador ou com a PUC (SP).

Durante todo o período da pesquisa você pode esclarecer qualquer dúvida com o pesquisador doutorando Edson S. Hamazaki através do e-mail edsonhamazaki@gmail.com ou pelo telefone (11) 97225-4959 e/ou também com o orientador Prof. Dr. Everton de Oliveira Maraldi, pelo e-mail eomaraldi@pucsp.br ou pelo telefone (11) 3670-8529. Caso tenha qualquer dúvida em relação aos seus direitos como participante da pesquisa você também pode contatar o Comitê de ética em pesquisa da PUC-SP, localizado no térreo do Edifício Reitor Bandeira de Mello situado na Rua Ministro Godói, 969 – sala 63-C – Perdizes – São Paulo (SP) – CEP 05015-001 – e-mail cometica@pucsp.br – Telefone (11) 3670-8466. O Comitê de Ética é um órgão independente, constituído por profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e aprovação do estudo, entre outras ações.

Sua participação não oferece risco à sua saúde física, no entanto, em casos isolados pode ocorrer algum incômodo devido aos relatos pessoais, gerando desconforto psíquico. Caso isso ocorra, apenas interrompa sua participação.

Os eventuais benefícios advindos da sua colaboração serão a oportunidade de contato com memórias que possibilitem produção de sentido e ressignificação dessas experiências, além de uma possível sensação de bem-estar proveniente da contribuição para a expansão do conhecimento científico acerca dos temas abordados no estudo.

Sua colaboração neste estudo é voluntária, não havendo remuneração financeira ou despesa decorrente da participação nesta pesquisa.

As informações desta pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, estando assegurado total sigilo sobre a sua identidade e participação. Os dados serão armazenados em dispositivo digital privado, com acesso por senha, de modo a preservar a segurança e a confidencialidade dos dados. Esse material será arquivado e lhe será franqueado total acesso a ele. Após cinco anos ele será destruído.

Estando de acordo com este termo de consentimento você tem todos os seus direitos legais preservados, não renunciando a qualquer um deles.

Ficaram claros e detalhados os objetivos da pesquisa “Abordagem de experiências religiosas/espirituais nos atendimentos clínicos: Relatos dados por psicólogos”. Sei que, caso deseje, posso a qualquer momento solicitar novas informações ou alterar minha decisão de participar como voluntário(a) da pesquisa.

Concordo em participar desse estudo e, por isso, assinalo a opção: “Li o Termo de consentimento livre e esclarecido, não tenho dúvidas e aceito participar”.

☐ Li o Termo de consentimento livre e esclarecido, não tenho dúvidas e aceito participar.

Seção 2 de 26

Dados do participante



Descrição (opcional)

Seu nome

Texto de resposta curta

WhatsApp com DDD *

Texto de resposta curta

Identidade de gênero *

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Outro

Sua idade (anos) *

Texto de resposta curta

Local de residência (Cidade e Estado) *

Texto de resposta curta

Após a seção 2 Continuar para a próxima seção



Seção 3 de 26

Religiosidade



Descrição (opcional)

Tradição(ões) religiosa(s) com a(s) qual(is) se identifica. *

- ☐ Catolicismo
- ☐ Cristão protestante (luteranos, anglicanos, batistas, metodistas, calvinistas, presbiterianos)
- ☐ Evangélico pentecostal/neopentecostal
- ☐ Espiritismo
- ☐ Umbanda
- ☐ Candomblé
- ☐ Budismo
- ☐ Judaísmo
- ☐ Hinduísmo
- ☐ Islã
- ☐ Seicho-no-ie
- ☐ Messiânico
- ☐ Sem religião
- ☐ Ateu ou agnóstico
- ☐ Outra

Qual a frequência com que você participa das atividades da sua igreja, templo, centro, terreiro, roça, sinagoga etc.?

- ☐ diariamente
- ☐ mais de uma vez por semana
- ☐ quinzenalmente
- ☐ mensalmente
- ☐ menos do que isso

Após a seção 3 Continuar para a próxima seção

Seção 4 de 26

Formação



Descrição (opcional)

Qual é a sua formação acadêmica?

- ☐ Graduação em Psicologia
- ☐ Especialização concluída ou em andamento
- ☐ Mestrado concluído ou em andamento
- ☐ Doutorado concluído ou em andamento

Após a seção 4 Continuar para a próxima seção

Seção 5 de 26

Atividade profissional



Descrição (opcional)

Atende ou já atendeu pacientes/clientes clinicamente?

☐ Sim

☐ Não

Após a seção 5 Continuar para a próxima seção

Seção 6 de 26

Atividade profissional



Descrição (opcional)

Qual é a sua atividade profissional principal? *

☐ Clínica

☐ Docência

☐ Pesquisa

☐ Outros

Após a seção 6 Continuar para a próxima seção

Seção 7 de 26

Atividade profissional



Descrição (opcional)

Com qual abordagem teórica você mais se identifica? *

☐ Terapia Cognitivo Comportamental

☐ Psicanálise

☐ Analítica

☐ Transpessoal

☐ Humanista

☐ Fenomenológica

☐ Gestalt

☐ Outra

Após a seção 7 Continuar para a próxima seção

Seção 8 de 26

Atividade profissional

✕ ⋮

Descrição (opcional)

Está inscrito no Conselho Regional de Psicologia (CRP)? *

☐ Sim e meu CRP está ativo

☐ Sim, já esteve ativo, mas agora não.

☐ Nunca me inscrevi

Após a seção 8 Continuar para a próxima seção

Seção 9 de 26

Atividade profissional



Descrição (opcional)

Há quanto tempo você atua como terapeuta clínico? *

- ☐ Menos de três anos
- ☐ Entre três e cinco anos
- ☐ Entre cinco e dez anos
- ☐ Entre dez e vinte anos
- ☐ Há mais de vinte anos

Após a seção 9 Continuar para a próxima seção

Seção 10 de 26

Para responder às próximas perguntas, alguns conceitos apontados pela literatura científica



a) **Experiência religiosa:** Vivência direta (individual ou coletiva) do objeto da crença religiosa. Ex. visões da Virgem Maria no Catolicismo popular; Experiências de dons do Espírito Santo em contextos carismáticos e evangélicos; experiências de mediunidade em religiões mediúnicas como o Espiritismo, a Umbanda e o Candomblé e/ou toda uma série de experiências místicas narradas por membros de diferentes tradições religiosas e espirituais.

a) **Experiência anômala:** Vivências incomuns em termos de frequência, ou que fogem à compreensão do paradigma científico vigente, não necessariamente patológicas. Ex. Experiências fora do corpo (sensação de sair dos limites do corpo, estar flutuando, enxergar o próprio corpo como estando em outro lugar), sonhos lúcidos (ter consciência de se estar sonhando, podendo influenciar os elementos do sonho), memórias de vidas passadas (lembranças de se ter uma vida anterior diferente da vida atual), curas anômalas (curas surpreendentes, aparentemente inexplicáveis pelo conhecimento científico vigente), abdução (experiência de ser levado por OVNI), Experiência de quase morte (descrição dos momentos finais dadas por indivíduos que foram declarados clinicamente mortos ou que estiveram expostos a um grave risco de vida), experiências alucinatórias (percepções que ocorrem sem um estímulo objetivo, ex. ver, ouvir ou sentir entidades espirituais);

a) **Experiência dissociativa espiritual:** Em contextos mediúnicos, envolvem o relato de pessoas que se tornam subitamente observadores despersonalizados de suas próprias falas e ações, a escuta de vozes - por exemplo a voz de uma criança ou a voz de uma entidade espiritual - vivenciadas como fluxos de pensamentos múltiplos, desconcertantes e independentes, que o indivíduo não consegue controlar. Emoções fortes, impulsos e até mesmo a fala ou outras ações podem emergir repentinamente, sem, necessariamente, um sentido de domínio ou controle pessoal

Seção 11 de 26

Abordagem da religiosidade/espiritualidade na formação



Descrição (opcional)

Durante a sua graduação em Psicologia, recebeu treinamento e/ou informações ^{*} sobre como lidar com experiências religiosas/anômalas/dissociativas espirituais (R/A/DE), na prática clínica?

☐ Não☐ Sim

Após a seção 11 Continuar para a próxima seção

Seção 12 de 26

Abordagem da religiosidade/espiritualidade na graduação



Descrição (opcional)

De que forma esse treinamento foi dado? ^{*}

☐ Disciplina obrigatória na graduação☐ Disciplina optativa na graduação☐ Participação em grupos de estudo e/ou pesquisa durante a graduação☐ Cursos livres durante a graduação

Após a seção 12 Continuar para a próxima seção

Seção 13 de 26

Abordagem da religiosidade/espiritualidade após a graduação



Descrição (opcional)

Após a graduação em Psicologia, recebeu treinamento e/ou informações sobre como lidar com experiências religiosas/anômalas/dissociativas espirituais (R/A/DE), na prática clínica?

- ☐ Não
- ☐ Sim

Após a seção 13 Continuar para a próxima seção

Seção 14 de 26

Abordagem da religiosidade/espiritualidade após a graduação



Descrição (opcional)

De que forma esse treinamento foi dado

- ☐ Participação em grupos de estudo e/ou pesquisa
- ☐ Cursos livres
- ☐ Pós graduação
- ☐ Outros...

Após a seção 14 Continuar para a próxima seção

Seção 15 de 26

Prática clínica



Descrição (opcional)

A religiosidade/Espiritualidade do paciente faz parte da sua anamnese inicial no ^{*} processo psicoterápico?

- ☐ Não
- ☐ Sim

Após a seção 15 Continuar para a próxima seção

Seção 16 de 26

Experiências relatadas



Descrição (opcional)

Na sua prática clínica, já houve **relatos de seus pacientes** sobre experiências religiosas/anômalas/dissociativas espirituais, **vivenciadas por eles?** *

☐ Não

☐ Sim

Após a seção 16 Continuar para a próxima seção



Seção 17 de 26

Experiências relatadas



Descrição (opcional)

Descreva sucintamente o **relato dado pelo seu paciente** que considere mais significativo, sem identificar seu paciente. *

 Texto de resposta longa

Após a seção 17 Continuar para a próxima seção



Seção 18 de 26

Manejo clínico



Descrição (opcional)

Como você manejou o assunto? Descreva sucintamente *

 Texto de resposta longa

Após a seção 18 Continuar para a próxima seção



Seção 19 de 26

Experiências relatadas



Descrição (opcional)

Na sua prática clínica você já percebeu, **durante o atendimento**, alguma experiência com viés religioso/anômalo/dissociativo espiritual **vivenciada pelo seu paciente**, independente dele ter ou não percebido? E independente de você acreditar ou não na veracidade desses fenômenos? *

☐ Não

☐ Sim

Após a seção 19 Continuar para a próxima seção

Seção 20 de 26

Experiências relatadas



Descrição (opcional)

Descreva sucintamente **a experiência vivenciada pelo seu paciente, durante a psicoterapia**, que você considere mais significativa, sem identificação do paciente. *

 Texto de resposta longa

Após a seção 20 Continuar para a próxima seção

Seção 21 de 26

Manejo clínico



Descrição (opcional)

Como **você** **manejou** a ocorrência dessa experiência **do seu paciente** durante a *
psicoterapia? Descreva sucintamente.

Texto de resposta longa

Após a seção 21 Continuar para a próxima seção

Seção 22 de 26

Experiências relatadas



Descrição (opcional)

Na sua prática clínica **você já vivenciou** alguma experiência com viés *
religioso/anômalo/dissociativo espiritual **durante o atendimento**, independente
do seu paciente ter ou não percebido? E, independente de você acreditar ou não
na veracidade desses fenômenos.

☐ Não

☐ Sim

Após a seção 22 Continuar para a próxima seção

Seção 23 de 26

Experiências relatadas



Descrição (opcional)

Descreva sucintamente a sua experiência mais significativa *

Texto de resposta longa

Após a seção 23 Continuar para a próxima seção

Seção 24 de 26

Manejo clínico



Descrição (opcional)

Como você manejou a sua experiência? Descreva sucintamente *

Texto de resposta longa

Após a seção 24 Continuar para a próxima seção

Seção 25 de 26

Entrevista on-line breve



Minha pesquisa se debruçará sobre as **experiências religiosas, anômalas e/ou dissociativas espirituais, relatadas e/ou ocorridas durante o processo psicoterapêutico**. Podem ter sido vivenciadas e/ou relatadas pelo paciente ou pelo terapeuta.

Caso tenha algum relato e/ou experiência, **você pode compartilhá-las mais detalhadamente, me dando uma entrevista on-line breve?**

Você vai colaborar para que conhecimentos sobre a espiritualidade/religiosidade na prática clínica, sejam mais difundidos e elaborados, beneficiando os profissionais psicólogos e pacientes durante o processo psicoterápico.

Por favor **assina-le a autorização abaixo**, para que eu entre em contato contigo para combinar a sua participação na segunda fase dessa pesquisa que consistirá numa entrevista on-line breve. Lembrando que são dados confidenciais, sigilosos e sua identidade nunca será divulgada. Desde já **MUITO OBRIGADO!**

Assinale abaixo: *

- ☐ Autorizo o pesquisador a fazer contato comigo pelo WhatsApp ou e-mail para agendarmos um...
- ☐ Não autorizo o pesquisador a fazer contato comigo
- ☐ Nunca me foi relatada ou presenciei qualquer experiência desse tipo durante o atendimento psi...

Após a seção 25 Continuar para a próxima seção

Seção 26 de 26

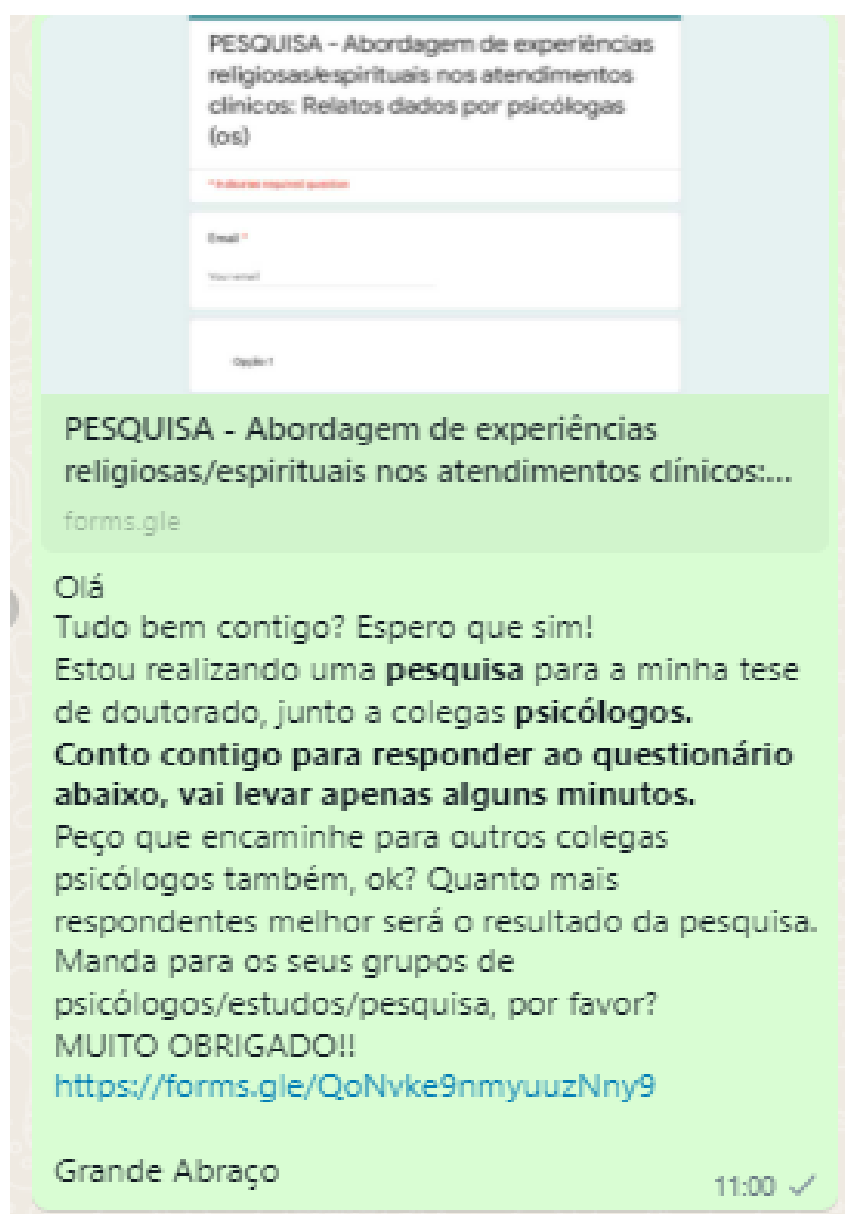
Agradecimento e compartilhamento

**MUITO OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!!**

Por favor, encaminhe o link desse questionário para seus colegas psicólogos, para que eles também possam ajudar no desenvolvimento dessa pesquisa.

Link: <https://forms.gle/xWQz6PXJfpPSL5Ff9>

APÊNDICE C – Mensagem/convite encaminhado pelo WhatsApp



APÊNDICE D – Relação de todos os relatos e manejos realizados pelos Psicólogos

A) Experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes e trazidas para a psicoterapia.

Pergunta feita ao psicólogo: Na sua prática clínica, **já houve relatos de seus pacientes** sobre experiências religiosas/anômalas/dissociativas espirituais, **vivenciadas por eles?**

Se sim, descreva sucintamente o **relato dado pelo seu paciente** que considere mais significativo, sem identificar seu paciente.

Como você manejou o assunto? Descreva sucintamente.

- 1) **Relato:** “A paciente, do sexo feminino, 30 anos, com transtorno depressivo, relatava que o espírito do avô a acompanhava. A paciente interpretava que o avô estava lá para impedi-la de se cortar ou fazer algo pior” (BFC37F católica).
- 2) **Relato:** “O paciente, sexo masculino, 13 anos, veio para fazer uma avaliação neuropsicológica por apresentar dificuldades em leitura/escrita. O paciente relatava vivenciar experiências fora do corpo, ficava muito assustado e sentia medo de não conseguir voltar” (BFC37F católica).

Manejo realizado pela profissional: “Como abordamos os outros assuntos da vida, buscando compreender os sentimentos e pensamentos do paciente sobre o assunto, informando que muitas pessoas passam por essas experiências e que não são sinal de doença mental. Quando pertinente, trazendo informações da neuropsicologia e psicologia anomalística sobre o assunto” (BFC37F católica).

- 3) **Relato:** “O paciente sentia fortes dores no peito e disse que um médico entrou no quarto e disse que ele iria “voltar p/ casa” em breve. Antes de sair do quarto se identificou com o nome de um cardiologista famoso já falecido (Dante Pazzanese) e pediu p/ que ele falasse p/ o filho. Na manhã seguinte ele faleceu” (DMS56F espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Não tive tempo, mas acompanhei o filho dele que entendia que ali havia ocorrido algo “misterioso” e eu o acolhi” (DMS56F espírita).

- 4) **Relato:** “Uma paciente disse ter a capacidade de prever a morte dos outros e de receber entidades através de ‘visitas de dormitório’” (DHR39M judaísmo).

Manejo realizado pelo profissional: “Na época eu era recém-formado e fiquei paralisado sem saber o que pensar. Fiz várias supervisões e cada supervisor de orientação psicanalítica deu um diagnóstico diferente. Incluindo histeria simples, esquizofrenia e psicose histérica. O caso ficou inconclusivo e me abriu o interesse pelas experiências anômalas. Hoje creio que esses diagnósticos eram racionalizações que empobreceram a experiência dela. Na época eu só escutei” (DHR39M judaísmo).

- 5) **Relato:** “A paciente ao saber do meu interesse pelo assunto da psicologia anomalística no YouTube me relatou contato com entidade maligna que a atacou enquanto dormia. Essa entidade foi neutralizada por um “anjo da guarda” (DHR39M judaísmo).

Manejo realizado pelo profissional: “Fui acolhedor e interessado na experiência e em seus desdobramentos emocionais. Acompanhei sua interpretação da experiência sem procurar explicações alternativas” (DHR39M judaísmo).

- 6) **Relato:** “Orações atendidas, previsões” (LB49F cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “Tranquilamente” (LB49F cristã protestante).

- 7) **Relato:** “Teve um aviso muito forte onde não saiu de carro e o marido acabou se acidentando” (DAT48F Umbandista).

Manejo realizado pela profissional: “Disse que acreditava em seu relato e acolhi a sua queixa” (DAT48F Umbandista).

- 8) **Relato:** “Projeções astrais” (LRL36M budista/outra).

- 9) **Relato:** “Experiências com guias espirituais” (LRL36M budista/outra).

- 10) **Relato:** “Visões e comunicação telepática” (LRL36M budista/outra).

Manejo realizado pelo profissional: “Respeitando o sistema religioso em que sujeito está inserido, não patologizando, inseri no contexto do processo psicoterápico” (LRL36M budista/outra).

- 11) **Relato:** “Perguntar algo ao espírito e aguardar a resposta” (AC57M católico/espírita/umbandista/seicho-no-ie).

Manejo realizado pelo profissional: ‘Conversamos longamente sobre o assunto” (AC57M católico/espírita/umbandista/seicho-no-ie).

- 12) **Relato:** “Experiência de ver vultos pela casa durante a noite, algo comum na infância e que ficou durante anos adormecido e quando começou a frequentar um terreiro de candomblé, com vistas a seu desenvolvimento mediúnico, pôde experimentar essa vivência novamente, só que sem temor” (LCP32F umbandista/outra).

- 13) **Relato:** Experiência de se sentir integrado ao todo (um com o todo) a partir da sensação corporal, quando está banhando (sobretudo nu) no mar” (LCP32F umbandista/outra).

Manejo realizado pela profissional: “Procurei primeiramente acolher as vivências trazidas numa postura de total abertura às experiências espirituais do paciente/cliente, checando suas crenças a respeito e auxiliando a ser feita uma ‘costura’ entre as experiências em si o seu momento atual de vida” (LCP32F umbandista/outra).

- 14) **Relato:** “Um determinado cliente vivencia sonhos lúcidos com relativa frequência (pelo menos um ou dois por mês) e são experiências incríveis para ele, nas quais se permite explorar o mundo onírico e que são posteriormente compartilhadas no contexto terapêutico. Esse cliente não possui religião e não se importa com espiritualidade, então não faz associação entre suas experiências e qualquer possibilidade de transcendência, mas admite que esse tipo de sonho o deixa "com a pulga atrás da orelha", como ele mesmo diz” (PASF44M sem religião).

Manejo realizado pelo profissional: “Sempre faço o convite para olharmos para esses sonhos de forma aberta, sem pré-julgamentos. Como são experiências

nas quais ele participa volitivamente, exploramos as decisões tomadas enquanto vivências ‘do lado de lá’ e a relação que ele faz entre o universo onírico e o universo da vigília, com as decisões tomadas do ‘lado de cá’ ” (PASF44M sem religião).

- 15) **Relato:** “Em um retiro evangélico aconteceu de ‘orar em línguas’ pela primeira vez” (RBB34F católica/espírita/budista).

Manejo realizado pelo profissional: “Escuta e compreensão do significado do vivido para o paciente” (RBB34F católica/espírita/budista).

- 16) **Relato:** “Arrepios e visões ao chegar na casa de parente” (RPCG50F cristã protestante).

- 17) **Relato:** Leituras bíblicas com confirmação do trecho lido seguido de um acontecimento satisfatório, trazendo solução ao problema e renovando a esperança de que dias melhores virão” (RPCG50F cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “O manejo foi permitir que o paciente relatasse livremente sua vivência, descrevendo como se sentiu naquele momento e após. Ouvir as próprias palavras, desperta insights que trazem a lucidez necessária para elaborar a experiência” (RPCG50F cristã protestante).

- 18) **Relato:** “A paciente relatar que sonhou que eu estava lhe dando a notícia de mudança de cidade e eu já estava em andamento para que tal fato ocorresse, porém sem que ela soubesse. Depois de algumas semanas pude comunicar a minha real mudança de cidade” (RPCG50F cristã protestante) .

Manejo realizado pela profissional: “Cerca de um ano após o ocorrido, em um momento pertinente da sessão, voltamos a este assunto e a paciente descreveu que o fato de sonhar e acontecer é recorrente para ela” (RPCG50F cristã protestante).

- 19) **Relato:** “Sonhos premonitórios em relação à própria morte” (MC57F espírita).

Manejo realizado pelo profissional: “Analisamos o sonho de forma a ressignificar a morte e trazer um senso de controle ou manejo da situação junto ao

paciente. Incluímos suas crenças sobre a morte e a vida nesse processo” (MC57F espírita).

20) **Relato:** “Visão de uma entidade coberta de palha da cabeça aos pés” (JR60M umbandista).

Manejo realizado pelo profissional: “Ouvi com atenção, questionei sobre o impacto da experiência, atribuição de significados e causalidade, sobre estratégias de enfrentamento e realizei o diagnóstico diferencial” (JR60M umbandista).

21) **Relato:** “Pessoa que antes de perder um ente querido sentiu uma sensação de paz e conforto emocional. Segundo o relato, como se fosse um aviso da partida” (RM61F católica).

Manejo realizado pelo profissional: “Acolhi o paciente e questionei qual sentido aquele acontecimento teve para ela e que sentimentos teve a partir daquela experiência” (RM61F católica).

22) **Relato:** “Uma pessoa que sente quando vai perder alguém da família. Como se viesse ao pensamento ou através do sonho essa revelação” (RM61F católica).

Manejo realizado pelo profissional: “Escutei a pessoa para que ela pudesse sentir confiança de relatar sua vivência para fazer sentido para ela” (RM61F católica).

23) **Relato:** “Desdobramento espiritual” (DC41F sem religião).

24) **Relato:** “Avisos de pessoas que já faleceram sobre questões cotidianas. Contato com mentores ou visões de outra dimensão mesmo acordado ou em estágio letárgico sem uso de medicação ou substâncias” (DC41F sem religião).

Manejo realizado pela profissional: “Acolhi a demanda, como a pessoa era de religião espírita considerei o contexto, compreendendo-o como indivíduo Bio-psico-social e espiritual de acordo com a sua crença. Observei usando a psicanálise, mas de acordo com os aprendizados acadêmicos avaliei se havia psicopatologia envolvida. Como era uma paciente que tinha a sua religião, entendi que fazia parte da crença religiosa dela. Por isso, compreendi como algo normal” (DC41F sem religião).

25) **Relato:** “Tive vários casos na minha experiência clínica. Um caso que me lembro agora e que marcou muito foi de uma cliente, médium, que tinha sonhos premonitórios. Em um ela sonhou com a filha envolvida em acidente de carro a caminho do litoral. No fim de semana seguinte a filha lhe disse que iria para praia. A mãe desesperou-se, mas não conseguiu dissuadi-la. Mas por medo, ela e os amigos foram mais devagar. O acidente ocorreu, mas sem mortes. A cliente sofria muito com a situação e tinha muitas dúvidas sobre como agir e porque os tinha” (JBDN49F espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Foram vários relatos de sonhos que se confirmaram. Ela os associou ao Espiritismo que seguia. Trabalhamos sua limitação quando ao que ocorreria e se ocorreria. Trabalhamos como lidar com a ansiedade, o medo de dormir e as dificuldades diante das pessoas com as quais ela sonhava. Começou um diário dos sonhos, desenhos sobre os mesmos e tratamento espiritual no seu centro para lidar com as suas questões mediúnicas” (JBDN49F espírita).

26) **Relato:** “EQM. A cliente contou a conversa da equipe médica na sala cirúrgica enquanto se via fora do corpo” (MDGF65F católica/espírita/umbandista/budista).

Manejo realizado pela profissional: “Com naturalidade. Acreditando na experiência como genuína e validando a transformação que decorreu dessa EQM” (MDGF65F católica/espírita/umbandista/budista).

27) **Relato:** “Uma paciente relatou que ao abrir a bíblia, Jesus falou diretamente com ela” (W47M budista/sem religião/ateu/agnóstico).

28) **Relato:** “Outro paciente relata ouvir vozes de espíritos que ditam como ele deve decidir algo” (W47M budista/sem religião/ateu/agnóstico).

Manejo realizado pelo profissional: “Trabalhei a técnica de entender como característica psicótica esquizofrênica, tal qual preconiza a psicanálise” (W47M budista/sem religião/ateu/agnóstico).

29) **Relato:** “Receber uma resposta através de comunicação espiritual (espiritismo), de que a Psicóloga (na ocasião eu) orava por sua filha (MBLN43F espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Eu nunca falei e nem falarei por ética, que oro por meus pacientes. Respirei fundo, perguntei qual a importância da informação, se ela acreditava, o que significava e se havia alguma mudança na terapia em função dessa ocorrência” (MBLN43F espírita).

30) **Relato:** “Uma paciente iniciou o processo psicoterapêutico por indicação da entidade que faz parte do terreiro de candomblé, onde ela relata que por várias vezes ele dizia que ela só ia melhorar quando buscasse um psicólogo, pois lá no terreiro era apenas a parte espiritual a parte psicológica teria que ser através da ajuda de um profissional fora dali” (H35F católica).

Manejo realizado pela profissional: “Como foi na entrevista inicial fiz o acolhimento, a escuta ativa e apontei que ajudaria com suas questões psicológicas e que no terreiro ela se ajudaria com a parte espiritual. Em momento algum julguei sua fé, e até hoje essa paciente relata sobre meu acolhimento quando sua religião é tão hostilizada” (H35F católica).

31) **Relato:** “A pessoa que representou minha amante no processo de constelação familiar, tinha o mesmo olhar e choro da pessoa representada” (ASF espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Eu compreendi o processo e fiquei feliz com a resolução do seu impasse. Não me mantive em suspensão fenomenológica” (ASF espírita).

32) **Relato:** “Paciente relatou que teve certeza de que conversou com a irmã falecida, com quem tem uma questão (desavença) não foi resolvida antes do falecimento” (AMPV49F espírita/umbandista).

Manejo realizado pela profissional: “Validei, contou a experiência através de associação livre. Fechou com a sensação da desavença resolvida, se sentindo melhor” (AMPV49F espírita/umbandista).

33) **Relato:** “Paciente que dissocia do corpo vendo entidade no armário com mãos grandes que a persegue nos sonhos” (P43F espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Levantamos as situações, memórias associativas ou crenças que identificassem aquela entidade recorrente em seus sonhos” (P43F espírita).

34) **Relato:** “Visões espirituais” (A38F cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “Validação e acolhimento” (A38F cristã protestante).

35) **Relato:** “Sensação de estar fora do próprio corpo” (N50F católica).

Manejo realizado pela profissional: “Fiz um clareamento a partir da Análise Psicodramática, meu referencial teórico principal” (N50F católica).

36) **Relato:** “Experiência extracorpórea, onde podia andar pela casa enquanto seu corpo estava adormecido” (KGMC36F católica).

Manejo realizado pela profissional: “As crenças dos pacientes são acolhidas e as exploramos no sentido de compreender como a sua fé pode contribuir para a evolução do seu caso” (KGMC36F católica).

37) **Relato:** “Os relatos trazidos eram de muito sofrimento. A ponto de o paciente tentar suicídio pelo cansaço. As presenças das entidades eram muito reais para ele, creio que a validação da presença das entidades foi primordial para criar um espaço seguro e de acolhimento e escuta”.

Manejo realizado pelo profissional: “Validando a fala dele e criando um espaço possível para minimizar o sofrimento”.

38) **Relato:** “Paciente referiu sonho premonitório cuja situação aconteceu depois” (TOS40F católica/espírita/budista).

Manejo realizado pela profissional: “Validando a experiência e buscando o sentido construído pelo paciente” (TOS40F católica/espírita/budista).

39) **Relato:** “Quando a pessoa é religiosa trato usando da espiritualidade para desenvolver e fortalecer sua fé. Já tratei um caso que a moça tinha sonhos de vidas passadas” (FR32M judaísmo).

Manejo realizado pelo profissional: “Estou buscando uma formação para entender mais de sonhos” (FR32M judaísmo).

40) **Relato:** “Incorporação de espíritos, incorporação do diabo por uma paciente evangélica” (TRPM46F cristã protestante/espírita/budista).

Manejo realizado pela profissional: “Me interessei pelo fato, questionei como ela havia se sentido e quais as suas reflexões sobre o que havia ocorrido e o que aquele evento havia significado para os eventos que estavam ocorrendo na sua vida. Respeitei suas crenças dentro do que a religião evangélica prega procurando suscitar reflexões” (TRPM46F cristã protestante/espírita/budista).

41) **Relato:** “Sonhos com parentes falecidos, visões e ouvir vozes” (GFT 57F espírita/budista/hinduísta).

Manejo realizado pela profissional: “Perguntei no que ele acreditava e respeitei a visão espírita do paciente” (GFT57F espírita/budista/hinduísta).

42) **Relato:** “Deus tinha falado com ele” (EMESL59F cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “não trabalhei o assunto” (EMESL59F cristã protestante).

43) **Relato:** “Dizia que Deus controlava sua vida, recebeu profecia e seguia o que o profeta (pastor) dizia. (EMESL59F cristã protestante).

Manejo realizado pelo profissional: “Nada” (EMESL59F cristã protestante).

44) **Relato:** “A paciente chegou para o atendimento e na primeira entrevista falou que “via espíritos” e queria saber se isso era algo relacionado à religião ou se era algum tipo de transtorno mental” (RMLR39F umbandista).

Manejo realizado pela profissional: “Isso foi em 2016 e naquele período eu não tinha formação nenhuma sobre como lidar com esse tipo de assunto em análise. Apenas a escutei e não consegui manejar” (RMLR39F umbandista).

45) **Relato:** “Paciente adolescente, com mãe extremamente religiosa, pai assassinado (que acreditava ter sido um crime por encomenda), relata ouvir e sentir o “diabo” falando com ele para fazer coisas que acredita ser inapropriadas em termos de comportamento, também no contexto sexual” (SFB34F católica).

Manejo realizado pela profissional: “Primeiramente acolhendo o paciente em suas preocupações, sem desvalidar sua crença no que estava ocorrendo. Após entender melhor o conteúdo de seus pensamentos, trouxe dados de realidade e me utilizei da técnica de questionamento socrático para que o paciente conseguisse levantar outros motivos do porquê de tais comportamentos” (SFB34F católica).

46) **Relato:** “Paciente que previu a própria morte com detalhes e aconteceu” (LOC28F umbandista).

Manejo realizado pela profissional: “Explorei o pensamento para saber mais sobre como ele via a morte, o que ele pensava sobre um possível depois, conduzindo para as situações que ele deixou mal resolvida e o que ele quer resolver” (LOC28F umbandista).

47) **Relato:** “Experiências de bem-estar ao frequentar ambientes religiosos e de ter capacidades mediúnicas” (K34F judaísmo/outra).

Manejo realizado pela profissional: “Pedi para que o paciente relatasse sua experiência e trabalhamos como parte do seu processo analítico”.

48) **Relato:** “Ouvir vozes em momentos de solidão” (CR40F evangélica).

Manejo realizado pelo profissional: “O paciente passou a anotar o que as vozes falavam”.

- 49) **Relato:** “Sonhou que encontrava com a esposa falecida seis meses após a adoção de três crianças, um projeto do casal. Elas conseguiram a adoção de três irmãos e, infelizmente, a esposa ficou gravemente doente e morreu em um período de 3 meses” (PR61F outra religião).

Manejo realizado pela profissional: “Escuta ativa de todo o projeto de adoção das crianças. A chegada das crianças, a dinâmica com elas, o surgimento da doença, os medos envolvidos até descobrirem o diagnóstico, a doença, o momento da internação, a internação em si e seus desafios. As crianças foram deixadas com a avó e minha paciente ficou imersa no hospital. Sua esposa deu o último suspiro com ela. Hoje, após 1 ano e seis meses em processo terapêutico se fala da saudade, mas no início foi dor, revolta e muita tristeza. Não consegue abrir a possibilidade para um novo amor porque diz que jamais existirá outro. O sonho veio depois de quase um ano e recentemente uma carta psicografada trazida pela sogra. Se sentiu viva e mais amada ainda” (PR61F outra religião).

- 50) **Relato:** “Paciente espírita com muitas experiências reveladas pelos sonhos em função da dinâmica familiar” (PR61F outra religião).

Manejo realizado pela profissional: Com muito respeito e buscando fazê-la se entender nesse processo.

- 51) **Relato:** “Já atendi pacientes que são médiuns da Umbanda e do candomblé. Atualmente, atendo uma que é Evangélica e afirma ter contatos psíquicos, que ela denomina ser proveniente do próprio Deus. Esta paciente não preenche critérios para psicose, é possível que seja algum tipo de mediunidade, mas no contexto religioso em que está, afirma ser proveniente do próprio Deus” (EFS46F espírita).

- 52) **Relato:** “Recentemente, atendi uma paciente que trabalha como caixa numa casa noturna. Ela afirma que certa vez, ao realizar a cobrança de uma das clientes da casa, de forma repentina, a cliente mudou a voz e a fisionomia, e relatou várias situações de cunho pessoal que a paciente havia vivenciado. Esta paciente tem afinidade com a religião cristã protestante, e considera que este evento foi real” (EFS46F espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Acolhimento e escuta direcionada” (EFS46F espírita).

53) **Relato:** “Paciente tinha sonhos lúcidos. Nos sonhos recebia orientações e respostas, inclusive de eventos futuros” (CRR47F espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Com respeito e carinho” (CRR47F espírita).

54) **Relato:** “Receber a cura de doenças, conseguir emprego, aquisição de uma casa” (V37F católica).

Manejo realizado pela profissional: “Reação positiva” (V37F católica).

55) **Relato:** “Sonhos que se tornam realidade e que a pessoa acaba compreendendo como uma revelação” (VRS32F evangélica/sem religião).

Manejo realizado pela profissional: “O que eu faço geralmente é tentar compreender mais em que lugar está a fé da pessoa. Pedir que ela relate mais sobre sua religião e o que ela prega, as vezes quando faço isso é possível estabelecer uma associação entre práticas clínicas e religiosas, então existe (com muito cuidado, óbvio) uma generalização daquilo que ele acredita enquanto religião (independente de qual seja) com aquilo que estou tentando trabalhar na clínica enquanto psicóloga. Quando isso não é possível, eu tento separar religião e espiritualidade para entender melhor ao que o paciente está “apegado”, essa tarefa é feita junto com ele e muitas vezes não encontramos respostas, mas saber quais perguntas fazer tende a baixar um pouco a angústia. Tive uma paciente evangélica que trazia muitas angústias da igreja em que frequentava, com o passar do tempo fui utilizando histórias da bíblia que conheço como exemplos para que ela pudesse se vincular a mim e confiar, dessa forma ela compreendia melhor os exemplos e eu podia avançar no processo. Utilizamos enquanto profissionais, a mesma lógica com adolescentes por exemplo, que gostam de animes, quadrinhos... um assunto em comum pode facilitar o *rappor*t, não compreendo por que quando se trata de religiosidade e espiritualidade isso seria tão diferente. Outro ponto importante é colocar que na clínica podemos e devemos lidar com as experiências religiosas, MAS aquele não é o melhor lugar pra isso, uma vez que eu não tenho competência

pra lidar com esses assuntos de forma específica, o que faço fica dentro do campo da clínica. Me parece que cada paciente deve ter a experiência de se sentir ouvido e compreendido inclusive nisso, os pacientes que frequentam terreiro devem achar que eu também frequento e os que frequentam igrejas diversas a mesma coisa rs. Claro, eu não minto, também não escondo, eu pesquiso um pouco sobre cada coisa que lhe é importante. Apenas trabalho com aquilo que será de melhor adesão para ele. No fim das contas, cada caso eu atuo de uma forma diferente levando em conta aquilo que o paciente necessita. Gosto de uma frase de Winnicott que diz: "Quando o paciente precisa de psicanálise eu faço psicanálise, quando não eu faço qualquer outra coisa" (VRS32F evangélica/sem religião).

56) **Relato:** “Contou sobre incorporações e intuições” (CG59F espírita/umbandista).

Manejo realizado pela profissional: “Buscando saber quanto aquilo afetava sua vida cotidiana ou seus relacionamentos” (CG59F espírita/umbandista) .

57) **Relato:** “Incorporação de entidade” (FMP50F outra religião).

Manejo realizado pela profissional: “Ouvindo como ele sentiu a experiência” (FMP50F outra religião).

58) **Relato:** “Algo como ter sentido uma entidade entrar em seu corpo físico” (ACGPS38F outra religião).

Manejo realizado pelo profissional: “Buscando elucidar que possa ser uma parte de seu inconsciente... sem o uso de termos religiosos” (ACGPS38F outra religião).

59) **Relato:** “Experiência dissociativa...” (AF49M ateu ou agnóstico/outra religião).

Manejo realizado pelo profissional: “Buscando nos relatos alguma ligação causal...” (AF49M ateu ou agnóstico/outra religião).

60) **Relato:** “Paciente com sonhos lúcidos recorrentes” (L49M católico).

Manejo realizado pelo profissional: “Abrir a possibilidade deste paciente dialogar com os complexos personificados do sonho” (L49M católico).

61) **Relato:** “Visão de Nossa senhora após ingerir daime” (AC58F sem religião).

Manejo realizado pela profissional: “Tentativa de integração do conteúdo da imagem simbólica” (AC58F sem religião).

62) **Relato:** “Relatos que identificaram por exemplo, simbologias da Umbanda, Candomblé e Catolicismo, como se estivessem sentindo algo vindo de entidades, orixás e santos” (MESB23F umbandista).

Manejo realizado pela profissional: “Buscando compreender o significado das entidades, orixás e santos e o contexto social, colonial e no qual meus clientes se inserem. Além de entender como se apresentam para eles” (MESB23F umbandista).

63) **Relato:** “Relato do paciente de que os objetos em sua casa voavam” (RS53F cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “Busquei a prática clínica, ética, respeitando a religiosidade, mas oferecendo instrumentos para que pudesse administrar tal demanda com base no científico” (RS53F cristã protestante).

64) **Relato:** “Relatos de Pacientes que tiveram manifestação demoníaca, em libertação (MFCS41M evangélico pentecostal).

65) **Relato:** “De curas milagrosas físicas e emocionais” (MFCS41M evangélico pentecostal).

66) **Relato:** “De revelação, ter uma revelação pelo Espírito Santo de que foi rejeitado em uma situação específica na gestação e quando confronta a mãe, ela confirma a história” (MFCS41M evangélico pentecostal).

Manejo realizado pelo profissional: “Ouvi e acolhi. Buscando abordar o fenômeno de uma forma que contribua para o crescimento e fortalecimento do emocional do paciente” (MFCS41M evangélico pentecostal).

67) **Relato:** “Relato da presença divina devido a algo ocorrido, com sentimentos de certeza do divino” (VPS30M católico).

Manejo realizado pelo profissional: “Através da fenomenologia” (VPS30M católico).

68) **Relato:** “Relatos de experiências místicas de paciente (homem, brasileiro, natural de Curitiba, 28 anos, solteiro, sem filhos) com possibilidade de interpretação anomalística (telepatia). O paciente relatou momentos em que começou a cantar músicas nas quais pessoas próximas estavam apenas pensando (o que foi confirmado por algumas destas)” (DNM34M católico/cristão protestante/umbandista/candomblecista/ateu ou agnóstico).

Manejo realizado pelo profissional: “A referida possibilidade de interpretação anomalística não foi considerada para o manejo clínico do caso, apenas o caráter subjetivo da experiência em questão (ou seja, o que a situação representava para tal paciente e o como ele pretendia lidar com isso)” (DNM34M católico/cristão protestante/umbandista/candomblecista/ateu ou agnóstico).

69) **Relato:** “Incorporações, orientações de Santos católicos e do Espírito Santo” (CSS30M católico/espírita/umbandista/candomblecista).

Manejo realizado pelo profissional: “A conduta do paciente diante dessas orientações, sua satisfação, desejo e autonomia diante desta relação projetiva” (CSS30M católico/espírita/umbandista/candomblecista).

70) **Relato:** “A paciente relatou que Deus havia falado para ela permanecer no relacionamento” (A30F evangélica).

Manejo realizado pela profissional: “A paciente estava convencida disso e por isso queria tentar manter o relacionamento. Com isso elaboramos um plano de ação para solução de problemas no casamento deles” (A30F evangélica).

71) **Relato:** “Diversos relatos apareceram ao longo dos 19 anos que trabalho como psicoterapeuta. Um dos últimos versa sobre um senhor de 64 Anos, espírita, que passou por diversas experiências espirituais ao longo da vida. Em sua infância, sua mãe falava duas vozes (uma de criança e uma de adulta). Ele

ouve vozes, tem clarividência e trabalha em um centro espírita na parte da desobsessão (MNB40F católica/espírita/umbandista/budista/hinduística).

72) **Relato:** “Já ouvi relatos de sonhos premonitórios” (MNB40F católica/espírita/umbandista/budista/hinduística).

73) **Relato:** “Experiências fora do corpo” (MNB40F católica/espírita/umbandista/budista/hinduística).

74) **Relato:** “De alegadas memórias de vidas passadas” (MNB40F católica/espírita/umbandista/budista/hinduística).

75) **Relato:** “De telepatia, dentre outras” (MNB40F católica/espírita/umbandista/budista/hinduística).

Manejo realizado pela profissional: “Normalmente, trabalho com o paciente que ele dê um sentido pessoal à experiência. Buscamos juntos compreender o para que a experiência veio em sua vida. No caso do meu paciente idoso, as vivências infantis vieram para que lhe apresentar o caminho religioso do espiritismo. Apesar de ter sentido muito medo do que vivenciou na infância com a mãe, a religião espírita lhe trouxe respostas, e trabalhar no centro lhe ajuda a significar suas experiências espirituais, além de trazer conforto em relação à morte de sua esposa, que faleceu por covid em 2021. Os demais casos citados, exigiriam explicações específicas individualmente. De modo geral, procuro fazer perguntas abertas, de modo que a pessoa possa se dar conta dos possíveis benefícios ou prejuízos das experiências, buscando trazer para a consciência os pensamentos, sentimentos, sensações e intuições associados à experiência, conforme propõe a abordagem transpessoal” (MNB40F católica/espírita/umbandista/budista/hinduística).

76) **Relato:** “Experiências fora do corpo” (CB45F católica/espírita/umbandista/budista/hinduística).

77) **Relato:** “Sincronicidades” (CB45F católica/espírita/umbandista/budista/hinduística).

78) **Relato:** “Ver espíritos, escutar vozes” (CB45F católica/espírita/umbandista/budista/hinduística).

Manejo realizado pela profissional: “Com respeito ... o que aquilo significou para o paciente, como sente, enxerga a experiência. E o depois como foi” (CB45F católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).

79) **Relato:** “Teve um sonho que tomava um passe e a mulher que dava o passe dizia que o paciente estava muito carregado e que tinha muita inveja para cima dele. Foi um sonho muito real. E quando acordou estava se sentindo muito bem, sensação de leveza” (MGF52 católica/espírita/hinduísta).

Manejo realizado pela profissional: “Perguntei se isso fazia sentido para o paciente, dele realmente ter recebido um atendimento no plano espiritual” (MGF52 católica/espírita/hinduísta).

80) **Relato:** “Cliente evangélico que dizia “falar em línguas”. Não apenas na igreja, mas também em outros momentos, quando “tocado” pelo espírito de Deus (AMP42F sem religião).

Manejo realizado pelo profissional: “Sempre ouvi e acolhi os relatos desse cliente, pois pela sua história de vida percebia que seus relatos demonstravam suas crenças de forma genuína. Entretanto, sempre ficava atenta ao momento em que ele recorria a esse tema. Quase sempre era trazido na sequência de uma fala na qual expunha suas fragilidades, sobretudo a crise financeira ocasionada pelo desemprego após ocupar um alto cargo em uma grande empresa. Então, apesar de acolher suas crenças, buscava ampliar a escuta e trabalhar com o todo, ou seja, a grandeza do dom divino e a dor da experiência humana do desemprego, ou seja, a pequenez” (AMP42F sem religião).

81) **Relato:** “O paciente diz sentir a presença de espíritos que o orientam nas dificuldades” (GD60M espírita).

Manejo realizado pelo profissional: “Fui empático e trabalhei a questão com o paciente entendendo suas crenças” (GD60M espírita).

82) **Relato:** “Houve um relato de incorporação tratando-se de mediunidade em terreiro” (AAM27F sem religião).

Manejo realizado pela profissional: “Busquei saber como foi aquela experiência para ele e como isso impactava em sua vida. Lidei como um aspecto que faz parte da vida desse paciente” (AAM27F sem religião).

83) **Relato:** “Paciente relata ser ver fora do corpo, andando pela casa, verifica que seu corpo está na cama, consegue ver, o que ela denominou de vultos, que estariam próximos dela” (BGR39M sem religião).

Manejo realizado pelo profissional: “Escuta acolhedora, sem julgamentos e predefinições sintomatológicas, pedi para que ela me descrevesse os detalhes, como se sentiu? como foi a experiência para ela? o que ela sabia (caso tivesse alguma influência religiosa, ou de estudos sobre o assunto), como era para ela falar sobre isso? Como ela via a influência da experiência em sua vida naquele momento?” (BGR39M sem religião).

84) **Relato:** “Mulher, acima dos 40, separada, viu um parente já falecido em seu quarto quando pediu uma informação divina” (TG39F messiânica).

Manejo realizado pela profissional: “Busquei entender a relevância daquele familiar na história de vida e qual a mensagem que a paciente acreditou que tenha sido enviada e se havia outras possibilidades para essa visão. Ela elencou alternativas, mas ainda acredita ter sido sinal divino” (TG39F messiânica).

85) **Relato:** “Paciente se viu fora do corpo” (SG35F espírita/sem religião).

86) **Relato:** “Paciente teve episódios premonitórios relacionados a morte” (SG35F espírita/sem religião).

87) **Relato:** “Paciente relata ter estado com pessoas falecidas” (SG35F espírita/sem religião).

Manejo realizado pela profissional: “Tratei como verdade do paciente, realizei associações possíveis, evoquei sentimentos e acolhi” (SG35F espírita/sem religião).

88) **Relato:** “Milagres de cura” (DJSC53F evangélica pentecostal/neopentecostal)

Manejo realizado pela profissional: “Fazendo minha escuta habitual”. (DJSC53F evangélica pentecostal/neopentecostal).

89) **Relato:** “Contato com entidades em ritual xamânico em outro caso recebimento de carta psicografada de familiar falecido” (RV40M católico).

Manejo realizado pelo profissional: “Análise funcional da forma como o paciente se relaciona com as informações provindas dos eventos psicológicos” (RV40M católico).

90) **Relato:** “Deus falou comigo” (ALSG48F sem religião).

Manejo realizado pela profissional: “Escuta ativa” (ALSG48F sem religião).

91) **Relato:** “A paciente relatou ouvir espíritos que a ajudam a ajudar pessoas através de cartas escritas no Centro espírita onde trabalha voluntariamente” (EL48F cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “A paciente considera essa experiência como positiva e saudável para o seu cotidiano. É como se organizasse o pensamento e emoções da paciente, inclusive minimizando a necessidade de medicação. Logo, a prática da paciente em escrever as cartas e frequentar o centro espírita foi incentivada” (EL48F cristã protestante).

92) **Relato:** “O paciente já descreveu prever tragédias na vida de pessoas com as quais ele convive. Diz que Deus mostra para ele tudo que vai acontecer, e normalmente acontece” (M35F cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “Busquei saber o quanto isso incomoda o paciente e como ele acha que isso pode ajudá-lo na sua vida” (M35F cristã protestante).

93) **Relato:** “Criança relata que as bagunças na sala de aula eram feitas por ser intimidada por um homem que somente ela via na sala de aula” (SGSM52M espírita).

Manejo realizado pelo profissional: “A criança após um *rapport* bem elaborado me pediu para falar sobre o homem. Após várias sessões, teve confiança em permitir que eu falasse com a mãe. Indiquei que buscasse orientação junto a uma instituição religiosa. Resolveu buscar auxílio junto a uma instituição Espírita e mantém o atendimento psicológico” (SGSM52M espírita).

94) **Relato:** “O relato que achei mais curioso foi o de um paciente que relatou ter visões de pessoas mortas quando era mais novo. Em uma casa onde morou na juventude, ele relatou ter visto várias vezes uma figura que transitava pelos cômodos do imóvel. Esse paciente é adepto da religião católica, dizia que acontecia com frequência durante a juventude, mas atualmente diz não ter mais essas visões” (EASM24M católico).

Manejo realizado pelo profissional: “Perguntei a ele se tinha atribuído algum significado à essas aparições. Se em algum momento havia tido interação com elas, ou se pareciam com alguém que ele conhecia, ou achava que conhecia. Também perguntei como ele se sentia diante dessas aparições. Ele disse que tinha medo delas, nunca chegou a interagir ou olhar para elas por tanto tempo a ponto de reconhecê-las como alguém de sua convivência. O significado que atribuiu a isso foi que tinha uma sensibilidade muito grande a esses eventos quando era mais jovem, alguma espécie de aptidão mediúnica” (EASM24M católico).

95) **Relato:** “Visões de pessoas aparentemente não vivas” (MSM65F espírita).

96) **Relato:** “Ouve vozes, principalmente de comando para se mutilar ou se ferir” (MSM65F espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Acolho o relato e os sentimentos que o paciente traz sobre a experiência, sem duvidar da veracidade do seu relato e peço que ele reflita para saber do que se trata. O que ele pensa ser essa experiência” (MSM65F espírita).

97) **Relato:** “De forma coletiva os pacientes compartilham vivências onde relatam que conversaram com pessoas mortas, de experiências de expansão da consciência com ayahuasca, além de visões de entes que chamam de imagens e símbolos como diabo, monstros. Também relatam insônia por sentirem

perturbações durante o sono por imagens e comportamentos que tratam como bizarrices sexuais” (MRN55M espírita/budista).

Manejo realizado pelo profissional: “Trouxe a ferramenta utilizada por Carl Gustav Jung, por meio do uso da dialética fortalecemos o ego e trazemos a consciência dessensibilizando o medo, o que permitiu a aproximação com as sombras apresentadas. Trouxemos o foco no sentimento utilizando Carl Rogers. Os processos terapêuticos fluíram. E, sem desprezar os fatos, utilizei muito um protocolo utilizado pelo Dr. Stephen Paul Adler que aborda os fatos como metáforas, e histórias que curam permitindo o rebaixamento dos sentidos e a fluência entre consciente e inconsciente fluindo assim a energia psíquica e oportunizando os Centros organizadores do inconsciente o self e da consciência o ego a desobstrução e fluência de energia psíquica dos clientes. Afinal somente um ego suficientemente forte, é capaz de suportar o seu inconsciente!” (MRN55M espírita/budista).

98) **Relato:** “Experiências mediúnicas” (EOS67F espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Fiz a escuta e perguntei o que gostaria de trazer para a sessão sobre o tema” (EOS67F espírita).

99) **Relato:** “Experiência fora do corpo” (JMMR54F cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “Tranquilo e com muita alegria” (JMMR54F cristã protestante).

100) **Relato:** “Relato de episódios vivenciados por moradores antigos e atuais da residência, tais como pancadas em janelas e paredes, sensação de haver uma presença maligna e pesadelos. Essas situações ocorrem principalmente em um cômodo específico, onde surgiram rachaduras e equipamentos não funcionam” (E49F católica).

Manejo realizado pela profissional: “Acolho de maneira respeitosa todo o relato, procuro entender se há alguma outra explicação para os fatos, contudo, não confronto nenhum relato. Busco trabalhar os traumas resultantes da experiência e os traumas anteriores a ela. Com muito cuidado, busco saber o que foi feito, o grau de sofrimento do paciente e da família. Se há ou não uma explicação plausível sobre a vivência, aos poucos converso sobre a vivência, buscando esclarecer o que está

acontecendo com o paciente. Sempre com atenção ao tempo do paciente, à dor, ao envolvimento com o evento vivido. Abordo com delicadeza por ser algo sensível, muitas vezes a pessoa tem vergonha de falar sobre isso, teme ser julgada ou considerada louca” (E49F católica).

101) **Relato:** “Sonhos com situações que davam sentido real” (AGSC44M espírita).

Manejo realizado pelo profissional: “Com escuta tranquila, sem relevar detalhes” (AGSC44M espírita).

102) **Relato:** “Alguns pacientes relataram ver Espíritos que desencarnaram, outros relataram ouvir Espíritos” (JR62M espírita).

Manejo realizado pelo profissional: “Ouvi os relatos e orientei que poderiam buscar maiores orientações numa Casa Espírita” (JR62M espírita).

103) **Relato:** “Sensibilidade em contato com religiosidade, sentindo aproximações espirituais” (LFAT64M espírita/umbandista).

Manejo realizado pelo profissional: “Não foi nenhuma dúvida apenas relato, sempre enfatizo a importância de ter e frequentar uma religião” (LFAT64M espírita/umbandista).

104) **Relato:** “Paciente de CAPS com transtorno severo relatava perceber presença da avó falecida do marido” (L48F espírita).

105) **Relato:** “Relatou saber o que o marido falou com a psiquiatra, sem ter escutado a conversa” (L48F espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Somente escutei” (L48F espírita).

106) **Relato:** “Sonhos considerados espirituais pela paciente, guiarem suas respostas em meio a uma crise conjugal” (MGH52F sem religião).

Manejo realizado pelo profissional: “A partir da religião da pessoa, é possível trazer ferramentas para ela lidar com a questão” (MGH52F sem religião).

107) **Relato:** “Ouve Deus e tem visões” (VF53F cristã protestante).

Manejo realizado pelo profissional: “Apenas ouvindo” (VF53F cristã protestante).

108) **Relato:** “Experiências extracorpóreas” (DW40F católica).

Manejo realizado pelo profissional: “Compreendendo o significado para a pessoa” (DW40F católica)

109) **Relato:** “Ouvir uma resposta e entender que era o Espírito Santo” (LM46F Cristã protestante/evangélica).

110) **Relato:** “Ter uma visão sobre algo que iria acontecer” (LM46F Cristã protestante/evangélica).

Manejo realizado pelo profissional: “Ouvi o relato, entendi que estava no campo da fé exercida por ele, seus insights estavam preservados e não fiz nenhuma intervenção diretamente” (LM46F Cristã protestante/evangélica).

111) **Relato:** “Poderia relatar mais de um caso, mas o mais recente foi de uma jovem que relatou ouvir o que é chamado na religião da qual participa (batista) de revelações” (D42M ateu ou agnóstico).

Manejo realizado pelo profissional: “Inicialmente dando suporte à angústia da paciente, que temia estar enlouquecendo. O conflito subjetivo em relação a sua própria religião entra em choque com a experiência vivenciada fazendo com que a angústia se tornasse alta. Como não havia fenômenos elementares fora do contexto religioso a direção permaneceu a mesma, considerando a estrutura como de uma neurose” (D42M ateu ou agnóstico).

112) **Relato:** “Visões, escutas, sonhos que considerou premonição, orientação” (HMYN57M judaísmo).

Manejo realizado pelo profissional: “Escuta ativa, sem emitir opinião e procurando entender como o episódio impactou ou impacta no sentimento e comportamento do paciente” (HMYN57M judaísmo).

113) **Relato:** “Incorporação” (L41F espírita).

Manejo realizado pelo profissional: “A partir da construção e compreensão de sentido do paciente” (L41F espírita).

- 114) **Relato:** “Visões com audição sobre o Espírito Santo aconselhando sobre futuros perigos e o caminho que gostaria que a pessoa seguisse” (ACCV31O umbandista/candomblecista).

Manejo realizado pelo profissional: “O que isso significou para o paciente, sua interpretação, se isso impactou nas decisões tomadas e o quanto isso ia de acordo com os valores do paciente/aproximava ou distanciava de seus objetivos na vida” (ACCV31F umbandista/candomblecista).

- 115) **Relato:** “Alguns pacientes já relataram experiências que interpretaram como mediúnicas. Mas elas não estavam relacionadas à sua demanda” (L45M ateu ou agnóstico).

Manejo realizado pelo profissional: “Como não era algo de cunho patológico e sem relação com patologia, apenas ofereci escuta e exploramos se, e até que ponto aquelas experiências estariam ou não relacionadas à demanda do paciente. (Detalhe: eu não atendo mais há alguns anos) (L45M ateu ou agnóstico).

- 116) **Relato:** “Paciente umbandista estava passando por questões diversas (conflitos familiares/domiciliares e profissionais) e se sentiu muito confortada ao ouvir o preto velho falar com ela em uma gira” (LDD24F ateia ou agnóstica).

Manejo realizado pela profissional: “O sentimento foi acolhido e foi ressaltado que meu trabalho era laico conforme o código de ética do psicólogo, porém que suas experiências poderiam ser incluídas e abordadas no processo terapêutico de maneira a ajudá-la e para integrar processos e reforçar interpretações que fizessem sentido para ela e para seu bem-estar conforme seus valores e objetivos de vida” (LDD24F ateia ou agnóstica).

- 117) **Relato:** “Visões espirituais, mediunidade, percepção de entes queridos já falecidos, aparecendo saudáveis em visitas” (BRSM39 espírita).

Manejo realizado pelo profissional: “Com naturalidade, analisando a forma como a pessoa lidou com a situação e não a situação em si” (BRSM39 espírita).

118) **Relato:** “Conversas com espíritos, visões e audições” (A52F espírita).

119) **Relato:** “Desdobramento do corpo, pesadelos recorrentes e memorizados” (A52F espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Acompanhamento do relato sem questionamentos, apenas ouvindo com atenção para depois trabalhar como aquela situação o fragiliza” (A52F espírita).

120) **Relato:** “Vários relatos: paciente que vivencia fervorosamente sua crença com relatos de “bençãos” conseguidas em situação grave de adoecimento...” (ASLVO62F católica).

Manejo realizado pela profissional: “Destacando o que pertence a razão e o que diz respeito a religiosidade” (ASLVO62F católica).

121) **Relato:** “A maioria relata percepção de abertura de consciência, de ouvir alguém se comunicando” (JHA32F espírita).

122) **Relato:** “De estar flutuando fora do corpo” (JHA32F espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Ouvindo e buscando entender como esses relatos se enquadram em suas visões de mundo e sua relação com a religiosidade de cada pessoa” (JHA32F espírita).

123) **Relato:** “Alteração da percepção corporal após prática respiratória e entoação de mantras” (V41F católica/budista/hinduísta).

Manejo realizado pela profissional: “Investigação da frequência da técnica espiritual empregada, da intensidade, da percepção, do sentido que teve para o paciente e da capacidade de integração da experiência” (V41F católica/budista/hinduísta).

124) **Relato:** “Experiências de sincronicidade após um culto religioso com grande intensidade emocional” (V41F católica/budista/hinduísta).

Manejo realizado pela profissional: “Escuta para a descrição da experiência, o sentido que teve para o paciente e como ele acomodou a experiência

no seu cotidiano. Apenas pergunta e escuta, pouca intervenção analítica ou questionadora” (V41F católica/budista/hinduísta).

125) **Relato:** “Paciente disse que já fez uma regressão de vidas passadas e que não era brasileira, porém estava em um navio a caminho do Brasil” (V27M católico).

Manejo realizado pelo profissional: “Tentei compreender o que seria relevante como conteúdo para a sessão e o seu significado para a paciente” (V27M católico).

126) **Relato:** “Crença na melhora do estado depressivo após participar em ritual da sua tradição religiosa” (S41F Católica/cristã protestante/evangélica/espírita/umbandista/outra).

Manejo realizado pela profissional: “Fortalecendo o movimento do indivíduo na busca por auxílio ou rede de apoio” (S41F Católica/cristã protestante/evangélica/espírita/umbandista/outra).

127) **Relato:** “Sonhos proféticos que se concretizaram” (JC61M Evangélico /pentecostal/neopentecostal).

Manejo realizado pelo profissional: “Compreensão dos fatos em seus conteúdos simbólicos e as respostas práticas na vivência do paciente” (JC61M Evangélico pentecostal/neopentecostal).

128) **Relato:** “Recebo o pai José e ele sempre me orienta” (RPOC50F outra).

Manejo realizado pela profissional: “Pai José é uma fantasia de introdução que pode estar a serviço de algumas de suas instâncias psíquicas” (RPOC50F outra).

129) **Relato:** “Relata que sentiu que uma voz ‘ES’ falou para que mudasse de cidade e deixasse tudo para trás: marido, casa e emprego” (M41F evangélica pentecostal).

Manejo realizado pelo profissional: “Pedi que me descrevesse como exatamente foi essa voz e fiz correlação com o contexto de vida confuso que estava vivendo” (M41F evangélica pentecostal).

130) **Relato:** “Experiências de cura e transformação” (LRG38M católico/ espírita/ateu ou agnóstico).

Manejo realizado pelo profissional: “Escuta qualificada” (LRG38M católico/espírita/ateu ou agnóstico).

131) **Relato:** “Paciente trouxe que teve uma conversa que, segundo ele, foi com Deus e após esse momento se sentiu melhor e entendeu o que estava acontecendo com ele” (MG43M católico).

Manejo realizado pelo profissional: “Dando escuta qualificada e acolhendo sem preconceito o fato” (MG43M católico).

132) **Relato:** “Relato de experiência de quase morte (período em coma após acidente)” (LF65F católica/budista).

Manejo realizado pela profissional: “Acolhimento e escuta atenta do processo relatado” (LF65F católica/budista).

133) **Relato:** “Relato de conversar com pessoas que já faleceram” (LF65F católica/budista).

Manejo realizado pela profissional: “Acolhimento e escuta da experiência vivenciada” (LF65F católica/budista).

134) **Relato:** “Experiência de sentir a presença do Espírito Santo e ser tocado por ele” (MTST63F espírita).

135) **Relato:** “Experiência de ter recebido mensagens de entes que já morreram” (MTST63F espírita).

136) **Relato:** “Experiências com sonhos que são atribuídos a avisos divinos” (MTST63F espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Com uma escuta atenta e com a conversa de como esta experiência teve consequências em sua vida diária, observando as modificações corporais, a emoção e o tom de voz durante o relato” (MTST63F espírita).

137) **Relato:** “Participou de um retiro e teve experiências de cura sobrenaturais, voltou transformada” (DP41F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

Manejo realizado pela profissional: “Ouvi, validei” (DP41F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

138) **Relato:** “Paciente que relatava ter o dom da revelação sem que outro profissional pudesse diagnosticar alguma comorbidade como a esquizofrenia” (WMRA42M sem religião).

Manejo realizado pelo profissional: “Como foi a sua experiência? E tentar entender como ela lida com isso e se está trazendo algum benefício ou desconforto. Tentando respeitar a experiência religiosa do paciente com o máximo de respeito” (WMRA42M sem religião).

139) **Relato:** “Paciente relata que ao ir para o mato, com uma corda, a procura de uma árvore para suicidar-se, seu pai falecido, conversou com ele e a corda arrebentou” (C46F católica).

Manejo realizado pela profissional: “Perguntei se ele já havia conversado com seu pai ou qualquer outra pessoa alguma outra vez, respondeu que não, mas que naquele dia havia feito o uso de substâncias psicoativas. Perguntei se alguma outra vez, com uso de substâncias, já havia acontecido e respondeu que sim” (C46F católica).

140) **Relato:** “Atendo uma paciente de religião de matriz Africana, a Umbanda. Ela me relatou todo o processo para se formar como mãe de santo, que lhe trouxe várias experiências de cunho sobrenatural segundo sua crença” (ECO43F católica).

Manejo realizado pela profissional: “A partir da sua experiência verbalizada na sessão, tratamos aquilo que era pertinente da transcendência espiritual, separando suas questões afetivas, comportamental e ao mesmo tempo respeitando suas crenças. Neste caso não apresentava dissociação com o real” (ECO43F católica).

141) **Relato:** “Rituais umbandistas e espíritas. Rituais realizados por outras pessoas para prejudicar a paciente (ex-namorado), precisando de passes e novos rituais

para desfazer os enlaces negativos, vincular e justificar muitas das situações negativas da vida a essas questões” (G36F católica).

Manejo realizado pela profissional: “Procurando compreender a experiência da paciente e tentando encontrar os aspectos psicológicos vinculados a sua espiritualidade, validando a percepção dela e encontrando aspectos a serem trabalhados pela psicologia. Motivando também a vinculação com a espiritualidade, uma vez que trazia bem-estar a paciente” (G36F católica).

142) **Relato:** “Momentos de espiritualidade em missas, cultos, oração e espontâneos” (NLC49M católico).

Manejo realizado pelo profissional: “Associação livre” (NLC49M católico).

143) **Relato:** “Alucinações interpretadas como fenômenos mediúnicos” (W50F espírita).

Manejo realizado pelo profissional: “Com acolhimento e escuta” (W50F espírita).

144) **Relato:** “Paciente dizia que enxergava vultos” (MCZM57F espírita).

Manejo realizado pelo profissional: “Eu respeitei a visão dele” (MCZM57F espírita).

145) **Relato:** “Pacientes da religião espírita relataram que já passaram pela experiência de quase morte” (J43F católica).

Manejo realizado pelo profissional: “Escuta terapêutica e considerando a relevância para o paciente” (J43F católica).

146) **Relato:** “A paciente relatava que sempre ouvia coisas no apartamento durante a madrugada e via vultos” (J43F católica).

Manejo realizado pelo profissional: “Escuta, acolhimento, consideração da relevância” (J43F católica).

147) **Relato:** “Crenças e pensamentos influenciados por sensação de que algo espiritual está atrapalhando ou influenciando” (I30F católica).

Manejo realizado pela profissional: “Afirmando que entendo suas crenças religiosas, porém trazendo a perspectiva dentro da abordagem psicológica” (I30F católica).

148) **Relato:** “Os relatos mais comuns na prática clínica são o de contato em sonhos com entes queridos já falecidos, que segundo o paciente, vieram auxiliá-lo em alguma demanda específica ou encerrar algo em aberto” (FG36F cristã protestante/evangélica pentecostal).

Manejo realizado pela profissional: “Usei a situação para refletirmos sobre esta ajuda (se é benéfica, se é algo faltante na vida atual do paciente, se foi bem compreendida e vivida do ponto de vista do paciente). Se o caso foi uma vivência de encerramento, verificamos juntos os sentimentos e possibilidades decorrentes disso. Uso como ferramenta de trabalho a crença do paciente, indiferente da minha” (FG36F cristã protestante/evangélica pentecostal/neopentecostal).

149) **Relato:** “Do paciente acreditar que Deus iria curá-lo e isso acontecer no decorrer do tempo. Mérito das orações dele e da mudança de comportamento também. União de tudo Deus orienta” (FS40F católica).

Manejo realizado pelo profissional: “Sempre respeitando a crença e o paciente e quando possível trazendo ele a realidade... sem desmerecer as crenças” (FS40F católica).

150) **Relato:** “...quando criança tinha visões com as mais variadas figuras, na vida adulta se envolveu com uso de drogas e voltou a ver” (PO40F cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “Com tranquilidade. Acolhi a paciente em sua narrativa, procuramos compreender qual era o “pano de fundo” daquela situação” (PO40F cristã protestante).

151) **Relato:** “Paciente relata ouvir vozes que antecipam cenários, durante a vigília... e relata ser incompreendido por outros psicólogos, e gostou da Analítica pela

possibilidade de pensar psicologicamente estes fenômenos” (SLS47M católico/ budista).

152) **Relato:** “Paciente apresenta sonhos premonitórios” (SLS47M católico/ budista).

Manejo realizado pelo profissional: “A partir de acolhimento, função continente e amplificações a partir de mitologia comparada” (SLS47M católico/budista).

153) **Relato:** “Situações que ocorrem a mando de Deus” (GN35F sem religião).

154) **Relato:** “Visões e audições de seres extraterrenos” (GN35F sem religião).

155) **Relato:** “Alteração de uma condição de saúde por milagre” (GN35F sem religião).

156) **Relato:** “Experiências fora do corpo com discursos e mensagens” (GN35F sem religião).

Manejo realizado pela profissional: “Com a escuta a partir da subjetividade de quem fala. Trazendo consequência e/ou sentido para aquilo que ocorreu sem a intenção consciente do paciente. Dar sentido as mensagens, cenas e experiências que vivenciou” (GN35F sem religião).

157) **Relato:** “Paciente idosa muito religiosa, sonhou que pessoas de branco em sua igreja faziam uma espécie de oração e que na verdade essa oração era um funeral, que provavelmente era dela, onde a figura de cristo descia e a chamava. A paciente tinha medo de morrer e isso foi algo que lhe afetou” (GVJM25M umbandista/candomblecista/budista/ateu ou agnóstico).

Manejo realizado pelo profissional: “Foi abordada essa questão da morte e o porquê desse medo, ela falou sobre deixar a família, não ver os netos se formarem e muito temor pois criava um bisneto, sentia que tinha essa responsabilidade. Sobre o sonho, havia a figura de cristo e que ela lembrava do apocalipse (fim dos tempos) o que foi associado à sua idade e estar no fim de sua vida. Todavia foi "normalizado" o sentimento de que sua hora em algum momento chegaria e que ter esse pensamento constante como se fosse algo iminente não lhe faria bem. A partir disso a sensação de ansiedade e síndrome do pânico tornou-se bem menos recorrente” (GVJM25M umbandista/candomblecista/budista/ateu ou agnóstico).

158) **Relato:** “Paciente dizia ver demônios constantemente e ao acompanhar um familiar no hospital, disse ter vistos vários espíritos que haviam morrido ali, que diziam ter fome” (GVJM25M umbandista/candomblecista/budista/ateu ou agnóstico).

Manejo realizado pelo profissional: “Foi abordado com a mesma sobre uma visão religiosa do fato, mas também sob o olhar psicológico de uma possível psicose” (GVJM25M umbandista/candomblecista/budista/ateu ou agnóstico).

159) **Relato:** “Conversar com o anjo da guarda. Receber direcionamento ou percepção de sentido, significado espiritual no momento de uma crise” (EGLA25F católica/cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “validando a experiência, investigando e buscando enfatizar o sentido pessoal e integrando com a realidade psicológica do paciente” (EGLA25F católica/cristã protestante).

160) **Relato:** “Paciente diz que aprendeu muitas coisas com Jesus” (BMM54F evangélica pentecostal/neopentecostal).

Manejo realizado pelo profissional: “Ouvindo e validando sua experiência” (BMM54F evangélica pentecostal/neopentecostal).

161) **Relato:** “Paciente relatou sonhos acontecidos envolvendo a espiritualidade” (BMM54F evangélica pentecostal/neopentecostal).

Manejo realizado pelo profissional: “Escuta qualitativa e validação do ocorrido” (BMM54F evangélica pentecostal/neopentecostal).

162) **Relato:** “Paciente trás fala de acontecimentos reais depois de ter sonhos idênticos” (BMM54F evangélica pentecostal/neopentecostal).

Manejo realizado pelo profissional: “Conversei sobre desejos voluntários e involuntários” (BMM54F evangélica pentecostal/neopentecostal).

163) **Relato:** “Experiências vivenciadas no contexto religioso que envolve visões e conversas com entidades” (A31F cristã protestante).

Manejo realizado pelo profissional: “Abordei o significado e impacto daquela vivência para o cliente” (A31F cristã protestante).

164) **Relato:** “Ela acreditava que era orientada por espíritos a fazer um tipo de medicamento e que era intimada a fazer outras coisas que não achava corretas, mas que não poderia falar” (LSM40F católica/cristã protestante).

Manejo realizado pelo profissional: “Foi a primeira sessão dela e ela entendia que não precisava de atendimento psicológico. A família que a convenceu a ir. Fiz o encaminhamento para o médico psiquiatra, mas ela também não queria ir. Não retornou para a sessão de psicoterapia. Percebi que suas experiências iam além da religião, com alucinações e delírios” (LSM40F católica/cristã protestante).

165) **Relato:** “Relato de visões e sensações diversas” (DG64F cristã protestante).

Manejo realizado pelo profissional: “Utilizando os conceitos advindos da teoria psicanalítica sobre a intersecção e complexidade de nossa relação com a realidade/fantasia” (DG64F cristã protestante).

166) **Relato:** “Sair do corpo e visitar outros lugares” (SR61F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

Manejo realizado pela profissional: “No setting terapêutico o que importa é a experiência do cliente” (SR61F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

167) **Relato:** “Verificar situações vividas no mundo espiritual como sendo reais (SR61F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

Manejo realizado pela profissional: “Sempre trabalho no sentido de perceber o que isso representa para aquele cliente” (SR61F Evangélica pentecostal / neopentecostal).

168) **Relato:** “Já tive paciente que via imagens e ouvia vozes” (MCDS61F católica).

Manejo realizado pela profissional: “Procurei entender como isso o afetava” (MCDS61F católica).

169) **Relato:** “O paciente referiu ter tido contato com o espírito de seu pai, relatando conversas que teve com ele, e, após a experiência, referiu se sentir mais tranquilo com relação ao falecimento do mesmo” (ARFK39F cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “Acolhi o relato do paciente, entendendo que faz parte da crença dele e compreendendo, com ele, qual o sentido e a significação dessa experiência na sua vida” (ARFK39F cristã protestante).

170) **Relato:** “O paciente refere ter experiências de contato com “fantasmas” (ARFK39F cristã protestante).

171) **Relato:** “Algumas experiências de sair do próprio corpo, sempre em episódios de paralisia do sono” (ARFK39F cristã protestante).

Manejo realizado pelo profissional: “Acolhi a experiência relatada, compreendendo junto ao paciente como foi possível a significação destes episódios para sua vida, especialmente frente a religiosidade da família de origem e aos impactos destas experiências na sua personalidade e nas suas crenças pessoais” (ARFK39F cristã protestante).

172) **Relato:** “Paciente com alegria por ter recebido um milagre” (WSA53M Católico).

173) **Relato:** “Paciente terminal de câncer que via Jesus” (WSA53M Católico).

Manejo realizado pelo profissional: “Através da escuta atenta, observando os detalhes, o significado para o paciente, e ajudando a ressignificar, mas são pacientes debilitados física e emocionalmente” (WSA53M Católico).

174) **Relato:** “Visões com Jesus, sonhos com anjos” (WSA53M Católico).

Manejo realizado pelo profissional: “Na base do que aquilo significava para o paciente, como aquilo está ligado à sua história de vida, qual o valor destes momentos para os familiares” (WSA53M Católico).

175) **Relato:** “A queixa dessa paciente era que teria que passar por uma cirurgia e estava com muito medo de enfrentar esse problema. Fizemos uma hipnose e descobrimos que esse medo veio de uma cirurgia anterior em que ela teve uma experiência de quase morte, onde estava flutuando pelo hospital vendo tudo que

estavam fazendo para ressuscitá-la, mas não lembrava dessa situação” (A51F Espírita).

Manejo realizado pelo profissional: “Na hipnose relatou todos os detalhes dessa cirurgia e entendeu o porquê desse medo. Saiu da sessão mais confiante e enfrentou a cirurgia atual com segurança e clareza. Conversamos muito sobre o assunto” (A51F Espírita).

176) **Relato:** “Já ouvi relatos sobre experiências fora do corpo” (C52F Espírita/umbandista/candomblecista/budista).

177) **Relato:** “Experiências de quase morte” (C52F Espírita/umbandista/candomblecista/budista).

178) **Relato:** “Memórias de vidas passadas” (C52F Espírita/umbandista/candomblecista/budista).

179) **Relato:** “Relatos sobre aberturas de portas sem vento ou qualquer corrente de ar... visões de luzes brancas ou pretas com formatos” (C52F Espírita/umbandista/candomblecista/budista).

Manejo realizado pelo profissional: “Através do acolhimento e aprofundi as emoções e sentimentos com relação às experiências, incentivando a trazer novas experiências ao setting terapêutico” (C52F Espírita / umbandista / candomblecista/budista).

180) **Relato:** “Trabalho realizado em centro de umbanda, experiências com entidade pompa gira” (SRM57F espírita).

Manejo realizado pelo profissional: “Agi naturalmente e considerei o conteúdo relatado como experiência” (SRM57F espírita).

181) **Relato:** Paciente de 56 anos, com quadro de depressão crônica ao narrar sobre sua tristeza persistente associou a impossibilidade de sentir-se feliz como um castigo de Deus (D40F cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “Conversamos sobre a percepção de Deus da paciente, suas crenças e experiências de fé e ao realizarmos o

processamento com abordagem de EMDR ela pode mentalizar um encontro com Deus e narrou sentir-se perdoada e amada por Deus” (D40F cristã protestante).

182) **Relato:** “Paciente que saiu de uma depressão grave e que compreende a igreja como o motivo para isso” (VRS32F evangélica/sem religião).

183) **Relato:** “Culpa por sentir raiva, ódio e/ou por não se achar merecedor de coisas boas por ter pecado.” (VRS32F evangélica/sem religião).

Manejo realizado pela profissional: “O que eu faço geralmente é tentar compreender a fé da pessoa. Peço que ela relate mais sobre sua religião e o que ela prega, as vezes quando faço isso é possível estabelecer uma associação entre práticas clínicas e religiosas, então existe (com muito cuidado, óbvio) uma generalização daquilo que ele acredita enquanto religião (independente de qual seja) com aquilo que estou tentando trabalhar na clínica enquanto psicóloga. Quando isso não é possível, eu tento separar religião e espiritualidade para entender melhor ao que o paciente está "apegado", essa tarefa é feita junto com ele e muitas vezes não encontramos respostas, mas saber quais perguntas fazer tende a baixar um pouco a angústia. Tive uma paciente evangélica que trazia muitas angústias da igreja em que frequentava, com o passar do tempo fui utilizando histórias da bíblia que conheço como exemplos para que ela pudesse se vincular a mim e confiar, dessa forma ela compreendia melhor os exemplos e eu podia avançar no processo. Utilizamos enquanto profissionais, a mesma lógica com adolescentes por exemplo, que gostam de animes/quadrinhos... Um assunto em comum pode facilitar o *rapport*, não compreendo por que quando se trata de religiosidade e espiritualidade isso seria tão diferente. Outro ponto importante é colocar que na clínica podemos e devemos lidar com as experiências religiosas, mas aquele não é o melhor lugar para isso, uma vez que eu não tenho competência para lidar com esses assuntos de forma específica, o que faço fica dentro do campo da clínica. Me parece que cada paciente deve ter a experiência de se sentir ouvido e compreendido inclusive nisso, os pacientes que frequentam terreiro devem achar que eu também frequento e os que frequentam igrejas diversas a mesma coisa. Claro, eu não minto, também não escondo, eu pesquisei um pouco sobre cada coisa que lhe é importante. Apenas trabalho com aquilo que será de melhor adesão para ele. No fim das contas, cada caso eu atuo de uma forma diferente levando em conta aquilo que o paciente necessita. Gosto de uma

frase de Winnicott que diz: "Quando o paciente precisa de psicanálise eu faço psicanálise, quando não eu faço qualquer outra coisa" (VRS32F evangélica/sem religião).

184) **Relato:** "Paciente em coma internado por 263 dias, que sofreu acidente de moto. Na avaliação Glasgow inicial alcançou o score 9 e na alta score 12, com sequelas e limitação motora, teve várias infecções devido a lesões graves no membro inferior direito, infecções renais, devido ao uso de antibióticos teve perda auditiva grave. Foi ungido a primeira vez, e na segunda vez da unção, já com os aparelhos de UTI desligados e somente o monitoramento do coração em observação. esse paciente se levantou e reagiu, pelas orações familiares e pela fé. Apresentei esse trabalho como pôster no XV Congresso Internacional de Psicologia, recentemente, nos dias 15 a 17 de novembro/23. Dei o nome de *Holyspotting* a essa técnica, sobre a qual escrevi um livro: "*Holyspotting: um olhar mais elevado para a cura emocional*", com base nos atendimentos que venho fazendo ao longo dos anos observando pacientes cristãos, entendi que pacientes que tem fé, não importando qual, tem uma recuperação integral, lógico que nesse caso teve sequelas, porém, o paciente tem vida "normal" e vive com a esperança na eternidade e vive feliz por gratidão por ter sobrevivido. Paciente dirige, faz atividades de vida diária, cozinha etc. e tem vida matrimonial. Leia meu livro". (CSC72F outra religião).

Manejo realizado pelo profissional: "A primeira coisa é o acolhimento, não importa a gravidade da queixa, observando os relatos, verificar o poder de resiliência que esse paciente tem e de onde vem esse poder. Eu como especialista em estresse pós-traumático e transtornos dissociativos, fica fácil. trabalhos em 5 sessões os traumas e as outras 5 sessões com psicoeducação, no total de 10 sessões, o próprio paciente relata que está vivo ainda hoje pela fé que carrega ao longo da vida. Nós como profissionais temos que fazê-lo buscar o caminho de volta, pois temos um ponto de Deus no nosso cérebro, depois de tudo o paciente está pronto, tanto mentalmente como espiritualmente. Não podemos induzi-lo a crer no que nós cremos como profissionais, mas sim acolhê-lo naquilo que ele traz para nós. (Não sei se me expressei bem)" (CSC72F outra religião).

185) **Relato:** “Paciente oncológico que associou sua melhora a ter encontrado no chão um pingente perdido de Nossa Senhora Aparecida” (CF30F evangélica pentecostal/neopentecostal).

Manejo realizado pelo profissional: “Foram levantados outros eventos que ocorreram juntamente com o achado. E apresentado as associações feitas com o estímulo pingente. Este foi associado a algo reforçador e eliciador de sentimentos de fé e esperança. Mas trabalhando a importância do tratamento e seu papel no processo de melhora” (CF30F evangélica pentecostal/neopentecostal).

186) **Relato:** “Paciente que diz “segurar” a alma do seu pai, já falecido. carregado de muita culpa e medo das consequências” (M24F umbandista).

Manejo realizado pela profissional: “Fazer o paciente olhar a situação de um panorama geral, com fatos concretos. O que seria “segurar” seu pai? “em qual papel você está se colocando que te leva a pensar isso...” (M24F umbandista).

187) **Relato:** “A todo momento o paciente sinalizava que todas as coisas que ele estava vivenciando são espirituais e não emocionais” (M35F cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “Orientei ao paciente que se tratando de algo puramente espiritual (como ele declarava ter certeza de que era) ele deveria buscar um pastor ou algum líder religioso para “tratar” o problema” (M35F cristã protestante).

188) **Relato:** “Principalmente como justificativas ou explicações para seu sofrimento psicológico” (PFC58M espírita/umbandista).

Manejo realizado pelo profissional: “Tentei focar no contexto psicodinâmico de como aquela justificativa mágica se configurava como um significado simbólico de algum conteúdo psicológico, e não como foco religioso” (PFC58M espírita/umbandista).

189) **Relato:** “Dificuldades para compreender o adoecimento psíquico frente à crença de que quem tem fé não adoece” (ZPD57F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

Manejo realizado pela profissional: “De forma empática, utilizando evidências científicas sobre o transtorno e psicoeducação” (ZPD57F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

190) **Relato:** “A de uma moça que usava daime e tinha alucinações, estava tendo problemas e a levei a refletir e observar quando esses episódios aconteciam. Ela percebeu que era sempre depois dos encontros no daime. Então resolveu parar e dar um tempo (MMC73F cristã protestante).

Manejo realizado pelo profissional: “Exatamente como já coloquei acima: Levei a observar em que momento ou depois de que episódio as alucinações aconteciam” (MMC73F cristã protestante).

191) **Relato:** “Intuição de fundo religioso não identificada na vida cotidiana” (FALC66M católico).

Manejo realizado pelo profissional: “Escuta para identificação do caráter religioso” (FALC66M católico).

192) **Relato:** “Informações sobre a sua vida advindas de suposta capacidade mediúnica de uma amiga do centro espírita que ambas frequentam” (F56F católica).

Manejo realizado pela profissional: “Busquei entender o significado da experiência para a paciente em seu contexto de vida, sem entrar no mérito da realidade ontológica da mediunidade” (F56F católica).

193) **Relato:** “Desculpe, mas não lembro detalhes, apenas que o paciente fazia os rituais preparatórios para incorporar na Umbanda” (ACSA58F espírita/budista).

Manejo realizado pela profissional: “Não houve manejo, apenas ouço” (ACSA58F espírita/budista).

194) **Relato:** “Uma experiência envolvendo animais que se comunicam de forma subliminar pedindo socorro. Dois pombos feridos em um período de 24 horas espontaneamente vieram aos braços da paciente que logo providenciou

assistência veterinária. Ela interpretou essas situações como mensagens espirituais” (DHR39M judaísmo).

Manejo realizado pelo profissional: “Fui acolhedor com entusiasmo e interesse de forma a dar ênfase emocional a esse acontecimento” (DHR39M judaísmo).

195) **Relato:** “Paciente abandonou o uso de retrovirais por acreditar ter sido curado por Jesus e não entender que a medicação baixou a carga viral e por isso não aparece nos exames e deixar a medicação é um erro” (AMS50F católica).

Manejo realizado pela profissional: “Pedi que conversasse com o médico antes de parar com a medicação. É importante saber se já houve outros casos de cura. É preciso analisar qual a função da medicação, enfim sem desacreditá-lo procurei fazê-lo entender que não foi um milagre apenas o efeito da medicação” (AMS50F católica).

196) **Relato:** “Crises de identificação com o mundo espiritual como sendo real” (SR61F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

Manejo realizado pela profissional: “Entender o que tem significado para o cliente” (SR61F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

197) **Relato:** “Através de um discurso onde o paciente identificava origem de cunho divino” (FALC66M católico).

Manejo realizado pelo profissional: “Fiz a escuta e tentei identificar se havia algum delírio” (FALC66M católico).

198) **Relato:** “O paciente disse que seu pai de santo revelou que a filha é iluminada pela quarta pedra do arco-íris e que ela não é autista. A criança apresenta claramente comportamentos de autismo severo” (CR40F evangélica).

Manejo realizado pela profissional: Disse que “assim como é importante fazer exames de sangue de rotina para saber se tudo está bem no corpo, é importante realizar o psicodiagnóstico para saber se está tudo bem na mente e no desenvolvimento cognitivo. Caso no exame de sangue aconteça uma pequena

alteração na glicose, por exemplo, um médico vai indicar alguns manejos, algumas mudanças na alimentação para que o equilíbrio se estabeleça, sem precisar de remédio. Com o psicodiagnóstico é quase a mesma coisa: uma alteração não significa uma doença, mas sim que alguns manejos serão importantes para proporcionar um desenvolvimento adequado" (CR40F evangélica).

B) Experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes durante o atendimento psicoterapêutico no setting terapêutico.

A pergunta feita foi: Na sua prática clínica você já percebeu, **durante o atendimento**, alguma experiência com viés religioso/anômalo/dissociativo espiritual **vivenciada pelo seu paciente**, independente dele ter ou não percebido? E independentemente de você acreditar ou não na veracidade desses fenômenos?

Se sim, descreva sucintamente a **experiência vivenciada pelo seu paciente, durante a psicoterapia**, que você considere mais significativa, sem identificação do paciente.

Como você manejou o assunto? Descreva sucintamente.

1) **Relato:** "Fala alterada sugerindo um contato com guia espiritual enquanto conversávamos" (RLM36M Budista/outra religião).

Manejo realizado pelo profissional: "Questionei se a percepção que tive era correta e inseri no contexto do processo psicoterápico vivido" (RLM36M Budista/outra religião).

2) **Relato:** "Durante uma intervenção da psicologia corporal chamada "*grounding*", a paciente respirava profundamente e à medida que o fazia falou que ali na sala não estávamos somente nós duas, que tinha uma presença de cura ali conosco e notei que ela estava arrepiada" (LCP32F Umbandista/outra religião).

Manejo realizado pela profissional: "Lembro de ter dito para que ela levasse a atenção para as suas sensações corporais e que considerando a percepção que teve, se ela sentia que precisava se curar de algo" (LCP32F Umbandista/outra religião).

- 3) **Relato:** “Uma cliente procurou atendimento psicoterapêutico alegando medo intenso e irracional de voar, e como precisaria em poucos meses realizar uma viagem internacional por motivos de trabalho, se encontrava particularmente ansiosa, tudo isso junto a uma série de outros sintomas clínicos que vinham a galope (insônia, irritabilidade, desesperança etc.) A cliente relatou ter tanto medo de voar que sequer conseguia passar perto de aeroportos, e só se sentiu um pouco melhor após participar de um trabalho terapêutico com profissionais da aviação em que foi convidada a visitar um aeroporto, aproximar-se de aviões na pista e, finalmente, entrar numa aeronave parada em solo, sentando-se num dos assentos. Após esse trabalho ela relatou conseguir entrar em aeroportos, mas ainda não conseguia se imaginar numa aeronave, pois o medo ainda estava lá, e ela não sabia dizer de onde ele poderia ter vindo, pois sempre havia evitado esse tipo de experiência de voar justamente por medo, preferindo sempre carro e ônibus para se locomover. Ela pensava em ir a um psiquiatra procurar uma solução medicamentosa como um "plano B" (apagar durante o voo). Numa das sessões, a cliente foi convidada a realizar um trabalho de interiorização que envolvia o contato com um fluxo de imagens espontâneas geradas pelo inconsciente a partir de um pontapé inicial (trabalho conhecido na Psicologia Analítica como "Imaginação Ativa"). A cliente quis entrar em contato com o "medo" e, no início da experiência, acabou surgindo também sentimentos de solidão e desamparo, muito fortes, que a deixaram abatida e, então, algo inesperado ocorreu, ela relatou que percebeu que estava sendo visitada pela avó, falecida há alguns anos, que essa avó apareceu ali ao seu lado, como se estivesse ali fisicamente (nesse momento o profissional considerou que ela saiu da técnica e se concentrava apenas na experiência com a avó falecida). Podia sentir o perfume da avó, e isso a emocionou muito. Sua postura na poltrona, que era de relaxamento, tornou-se ereta e, mesmo com os olhos fechados, formou-se um sorriso misturado a lágrimas. Ela relatou que a avó estava lhe mostrando momentos em que estiveram juntas e ajudando-a a lembrar de episódios em que ela superou desafios, tudo isso enquanto estavam uma ao lado da outra, inclusive enquanto a avó a tocava. De acordo com a cliente, a avó estava muito bonita e parecia estar muito feliz, o que lhe trouxe uma tranquilidade muito grande. Ela dizia para a avó que estava com muita saudade, e a avó dizia que ela deveria realizar a viagem pois isso poderia mudar a sua vida para sempre, e

que ela sempre a acompanharia para não se sentir sozinha. A avó reiterou que sempre estava por perto e que amava muito a neta, pedindo que ela acreditasse em sua própria coragem, pois a avó sabia como a neta podia ser determinada. Durante o tempo em que a experiência desse encontro ocorreu (entre 10 e 15 minutos) o profissional permaneceu em silêncio, apenas deixando a cliente saber que estava sendo ouvida e cuidando para que pudesse ampará-la caso necessário, acompanhando todo o desenrolar. Finalmente, a cliente disse que a avó se despedia, ao mesmo tempo em que reiterava seu amor, e deixou no ar mais uma vez o perfume que a neta conhecia tão bem. A cliente se recompôs, abriu os olhos, estava profundamente emocionada e tocada, dizendo ter sido aquela uma experiência profundamente espiritual como jamais havia tido antes (na época da experiência ela se considerava espiritualista sem uma religião específica, mas frequentava desde terreiros de umbanda a casas espíritas e até mesmo missas católicas). Após esse dia, e nas sessões seguintes que antecederam a viagem, a cliente relatou que o medo de voar passou para um nível que ela considerava como "normal", nível que ela entendia como algo que praticamente todo mundo com quem conversava também sentia, que não era mais algo paralisante como antes, atribuindo sua cura à avó que, de acordo com a cliente, era a pessoa que ela mais amou, mesmo após a separação por conta do falecimento. Algum tempo depois a cliente finalizou o contrato terapêutico (foram quase 3 meses de sessões), e realizou uma viagem de cerca de 14 horas até o Canadá com o marido, relatando posteriormente que tudo correu bem e sem maiores percalços, com uma ansiedade "controlada" sem a necessidade de qualquer medicação (embora ela levasse a tiracolo calmantes e comprimidos para dormir, em último caso). Desde então, se estabeleceu nesse novo país, mas sempre volta ao Brasil para visitar familiares, esclarecendo que nunca mais teve problemas em enfrentar voos, ficou só a 'ansiedade normal'" (PASF44M sem religião).

Manejo realizado pelo profissional: "Após a catarse da experiência a cliente se autorregulou, sem maior necessidade de interferência ou participação profissional, bastando acolhimento e aceitação da experiência sem críticas ou julgamentos, apenas com a oferta de espaço para que a experiência de encontro espiritual, conforme relatado pela cliente, pudesse também fazer parte do trabalho clínico. Após isso,

alguns sintomas diminuíram e outros foram eliminados completamente” (PASF44M sem religião).

- 4) **Relato:** “Paciente descreve uma sensação luminosa e amorosa durante a sessão, que envolve seu corpo e um aroma de flores invade o ambiente. Ao mesmo tempo, isso a faz pensar fortemente na mãe recentemente falecida. Ao atentar para seus pensamentos, imagens e palavras de encorajamento lhe são transmitidas e um sentimento de autoconfiança surge a partir dessa experiência” (MC57F Espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Eu a acolhi e dei apoio para que vivesse essa experiência ali comigo, sem julgamento. Depois ajudei-a a elaborar o que aconteceu e integrar a vivência em seu contexto de vida, de acordo com suas próprias crenças” (MC57F Espírita).

- 5) **Relato:** “Já presenciei a experiência de possessão ou incorporação duas vezes com dois pacientes” (JRCCR60M Umbandista).

Manejo realizado pelo profissional: “Conversei com a nova identidade buscando compreender o motivo da manifestação do fenômeno” (JRCCR60M Umbandista).

- 6) **Relato:** “Paciente que se sentia confortável em ir a uma determinada clínica, e mencionava sentir presença e conforto de ordem espiritual” (DC41F sem religião).

Manejo realizado pela profissional: “Acolhi. Considerei o contexto religioso dele. E validei que o ambiente era confortável e aconchegante e poderia trazer memórias ou nostalgia de algo semelhante” (DC41F sem religião).

- 7) **Relato:** “Pacientes que declaravam estar vendo o meu mentor e o descreviam” (JBDN49F Espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Escutei os relatos. Questionei se isso atrapalhava a nossa sessão ou intimidava, disseram que não. Apenas achavam interessante ou bonito e quiseram me descrever. Questionei se gostariam de falar algo

mais sobre o que viam, na negativa Então pedi que o ignorassem e que continuássemos a sessão” (JBDN49F Espírita).

- 8) **Relato:** “De um cliente perceber luzes e presenças translúcidas na sala durante o atendimento” (MDGF65F Católica/espírita/umbandista/budista).

Manejo realizado pela profissional: “Validando e qualificando a visão. Falando do significado para ele e para mim” (MDGF65F Católica/espírita/umbandista/budista).

- 9) **Relato:** “Paciente de 7 anos, enxergava e conversava com crianças muitos doentes, anjos, “crianças do mal e do bem”, inclusive na sessão terapêutica” (K59F católica/espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Primeiro acreditei no paciente (somente a mãe acreditava), conversávamos sobre essas visões, trabalhamos o encaminhamento para ajuda dessas crianças, relaxamentos com o paciente, trabalhamos os sentimentos despertados no paciente, sobre como conviver com essa situação” (K59F católica/espírita).

- 10) **Relato:** “Paciente durante exercício da meditação healing referiu sentir a presença de um índio ao seu lado” (TOS40F Católica/espiritismo/budismo).

Manejo realizado pela profissional: “Escutando a experiência sem julgamentos e buscando o significado para ele” (TOS40F Católica/espiritismo/budismo).

- 11) **Relato:** “Incorporou e falou uma situação da minha vida” (GFT57F Espírita/budista/hinduísta).

Manejo realizado pela profissional: “Deixei ocorrer, aceitei e incluí no processo” (GFT57F Espírita/budista/hinduísta).

- 12) **Relato:** “Atendi um adolescente que endemoniou no meio do atendimento. Começou a mudar o tom de voz, o olhar, começou a ter atitudes agressivas” (MFCS41M Evangélico pentecostal/neopentecostal).

Manejo realizado pelo profissional: “Como o fenômeno saiu do âmbito psicológico e foi para o espiritual. Orei repreendendo, esperei o paciente voltar a si e continuei o atendimento, buscando compreender quais fragilidades emocionais estavam presentes” (MFCS41M Evangélico pentecostal/neopentecostal).

- 13) **Relato:** “Uma paciente, com frequência em seus reprocessamentos com a abordagem do EMDR, narra diálogos com Deus/Jesus a orientando e ajudando a lidar com as situações traumáticas abordadas, durante as sessões” (D40F Cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “Permitindo e validando a experiência dela” (D40F Cristã protestante).

- 14) **Relato:** “Paciente com hipótese diagnóstica de esquizofrenia hebefrênica, nas sessões trazia relatos da presença de demônios e especificamente de nossa senhora Aparecida, a qual sentia a presença de ambos e era possível visualizar alterações corporais no paciente como vermelhidão na pele e arrepios, à medida que a presença da ‘entidade’ se aproximava” (SS41F sem religião).

Manejo realizado pela profissional: “Após algumas sessões coloquei poltronas extras nos atendimentos para que as entidades pudessem “dialogar” com o paciente, uma espécie de mediação de conflitos entre eles. Foi muito positivo, o paciente apresentou melhora gigantesca e a sua qualidade de vida melhorou muito, inclusive na aceitação de acompanhamento com equipe multidisciplinar e na aceitação dos medicamentos. Manejei validando o sofrimento do paciente e criando ações possíveis para melhora do quadro de crise” (SS41F sem religião).

- 15) **Relato:** “Paciente veio incorporada, pois estava em um trabalho religioso anterior a sessão. Conversou em terceira pessoa por parte da sessão e em um dado momento ‘assumiu o controle’ em primeira pessoa” (CSS30M Católico/espírita/umbandista/candomblecista).

Manejo realizado pelo profissional: “Acolhimento, e pontuando a experiência vivenciada e a importância de considerar sua autonomia em diferentes estados de consciência” (CSS30M Católico/espírita/umbandista/candomblecista).

16) **Relato:** “Uma paciente mulher, de 35 anos, espírita, relata que tinha passado a semana toda mal, desanimada, sem vontade de fazer nada, com mal-estar a ponto de quase desmaiar, fica tonta (sendo que ela não apresenta um perfil depressivo), e que não entendia o que estava acontecendo. Perguntei desde quando ela estava sentindo isso, e ela refere que foi desde a quinta-feira anterior. Pedi que me relatasse o que havia feito na quinta, ela diz que fez yoga, depois foi fazer o estudo na casa espírita. E que depois buscou os filhos na escola e que passou a tarde já se sentindo estranha e só foi piorando... até o dia da consulta (terça-feira). Ela não associava a nada o seu mal-estar” (MNB40F Católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).

Manejo realizado pela profissional: “Fomos indo por partes. Lhe perguntei se algo havia acontecido que pudesse contribuir para este estado, 'não percebo, está tudo bem'. Se no nível físico ela tinha alguma dor, quando havia feito check-up e exames de sangue (buscando identificar possíveis carências de vitamina D, B12, por exemplo, que podem contribuir para um estado de desânimo). Ela havia feito há pouco e estava tudo ok. No nível emocional, como se sentia, quais os sentimentos associados ao desânimo 'não sinto nada, está tudo bem, é só um desânimo mesmo, uma coisa que me dá vontade de não fazer nada, mas eu não tenho um sentimento ruim, está tudo bem'. Então por exclusão, entendo que se não é físico, nem emocional, deve ser espiritual. E começo a investigar como foram os estudos naquela manhã de quinta-feira, que tema estudaram. Ela refere que estudaram sobre espíritos que estavam perdidos, buscando ajuda depois que morreram. Pergunto o que ela aprendeu sobre isso. Ela refere várias coisas, por exemplo, que eles se aproximam daqueles que podem senti-los para pedir ajuda. Então pergunto se ela acha que isso pode estar ocorrendo com ela, Ela diz 'nunca tinha pensado nisso, mas pode ser, né?!', então pergunto o que se faz quando isso acontece? Ela diz que se pode fazer um tipo de encaminhamento, mas que não sabe como fazer. Então sugiro que se eles estão pedindo ajuda, o encaminhamento seria no sentido de ajudá-los a encontrar um lugar de ajuda, como por exemplo, com seres que podem vir ajudá-los, orientá-los para que pudessem receber o que procuram, seja um tratamento, um esclarecimento, uma palavra... mas que ali não era o lugar certo, que não é junto dela que eles encontrariam isso, então que eles olhassem ao redor deles que viriam seres que poderiam fazer isso, lhes ajudar, lhes conduzir para um

lugar melhor... Que ela poderia fazer algo assim... mentalmente ou falar em voz alta... se quisesse ler um trecho do Evangelho segundo o espiritismo poderia também, acender um incenso com esta intenção (são práticas que a paciente comenta fazer com frequência em sua casa, mas até então sem esta intenção), tudo poderia lhe ajudar, desde que ela sentisse que a sua intenção fosse limpar esse peso que sentia, e ajudar... Quando terminei de falar, e chegamos no final da consulta, ela disse 'que loucura! Parece que me sinto melhor só de termos falado!' Então lhe disse: 'o que falamos aqui não deixou de ser um encaminhamento, pois agora tu entendeu como funciona e só no falar, já foi imaginando isso e fazendo, está em ti essa possibilidade...'. E no final do dia me enviou um WhatsApp agradecendo, que aquilo que sentia tinha sido 'tirado com a mão', que havia até feito um bolo, que voltou a se animar, e comentou que não imaginava como seria uma terapia que não olhasse para isso... o quanto o paciente perderia se esse tipo de assunto não fosse trabalhado. E me agradeceu. Importante: utilizei durante todo o tempo conceitos e suposições trazidas pela paciente, respeitando a sua crença e utilizando os elementos da sua religião para que ela desenvolvesse as condições necessárias para dar um sentido ao que sentia e resolver a queixa" (MNB40F Católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).

- 17) **Relato:** "Paciente de 20 poucos anos que tinha apagões durante a sessão, ficava como se estivesse dormindo em sono profundo" (K59F católica/espírita)

Manejo realizado pelo profissional: "Colocava muita luz violeta na paciente, solicitava que seres de luz atendessem e encaminhassem a energia, ser que estivesse ali, para atendimento de sua necessidade. Paciente voltava a si, fazia exercícios de respiração, ancoramento e conversávamos sobre o ocorrido" (K59F católica/espírita)

- 18) **Relato:** "Um relaxamento quando o paciente percebeu a sua frente a presença de um familiar desencarnado que veio trazer uma mensagem e pedindo perdão ao paciente pelas suas falhas na criação" (MG52F Católica/espírita/hindu).

Manejo realizado pela profissional: "Dei vazão a isso e pedi ao paciente que falasse em voz alta o que queria dizer ao familiar, deixando-o liberar as emoções que vinham e dar um abraço de despedida no final para que o familiar e ele ficassem em

paz, e ele pudesse retornar ao lugar onde tivesse que ir” (MG52F Católica/espírita/hindu).

19) **Relato:** “Esse mesmo cliente que me referi na questão anterior, teve a experiência de ‘falar em línguas’ em uma sessão. Ele estava falando das roupas que lhe são doadas e de repente abaixou a cabeça, colocou uma das mãos na cabeça e começou a falar de forma diferente. Como eu não percebi de imediato o que estava acontecendo, pensei que ele estava se sentindo mal e o chamei. Ele não respondeu e só gesticulou com a mão. Então aguardei por uns 10 minutos mais ou menos. Logo ele se reestabeleceu e disse que foi tocado pelo espírito de Deus, perguntei o que ele falou, pois eu não havia conseguido entender. Ele também não soube me responder. Seguimos falando do ocorrido, mas ele não soube me explicar” (AMP42F sem religião).

Manejo realizado pela profissional: “Aguardei e depois busquei conversar sobre o assunto” (AMP42F sem religião).

20) **Relato:** “Em um atendimento de uma paciente que tem orientação espírita, ela me pediu para falar que via uma pessoa, próxima a mim, com uma aparência de seriedade e bondade. Momentos antes dela falar, a expressão do rosto dela mudou, deu um sorriso amplo e tinha uma sensação boa e agradável no momento da sessão” (BGR39M sem religião).

Manejo realizado pelo profissional: “Como era uma comunicação eu agradei a informação e pedi mais informações, como era a pessoa que ela via e como ela (paciente) se sentia naquele momento” (BGR39M sem religião).

21) **Relato:** “Paciente teve sua fisionomia e voz alterada durante a sessão estranhamente, apenas tentei conduzir a finalização da consulta a fim de manter a ética e preservar a imagem do paciente” (C42F Evangélica pentecostal/ neopentecostal).

Manejo realizado pela profissional: “Com ética e respeito ao paciente” (C42F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

22) **Relato:** “A paciente deu exemplos de uma situação ocorrida na sessão que tive antes com outro paciente. Não havia possibilidade de ela ter ouvido ou visto a sessão” (EL48F Cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “Ouvi sem fazer interferência” (EL48F Cristã protestante).

23) **Relato:** “Uma paciente relata ter entrado na sala de atendimento uma mulher com um vaso de flor. Comenta que a mulher pediu para ela dizer que era para mim, que agradecia por estar ajudando o filho dela. O fato ocorreu em um setting psicológico, portanto, não havia ninguém na sala além de nós dois, eu e a Paciente (SGSM52M Espírita).

Manejo realizado pelo profissional: “Dei abertura para ela falar de suas experiências” (SGSM52M Espírita).

24) **Relato:** “Uma pré-adolescente dizia estar vendo um ser não material e me mostrava que o ser estava olhando para ela” (EOS67F Espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Disse para conversar com o ser e dizer que naquele momento não poderia atendê-lo. Trouxe a paciente para momento presente, fazendo prova de realidade” (EOS67F Espírita).

25) **Relato:** “Arrepios e sensações ruins ao relatar a vivência. Outro paciente relatou sentir seu guia, esse paciente é umbandista (E49F Católica).

Manejo realizado pela profissional: “Pedi para descrever o que sentia, se sentia recorrentemente e se estava confortável para continuar a sessão. Minha primeira ação é o acolhimento e a tentativa de entender se há um gatilho para o que se passa ou entender a dor associada” (E49F Católica).

26) **Relato:** “Cliente se reconhecia com mediunidade e em determinado momento da sessão, mudou sua voz, dizendo: “você se dará mal porque a está ajudando e interferindo nos meus planos” (DAMC61F espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Respondi respeitosamente que estava em meu consultório, realizando o meu trabalho, a pedido da minha cliente. Que ele

era muito bem-vindo, mas que deveria respeitar o meu trabalho, pois eu o respeitaria também. Após isso, chamei pela cliente e seguimos com a sessão, tratando o ocorrido como parte da sessão (DAMC61F espírita).

27) **Relato:** “Uma paciente da doutrina espírita, médium, sentiu que ia incorporar durante o atendimento clínico” (MGH52F sem religião).

Manejo realizado pela profissional: “Ela própria respirou tranquilamente e deixou a experiência se afastar” (MGH52F sem religião).

28) **Relato:** “No atendimento o paciente relatava ver pessoas que não se encontravam no local” (DW40F católica).

Manejo realizado pela profissional: “Questionando quem eram, o que ele sentia quando os via, como eles se comportavam” (DW40F católica).

29) **Relato:** “Grande maioria ouvindo vozes externas e relatando orientações, ordens ou vendo entidades” (JHA32F Espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Acolhimento e questionamentos para entender como a situação se relaciona com a visão de mundo e de religião de cada paciente” (JHA32F Espírita).

30) **Relato:** “Momentos de profundo transe meditativo” (JC61M Evangélico pentecostal/neopentecostal).

Manejo realizado pelo profissional: “Acompanhando com leveza e tranquilidade o retorno à consciência” (JC61M Evangélico pentecostal/neopentecostal).

31) **Relato:** “Paciente adolescente mudou a voz e não sabia mais qual era seu nome real dizendo que isso não interessava. Era uma paciente que se cortava e já tinha tentado o suicídio” (M41F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

Manejo realizado pela profissional: “No momento não soube o que fazer e me retirei do setting para pensar, após uns 5 min a pessoa tinha voltado “ao normal” e ela não se lembrava de nada. contei o que havia ocorrido e ela disse que isso ocorria

sempre antes de aparecer os cortes no braço e a tentativa de suicídio, segundo pessoas tinham relatado para ela” (M41F Evangélica pentecostal/ neopentecostal).

- 32) **Relato:** “A paciente entrou em surto, caiu de joelhos ao chão, pronunciou algumas palavras não inteligíveis. Tentava se defender de algo não explicável, sem ser agressiva. Passando o momento retornou a poltrona e perguntou: “Dr. tenho algum demônio comigo”? Após essa sessão não mais ocorreu tal fato. Tratava-se de uma histeria de conversão” (OAS43M católico).

Manejo realizado pelo profissional: “Simplesmente procurei fazer uma leitura do não verbal e com o decorrer das sessões foi relatando a história de sua vida e dos abusos sofridos, vítima do pai alcoolista” (OAS43M católico).

- 33) **Relato:** “Um evento sincrônico... paciente falando de um sonho com pássaros, e vários pássaros pousaram na janela. Algo muito, muito incomum para o local” (SLS47M Católico/budista).

Manejo realizado pelo profissional: “Expliquei sobre o fenômeno da sincronicidade, fizemos meditação com atenção plena e depois psicologizamos, ampliando a experiência para possibilidades reais da vida dele” (SLS47M Católico/budista).

- 34) **Relato:** “O paciente se dizer inspirado por moção do Espírito Santo” (K34F Católica).

Manejo realizado pela profissional: “Não abordei como tópico de sessão, pois entra na esfera da religiosidade do paciente. Se aquilo não está lhe trazendo prejuízos, não considerei objeto de investigação” (K34F Católica).

- 35) **Relato:** “Quando aplico barras de access no meu paciente fico mentalizando várias situações de melhora e teve paciente que quando terminou a sessão relatou exatamente o que mentalizei” (A51F Espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Muita conversa” (A51F Espírita).

36) **Relato:** “Cinco pacientes minhas com quadros depressivos com experiências denominadas como sincrônicas pela psicologia analítica” (VCSF73M outra religião).

Manejo realizado pelo profissional: “Escrevi, estudei, fundamentei no conceito da psicologia analítica como sincronismo. Fiz uma monografia de especialização na PUC-PR” (VCSF73M outra religião).

37) **Relato:** “Lembro desta vez que o paciente falou sobre um sonho onde havia a escuridão e de repente acabou a luz na sala e voltou em questão de segundos” (C52F Espírita/ umbandista, candomblecista e budista).

Manejo realizado pela profissional: “Perguntei se ela estava assustada com a "coincidência " ocorrida, e respondeu que nem havia percebido a ligação da sua fala com a situação rsrs” (C52F Espírita/ umbandista, candomblecista e budista).

38) **Relato:** “Certa época atendi uma jovem durante +/- 6 meses e a terapia não progredia em nada. Sugeri a paciente encerrarmos o trabalho terapêutico pois ele não estava evoluindo, e a próxima sessão seria de encerramento. Na semana seguinte ao iniciar a sessão, a paciente começou a chorar e olhar para o teto da sala e brigar muito, demorei um pouco para perceber que ela estava discutindo seriamente com Deus. Ela não tinha indícios de nenhuma patologia que explicasse o comportamento” (C58F cristã protestante).

Manejo realizado pelo profissional: “Estabilizei a paciente chamando-a pelo nome e perguntando com quem ela discutia, em poucos segundos ela olhou para mim e relatou o que havia voltado a memória dela durante a semana que havia passado. Depois desse episódio a terapia fluiu e ela atingiu os objetivos esperados” (C58F cristã protestante).

39) **Relato:** “Paciente que diz enxergar uma iluminação ao meu redor como sendo uma aura iluminada rs.” (VRS32F evangélica/sem religião).

Manejo realizado pela profissional: “Me parece que cada paciente deve ter a experiência de se sentir ouvido e compreendido inclusive nisso” (VRS32F evangélica/sem religião).

40) **Relato:** “O tipo de olhar e a sensação descrita” (RS53F Cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “Busquei direcionar as falas, acolher com validação, incentivo quando adequado e explicar a proposta terapêutica” (RS53F Cristã protestante).

C) Experiências REDEMA vivenciadas pelos psicólogos que ocorreram durante o atendimento psicoterapêutico no setting terapêutico

A pergunta feita foi: Na sua prática clínica **você já vivenciou** alguma experiência com viés religioso/anômalo/dissociativo espiritual **durante o atendimento**, independente do seu paciente ter ou não percebido? E, independentemente de você acreditar ou não na veracidade desses fenômenos?

Se sim, descreva sucintamente a sua experiência mais significativa.

Como você manejou a sua experiência? Descreva sucintamente.

1) **Relato:** “A paciente que vinha com o avô (falecido) disse que ele me avisava para não passar em certa rua. Ela não sabia onde eu morava, mas passo lá todos os dias. Fiz outro caminho e quando cheguei em casa vi no jornal que teve um assalto num dos bancos daquela rua, com tiroteio” (BFC37F Católica).

Manejo realizado pela profissional: “Foi dito na sala de espera, antes da paciente ir embora, então eu só agradeci a informação. A paciente falava pouco sobre as experiências com o avô/espírito durante as sessões de terapia, não via isso como problema ou algo angustiante” (BFC37F Católica).

2) **Relato:** “Após o paciente fazer grande relato do seu sofrimento eu me dirigi a ele chamando-o de um nome que não era o dele e que o deixou espantado porque era o nome da pessoa que ele havia perdido” (DMS56F Espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Cogitando de uma forte “coincidência” já que sabia que o paciente não acreditava em nada e o respeitei” (DMS56F Espírita).

3) **Relato:** “Paciente relatava culpa por aborto espontâneo e eu durante a escuta ouvi claramente alguém dizer que se chamava Thomas e que ninguém era

culpado de nada porque foi ele que "desistiu" de vir. Após algum tempo perguntei a paciente como se chamaria o bebê caso não tivesse abortado e ela respondeu 'Thomas'" (DMS56F Espírita).

Manejo realizado pela profissional: "Perguntando se ela acreditaria na possibilidade de não haver culpados e que, de repente, poderia ter sido uma decisão de alguém que viria e 'adiou', ela acolheu bem esse assinalamento" (DMS56F Espírita).

- 4) **Relato:** "Eu via dois vultos, de luz amarela, ao lado da paciente durante as sessões mais iniciais. Até que ela contou que havia feito dois abortos. Após trabalharmos a respeito dos abortos, não vi mais" (R64F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

Manejo realizado pela profissional: Usei para entendimento da dor da paciente. Não verbalizei para ela o que eu via (R64F Evangélica pentecostal/neopentecostal).

- 5) **Relato:** "Lembro-me de estar atendendo e perceber luzes cintilantes pela sala, por trás do paciente. Além disso já tive a sensação de durante o atendimento sentir um amparo espiritual como resultado de eu ter um desenvolvimento mediúnico, ou seja, de alguma forma o amparo espiritual que recebo se estende ali (energeticamente) no setting" (LCP32F Umbandista).

Manejo realizado pela profissional: "Lembro de não ter esboçado nenhuma reação, pelo menos aparentemente. Respirei, reconheci a percepção que tive e continuei a escuta" (LCP32F Umbandista).

- 6) **Relato:** "Certa vez um cliente estava realizando um trabalho de interiorização, com olhos fechados e em estado de relaxamento e, por algum motivo, senti uma "necessidade" de também fechar os olhos. O cliente descrevia algumas imagens e eu também passava a vê-las, e não apenas isso, eu tinha sensações no corpo e percebia o surgimento de sentimentos, que o cliente também relatou durante a experiência, mas que eu estava vivenciando em mim mesmo. Uma parte minha estava conectada com a experiência clínica, manejando o tempo e o setting, mas outra estava participando da experiência, na qual me senti conectado como

provavelmente nunca senti antes, e que teve sobre mim um efeito terapêutico incrível (me senti bem, aliviado, feliz, saudável etc.). Naturalmente compartilhei com o cliente a experiência, mas nunca pude compreender o como e o porquê” (PASF44M sem religião).

Manejo realizado pelo profissional: “Entendi minha experiência como uma conexão transpessoal com a experiência do cliente, foi algo que me intrigou bastante e que acabou me deixando com mais dúvidas do que certezas, mas junto a outras experiências anômalas que já experimentei na vida, essa definitivamente me instiga bastante e não consigo me sentir confortável em relação a esse tema das experiências anômalas” (PASF44M sem religião).

- 7) **Relato:** “Estava com um paciente e senti a presença de um homem junto a ele. Senti o ambiente pesar e uma angústia tomou conta do meu coração. Resolvi perguntar internamente sobre essa sensação, sobre quem seria aquele homem. E para minha surpresa a resposta veio imediatamente. Algo me disse: sou o pai dele. Preciso resolver as coisas com ele. Preciso falar com ele. E assim eu resolvi escutar minha “intuição” e conduzi a sessão para uma conversa imaginária do paciente com seu pai já falecido. A sessão transcorreu de forma que o paciente e o pai (imaginário) se perdoaram mutuamente. E nesse momento o ambiente ficou leve e aquela angústia desapareceu. Assim também desapareceu a imagem daquele homem na minha mente. Meu paciente, eu (e acredito que seu pai), saímos refeitos daquele encontro” (MC57F Espírita).

Manejo realizado pelo profissional: De forma a transformar a experiência que eu senti como sendo de natureza espiritual em uma experiência de natureza psicológica, através do exercício de imaginação semi-dirigida, onde o paciente foi convidado a dialogar com o pai imaginário (MC57F Espírita).

- 8) **Relato:** “Sou espírita e médium. Já percebi espíritos acompanhando pacientes. Os ignorei e mantive o foco no paciente. Não é complicado graças ao treinamento mediúnico e me guiando pelas diretrizes da psicologia” (JBDN49F Espírita).

Manejo realizado pelo profissional: “Então, acabei respondendo antes. Mantive o foco no paciente e continuei a sessão. Como espírita, solicitei ajuda e a obtive” (JBDN49F Espírita).

- 9) **Relato:** “Intuitivamente fazendo correlações sem uma base racional” (MDGF65F Católica/espírita/umbandista e budista).

Manejo realizado pela profissional: “Quando houve o insight intenso falei com naturalidade” (MDGF65F Católica/espírita/umbandista e budista).

- 10) **Relato:** “O ambiente ficou mais leve e agradável. Após a paciente sair, vi sob forma de luzes uma pessoa levar outros 2, 1 na minha cadeira e outro na cadeira do paciente” (M43F Espírita/umbandista/budista).

Manejo realizado pela profissional: “Não houve necessidade de manejar, em função da paciente já estar fora da sala. Enquanto dentro, não falei sobre a leveza do ambiente” (M43F Espírita/umbandista/budista).

- 11) **Relato:** “Tive a oportunidade de sentir a presença deles através das falas do paciente” (No relato anterior a profissional faz alusão as falas do paciente nas quais ele lhe conta sobre a presença de entidades descritas como reais que lhe provocam muito sofrimento) (SS41F sem religião).

Manejo realizado pela profissional: “Realizando a mediação de conflitos entre ambos” (SS41F sem religião).

- 12) **Relato:** “Sensação de amorosidade extrema numa atmosfera espiritual durante relato do paciente sobre um ente querido falecido” (TOS40F Católica/espírita/budista).

Manejo realizado pela profissional: “Conectando com a minha respiração” (TOS40F Católica/espírita/budista).

- 13) **Relato:** “Senti a presença de um parente falecido desta paciente” (GFT57F Espírita/budista e hinduísta).

Manejo realizado pela profissional: “Relatei para ela o ocorrido porque ela acreditava e aceitava, primeiramente deve vir a crença e necessidade do paciente, mas foi espontânea e rara, pois não é o local adequado para ocorrer” (GFT57F Espírita/budista e hinduísta).

14) **Relato:** “Sentir a data da morte de cada paciente que faleceu (na data que senti)” (LOC28F Umbandista).

Manejo realizado pelo profissional: “Tentei abordar com o paciente sobre ciclos e situações abertas que ele gostaria de resolver (sem mencionar nada sobre morte)” (LOC28F Umbandista).

15) **Relato:** “Era um caso difícil e aquela seria uma sessão difícil, eu fiz uma oração muito forte antes do atendimento porque eu estava realmente preocupada com o andar da carruagem. Nessa oração eu pedi que eu soubesse dizer as palavras certas, nos segundos certos de que pudessem ajudar aquela pessoa. Pedi que todos os meus conhecimentos da Psicologia e Psicanálise pudessem me ajudar naquele momento e que fizesse aquilo que minha paciente precisava/necessitava e não aquilo que ela queria. Foi uma sessão longa e de repente eu percebi que era como se eu de fato pudesse compreendê-la em outra instância, testemunhar sua dor e sofrimento e só então eu pude me aproximar e sentir com as pontas dos dedos um pouco daquele mar imenso de dor e sofrimento em que ela estava totalmente mergulhada. Nesse momento as palavras saíram de minha boca de forma quase que automática e foi quando ela também pôde se sentir ouvida, ela existia, a partir dali era uma pessoa. Quando a sessão terminou fiquei com a sensação de como foi que tive aquela constatação?” (VRSC32F Evangélica pentecostal/neopentecostal/sem religião).

Manejo realizado pela profissional: “O processo caminhou bem. Durante a supervisão, além de outras coisas, compreendemos essa sensação como Intuição, lendo um pouco sobre o que Bion diz a respeito” (VRSC32F Evangélica pentecostal/neopentecostal/sem religião).

16) **Relato:** “Perceber um guia espiritual do paciente” (FMP50F outra religião).

Manejo realizado pela profissional: “Não falei nada sobre, guardei a experiência para mim” (FMP50F outra religião).

17) **Relato:** “Momentos em que eu estive em dúvida sobre como manejar a sessão e sentir que o Espírito Santo me usou colocando as palavras certas para aliviar o paciente que estava muito rígido” (M28F Cristã protestante).

Manejo realizado pelo profissional: “Fiz uma oração em silêncio agradecendo” (M28F Cristã protestante).

18) **Relato:** “Uma paciente ao receber alta pediu para orar comigo e foi uma experiência que senti a presença forte de Deus no momento da oração dela” (D40F Cristã protestante).

Manejo realizado pelo profissional: “Apenas agradeci e me emocionei” (D40F Cristã protestante).

19) **Relato:** “Em determinado atendimento, senti como se tivesse mais alguém no setting terapêutico em questão, além do paciente atendido: uma espécie de presença espiritual humana” (DNM34M Católico/cristão protestante/umbandista/candomblecista/ateu/agnóstico).

Manejo realizado pelo profissional: “Por ser agnóstico, considero sempre a possibilidade de existência e de inexistência de fenômenos espirituais em meu dia a dia, o que inclui a minha atuação clínica. Isso, no meu caso, implica em refletir sobre possíveis experiências místico-religiosas para além da vida profissional, enquanto pessoa humana” (DNM34M Católico/cristão protestante/umbandista/candomblecista/ateu/agnóstico).

20) **Relato:** “Durante diversos atendimentos eu percebia certas luzes brancas que “piscavam” sobre as cabeças de pacientes. Isso até hoje às vezes ocorre... Inicialmente, há uns 18 anos atrás, pensei ser um problema oftalmológico e fui ao médico, que atestou minha visão como perfeita, não tinha nada. E eu segui percebendo isso. Sem compreender muito na época, eu cheguei a ter esta hipótese, de que poderia ser algo espiritual, já que concebo esta realidade, mas algo vago. Bem, ao atender uma senhora idosa que possuía diversos

fenômenos espirituais, ela olhou para mim e disse "tu estás vendo, né?!", eu disse "o quê?", e ela "as luzes brancas piscando sobre a minha cabeça". Na hora fiquei constrangida, chocada, não sabia o que dizer... Tinha feito alguns cursos que falavam sobre questões espirituais, mas não sobre Manejo Clínico. Então decidi responder a verdade, tendo por base a característica da autenticidade do psicoterapeuta proposta por Carl Rogers, autor humanista. E respondi que sim, que percebia as luzes. Ela disse "isso é uma confirmação do plano espiritual de que tu estás me ajudando. Tens que confiar mais em ti!!!" (MNB40F Católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).

Manejo realizado pela profissional: Não sabia o que fazer naquele momento. Sorri, agradei, pois fez muito sentido para mim as palavras dela, estava formada há menos de dois anos, sentia que tinha muito ainda a me desenvolver, aprender... Pensei internamente "quanto eu lhe pago por esta consulta, hahaha..." pois ela havia me ajudado muito naquele dia! Faz-se importante ressaltar que em nenhum momento eu havia falado algo, o comentário sobre as luzes partiu da paciente espontaneamente. Eu nunca havia comentado com ninguém isso. Esta foi a primeira experiência deste tipo que tive no setting clínico, talvez por isso foi a mais marcante (MNB40F Católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).

21) **Relato:** "Sentir a energia do paciente e perceber que tem algo lhe acompanhando" (K59F Católica/espírita).

Manejo realizado pela profissional: "Encaminhar utilizando luzes, fazer uma pequena oração para poder realizar o meu trabalho, procurar perceber o motivo do acontecimento. As 2 situações já citadas, paciente que chega alterado na sessão, muito brabo, triste... Após me centrar, quando possível, converso sobre o que percebi com o paciente" (K59F Católica/espírita).

22) **Relato:** "Uma paciente contava o caso de magia que o ex-marido havia feito para ela em sua própria casa. Começo a ouvir barulho de destruição na sala de espera. Mas percebo que só eu escuto, a paciente continua a contar sua história. Sinto uma pressão no plexo solar, sinto que algo queria falar através de mim. Mantenho a presença, mas me concentro em mim para me proteger e

não permitir a passagem. Quando termina a sessão, tudo está perfeito no consultório” (CB45F Católica/espírita/umbandista/budista/hinduista).

Manejo realizado pela profissional: “Com continência e limite para que a sessão não se perdesse” (CB45F Católica/espírita/umbandista/budista/ hinduista).

23) **Relato:** “Senti uma presença na sala e falei mentalmente para que essa energia que estivesse ali, ficasse em paz e recebesse o atendimento que estivesse procurando. Falei para o paciente, mas ao mesmo tempo para a energia da importância do amor, de fazer boas ações e de se acolher com amorosidade, pois todos cometemos falhas, somos humanos. O mais importante é aprender com nossos erros e fazer diferente, depois do aprendizado” (MG52F Católica/espírita/hinduista).

Manejo realizado pela profissional: “Tentei visualizar a energia recebendo amor e paz, sendo encaminhado para um lugar de luz” (MG52F Católica/espírita/hinduista).

24) **Relato:** “Mal-estar, tosse, tontura e sensação de desmaio” (SG35F Espírita/sem religião).

Manejo realizado pela profissional: “Conduzi com respeito” (SG35F Espírita/sem religião).

25) **Relato:** “Um paciente jovem, sexo masculino, que toda vez que eu o atendia dizia sair melhor e não mais sentir os sintomas físicos, no entanto eu ficava passando mal e precisava de um tempo para me reorganizar. Sempre ocorria quando o atendia” (SGSM52M Espírita).

Manejo realizado pelo profissional: “Trabalhei a questão comigo” (SGSM52M Espírita).

26) **Relato:** “Durante o estágio, atendi um paciente adicto que durante o trabalho na roça, foi apresentado ao álcool pelo pai quando tinha oito anos de idade. Depois que nos sentamos, iniciei o atendimento com escuta ativa, de repente, senti uma gosma verde sair do cliente e chegar na minha cabeça, senti a minha

testa ficar gelada e, nesta hora, vi minha cabeça sendo tomada por essa gosma” (MRN55M Espírita/budista).

Manejo realizado pelo profissional: “Durante o atendimento orei mentalmente e continuei atendendo como se nada estivesse acontecendo, a oração mental foi um pai nosso e em conversa mental disse que estava ali como um ser humano encaminhado por Jesus Cristo. A gosma retornou para detrás da cabeça do cliente de onde havia saído e, o atendimento continuou sem problemas” (MRN55M Espírita/budista).

27) **Relato:** “Ao longo dos anos foram alguns relatos. O mais significativo foi uma vez, no início da minha carreira, uma das minhas primeiras pacientes. Ela não tinha uma religião específica, mas lidava com frequentes visões do que ela chamava de espíritos. Era uma paciente que não tinha nenhuma evidência de delírio ou paranoia - nada que sugerisse um quadro psicótico. Ela estava terminando a graduação e tinha uma vida organizada, com uma rede de relacionamentos significativa. A sua queixa era relacionada a uma doença crônica e estávamos trabalhando questões relacionadas com ela se colocar em risco desnecessariamente. Era uma quinta-feira à noite. Ela contava uma história corriqueira, algo do dia a dia. E eu senti uma tristeza muito grande. Então eu disse para ela "FULANA, você está me contando isso e eu estou sentindo uma tristeza muito grande... eu acho que essa tristeza não é minha, eu acho que ela é sua... tem algo de triste que você gostaria de me contar?". E então ela disse "P. (nome do psicólogo), essa tristeza não é minha e nem sua, é dessa senhora que está ao seu lado." Esse era um consultório que ficava nos fundos da casa da minha orientadora de especialização. Alguns dos seus alunos usavam esse consultório. No nosso grupo de supervisão eu falei sobre esse episódio e uma colega disse que havia acontecido algo semelhante na segunda-feira da mesma semana com um paciente dela que é médium. O paciente dela também havia relatado ter visto uma senhora no consultório” (PSP39M sem religião).

Manejo realizado pelo profissional: “No final não houve manejo específico desse tema. Quando era uma experiência dela e que não me envolvia, tratávamos como qualquer outro conteúdo clínico. Em outros momentos ela ensaiou trazer esses

conteúdos me envolvendo, mas o manejo era algo como "vamos falar sobre você, não sobre mim" (PSP39M sem religião).

28) **Relato:** “A sensação de que meus guias estavam falando comigo sobre o atendimento, coisas que poderiam passar despercebidas por mim, como a pessoa atendida estar com muita vergonha, omitindo-se de responder sinceramente sobre ideações suicidas” (ACCV31O Umbandista/candomblecista).

Manejo realizado pela profissional: “Avaliei se fazia sentido de acordo com a formulação do caso, retomei o assunto sobre ideações suicidas de forma delicada e explicando a importância da sinceridade, com acolhimento e assegurando que isso seria importante para a condução adequada do caso e melhora na qualidade de vida da pessoa” (ACCV31O Umbandista/candomblecista).

29) **Relato:** “Ausências de consciência, paralização do movimento do corpo” (A52F Espírita).

Manejo realizado pelo profissional: “Da mesma forma que foi descrito anteriormente. Sempre com respeito pela situação, acompanhando e utilizando as técnicas psicológicas necessárias além de “orações” internas, apenas para mim” (A52F Espírita).

30) **Relato:** “Percepção de ouvir vozes e tentar disfarçar ao ver algo ou alguém” (JHA32F Espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Acolhimento e questionamentos para entender a situação e ver como tudo se liga a visão de mundo e a religiosidade da pessoa” (JHA32F Espírita).

31) **Relato:** “Eu já vi sair fumaça da boca dos pacientes, e a sala ser tomada por cheiro de rosas” (SLS47M Católico/budista).

Manejo realizado pelo profissional: “Foquei na minha respiração e na fala do paciente” (SLS47M Católico/budista).

- 32) **Relato:** “Grande parte do meu trabalho na clínica é, além de acolher as angústias do paciente, me esforçar para transmitir esperança e ajudar a atribuir significado transcendente para as vivências. Muitas vezes isso se dá com esforço técnico, analítico e de retórica, mas algumas vezes percebo uma voz da intuição, um direcionamento que vem de ouvir o ics. Nessas situações sinto que falo coisas que não vem de mim, conhecimentos que eu não tenho e que não posso acessar voluntariamente, mas aparecem de forma espontânea ao me conectar com o paciente” (EGLA25F Católica/cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “Comuniquei minha intuição de forma não diretiva, mas provocativa” (EGLA25F Católica/cristã protestante).

- 33) **Relato:** “Mais de uma vez aconteceu de eu me perceber como observadora, mesmo quando estou falando / trazendo questões para o cliente” (MGL57F Budista/hinduísta/outra religião).

Manejo realizado pelo profissional: “Mantenho meu centramento, pois entendo o que acontece comigo. Tive treinamento para isso” (MGL57F Budista/hinduísta/outra religião).

- 34) **Relato:** “Quando aplico Reiki sinto uma intuição muito forte sobre onde devo aplicar a técnica no corpo do cliente” (A51F Espírita).

Manejo realizado pelo profissional: “Aceitando a intuição” (A51F Espírita).

- 35) **Relato:** “Trabalhava numa abordagem de ampliar um sonho de uma cliente minha. Uma cliente que está em terapia faz muitos anos. Ela estava preocupada em ajudar um filho que hoje está bem situado na Alemanha. No sonho passava por algumas situações desagradáveis até chegar para ajudar o filho, mas tinha que ir até um espaço que não sabia qualificar. Pedi para ela descrever o imóvel do sonho assim como, seus cômodos. Ela achava que já tinha estado nesse local outras vezes. Então, decidiu que não queria ir mais naquele local. Concordei. Saiu do meio da sala e voltou para sua cadeira. Estava atendendo-a no período matutino. Nisso apareceu uma luz que não era do nosso espectro visível. Era uma luz pós conteúdos oníricos de minha cliente. Perguntei se ela estava vendo aquela luz e ela disse que não. Trabalho com a concepção que sonhos são

conteúdos inconscientes que pedem um fechamento para haver uma integração psíquica. Então, num impulso saí da minha cadeira e me pus embaixo da luz. Fui tomado por uma vontade de falar, a voz era de uma figura masculina. Falei como se fosse ele, um homem que "era o coordenador daquele espaço e concordava que ela se afasta-se". Após essa inclusão num conteúdo pós onírico da minha cliente fui acometido por várias indagações. Estava certo fazer aquela ação como terapeuta, na medida em que ela não via aquela luz? Eu canalizei uma energia volitiva com autonomia? O espaço onírico dela tinha uma existência além de sua construção? e, tinha eu o direito ou o dever de finalizar aquele conteúdo onírico? Será que no sonho dela, ela entrava em outro nível de realidade? Esse nível de realidade existe independente de seu sonhar? Até hoje não fechei estas indagações" (VCS73M outra religião).

Manejo realizado pelo profissional: "Me inclui num espaço pós onírico. Com indagações até hoje em dia não concluídas no papel de terapeuta, mesmo usando uma abordagem transpessoal ou anomalística" (VCS73M outra religião).

36) **Relato:** "Grupo de meditação Guiada no meu condomínio (voluntariado) onde eu não senti meu corpo" (JMMR54F Cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: "Com muita alegria e surpresa por mais uma experiência anômala" (JMMR54F Cristã protestante).

37) **Relato:** "Arrepios fortes" (E49F Católica).

Manejo realizado pela profissional: "Não disse nada para o paciente e me concentrei ainda mais no seu relato, afinal de contas, o paciente é quem precisa de suporte nesse momento" (E49F Católica).

38) **Relato:** "As sincronicidades que ocorrem são para mim a maior expressão da conexão com o todo. Uma vez senti a imagem de uma semente que iria germinar bem e passei para minha cliente sobre o percurso dela. Ela, então, disse que teria que compartilhar o que experienciou durante a semana em uma igreja. Ela foi a um mosteiro e o padre, sensitivo, estava chamando as pessoas e dando mensagens espirituais. Ele a chamou, mesmo sem a conhecer e disse: Você, a jovem com blusa verde, fique tranquila pois seus caminhos irão

germinar bem, pois você é como uma semente que agora foi bem plantada (MGH52F sem religião).

Manejo realizado pelo profissional: “Expliquei o que era sincronicidade, a partir da psicologia analítica de Jung e nos alegramos com o que vivemos” (MGH52F sem religião).

39) **Relato:** “Após o paciente mencionar o que sentia no ambiente, comecei a observar e experimentar sensações parecidas com o que ele havia relatado perceber no ambiente. Já houve pacientes que perguntaram sobre a minha religião, pois se sentem seguros e, quando necessário, orientados. As coisas dão certo em suas vidas. Alguns vem de lugares diversos. Fiquei feliz, mas considero ser resultado da psicologia embora algumas vezes acho incrível algumas transformações que fogem de uma explicação materialista” (DC41F sem religião).

Manejo realizado pelo profissional: “Procurei alguns lugares para buscar maiores informações sobre esse contexto de desdobramento. Mas não aprofundi” (DC41F sem religião).

D) Relatos dados pelos psicólogos que não se relacionam com experiências REDEMA vivenciadas pelos pacientes.

Envolvem conflitos, eventos, excesso de credulidade ou psicopatologias que foram correlacionados à religiosidade/espiritualidade pelos profissionais.

1) **Relato:** “Atendo muitos religiosos evangélicos que acabam trazendo conflitos em relação à fé e a vivência de suas relações cotidianas. Em geral, os conflitos falam de como conciliar a fé com suas vidas” (CMT37F cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: “Entendo que, independentemente do assunto tratado, minha função sempre é entender o que há de psicológico nessa situação. O acolhimento aos temas é fundamental ao processo terapêutico, mas minha atuação é sempre do ponto de vista psicológico” (CMT37F cristã protestante).

- 2) **Relato:** “Atendimento com adolescentes evangélicos que se descobrem gays, e em seu contexto familiar sofrem todo tipo de homofobia e atrocidades” (P45M católico).

Manejo realizado pelo profissional: “O cliente estava passando por crises de ansiedade, fui focal e diretivo, usando as técnicas da terapia cognitiva comportamental, nas questões homoafetivas/religiosidade, acolhi e usei todo meu arcabouço científico da ciência da Religião (sou especialista nessa área) para intervir no sofrimento psíquico causado pela família fundamentalista” (P45M católico).

- 3) **Relato:** “Um paciente que não acreditava na eficácia da psicoterapia, que a cada melhora alcançada através da sua mudança de comportamento e início de medicação, atribuí a toda evolução a Deus e mais ninguém” (H35F católica).

Manejo realizado pela profissional: “Sempre tentei mostrar que a fé dele era muito importante para o processo, mas que também era necessário ele validar o esforço que ele vinha fazendo com a mudança de comportamento” (H35F católica).

- 4) **Relato:** “Paciente relata ouvir a voz de Deus com a promessa de passar no concurso e de que Ele lhe deu ‘poder para ressuscitar’ o sobrinho” (P43F espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Investiguei dados que corroborassem a ideia de Deus promover esse poder” (P43F espírita).

- 5) **Relato:** “Questões relacionadas a fé enquanto suporte emocional frente às adversidades da vida” (RP43M espírita).

Manejo realizado pelo profissional: “Escuta que permitisse a elaboração de suas questões” (RP43M espírita).

- 6) **Relato:** “Visão de uma fênix em período de surto; dificuldade de reestruturação cognitiva quando pensamentos disfuncionais estão ligados a interpretação com base na sua religião” (K42F católica/espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Acolhimento, questionamento socrático na tentativa de trazer ao paciente outras possibilidades, habilidades” (K42F católica/espírita).

- 7) **Relato:** “Trabalhei 15 anos em Caps muitos já viram ovnis, alguns deles sentiam como se fossem Jesus Cristo” (FS40F católica).

Manejo realizado pelo profissional: “Ouvi e lidei com respeito em relação a crença e a situação do paciente naquele momento” (FS40F católica).

- 8) **Relato:** “A pessoa teve Covid e relatou que quando seu quadro de saúde agravou ela não soube explicar como ela conseguiu se curar e ter a saúde restabelecida” (RM61F Católica).

Manejo realizado pela profissional: “Deixei que a pessoa através do questionamento, pudesse dar um significado a sua experiência” (RM61F Católica).

- 9) **Relato:** “Os relatos são frequentes, mas na maioria dos casos acho tranquilo manejar. O último relato mais significativo foi de uma paciente católica divorciada, que sentia a necessidade de ir até a igreja para solicitar um pedido formal diante da igreja. Como isso era muito importante para ela, seu ex-marido, um homem abusivo, se negou a participar, pois a igreja pede o comparecimento de ambos. A paciente se sentia culpada, pois se sentia adúltera, mas compreendia que o ex-marido não queria comparecer para a punir” (DAFS38M católico/cristão protestante/evangélico/espírita/sem religião).

Manejo realizado pelo profissional: “Nesse caso, considerando que o sentimento de culpa precisava ser trabalhado e estava no campo da fé, elucidei a questão com a paciente (a paciente é psicanalista, o que facilitou) e fiz questionamentos, deixando evidente que a fé também é sentimento, e de que em nenhum momento eu estava questionando sua crença. A paciente compreendeu e seguimos sem mais problemas. No geral, faço psicoeducação com os pacientes e confirmo se estão compreendendo minha posição diante dos questionamentos que preciso fazer quando as questões emocionais estão atreladas (ou próximas) às crenças religiosas / fé / espiritualidade” (DAFS38M católico/cristão/protestante/evangélico/espírita/sem religião).

- 10) **Relato:** A paciente estava se preparando para ser missionária em outro país, ela estava muito preocupada em como ficariam as finanças, se teria o dinheiro suficiente para comprar passagem, se manter e se as pessoas continuariam mandando o dinheiro após a sua viagem. Ela decidiu que colocaria a questão financeira nas mãos de Deus. Faria o seu trabalho e Deus cuidaria do sustento” (M28F cristã protestante).

Manejo realizado pela profissional: Conversamos sobre como ela estava com a situação. Aproveitei que ela estava em paz e tranquila para conversar nas sessões seguintes sobre as flexibilizações que ela teria que fazer para viver conforme fosse a entrada do dinheiro. Conversamos também sobre a importância de ter reservado o valor da volta para o Brasil caso ficasse sem condições de se manter no novo país, visto que este era o maior medo da paciente (M28F cristã protestante).

- 11) **Relato:** “Decisões de escolha de carreira profissional baseada em relatos subjetivos através dos sonhos do pastor da igreja. Tais decisões resultaram na razão da presente queixa e em prejuízos ao paciente” (L30M ateu ou agnóstico).

Manejo realizado pelo profissional: “O paciente mantém o relato de que sua decisão foi acertada e que futuramente haverá a resolução de seus problemas mediante milagre e intervenção divina. Desta forma, trabalho com suas crenças nucleares e na autonomia do paciente para cognição da realidade e independência para tomada de decisões” (L30M ateu ou agnóstico)

- 12) **Relato:** “Idas a centro espírita para falar sobre o pai falecido, na qual a cliente relata ter recebido conselhos do médium do motivo pelo qual ela não sonha com o falecido” (AJNM27F umbandista).

Manejo realizado pela profissional: “Acolhi a queixa sobre a saudade e querer sonhar com o pai, mas até então estamos elaborando o luto em sessão para entender o porquê desta questão trazer tanto sofrimento” (AJNM27F umbandista).

- 13) **Relato:** “Faço avaliações logo no início do trabalho, uma paciente que é psicóloga que diz trabalhar com "libertação e cura", logo no início observei para que ela estivesse pisando no chão, antes de entrar na questão espiritual.

Observar o paciente como está em relação a ele mesmo, ao mundo e a sua fé. O difícil é quando o terapeuta já está com esse olhar. Precisa neutralidade e objetividade e ficar nas questões emocionais do paciente e não nos pensamentos alucinatórios” (CSC72F outra religião).

Manejo realizado pela profissional: “Nesse último caso a fiz pisar no chão entender a sua própria realidade para poder passar segurança aos seus pacientes” (CSC72F outra religião).

- 14) **Relato:** “Paciente descreve em sessão sobre possessão de conhecidos e associa essas questões a fatos por ele inexplicáveis” (L39F Católica/espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Não foi um ponto por ele trazido como algo que o afeta, então, prosseguimos com o conteúdo que ele considerava pertinente, não sendo abordado sobre as possessões presenciadas” (L39F Católica/espírita).

- 15) **Relato:** “Delírio religioso (de caráter messiânico). O paciente (masculino, brasileiro, natural de Curitiba, 32 anos, solteiro, sem filhos) acreditava ter sido escolhido para a salvação da humanidade. Defendia que Deus conversava com ele por meio de mensagens secretas veiculadas em programas de rádio ou televisão. Possuía diagnóstico psiquiátrico prévio de transtorno esquizofrênico não especificado e fazia uso contínuo de medicação antipsicótica regularmente prescrita. Todavia, tinha histórico de surtos episódicos associados a interrupções de tratamento” (DNM34M católico/cristão protestante/umbandista/candomblecista/ateu ou agnóstico).

Manejo realizado pelo profissional: “O paciente, fora de episódios de surto, era submetido a sessões de psicoterapia clínica individual de periodicidade semanal e caráter presencial. Paralelamente eram feitas reuniões com amigos e familiares para orientação, sempre sob condição de manutenção da confidencialidade do conteúdo das sessões psicoterápicas. Além disso, eram realizadas periodicamente reuniões de discussão do caso com o psiquiatra responsável (DNM34M católico/cristão protestante/umbandista/candomblecista/ateu ou agnóstico).

- 16) **Relato:** “Uma paciente que estava oscilando com momentos de consciência e outros de psicose... deita-se no chão do consultório pela vulnerabilidade. Desintegra-se. Chora copiosamente. Depois de duas horas de sessão consigo trazê-la de volta. E ela consegue voltar para casa. Mas em dias precisou de internação” (CB45F Católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).

Manejo realizado pela profissional: “Afetivamente, ouvindo, respeitando sua fragilidade, mas também tentando ser continente, fazendo o vaso que ela precisava para não escorrer de vez e ficar inconsciente de quem era mesmo estando acordada” (CB45F Católica/espírita/umbandista/budista/hinduísta).

- 17) **Relato:** “Através de um discurso onde o paciente identificava origem de cunho divino” (FALC66M católico).

Manejo realizado pelo profissional: “Fiz a escuta e tentei identificar se havia algum delírio” (FALC66M católico).

- 18) **Relato:** “Meus pacientes frequentemente descrevem situações de experiências vividas, porém não compreendem que são experiências espirituais, as descrevem com outro contexto/explicação. Não recorro de nenhuma situação mais específica neste momento” (MGL57F Budista/hinduísta).

Manejo realizado pela profissional: “Meu trabalho é auxiliar na compreensão e interpretação” (MGL57F Budista/hinduísta).

- 19) **Relato:** “Paciente relatou sua vivência religiosa e de como se identificava” (C42F evangélica pentecostal/neopentecostal).

Manejo realizado pela profissional: “Ouvi, acolhi e procurei trabalhar com respeito à religião dela” (C42F evangélica pentecostal/neopentecostal).

- 20) **Relato:** “Uma paciente que se dizia bipolar que atendi, pelo Ouvido Amigo, ela tinha tentado suicídio por várias vezes, mas sempre dizendo que Deus estava com ela. Quando criança sofreu vários abusos sexuais, vivenciou e testemunhou muitas agressões familiares. Tratei dos abusos, das violências familiares, e fui com ela nos labirintos de seu sistema límbico. Após ter tomado consciência e superado os traumas, pude notar que houve o resgate de sua

autoestima, inclusive melhorou o relacionamento com o marido e com suas duas filhas adolescentes. Esse caso eu relato no meu livro para o qual ela assinou TCLE” (CSC72F outra religião).

Manejo realizado pela profissional: “Geralmente nos casos de dissociação trato de estruturar o ego do paciente, para depois ter maior facilidade de diálogo com ele até que ele entenda a situação que está passando ou seja o porquê da dissociação” (CSC72F outra religião).

21) **Relato:** “Paciente acreditava ser perseguida por pastores e santos, que tinha muitos pecados e o diabo estava em todas as pessoas para matá-la” (ECO43F católica).

Manejo realizado pela profissional: “Esta paciente em particular foi hospitalizada, estava em surto psicótico e permaneceu mais de trinta dias internada” (ECO43F católica).

22) **Relato:** “Paciente com excesso de agressividade, conversão de sintomas emocionais no corpo, ausência de consciência, crises fortes” (A52F Espírita).

Manejo realizado pela profissional: “Dependendo do caso buscando apoio de outro profissional para eventual contenção (estou me referindo a atendimentos em Hospital Psiquiátrico), técnicas de relaxamento e retorno à consciência” (A52F Espírita).

Um dos psicólogos deixou como relato a seguinte observação:

Relato: “Não darei, pois acredito que isso fere o sigilo ético” (LGAG40M sem religião).

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ABORDAGEM DE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS/ESPIRITUAIS NOS ATENDIMENTOS CLÍNICOS: RELATOS DADOS POR PSICÓLOGOS

Pesquisador: Edson Sigueyoshi Hamazaki

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 72728023.5.0000.5482

Instituição Proponente: Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências da Religião

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.330.276

Apresentação do Projeto:

Trata-se de protocolo de pesquisa para elaboração de Tese de Doutorado no Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais (PEPG em CSO), vinculado à Faculdade de Ciências Sociais (FCS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).

Projeto de pesquisa de autoria de Edson Sigueyoshi Hamazaki, sob a orientação do Prof. Dr. Everton de Oliveira Maraldi.

As informações citadas, no corpo do presente PARECER CONSUBSTANCIADO, nos campos: Apresentação do Projeto; Objetivo da Pesquisa; & Avaliação dos Riscos e Benefícios; foram extraídas do arquivo PDF denominado: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2157003.pdf" resultado do preenchimento das 6 (seis) etapas do processo de submissão do presente PROTOCOLO DE PESQUISA via sistema integrado nacional Plataforma Brasil.

O supracitado documento informa que "(...) A maior parte da população brasileira diz estar vinculada a algum contexto religioso e/ou espiritual. Quando o paciente procura por atendimento psicológico, vem como um todo, e desse todo faz parte a sua religiosidade, a sua espiritualidade, que implica em crenças e experiências, muitas vezes determinantes na maneira como lida com as situações estressoras do dia a dia. Cabe ao profissional psicólogo clínico conhecer e considerar essas crenças e experiências religiosas, anômalas e/ou dissociativas espirituais (R/A/DE), no

Endereço: Rua Ministro Godoi, 969 - sala 63C, térreo do Prédio Reitor Bandeira de Mello

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 6.330.276

tratamento psicoterápico, visto que essa conduta promove a aderência do paciente, potencializando os resultados. O presente estudo tem como objetivo identificar e caracterizar as principais experiências (R/A/DE), relatadas pelos psicólogos durante o processo psicoterapêutico, tenham elas sido relatadas, vivenciadas pelos pacientes e/ou por eles mesmos, além do manejo realizado por esses profissionais ao lidar com essas experiências na psicoterapia. Para alcançar esses objetivos será desenvolvido um questionário on-line que será enviado a grupos cujos integrantes sejam psicólogos clínicos (WhatsApp, Facebook, Instagram etc.) para realização de um primeiro levantamento e obtenção de dados para a pesquisa. Estes grupos serão escolhidos procurando-se alcançar respondentes na maior parte possível do território nacional, especialmente através de grupos de estudo sobre Psicologia da Religião e Psicologia Anomálica conhecidos no meio acadêmico e que tenham entre seus integrantes psicólogos clínicos.

As respostas dadas ao questionário serão sumariadas e os profissionais que responderem ter tido a ocorrência dessas experiências (R/A/DE), em sua prática clínica, sejam elas vivências pessoais e/ou trazidas por seus pacientes, serão convidados a serem entrevistados, para falar sobre essas experiências. Serão objeto do questionário e entrevistas: perfil sócio-demográfico, formação, atuação profissional, R/E pessoal e respectivo impacto na prática clínica e, especialmente, os relatos de experiências (R/A/DE). Os dados quantitativos serão analisados com estatística descritiva e os qualitativos com análise temática de conteúdo a partir das respostas e reflexões elaboradas pelos participantes

Introdução:

Como fenômeno humano, a religião é um objeto de investigação complexo, pois se constitui sociológico, antropológico, filosófico, teológico, político, psicológico e eminentemente experiencial, uma dimensão relevante e marcante, fonte de significado (DALGALARRONDO, 2008). A religião para Durkheim (2003, p. 32) pode ser definida como “um sistema unificado de crenças e de práticas relativo a coisas sagradas (...) que unem os seus aderentes numa comunidade moral única denominada igreja”. Além desse conjunto de práticas e representações identificadas por um caráter sagrado, Bourdieu (1971), considera que ela pode ser entendida também como uma linguagem, um sistema simbólico de pensamento e comunicação, que por existir no âmbito de uma sociedade caótica e, no entanto, concreta, faz com que produza sentido ao integrar experiências fragmentárias e pessoais numa ordem cósmica que a religião estabelece. Material e espiritual, temporal e eterno, profano e sagrado, acabam por se constituir em alicerces simbólicos,

Endereço: Rua Ministro Godoi, 969 - sala 63C, térreo do Prédio Reitor Bandeira de Mello

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 6.330.276

permitindo ordenamento das experiências ao sujeito social. Uma qualidade essencial proporcionada, pela religião ao homem, é uma possível defesa da ameaça de não encontrar significativa ordenação na vida, seja nos fatos cotidianos ou nos mais extremos como o adoecimento, a catástrofe ou a morte (DALGALARRONDO, 2008). Segundo Valle (1998), a religiosidade expõe a realidade humana e psicológica do indivíduo, mostrando-se na face subjetiva da religião, num modo específico de encontro de sentido. A religiosidade está relacionada com as demandas pessoais de sentido existencial, ancoradas nas suas crenças sobre o transcendente e ao modo como o sujeito elabora suas respostas (FREITAS, 2017).

Já o conceito de espiritualidade, foi compreendido por Lousada (2017), como algo vigente nas principais produções das áreas da psicologia, saúde e educação, concluindo que as definições variam de acordo com a área. Na psicologia a espiritualidade é entendida como um aspecto inerente e constitutivo do ser humano, uma força motora capaz de proporcionar transformações positivas e crescimento pessoal. Por ser uma das dimensões do sujeito, acaba por criar uma demanda de autoconhecimento e compreensão da dinâmica intrapsíquica, num movimento direcionado a si mesmo, em busca de coerência entre o sentir, o pensar, e o agir. Na área da saúde a espiritualidade é compreendida como um elemento fundamental das práticas de tratamento, ocupando-se da mensuração de como, quando e quanto, os pacientes podem se beneficiar de tratamentos e cuidados que, tendo a espiritualidade como base, impactem a saúde física e mental. Por isso, entendem que ela deve fazer parte dos programas públicos de saúde, incentivando o uso de uma avaliação/anamnese espiritual, que auxiliaria na prática clínica. Recomendam para que seja incluído um texto sobre esse tema, na próxima edição do Código Internacional de Doenças (CID), de forma a contribuir no diagnóstico diferencial entre transtornos dissociativos e experiências espirituais que, devidamente contextualizadas, deixariam de ser consideradas distúrbios mentais. A educação vê a espiritualidade como um fundamento da prática educativa, que pode auxiliar na formação de seres humanos mais coesos e inteiros, postulando a necessidade de também os educadores, vivenciarem a própria espiritualidade nos seus processos de formação.

Apesar de não haver, por parte dessas áreas, uma definição única e homogênea, o conceito é apresentado de forma útil e benéfica, vinculado à busca de autonomia, autorrealização, qualidade de vida, sensação de bem-estar, através da busca pessoal de sentido para a vida. Todas sinalizam que o conceito de espiritualidade deve ser considerado como uma dimensão humana, concebendo o ser humano como algo que transcende o biológico, o psicológico e o social, portanto um ser

Endereço: Rua Ministro Godoi, 969 - sala 63C, térreo do Prédio Reitor Bandeira de Mello
Bairro: Perdizes **CEP:** 05.015-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 **Fax:** (11)3670-8466 **E-mail:** cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 6.330.276

integral (LOUSADA, 2017). A religião pode ser considerada um sistema fornecedor do conteúdo simbólico, doutrinário, ritual, das crenças, do transcendente, da moral. A religiosidade seria como o indivíduo se apropria desse sistema, adaptando-o a partir das suas experiências pessoais e vivências, desenvolvendo sua forma de comprometimento religioso. Já a espiritualidade seria um sistema independente, inclusive podendo desvincular-se da ideia de Deus ou de outras concepções sobrenaturais e religiosas, possibilitando inclusive, a sua existência em ambientes ateus, uma vez que envolve liberdade, criatividade, autenticidade e esperança na busca pessoal por sentido para a vida, no aperfeiçoamento do potencial humano. Pode-se pensar numa espiritualidade secular, na qual o exercício espiritual aconteceria desvinculado de um cenário religioso, onde se aproveitaria a expertise das religiões em áreas como a arte, arquitetura, comunidade social, sistemas de ensino, exercício da gentileza, prática da solidariedade, aspectos da existência como amor e morte... Reconhecendo o papel social histórico de organização, produção e orientação, que as religiões possuem, propondo um diálogo entre as necessidades seculares e essa carga histórica (FRANCO, 2017). Experiência religiosa, de acordo com Maraldi (2022), se refere a uma vivência direta, individual ou coletiva, do objeto da crença religiosa.

São exemplos o relato de visões da Virgem Maria no Catolicismo popular; dons do Espírito Santo vivenciados em contextos carismáticos e evangélicos; experiências de mediunidade em religiões mediúnicas como o Espiritismo, a Umbanda e o Candomblé e/ou toda uma série de experiências místicas narradas por membros de diferentes tradições religiosas e espirituais. Experiências dissociativas espirituais, em contextos mediúnicos, envolvem o relato de pessoas que tem a sensação de se perceberem observadores despersonalizados de um outro em si mesmos, envolvendo suas próprias expressões de fala, gestos e movimentos. Vivenciando emoções, sensações, dores impulsos, falas que emergem sem domínio ou controle pessoal (HAMAZAKI, 2015). Médiuns são indivíduos que afirmam ter a capacidade de perceber, comunicar-se ou estar sob o controle de pessoas falecidas (MOREIRA-ALMEIDA, 2012). Experiências anômalas são vivências incomuns em termos de frequência, ou que fogem à compreensão do paradigma científico vigente, não necessariamente anormais e/ou patológicas.

Constituem-se exemplos: as experiências fora do corpo, que envolvem a sensação de sair dos limites do corpo, estar flutuando, enxergar o próprio corpo como estando em outro lugar; sonhos lúcidos, ter consciência de se estar sonhando, podendo influenciar os elementos do sonho; memórias de vidas passadas, lembranças de se ter uma vida anterior diferente da vida atual; curas

Endereço: Rua Ministro Godoi, 969 - sala 63C, térreo do Prédio Reitor Bandeira de Mello
Bairro: Perdizes **CEP:** 05.015-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 **Fax:** (11)3670-8466 **E-mail:** cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 6.330.276

anômalas, curas surpreendentes, aparentemente inexplicáveis pelo conhecimento científico vigente; abdução, experiência de ser levado por um objeto voador não identificado (OVNI); experiência de quase morte, descrição dos momentos finais dadas por indivíduos que foram declarados clinicamente mortos ou que estiveram expostos a um grave risco de vida; experiências alucinatórias, percepções que ocorrem sem um estímulo objetivo, ex. ver, ouvir ou sentir entidades espirituais (MACHADO; ZANGARI, 2022). O campo religioso brasileiro parece ser bastante diverso e sincrético. Maraldi (2016), descreve certa dificuldade dos respondentes à sua pesquisa, em classificar com precisão, a religião à qual pertenciam, muitos afirmando ser ao mesmo tempo, católicos, espíritas e umbandistas, mostrando uma maneira de lidar com a religiosidade fluida, nômade, em que os conteúdos vão sendo adquiridos e acumulados.

Uma forma de viver a religiosidade em que o indivíduo constrói a sua fé, numa relação bastante particular com o sagrado, que não precisa ser vivenciada a partir de uma única doutrina, consumindo práticas e crenças religiosas diversas. O povo brasileiro parece não ser dogmático, não se envergonha de ter várias pertencas religiosas, é bastante tolerante, acreditando que todos os caminhos levam a Deus, compondo uma rica colcha religiosa e sintetizando, uma espiritualidade profunda em seu coração (BOFF, 2014). De acordo com o censo demográfico realizado em 2010, 92,1% da população brasileira se diz filiada a alguma religião: 65% católica apostólica romana; 22,4% evangélica; 2,0% espírita; 2,7% com outras religiosidades (IBGE, 2010), isso demonstra que a crença religiosa pode ser muito importante, possivelmente determinante, na maneira como o indivíduo vê, entende e se coloca no mundo, influenciando suas percepções e impactando sua saúde mental. Uma revisão sistemática realizada por Koenig (2012), analisou mais de 3000 estudos empíricos, investigando a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde, descobrindo que maiores níveis de religiosidade e espiritualidade (R/E) tendem a estar associados a uma quantidade menor de uso/abuso de drogas, depressão, suicídio e a melhores índices de qualidade de vida.

No entanto, quando o coping religioso, que segundo Panzini e Bandeira (2007) é o conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, que o indivíduo utiliza para o manejo de situações estressantes na sua vida cotidiana, é usado de forma negativa, ou seja, quando o uso dessas estratégias geram consequências prejudiciais, como questionamentos relacionados à divindade que geram insegurança, delegando-se a Deus a solução dos problemas pessoais, insatisfações, descontentamentos e frustrações, quando Deus ou membros da instituição religiosa não atendem

Endereço: Rua Ministro Godoi, 969 - sala 63C, térreo do Prédio Reitor Bandeira de Mello

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 6.330.276

às expectativas ou se considera que os agentes estressores são representações maléficas e/ou punição divina, essa forma de coping se associa a desfechos piores na saúde, por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS), inclui a R/E como uma das dimensões de qualidade de vida (WHOQOL SRPB Group, 2006). A Psicologia da Religião (PR) pode ser entendida como o estudo dos aspectos psicológicos que acompanham ou se apresentam na experiência religiosa (PAIVA; FREITAS, 2019) ou, como o estudo do comportamento religioso, determinado pela crença numa dimensão transcendente (FREITAS, 2017). Infelizmente, esses temas não têm feito parte da formação em psicologia, apesar das demandas religiosas/espirituais que frequentemente são apresentadas por pacientes no contexto clínico e da existência de ferramentas tanto conceituais quanto clínicas para o manejo desses conflitos de forma ética e profissional (BEST, BUTOW & OLVER, 2015). Quando uma pessoa procura pelo atendimento psicológico, não traz apenas partes de si, vem como um todo, e desse todo faz parte a sua religiosidade, a sua espiritualidade, que implica em crenças e experiências, e determinam posturas e formas de lidar com aqueles fatos cotidianos da vida, citados anteriormente.

Conhecer e considerar as crenças e experiências espirituais e/ou religiosas do indivíduo facilita sua aderência ao tratamento psicoterápico, potencializando seus resultados. Discutir a importância das dimensões espirituais e/ou religiosas na prática clínica, buscando potencializar a capacidade de superação, mobilizando esperança, com conhecimento, ética profissional e a necessária habilidade para alinhar as informações em benefício do paciente/cliente, tem especial relevância quando nos deparamos com essa realidade, constituindo-se objeto da psicologia da religião. Não se tratando de impor convicções pessoais ou aderir ao sistema de crenças do paciente, mas considerar e validar a sua dimensão espiritual, com profissionalismo ético, para que o processo terapêutico alcance o melhor resultado possível (PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007).

Hipótese:

Espiritualidade e religiosidade fazem parte da história humana, independente do período ou cultura que se observe. Investigações científicas sobre esse tema, principalmente voltadas para o seu impacto na saúde mental são recentes, no entanto, essas pesquisas substanciam a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde física e mental, revelando o impacto, tanto positivo quanto eventualmente negativo, da religiosidade/espiritualidade na saúde. Experiências religiosas podem ser bastante perturbadoras e levar ao tratamento físico e psicológico. Devido a isso, é necessário um conhecimento mais preciso das relações entre espiritualidade e saúde mental

Endereço: Rua Ministro Godoi, 969 - sala 63C, térreo do Prédio Reitor Bandeira de Mello

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 6.330.276

(MOREIRA-ALMEIDA; CARDEÑA, 2011). Há uma longa história de conflito entre religião e cuidados em saúde mental. Olhares e atitudes preconceituosas, por parte de profissionais de saúde mental, em relação à religião, muitas vezes fazem com que os clínicos ignorem os possíveis benefícios do uso de recursos religiosos em psicoterapia. Profissionais religiosos muitas vezes relutam em encaminhar membros da sua congregação para profissionais de saúde mental, considerando que eles poderiam influenciar negativamente, alterando crenças e atitudes. Pacientes religiosos deprimidos, muitas vezes, evitam a psicoterapia secular porque a consideram antipática às suas crenças religiosas, ou evitam a psicoterapia porque sentem que a depressão é vergonhosa e que procurar terapia demonstraria falta de fé.

Pessoas religiosas podem não manifestar estarem deprimidas para seu sacerdote e/ou grupo religioso por se sentirem culpadas, como se a doença fosse sinal de fraqueza, privando-se do apoio social que poderiam receber dentro da sua comunidade de fé. O acesso de pacientes religiosos pode ser muito facilitado se as suas demandas religiosas/espirituais forem consideradas, superando essa barreira no tratamento (KOENIG, 2012). Do ponto de vista fenomenológico, segundo Pinto (2013), pode-se afirmar que a psicoterapia é uma atividade que se ocupa mais da espiritualidade do que propriamente do psiquismo, considerando que ele entende espiritualidade como um mergulho em si mesmo, numa descoberta de valores e significados pessoais. A hipótese principal desse trabalho é que por a religiosidade/espiritualidade e, especialmente, as experiências religiosas/espirituais/anômalas, estabelecerem crenças e posturas diante da vida, elas devem aparecer no setting terapêutico, tanto a religiosidade/espiritualidade do paciente, como a do terapeuta, perpassando a sua escuta e pondo a prova os seus valores, fazendo com que o encontro psicoterapêutico seja permeado pelas religiosidades de ambos, paciente e terapeuta. O problema é formulado de acordo com o tema proposto, esclarecendo as dificuldades específicas que se pretende resolver através da pesquisa. Para ter validade científica, deve passar pelos seguintes crivos: pode ser enunciado na forma de uma pergunta; corresponde a interesses pessoais, sociais e científicos, pode ser objeto de investigação sistemática, controlada e crítica (MARCONI; LAKATOS, 2018). Considerando essa definição, o problema da pesquisa envolverá buscar respostas para as seguintes perguntas: a) No processo psicoterapêutico são relatadas e/ou vivenciadas experiências religiosas, dissociativas espirituais e/ou anômalas pelos pacientes? b) No processo psicoterapêutico são vivenciadas experiências religiosas, dissociativas espirituais e/ou anômalas pelos profissionais psicólogos?

Endereço: Rua Ministro Godoi, 969 - sala 63C, térreo do Prédio Reitor Bandeira de Mello

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 6.330.276

- c) Quais são as experiências religiosas, dissociativas espirituais e/ou anômalas vivenciadas/relatadas pelos psicoterapeutas e pacientes na psicoterapia?
- d) Quando essas experiências ou seu relato ocorrem, como são manejadas pelos profissionais?
- e) É possível abordar esses temas no setting clínico, com condutas baseadas em evidências científicas e ética adequada?
- f) Quais são as competências necessárias para um manejo adequado dessas experiências na atuação profissional do psicólogo durante a psicoterapia?

Metodologia Proposta:

Será realizado um estudo de revisão bibliográfica tendo por base material disponível nas bases de dados que envolvem saúde mental - PubMed, BVS, Scielo e Google acadêmico - utilizando os descritores: Espiritualidade, Religiosidade, Psicologia da Religião, Experiências religiosas, Experiências espirituais, Experiências anômalas e psicoterapia; Spirituality, Spiritual, Religion, Religious, Religiosity, Psychology of Religion, Religious Studies, Study of Religion and psychotherapy - que forem úteis para alcançar os objetivos desse trabalho, além de Dissertações, teses, livros e artigos relacionados ao tema, inclusive aqueles encontrados a partir das referências existentes na literatura mencionada, que também serão considerados para discussão. Os idiomas para a pesquisa cobrirão o inglês e o português, de modo a atingir tanto a literatura internacional de referência, quanto as pesquisas no Brasil. Primeiramente será realizada uma leitura exploratória para verificar se a obra consultada interessa à pesquisa. Os critérios de inclusão consistirão em estudos originais que empreguem qualquer tipo de metodologia, desde estudos de caso a estudos observacionais e experimentais e bibliografia envolvendo artigos conceituais e revisões direcionados ao objeto da pesquisa. A partir da revisão de literatura serão elaborados um questionário on-line e um roteiro para entrevistas com os profissionais que relataram ter vivenciado alguma experiência, pessoal ou de seus pacientes na psicoterapia.

O questionário on-line, será enviado a grupos cujos integrantes sejam psicólogos clínicos (WhatsApp, Facebook, Instagram etc.) para realização de um primeiro levantamento e obtenção de dados para a pesquisa. Estes grupos serão escolhidos procurando-se alcançar respondentes na maior parte possível do território nacional, especialmente através de grupos de estudo sobre Psicologia da Religião e Psicologia Anomalística conhecidos no meio acadêmico e que tenham entre seus integrantes psicólogos clínicos. O profissional só poderá responder ao questionário após dar seu aceite no Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que antecederá as

Endereço: Rua Ministro Godoi, 969 - sala 63C, térreo do Prédio Reitor Bandeira de Mello
Bairro: Perdizes **CEP:** 05.015-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 **Fax:** (11)3670-8466 **E-mail:** cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 6.330.276

questões, sem esse aceite ele não terá acesso às perguntas. As respostas dadas ao questionário on-line serão sumariadas e os profissionais que responderem ter tido a ocorrência dessas experiências religiosas, espirituais, anômalas, em sua prática clínica, sejam elas vivências pessoais e/ou trazidas por seus pacientes, serão convidados, posteriormente, a serem entrevistados, para falar sobre essas experiências. Aceito o convite pelo profissional, será agendada entrevista on-line através da plataforma Microsoft Teams ou Google Meet, no dia e horário mais conveniente a eles. Após leitura e aceite dado ao TCLE responderão as perguntas, de acordo com roteiro semi estruturado, podendo descrever livremente suas experiências e o que considerarem mais relevante.

Serão objeto dos levantamentos, perfil sócio demográfico, formação, atuação profissional, R/E pessoal e respectivo impacto na prática clínica e, especialmente, os relatos de experiências R/DE/A. Os dados quantitativos serão analisados com estatística descritiva e os qualitativos com análise temática de conteúdo a partir das respostas e reflexões elaboradas pelos participantes (BARDIN, 2016). Esse trabalho será desenvolvido em cinco etapas: 1) Revisão de literatura; 2) Elaboração do questionário e roteiro da entrevista semiestruturada; 3) Envio dos questionários por redes sociais, recebimento e análise das respostas; 4) Realização de entrevistas com aqueles que tenham respondido ter tido algum tipo de experiência R/DE/A em sua prática clínica, pessoal e/ou relatada por seu paciente e se dispuserem a participar; 5) Discussão do material obtido nas duas frentes de coleta acima mencionadas, visando identificar, quantificar e caracterizar as principais experiências contidas nos relatos dos profissionais e o manejo utilizado por eles.

Critério de Inclusão:

Participarão da primeira fase deste estudo, envolvendo respostas ao questionário on-line enviado através das redes sociais e grupos de WhatsApp, psicólogos clínicos que estejam atuando ou tenham atuado profissionalmente no atendimento psicoterapêutico. Na segunda fase, participarão aqueles que, quando das respostas ao primeiro questionário, disseram ter recebido relatos de experiências religiosas, espirituais e/ou anômalas de seus pacientes e/ou terem vivido experiências pessoais durante seus atendimentos clínicos e aceitarem participar, sendo entrevistados. Como o foco do trabalho será a ocorrência de experiências religiosas, dissociativas espirituais e/ou anômalas, outras variáveis não serão consideradas durante a coleta de dados. Assim, desde que o profissional esteja ou tenha estado em atividade na área supracitada, não importará sua idade, sexo, tempo de formação ou nível social e econômico. Os critérios de

Endereço: Rua Ministro Godoi, 969 - sala 63C, térreo do Prédio Reitor Bandeira de Mello

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 6.330.276

inclusão serão: Ser maior de idade, ter concluído o curso de graduação em Psicologia, estar ou já ter estado habilitado junto ao Conselho Regional de Psicologia (CRP), ter experiência clínica como psicoterapeuta de jovens, adultos e/ou idosos e concordar, dando seu aceite no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na segunda parte da pesquisa, ter concordado em ser entrevistado, assinando o TCLE.

Metodologia de Análise de Dados:

Uma análise qualitativa crítica da evidência será conduzida, averiguando-se regularidades e disparidades na evidência, ao longo das culturas pesquisadas, a qualidade da metodologia e a sensibilidade dos métodos empregados na apreciação da dimensão cultural e religiosa dos participantes. Serão sumariados os principais achados da literatura, a par das limitações conceituais e metodológicas a serem superadas. As respostas daqueles que disserem não ter tido nenhuma experiência religiosa, dissociativa espiritual e/ou anômala (R/DE/A) na sua prática clínica, terão os demais dados sumariados e analisados estatisticamente. Serão objeto dos levantamentos: perfil sócio demográfico, formação, atuação profissional, Religiosidade, espiritualidade pessoal e respectivo impacto na prática clínica e, especialmente, os relatos de experiências R/DE/A. Os dados quantitativos serão analisados com estatística descritiva e os qualitativos com análise temática de conteúdo a partir das respostas e reflexões elaboradas pelos participantes (BARDIN, 2016). A pesquisa será finalizada com uma discussão sobre as implicações e contribuições dos achados para as inter-relações entre a psicologia da religião e o tratamento da saúde mental.

Desfecho Primário:

Identificação e caracterização das principais experiências religiosas, dissociativas espirituais e/ou anômalas (R/DE/A) relatadas por psicólogos e/ou seus pacientes durante o processo psicoterapêutico.

Desfecho Secundário:

Manejo realizado pelos profissionais psicólogos ao lidar com relatos e/ou vivências de experiências religiosas, dissociativas espirituais e/ou anômalas durante o processo psicoterapêutico de seus pacientes.

Tamanho da Amostra no Brasil: 100"

Endereço: Rua Ministro Godoi, 969 - sala 63C, térreo do Prédio Reitor Bandeira de Mello
Bairro: Perdizes **CEP:** 05.015-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 **Fax:** (11)3670-8466 **E-mail:** cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 6.330.276

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo principal desse trabalho será identificar e caracterizar as principais experiências religiosas, dissociativas espirituais e/ou anômalas (R/DE/A) relatadas por psicólogos e/ou seus pacientes durante o processo psicoterapêutico, além do manejo realizado por esses profissionais para lidar com essas experiências.

Objetivo Secundário:

Revisar e discutir os estudos existentes sobre essa temática, conceituando as experiências. Realizar uma pesquisa empírica para aferir quais são as experiências vividas pelos profissionais e/ou relatadas pelos pacientes no processo psicoterapêutico, além do manejo realizado por esses profissionais quando surgem essas experiências. Analisar e discutir criticamente os dados encontrados nessa pesquisa, de modo a investigar as possíveis implicações e contribuições para o trabalho desenvolvido pelos profissionais da psicologia. Refletir sobre como o conhecimento advindo desse estudo pode contribuir para uma discussão das relações entre religiosidade e saúde; Enfatizar a importância de que mais investigações sobre esse tema sejam realizadas em nosso país.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os procedimentos adotados na presente investigação: entrevistas sobre a prática profissional, não afetarão a saúde e a integridade física dos participantes. Poderão, em casos específicos nos quais o psicólogo se encontre em situação de fragilidade pessoal, afetá-los psicologicamente, caso estejam propensos e se sintam vulneráveis ao falar sobre sua atuação profissional. Nesse caso, receberão apoio psicológico por parte do psicólogo responsável pela pesquisa e terão o direito de interromper a sua participação no estudo a qualquer momento. Terão respeitada a sua decisão, caso não queiram abordar qualquer tema proposto. Não serão solicitados dados de identificação dos pacientes. Caso qualquer informação de identificação seja fornecida, a qualquer momento, ela será excluída como dado da pesquisa. O que será considerado como relevante são as narrativas das experiências dadas pelos profissionais participantes da pesquisa. A identidade dos participantes na pesquisa será omitida usando-se apenas pseudônimos.

Benefícios:

Os benefícios em participar da pesquisa centram-se principalmente no levantamento de dados

Endereço: Rua Ministro Godoi, 969 - sala 63C, térreo do Prédio Reitor Bandeira de Mello

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 6.330.276

sobre os relatos das experiências religiosas, espirituais e/ou anômalas na prática profissional. Os resultados, que ficarão disponíveis a todos os participantes, poderão gerar reflexões diante de sua própria prática profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo: "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo: "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo: "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A lista de documentos obrigatórios necessários a análise e revisão ética de seu projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/SP campus Monte Alegre (CEP-PUC/SP) é a seguinte:

1. Folha de Rosto - OK

STATUS = APROVADO

2. TCLE - OK

STATUS = APROVADO

3. Ofício de Apresentação - OK

STATUS = APROVADO

4. Projeto de Pesquisa - OK

STATUS = APROVADO

Endereço: Rua Ministro Godoi, 969 - sala 63C, térreo do Prédio Reitor Bandeira de Mello

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP**



Continuação do Parecer: 6.330.276

5. Autorização para realização da Pesquisa - OK

STATUS = APROVADO

6. Parecer de mérito acadêmico - OK

STATUS = APROVADO

Esta lista está disponível no site: www.pucsp.br/cometica/documentos-obrigatorios

Observação: aconselhamos que antes de qualquer procedimento de submissão na Plataforma Brasil, seja consultado o referido sítio, onde há vídeos tutoriais indicando o correto processo de submissão do projeto de pesquisa de acordo com as orientações do CEP-PUC/SP.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa, campus Monte Alegre da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - CEP-PUC/SP, aprova integralmente o parecer oferecido pelo(a) relator(a).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2157003.pdf	06/08/2023 18:11:20		Aceito
Outros	TCLE_Entrevista.pdf	06/08/2023 18:09:44	Edson Sigueyoshi Hamazaki	Aceito
Outros	Oficio_de_apresentacao_PUCSP.pdf	30/06/2023 23:44:53	Edson Sigueyoshi Hamazaki	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_OnLine.pdf	30/06/2023 22:33:21	Edson Sigueyoshi Hamazaki	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	30/06/2023 22:32:14	Edson Sigueyoshi Hamazaki	Aceito
Outros	ParecerUnidade.pdf	30/06/2023 19:03:06	Edson Sigueyoshi Hamazaki	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	30/06/2023 18:57:37	Edson Sigueyoshi Hamazaki	Aceito

Endereço: Rua Ministro Godoi, 969 - sala 63C, térreo do Prédio Reitor Bandeira de Mello
Bairro: Perdizes **CEP:** 05.015-001
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 **Fax:** (11)3670-8466 **E-mail:** cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 6.330.276

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 28 de Setembro de 2023

Assinado por:

Antonio Carlos Alves dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ministro Godoi, 969 - sala 63C, térreo do Prédio Reitor Bandeira de Mello

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br