

R E V I S T A

Saúde & Espiritualidade

#28 Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | 2021

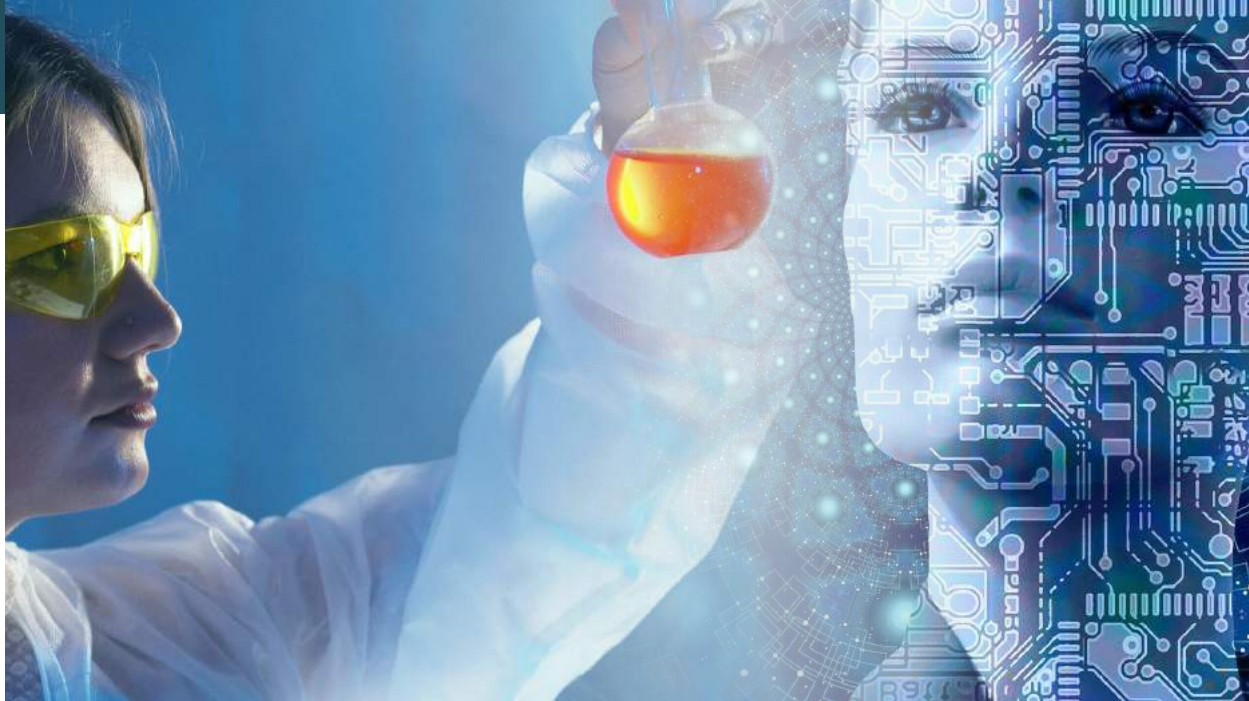
Obsessão é doença Mental?

Deteccção de
**alucinógenos
endógenos** e
experiências
mediúnicas

Efeito **placebo** e
suas implicações
na abordagem
não materialista

**Paradigma
médico-
acadêmico**

Editorial



À medida que a ciência vai descortinando a realidade do mundo espiritual, novos elementos relacionados à saúde humana vão sendo reconhecidos.

A pesquisa sobre a sobrevivência da alma e sua relação com o mundo material tem evidenciado a importância da ação dos Espíritos no psiquismo humano. Esses estudos são fundamentais para identificarmos a diferença entre os distúrbios mentais e a mediunidade, assim como para trazer novos conhe-

cimentos no campo da obsessão.

Acreditamos que, no futuro, a obsessão será reconhecida pela ciência médica e catalogada nos livros de patologia como uma das mais graves doenças que acomete a humanidade, estando na origem de várias situações difíceis e complexas da vida humana.

Da mesma forma que a medicina se debruça para conhecer e tratar as inúmeras doenças físicas e emocionais, é imprescindível aprofundarmos o conhecimento sobre a obsessão, entendendo as suas causas e buscando a forma mais eficaz de tratamento e prevenção dessa séria enfermidade da alma.

Gilson Luís Roberto

Saúde & Espiritualidade é uma publicação da Associação Médico-Espírita do Brasil (AME-Brasil).

Diretoria AME-Brasil - Biênio 2019-2021:

Presidente: Gilson Luís Roberto

Vice-presidente: Roberto Lúcio Vieira de Souza

1º Secretário: Jorge Cecílio Daher Júnior

2º Secretário: Carlos Roberto Souza de Oliveira

1ª Tesoureira: Márcia Regina Colasante Salgado

2ª Tesoureira: Paulo Rogério Dalla Colletta Aguiar

Conselho Editorial: Departamento de Comunicação AME-Brasil

Jornalista Responsável: Giovana Campos

Revisão Textual: Gaia Revisão Textual

Planejamento Gráfico: Dimitrius Gutierrez (JiMyM4rt3)

Os artigos assinados são de inteira responsabilidade de seus autores.

Associação Médico-Espírita do Brasil - Av. Pedro Severino, 323 - Jabaquara - São Paulo/SP - CEP: 04310-060 amebrasil@amebrasil.org.br



Seja um sócio correspondente

Com o objetivo de ampliar cada vez mais o Movimento Médico-Espírita no mundo, a AME-Internacional está abrindo espaço para a participação de sócios correspondentes.

Essa é uma forma de todos colaborarem, enviando-nos notícias, textos e pesquisas, visando assim estreitar o relacionamento entre nós.

Contamos com a sua participação ativa na ampliação do Movimento Médico-Espírita e na implantação de novos paradigmas para a ciência. Participe!

Cadastre-se já, acessando o site: www.amebrasil.org.br/sociocorrespondente.html
Outras informações na Associação Médico-Espírita do Brasil - Telefax: 55 11 5585-1703

LINKS PELO MUNDO

Confederação Espírita Colombiana
www.confecol.org

Allan Kardec Studien - und Arbeitsgruppe
ALKASTAR e.V. - Rutenweg 3
37154 - Northeim - Alemanha
Tel.: 00 49 5111 914 95 02
www.alkastar.de
www.kongress-psychomedizin.com
www.psychomedizin.com

Movimento Espírita Francofônico
www.lmsf.org

British Union of Spiritist Societies
www.buss.org.uk

Grupo Espírita Batuíra
Editora Verdade e Luz
Email: vendas@verdadeluz.com
URL: <http://www.verdadeluz.com>
Telefone (351) 21 412 1062
Telemóvel (351) 21 412 3337
Fax: (351) 412 3338
Morada: Rua Marcos Portugal 12A
1495-091 - Algés - Portugal

ONDE ENCONTRAR LIVROS

ALEMANHA

Editora Lichttropfen
Lichttropfen Verlag
Rutenweg 3
37154 - Northeim - Alemanha
Telefone: 00 49 5551 914 95 02
www.lichttropfen-verlag.de

REINO UNIDO - LONDRES
www.roundtablepublishing-uk.com
www.buss.org.uk

ITÁLIA

e-mail: tinapt@tiscalinet.it

LUXEMBURGO

allankardeclux@yahoo.fr

POLÔNIA

E-mail: przemekgrzybowski@poczta.onet.pl
(contato em inglês, esperanto e polaco)

Editora Rivail
www.rivail.pl - konrad.jerzak@rivail.pl
(contato em polonês, esperanto, inglês, francês, português, espanhol)

ESTÔNIA

e-mail: august.kik@mail.ee

FRANÇA

Conseil Spirite Français
www.spiritisme.org
e-mail: ca@conseil-spirite.fr

SUÉCIA

e-mail: 4bergman@telia.com
Cidinha Bergman

NORUEGA

e-mail: geeak@chello.no
www.geocities.com/athens/oracle/8299

LIVROS DO CEI NA EUROPA

Edicei-Suisse - www.edicei.ch
Edicei-Europa - www.edicei.eu

EUA

www.ediceiofamerica.com
e-mail: andrea.marshall@edicei.com

Sumário

07



**Oliver
Lodge**

23



**“A culpa e a mágoa como
fixações mentais se
expressam pela ausência
do autoperdão e
do perdão”**



11

Obsessão é
**doença
mental?**



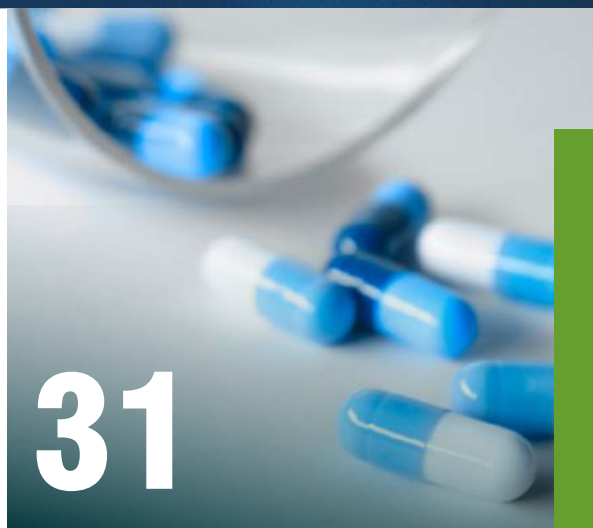
13

Os campos do modelo
médico-espírita
para mudar o paradigma
médico-acadêmico



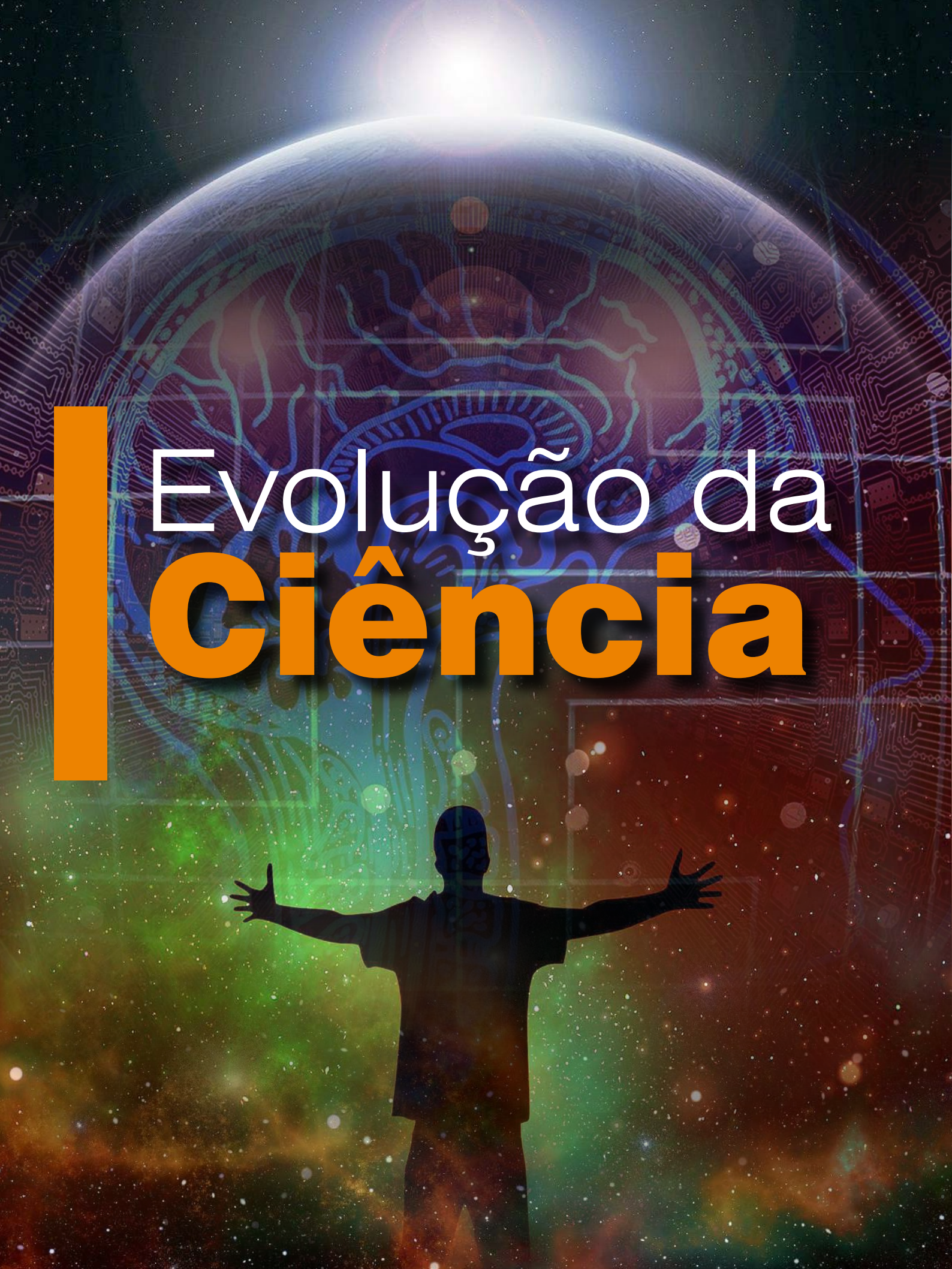
29

Comparando a **detecção**
de **alucinógenos** em indivíduos
com e sem **experiências**
mediúnicas



31

Efeito placebo e suas
implicações para
uma abordagem
não materialista
do problema
mente-cérebro



Evolução da **Ciência**

A close-up, sepia-toned portrait of Oliver Lodge, an elderly man with a full, white beard and mustache, looking slightly to the left. The image is the background for the top half of the page.

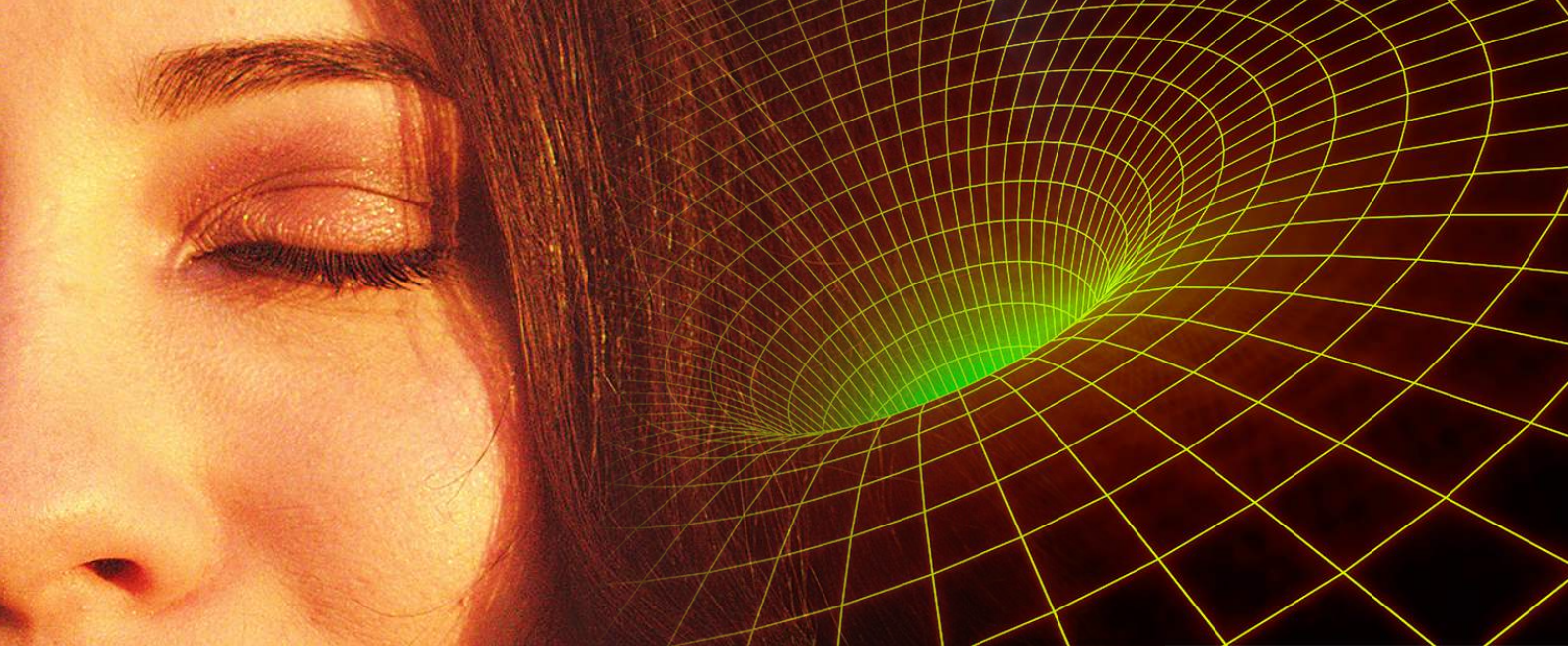
Oliver Lodge

Marco Aurélio Vinhosa Bastos Jr.

Oliver Joseph Lodge foi um físico inglês, nascido em 12 de junho de 1851 (Penkull, Staffordshire) e falecido em 22 de agosto de 1940 (Amesbury – Inglaterra). Fez contribuições importantes no campo da Física, especificamente da radiotelegrafia e do eletromagnetismo. Foi o primeiro cientista a enviar mensagens por telégrafo sem fio e inventou o *coherer*, primeiro dispositivo detector de ondas eletromagnéticas, que representou relevante papel no desenvolvimento da radiofonia. Especializou-se em Física no *University College*, de Londres, mas na maior parte de sua vida lecionou nas universidades de Liverpool (1881-1900) e Birmingham (1900-1919). Ao longo de toda sua carreira, presidiu diversas sociedades acadêmicas e recebeu muitas condecorações e prêmios por suas contribuições científicas e pedagógicas. Em 1902, foi feito cavaleiro (recebeu o título de “Sir”) pelo rei Eduardo VII. Uma das suas principais teorias científicas foi a do éter, substância universal que preencheria o espaço mediando a

transmissão de energias entre os corpos materiais e a distância.

Certa vez, em 1883, após insistência de seus amigos Frederic Myers e Edmund Gurney, Lodge concordou em atuar como árbitro isento num experimento para investigação da suposta capacidade de comunicação por telepatia de duas funcionárias de uma indústria têxtil de Liverpool. No ano anterior, Myers e Gurney tinham fundado, em Londres, a Sociedade para Pesquisas Psíquicas (*Society for Psychical Research – SPR*). Os resultados da pesquisa chamaram a atenção de Lodge, que decidiu realizar novo experimento a respeito, dessa vez elaborado por ele mesmo. Após o término de tal experimento, Lodge ficou convencido sobre a autenticidade do fenômeno e passou a refletir que, se o pensamento podia ser percebido de outra maneira que não pelos sentidos tradicionais, a consciência que os produziu poderia existir de forma independente do cérebro e que o pensamento (assim como outras energias físicas invisíveis) também poderia viajar pelo éter.



Desde então, Lodge passou a se interessar pelo estudo dos fenômenos metafísicos e, em 1884, se associou à SPR, passando a integrar um comitê para estudo de fenômenos psíquicos dessa sociedade, no âmbito do qual examinou centenas de relatos de fenômenos mentais anômalos. Sua função era avaliar como os fenômenos pesquisados se relacionavam com as leis conhecidas da Física.

Em 1889, os acontecimentos levaram Lodge a mergulhar mais profundamente no campo das pesquisas psíquicas. Ele precisou substituir o amigo Frederic Myers na supervisão de sessões mediúnicas (*séance*) de pesquisa pela médium americana Leonora Piper, que havia sido enviada à Inglaterra pelo médico psiquiatra americano William James, para avaliação pela SPR. Devido às muitas informações objetivas fornecidas pela médium sobre fatos aos quais ela não poderia ter tido acesso por meios comuns, Lodge ficou convencido sobre a realidade da sobrevivência da consciência após a morte do corpo físico e sobre a capacidade que alguns médiuns em transe teriam de se comunicar com tais consciências e de transmitir informações fornecidas por eles.

Anos mais tarde, em 1894, Lodge foi convidado pelo eminente médico fisiologista francês Charles Richet para participar de um experimento de investigação da médium de efeitos

físicos Eusapia Palladino, experimento este que teve lugar em um casebre afastado das grandes cidades, em uma ilha no mar Mediterrâneo – *Ile Roubaud*. Lodge ficou profundamente impressionado com os fenômenos que lá testemunhou, indo desde transporte e levitação de pesadíssimos objetos do local sem qualquer contato, materialização de mãos e membros extranumerários (compostos por um material esbranquiçado denominado por Richet de ectoplasma) a partir do corpo da médium e que interagiam com os pesquisadores, comunicação por voz direta, entre outros.

Lodge tudo descrevia em seus relatórios para a SPR, e esses fatos do campo do espiritualismo que presenciou o influenciavam na escrita de suas teorias científicas do éter, nas quais ele afirmava que, além da existência de forças e movimento atuando sobre a matéria, outros agentes preponderantes atuavam sobre ela (embora frequentemente ignorados pelos físicos): a mente e a vida. Com essas suas teorias, de certa forma, Lodge antecipou as descobertas de Einstein sobre a importância do observador para os experimentos da Física. Apesar disso, nem todos concordavam com seus escritos, e Lodge sofria críticas por outros físicos, principalmente os da escola francesa, de que suas teorias eram por demais empíricas e que careciam de embasamento matemático.

Oliver Lodge enfatizava que os cientistas deveriam se expressar de forma simples, de maneira a serem compreendidos pelo maior número possível de pessoas. Frequentemente realizava exposições públicas de seus experimentos no campo da Física, com grande sucesso. Escreveu diversos livros, abordando tanto as disciplinas de eletricidade, mecânica e eletromagnetismo, como também muitos livros voltados para a divulgação de suas ideias dos assuntos teológicos e metafísicos. Nestes, apesar de aceitar Deus como causa primária da matéria e da mente, se afastava da visão religiosa dogmática ou escolástica. Enfatizava a necessidade de uma fé raciocinada e, até como consequência de suas experiências com os fenômenos psíquicos e ideoplásticos, defendia a beleza do papel do ser humano como cocriador, a auxiliar a evolução da criação. Devido a esse ponto de vista, atraiu críticos também entre os religiosos mais radicais.

Em todo o mundo, o livro mais conhecido de Oliver Lodge é, sem dúvidas, *Raymond: uma prova da existência da alma* (*Raymond, or Life and Death*), publicado em 1916. Nessa obra, relata as comunicações estabelecidas por via mediúnica com seu filho Raymond, morto em 1915, em campo de batalha na França, quando atuava como soldado do exército britânico na Primeira Guerra Mundial. São descritas diversas situações, denominadas por Lodge como “episódios evidenciais”, em que considera que a sobrevivência da consciência de seu filho e sua comunicação por intermédio de médiuns constituem a única hipótese explicativa para as mensagens que recebeu. O livro rapidamente se tornou um *best-seller*, requerendo seis reedições em um mês, porém teve sua primeira edição em português no Brasil somente em 1939, com tradução por Monteiro Lobato. Reeditado em 1972, foi prefaciado por José Herculano Pires.

As obras de teor mais filosófico de Lodge, por exemplo, *O éter no espaço* (*The Ether of Space*) (1910), trazem uma visão profundamente holística de que, subjacente à estrutura da matéria e à consciência (que na matéria se assenta), está a energia divina que tudo dirige. Mente e matéria seriam extensões duais de uma única força geradora divina, o que explicaria a comunhão ininterrupta existente ao longo de todo o cosmo, ligando todas as transformações da matéria e todas as configurações da consciência. Os seres humanos, estruturados pela confluência das energias material e mental, seriam ao mesmo tempo corporificados e espirituais, criaturas e criativos, e evoluiriam livremente em um universo norteado por princípios, continuando a viver após a morte na permanência da memória divina.

A proposta de Oliver Lodge é virtuosa e segue inspiradora, até hoje, não apenas por resgatar a noção da ciência como a busca pela verdade, baseada em fatos, mas também por pleitear que o próprio conhecimento científico assuma um caráter mais profundo e completo, assumindo sua missão (ao invés de ignorá-la e negá-la) de investigar aspectos que são objeto de questionamento filosófico e espiritual do ser humano.

Referências

CARVALHO, A. C. P. *Os sábios e a sra. Piper: provas da comunicabilidade dos Espíritos*. São Paulo: Casa Editora O Clarim, 1986.

GREAN-RAIA, C. From ether theory to ether theology: Oliver Lodge and the physics of immortality. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, v. 43, n. 1, p. 19-43, 2007.

LODGE, O. J. *Raymond: uma prova da existência da alma*. 3. ed. São Paulo: Lake, 2012.

_____. *Por que creio na imortalidade da alma*. São Paulo: FEESP, 1982.



Abordagem **médico-espírita** na prática



Obsessão é doença mental?

Carlos Frias Neto

Há muitos anos, a humanidade tenta lidar com distúrbios psicológicos vários, das mais variadas formas. Não faz muito tempo que esses distúrbios eram vistos como eventos sobrenaturais ou sua interpretação e abordagem eram influenciados por superstições.

No início do século XIII, surgiram as primeiras unidades manicomiais, em geral com o objetivo de manter o indivíduo com distúrbios da mente internados e isolados da sociedade, e seus métodos terapêuticos não eram exatamente humanizados. Dentre algumas medidas terapêuticas, incluíam-se jatos de água com alta pressão (duchas), perfuração do crânio (trepanação), eletrochoques sem suporte anestésico e a famigerada lobotomia.

No Brasil, as primeiras unidades manicomiais surgiram no final do século XIX, e os serviços oferecidos seguiam os mesmos moldes das suas referências europeias. Uma instituição que ficou famosa (negativamente) foi o Hospital Psiquiátrico de Barbacena (ou Hospital Colônia). Estimava-se que nessa instituição, devido a diversos métodos terapêuticos não seguros e aos maus-tratos, aproximadamente 60 mil mortes ocorreram.

Infelizmente, grande parte dos indivíduos que sofreram esses tratamentos desumanos apresentava muito mais que um distúrbio cerebral neuroquímico, pois havia também um componente espiritual.



Em *O livro dos médiuns*, na questão 6, Kardec pergunta: “A subjugação corpórea, chegada a certo grau, poderá levar à loucura?” No que os Espíritos respondem: “Sim, a uma espécie de loucura cuja causa o mundo desconhece, mas que não tem relação alguma com a loucura comum. *Entre os que são tidos por loucos, muitos são apenas subjugados.* Precisariam de um tratamento moral, e não de tratamentos corpóreos, pois que com estes os tornamos verdadeiros loucos. Quando os médicos conhecerem bem o Espiritismo, saberão fazer essa distinção e curarão mais doentes do que com as duchas”. Os Espíritos deixam bem claro nessa citação a importância do componente espiritual no que era simplificado apenas como “loucura”.

Joanna de Ângelis, quando discorre acerca do transtorno depressivo, na obra *Entrega-te a Deus*, diz: “Na raiz do transtorno depressivo, existe sempre uma *psicogênese de caráter obsessivo*, resultante da infeliz conduta anterior da atual vítima [...]”. Na obra *Vitória sobre a depressão*, a veneranda nos esclarece: “Podemos mesmo asseverar que, na maioria dos transtornos depressivos, a causa apresenta-se como de natureza espiritual, ou após desencadeada pelos fenômenos orgânicos – psicológicos ou fisiológicos – *torna-se mais complexa* em razão da influência perniciosa dessas personalidades desencarnadas”.

Assim, Joanna de Ângelis detalha mais os mecanismos dos transtornos psicológicos e psiquiátricos, ao deixar claro como um transtorno neuroquímico se sobrepõe ao componente espiritual. Da mesma forma, tal processo se apresenta em outras patologias mentais.

Sérgio Felipe de Oliveira, médico psiquiatra e membro da Associação Médico-Espírita de São Paulo, na revista *Folha Espírita* de 2004, afirma: “Na verdade, temos de discriminar no diagnóstico qual o papel da obsessão espiritual na doença que a pessoa está vivendo, já que *todo transtorno psicótico como a esquizofrenia possui o componente obsessivo-espiritual*”.

Para um tratamento adequado dessas patologias, é essencial que se associe o tratamento médico e psicológico ao tratamento espiritual, incluindo-se neste último as psicoterapias do amor, da prece, da caridade, da paciência e da resignação como medicamentos indispensáveis.

Nesse sentido, o horizonte nos traz grandes evoluções, na medida em que, além de evoluções nas medicações, nas técnicas psicoterápicas, nos modelos de internação, a medicina e a psicologia têm considerado as crenças religiosas e a fé como parcelas importantes no tratamento. É relevante nos lembrarmos que: “Mais importante do que tratar obsessões, é sempre melhor preveni-las, envidando esforços contínuos relacionados à prática do bem e à melhoria moral” (*Mediunidade: estudo e prática - programa I*).

Carlos Frias Neto
é presidente
da Associação
Médico-Espírita
do Maranhão.



Os campos do modelo **médico-espírita** para mudar o paradigma **médico-acadêmico**

Marcelo Saad

Mudanças de paradigma em ciência e em medicina

A ciência está em constante evolução. Com a descoberta de novos fatos, alguns conceitos vigentes podem ser revistos e, de acordo com a necessidade, podem ser modificados ou substituídos. Alguns exemplos de mudanças conceituais são bastante contundentes. O trabalho de anatomia de Andreas Vesalius, na metade do século XVI, corrigiu erros no sistema de Galeno, criado séculos antes e tido como verdade absoluta. No início do século XX, o modelo relativista de Einstein e a mecânica quântica complementaram a mecânica clássica de Newton.

Na medicina também ocorrem revisões e substituições de conceitos básicos. Nas últimas décadas, a experiência de cuidado à saúde evoluiu de um cuidado centrado na doença (hospital como “garagem biológica”) para um modelo de cuidado centrado no paciente (processo de humanização) e, mais recentemente, um cuidado centrado na pessoa (processo de personalização).

Muitos conceitos não faziam parte da medicina até há algumas décadas, mas hoje são importantes diferenciais de qualidade. Alguns exemplos:

- a associação entre espiritualidade-religiosidade e saúde física e mental;
- a medicina integrativa, valorizando o paciente como ser biopsicossocial;
- a incorporação de muitas terapias complementares como práticas oficiais;
- o empoderamento do paciente, com respeito às suas preferências e necessidades;
- “optimal healing environment” (ambiente propício à cura), modificando hospitais;
- “slow medicine”, um movimento de resgate às boas práticas médicas.

As ciências da saúde, como qualquer campo acadêmico, precisam de paradigmas para norteá-las, para isso o termo “paradigma” deve

ser bem entendido, pois tem sido usado ostensivamente em diversos contextos. Paradigma (do grego *παράδειγμα*) significa exemplo. O termo “paradigma” foi introduzido na Ciência por Thomas Kuhn (1962), físico e filósofo norte-americano. Nesse sentido, paradigma é um modelo, padrão, norma, referência ou mapa, útil em determinado contexto. Ele estabelece limites e serve de modelo para novas pesquisas, assim como pode decidir se um determinado problema é científico ou não.

Da mesma forma, a expressão “mudança de paradigma” foi introduzida por Thomas Kuhn (1962). O ciclo de Kuhn para as mudanças de paradigma (Figura 1) deixa claro que a dinâmica é constante e prevê as seguintes etapas:

- ciência normal – um paradigma estabelecido guia os experimentos;
- modelo oscila – surgem resultados anômalos em alguns experimentos;
- modelo em crise – avolumam-se as anomalias, desafiando o modelo;
- revolução no modelo – faz-se uma reavaliação de conceitos;
- novo paradigma – estabelece-se mudança nas práticas científicas.

Hoje, alguns estudiosos e pesquisadores antecipam a necessidade de uma transição para um novo paradigma científico que inclua elementos não materiais da consciência (Beauregard *et al.*, 2014). Atualmente, o modelo médico-científico talvez esteja passando pela segunda etapa do ciclo de Kuhn. Estudos metodologicamente corretos têm documentado que fenômenos desconcertantes parecem contrariar o senso comum da realidade. Alguns exemplos incluem curas inexplicáveis (cirurgia espiritual), recepção anômala de informações (mediunidade) e consciência independente do cérebro (experiência de quase morte, memórias de vidas passadas). Muitas práticas antigas, tradições religiosas e abordagens contemplativas têm suas concepções para explicar tais fenômenos. Entre elas, destaca-se o Espiritismo.

O modelo médico-espírita

O Espiritismo se manifesta em diversas atividades nos centros espíritas: educação doutrinária, assistência espiritual-religiosa, assistência social-material, entre outras. Apesar disso, muitos frequentadores buscam o Espiritismo devido a problemas de saúde física e mental,

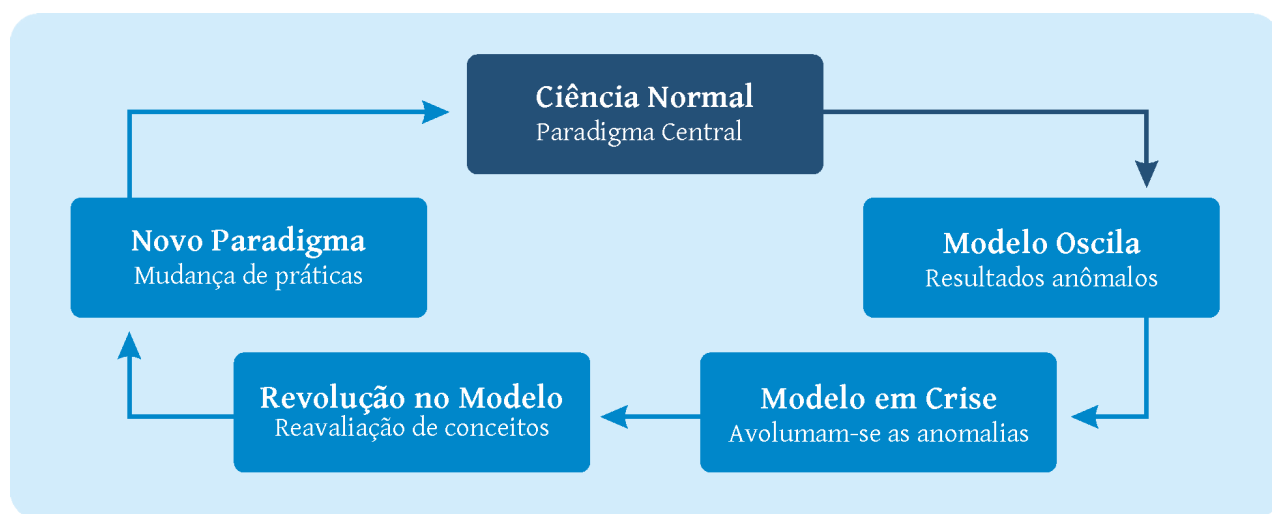


Figura 1 – O ciclo de Kuhn para as mudanças de paradigma
Fonte: o autor.



o que mostra que os centros espíritas são um importante sistema suplementar de apoio à saúde, havendo assim uma nítida e forte relação entre os preceitos espíritas e as propostas de cuidados da saúde.

Há cinco décadas, essa relação levou um grupo de médicos a criar a Associação Médico-Espírita de São Paulo (AME-SP), em 30 de março de 1968. A história de sucesso dessa iniciativa é bem conhecida. Esse ideal médico-espírita foi inspirando, ao longo dos anos, a criação de outras AMEs regionais pelo Brasil. Em 1995, foi criada a AME-Brasil com o intuito de agregar todas as AMEs existentes até então. Posteriormente, esse ideal venceu fronteiras internacionais com a fundação da AME-Internacional, em 1999, que tem realizado eventos e estimulado a fundação de outras instituições com os mesmos interesses em vários países das Américas e da Europa.

O ideal médico-espírita tem como objetivos a integração e aplicação da interface entre a medicina e a Doutrina Espírita, assim como uma mudança para uma medicina mais humanizada. Muito se fala no “paradigma médico-espírita”, porém talvez melhor seria usar a expressão “modelo médico-espírita” de visão do homem e de proposta de tratamento, ou seja: “O conjunto de campos de estudo do ideal médico-espírita que podem contribuir para a mudança de paradigma nas ciências da saúde”.

O modelo médico-espírita possui muitos argumentos que podem contribuir para acelerar o avanço para um novo paradigma da medicina. Se entendermos o paradigma médico-espírita dentro da sugestão de síntese acima, o

passo seguinte pode ser delimitar os campos do modelo médico-espírita. Dessa forma, eles poderão ser analisados individualmente quanto ao progresso nas pesquisas e quanto à necessidade de mais investimento para seu desenvolvimento.

Sugestão de classificação dos campos

Para efeito de classificação didática, propomos neste artigo continuar um trabalho anterior (Saad; Medeiros, 2017) de arranjar o modelo médico-espírita em campos maiores de assuntos: espiritualidade e saúde física; espiritualidade e saúde mental; natureza da consciência; inserção acadêmica e clínica; tratamentos espíritas; pilares espíritas e medicina; e humanidades médico-espíritas. O Quadro 1, a seguir, apresenta essa proposta, listando esses campos, cada um deles com algumas categorias com uma breve descrição de cada uma, e complementando com algumas publicações relacionadas a esses assuntos de colaboradores das AMEs. Importante ressaltar que nem todas as publicações estão aqui relacionadas, pois não haveria espaço para uma lista completa de publicações desses autores.

Essa proposta de classificação do modelo médico-espírita, naturalmente imperfeita por seu ineditismo, deverá ser ainda aperfeiçoada em revisões futuras. Destacamos que sempre haverá sobreposição de temas, visto que a proposta não é engessar um modelo hermético, mas, sim, facilitar a comunicação e a troca de experiências. O objetivo foi alinhar o conceito de “paradigma médico-espírita”, com mente aberta, para acelerar o diálogo com a ciência acadêmica.

CAMPO	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS
Pilares espíritas e medicina	Ciência espírita: física dos fenômenos, corpos sutis, outros	Aplicação do aspecto científico do Espiritismo no cuidado à saúde	[1, 2, 3]
	Filosofia espírita: aborto, eutanásia, relação humanos-animais, outros	Aplicação do aspecto filosófico do Espiritismo no cuidado à saúde	[4, 5, 6]
	Religião espírita: capelania hospitalar espírita, outros	Aplicação do aspecto religioso do Espiritismo no cuidado à saúde	[7, 8, 9]
Espiritualidade e saúde física	Mecanismos de ação da relação espiritualidade-saúde	Psiconeurofisiologia, fatores congregacionais e comportamentais	[10, 11, 12]
	Efeitos específicos: longevidade, biomarcadores, outros	Componentes da saúde em que esse conhecimento poderia ser mais aplicável	[13, 14, 15]
	Focos específicos: oncologia, geriatria, outros	Grupos de pacientes em que esse conhecimento poderia ser mais aplicável	[16, 17, 18]
Espiritualidade e Saúde mental	Sufrimento, significado, enfrentamento, qualidade de vida	Aplicação direta do aspecto consolador do Espiritismo para a transcendência	[19, 20, 21]
	Psiquiatria e psicologia: diagnósticos e abordagens	Novas visões sobre esquizofrenia, transtornos dissociativos etc.	[22, 23, 24]
	Focos específicos: drogadição, suicídio, depressão, outros	Grupos de pacientes em que esse conhecimento poderia ser mais aplicável	[25, 26, 27]
Natureza da consciência	Conceptualização da hierarquia mente-cérebro-Espírito	Alternativas ao modelo materialista no qual a mente é produto do cérebro	[28, 29, 30]
	Fenomenologia: transe, mediunidade, outros	Visões espíritas sobre estados de consciência alterada	[31, 32, 33]
	Independência da consciência: memórias de vidas passadas, experiência de quase morte, outras	Em suma, a demonstração da existência do Espírito	[34, 35, 36]

CAMPO	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS
Inserção Acadêmico-universitária	Espiritualidade-religiosidade na graduação e pós-graduação	Ensinar aos profissionais da saúde a dimensão espiritual do paciente	[37, 38, 39]
	Conceituação de espiritualidade, religiosidade, outros	Colaboração transdisciplinar para universalização desses termos	[40, 41, 42]
	Modelos de pesquisa em espiritualidade-religiosidade	Desenhos e instrumentos que respeitem a natureza do assunto	[43, 44, 45]
Inserção na prática clínica	Espiritualidade-religiosidade em protocolos e rotinas	Exploração da dimensão espiritual do paciente para promover sua saúde	[46, 47, 48]
	Iniciativas de saúde em instituições religiosas-espirituais	Suporte médico às necessidades dos frequentadores dos centros espíritas	[49, 50, 51]
	Espiritualidade-religiosidade do profissional de saúde	Impacto dessa dimensão em sua prática e em sua vida	[52, 53, 54]
Terapia complementar espírita	Intervenções gerais: passe, fluidificação da água, outras	Técnicas amplamente utilizadas nos centros espíritas	[55, 56, 57]
	Intervenções especiais: cirurgia espiritual, cura a distância, outras	Técnicas oferecidas por alguns centros espíritas	[58, 59, 60]
	Interface com homeopatia, acupuntura, meditação, outros	Intercâmbio de conceitos e abordagens sobre aspectos sutis da saúde	[61, 62, 63]

Quadro 1 – Proposta de classificação do modelo médico-espírita em campos e suas categorias, com alguns exemplos de publicações

Algumas iniciativas não relacionadas a publicações em revistas científicas merecem destaque. Por exemplo: em 2016, o Núcleo de Medicina Veterinária e Espiritualidade da AME-SP teve participação na decisão do Supremo Tribunal Federal, proibindo a prática da vaquejada, que envolve maus-tratos e crueldade para com os animais, com a apresentação do parecer técnico redigido pela Dra. Irvênia L. S. Prada. Também ressaltamos os diversos livros publicados pelo selo editorial próprio AME-Brasil.



Em suma

O presente artigo introduz a expressão “modelo médico-espírita de visão do homem e de proposta de tratamento” e sugere sintetizá-la assim: “O conjunto de campos de estudo do ideal médico-espírita que podem contribuir para a mudança de paradigma nas ciências da saúde”. Finalmente, sugere dividir o modelo médico-espírita em sete campos, cada um deles com categorias: espiritualidade e saúde física; espiritualidade e saúde mental; natureza da consciência; inserção acadêmica e clínica; tratamentos espíritas; pilares espíritas e medicina; e humanidades médico-espíritas. O objetivo foi alinhar o conceito de “paradigma médico-espírita”, com mente aberta, para acelerar o diálogo com a ciência acadêmica. A classificação também ajudará a análise individual de cada campo quanto ao progresso nas pesquisas e à necessidade de mais investimento para seu desenvolvimento. Organizar os argumentos do modelo médico-espírita é o primeiro passo para que ele contribua para um novo paradigma acadêmico.

Referências

KUHN, T. S. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: The University Of Chicago Press, 1962.

BEAUREGARD, M.; SCHWARTZ, G. E.; MILLER, L.; DOSSEY, L.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; SCHLITZ, M.; SHELDRAKE, R.; TART, C. Manifesto for a post-materialist science. *Explore*, v. 10, n. 5, p. 272-274, 2014.

SAAD, M.; MEDEIROS, R. Potential Contribution of the Medical-Spiritist Model to a New Paradigm on Medicine. *International Journal of Complementary & Alternative Medicine*, v. 8, n. 3, p. 00262, 2017. Doi: 10.15406/ijcam.2017.08.00262.

Publicações do Quadro 1

1. LUCCHETTI, G.; DAHER, J. C. JR.; IANDOLI, D. JR.; GONÇALVES, J. P.; LUCCHETTI, A. L. Historical and cultural aspects of the pineal gland: comparison between the theories provided by Spiritism in the 1940s and the current scientific evidence. *Neuro Endocrinology Letters*, v. 34, n. 8, p. 745-755, 2013.

2. SECH JUNIOR, A.; ARAUJO, S. F.; MOREIRA-ALMEIDA, A. William James and psychical research: towards a radical science of mind. *History of Psychiatry*, v. 24, n. 1, p. 62-78, 2013. Doi: 10.1177/0957154X12450138.

3. IANDOLI, Jr. D. *Da alma ao corpo físico*. São Paulo: AME-Brasil, 2016.

4. PRADA, I. L. S. *A alma dos animais*. Campos do Jordão, SP: Mantiqueira, 1997.

5. PRADA, I. L. S. *A questão espiritual dos animais*. São Paulo: FE Editora, 2005.

6. A VIDA do anencéfalo: aspectos científicos, religiosos e jurídicos. São Paulo: AME-Brasil, 2009

7. ANEFALOS, A.; SILVA, W. A.; PINTO, R. M.; FERRARI, R. D. BONI, A. F.; SANTOS, H. G.; DUARTE, C. B. Experience of the Spiritist Hospital Chaplaincy Service: A Retrospective Study. *Journal of Religion and Health*, v. 55, n. 3, p. 909-917, 2015.

8. SAAD, M.; LUCCHETTI, G.; PERES, M. F.; MEDEIROS, R. Toward the Concept of 'Spiritist Chaplaincy'. *Journal of Religion and Health*, v. 54, n. 4, p. 1460-1469, 2015. Doi: 10.1007/s10943-015-0011-z.

9. NOVAES, P. B. (Org.). *Capelania hospitalar espírita – teoria e prática*. São Paulo: AME-Brasil, 2016.

10. MOREIRA-ALMEIDA A. Religion and health: the more we know the more we need to know. *World Psychiatry*, v. 12, n. 1, p. 37-38, 2013. Doi: 10.1002/wps.20009.

11. CORRÊA, A. A.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; MENEZES, P. R.; VALLADA, H.; SCAZUFCA, M. Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 33, n. 2, p. 157-164, 2011.

12. PERES, M. F. P.; KAMEI, H. H.; TOBO, P. R.; LUCCHETTI, G. Mechanisms Behind Religiosity and Spirituality's Effect on Mental Health, Quality of Life and Well-Being. *Journal of Religion & Health*, v. 57, n. 5, p. 1842-1855, 2017. Doi: 10.1007/s10943-017-0400-6.

13. LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. G.; BADAN-NETO, A. M.; PERES, P. T.; PERES, M. F.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; GOMES, C.; KOENIG, H. G. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *Journal of Rehabilitation Medicine*, v. 43, n. 4, p. 316-322, 2011. Doi: 10.2340/16501977-0784.

14. LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 48, n. 3, p. 199-215, 2014. Doi: 10.2190/PM.48.3.e.

15. SAAD, M.; MEDEIROS, R. The Continuum of Mind-Body Interplay – From Placebo Effect to Unexplained Cures. *Medical Science & Healthcare Practice*, v. 1, n. 1, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.22158/mshp.v1n1p1>.

16. LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; BASSI, R. M.; NASRI, F.; NACIF, S. A. D. P. The elderly and their spirituality: impact on different aspects of aging. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 14, n. 1, p. 159-167, 2011.
17. LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; KOENIG, H. G. Impact of spirituality/religiosity on mortality: comparison with other health interventions. *Explore*, v. 7, n. 4, p. 234-238, 2011. Doi: 10.1016/j.explore.2011.04.005.
18. LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; PERES, M. F. Religiousness and headache: is there a relation? Results from a representative sample of adults living in a low-income community. *Cephalalgia*, v. 35, n. 3, p. 240-247, 2015. Doi: 10.1177/0333102414539054
19. VITORINO, L. M.; LUCCHETTI, G.; SANTOS, A. E.; LUCCHETTI, A. L.; FERREIRA, E. B.; ADAMI, N. P.; VIANNA, L. A. Spiritual Religious Coping is Associated with Quality of Life in Institutionalized Older Adults. *Journal of Rehabilitation Medicine*, v. 55, n. 2, p. 549-559, 2016. Doi: 10.1007/s10943-015-0148-9.
20. BRAGHETTA, C. C.; SANTANA, G. P.; CORDEIRO, Q.; RIGONATTI, S. P.; LUCCHETTI, G. Impact of a near-death experience and religious conversion on the mental health of a criminal: case report and literature review. *Trends Psychiatry Psychother*, v. 35, n. 1, p. 81-84, 2013. Doi: 10.1590/S2237-60892013000100010.
21. MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 36, n. 2, p. 176-182, 2014.
22. MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO, F. L.; CARDEÑA, E. Comparison of Brazilian Spiritist mediumship and dissociative identity disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 196, n. 5, p. 420-424, 2008. Doi: 10.1097/NMD.0b013e31816ff3a1.
23. MOREIRA-ALMEIDA, A. Differentiating spiritual from psychotic experiences. *British Journal of Psychiatry*, v. 195, n. 4, p. 370-371, 2009. Doi: 10.1192/bjp.195.4.370.
24. MOREIRA-ALMEIDA, A. Implications of spiritual experiences to the understanding of mind-brain relationship. *Asian Journal of Psychiatry*, v. 6, n. 6, p. 585-589, 2013. Doi: 10.1016/j.ajp.2013.01.006.
25. MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F. Spiritist views of mental disorders in Brazil. *Transcult Psychiatry*, v. 42, n. 4, p. 570-595, 2005.
26. LUCCHETTI, G.; AGUIAR, P. R.; BRAGHETTA, C. C.; VALLADA, C. P.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; VALLADA, H. Spiritist psychiatric hospitals in Brazil: integration of conventional psychiatric treatment and spiritual complementary therapy. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 36, n. 1, p. 124-135, 2012. Doi: 10.1007/s11013-011-9239-6.
27. LUCCHETTI, A. L.; PERES, M. F.; VALLADA, H. P.; LUCCHETTI, G. Spiritual Treatment for Depression in Brazil: An Experience From Spiritism. *Explore*, v. 11, n. 5, p. 377-386, 2015.
28. SLEUTJES, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; GREYSON, B. Almost 40 years investigating near-death experiences: an overview of mainstream scientific journals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 202, n. 11, p. 833-836, 2014. Doi: 10.1097/NMD.0000000000000205.
29. DAHER JR., J. C.; DAMIANO, R. F.; LUCCHETTI, A. L.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Research on Experiences Related to the Possibility of Consciousness Beyond the Brain: A Bibliometric Analysis of Global Scientific Output. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 205, n. 1, p. 37-47, 2017. Doi: 10.1097/NMD.0000000000000625.
30. SANTOS, C. S. D.; PAIVA, B. S. R.; LUCCHETTI, A. L. G.; PAIVA, C. E.; FENWICK, P.; LUCCHETTI, G. End-of-life experiences and deathbed phenomena as reported by Brazilian healthcare professionals in different healthcare settings. *Palliat Support Care*, v. 15, n. 4, p. 425-433, 2017. Doi: 10.1017/S1478951516000869.
31. ROCHA, A. C.; PARANÁ, D.; FREIRE, E. S.; LOTUFO NETO, F.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Investigating the fit and accuracy of alleged mediumistic writing: a case study of Chico Xavier's letters. *Explore*, v. 10, n. 5, p. 300-308, 2014. Doi: 10.1016/j.explore.2014.06.002.

32. BASTOS JR., M. A. V.; BASTOS, P. R. H. O.; GONÇALVES, L. M.; OSORIO, I. H. S.; LUCCHETTI, G. Mediumship: review of quantitative studies published in the 21st century. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 42, n. 5, p. 129-138, 2015. Doi: 10.1590/0101-60830000000063.
33. PERES, J. F.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; CAIXETA, L.; LEAO, F.; NEWBERG, A. Neuroimaging during trance state: a contribution to the study of dissociation. *PLoS One*, v. 7, n. 11, p. e49360, 2012. Doi: 10.1371/journal.pone.0049360.
34. TUCKER, J. B. Children's reports of past-life memories: a review. *Explore*, v. 4, n. 4, p. 244-248, 2008. Doi: 10.1016/j.explore.2008.04.001.
35. LUCCHETTI, G.; CAMARGO, L. S.; LUCCHETTI, A. L.; SCHWARTZ, G. E.; NASRI, F. Rare medical conditions and suggestive past-life memories: a case report and literature review. *Explore*, v. 9, n. 6, p. 372-376, 2013. Doi: 10.1016/j.explore.2013.08.003.
36. TUCKER, J. B. The Case of James Leininger: An American Case of the Reincarnation Type. *Explore*, v. 12, n. 3, p. 200-207, 2016. Doi: 10.1016/j.explore.2016.02.003.
37. LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; ESPINHA, D. C.; OLIVEIRA, L. R.; LEITE, J. R.; KOENIG, H. G. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Medical Education*, v. 12, p. 78, 2012. Doi: 10.1186/1472-6920-12-78.
38. LUCCHETTI, G.; OLIVEIRA, L. R.; KOENIG, H. G.; LEITE, J. R.; LUCCHETTI, A. L. SBRAME Collaborators. Medical students, spirituality and religiosity--results from the multicenter study SBRAME. *BMC Medical Education*, v. 13, p. 162, 2013. Doi: 10.1186/1472-6920-13-162.
39. GONÇALVES, L. M.; OSÓRIO, I. H.; OLIVEIRA, L. L.; SIMONETTI, L. R. REIS, E.; LUCCHETTI, G. Learning from Listening: Helping Healthcare Students to Understand Spiritual Assessment in Clinical Practice. *Journal of Religion & Health*, v. 55, n. 3, p. 986-999, 2016. Doi: 10.1007/s10943-015-0146-y.
40. LUCCHETTI, G.; KOENIG, H. G.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R.; VALLADA, H. Spirituality or religiosity: is there any difference? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 37, n. 1, p. 83, 2015. Doi: 10.1590/1516-4446-2014-3610.
41. LUCCHETTI, G. *et al.* Spirituality, Religiosity, and Health: a Comparison of Physicians' Attitudes in Brazil, India, and Indonesia. *International Journal of Behavioral Medicine*, v. 23, n. 1, p. 63-70, 2016. Doi: 10.1007/s12529-015-9491-1.
42. MOREIRA, A. *Cura e autocura – uma visão médico-espírita*. Catanduva, SP: Candeia, 2010.
43. LUCCHETTI, G. *et al.* Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). *Journal of Religion & Health*, v. 51, n. 2, p. 579-586, 2012. Doi: 10.1007/s10943-010-9429-5.
44. LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; VALLADA, H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *São Paulo Medical Journal*, v. 131, n. 2, p. 112-122, 2013.
45. MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO-NETO, F. Methodological guidelines to investigate altered states of consciousness and anomalous experiences. *International Review of Psychiatry*, v. 29, n. 3, p. 283-292, 2017. Doi: 10.1080/09540261.2017.1285555.
46. LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. L.; BASSI, R. M.; LATORRACA, R.; NACIF, S. A. P. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, v. 8, n. 2, p. 154-158, 2010.
47. MOREIRA-ALMEIDA, A.; SHARMA, A.; VAN RENSBURG, B. J.; VERHAGEN, P. J.; COOK, C. C. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry*, v. 15, n. 1, p. 87-88, 2016. Doi: 10.1002/wps.20304.
48. MENEGATTI-CHEQUINI, M. C.; GONÇALVES, J. P. B.; LEÃO, F. C.; PERES, M. F. P.; VALLADA, H. A preliminary survey on the religious profile of Brazilian psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. *British Journal of Psychiatry Open*, v. 2, n. 6, p. 346-352, 2016. Doi: 10.1192/bjpo.bp.116.002816.

49. LUCCHETTI, A. L.; LUCCHETTI, G.; LEÃO, F. C.; PERES, M. F.; VALLADA, H. Mental and Physical Health and Spiritual Healing: An 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. Doi: 10.1007/s11013-015-9478-z.
50. GONÇALVES, J. P.; LUCCHETTI, G.; MENEZES, P. R.; VALLADA, H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological Medicine*, v. 45, n. 14, p. 2937-2949, 2015. Doi: 10.1017/S0033291715001166.
51. MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOSS-CHIOINO, J. D. Recognition and treatment of psychotic symptoms: spiritists compared to mental health professionals in Puerto Rico and Brazil. *Psychiatry*, v. 72, n. 3, p. 268-283, 2009. Doi: 10.1521/psyc.2009.72.3.268.
52. SAAD, M.; MEDEIROS, R. Spiritual-Religious Coping - Health Services Empowering Patients' Resources. In: SAAD, M.; MEDEIROS, R. (Org.). *Complementary Therapies for the Contemporary Healthcare*. Croatia: InTech Publisher, 2012. p. 127-144. Doi: 10.5772/50443.
53. LUCCHETTI, G.; BRAGUETTA, C. C.; VALLADA, C.; VALLADA, H. Exploring the acceptance of religious assistance among patients of a psychiatric hospital. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 59, n. 4, p. 311-317, 2013. Doi: 10.1177/0020764011433628.
54. SAAD, M.; MEDEIROS, R. Programs of religious/spiritual support in hospitals - five "Whies" and five "Hows". *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, v. 11, n. 5, 2016. Doi: 10.1186/s13010-016-0039-z
55. LUCCHETTI, G. et al. Effect of Spiritist "passe" (Spiritual healing) on growth of bacterial cultures. *Complementary Therapies in Medicine*, v. 21, n. 6, p. 627-632, 2013. Doi: 10.1016/j.ctim.2013.08.012.
56. LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; BASSI, R. M.; NOBRE, M. R. Complementary spiritist therapy: systematic review of scientific evidence. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2011.
57. CAVALCANTE, R. S. et al. Effect of the Spiritist "passe" energy therapy in reducing anxiety in volunteers: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, v. 27, p. 18-24, 2016. Doi: 10.1016/j.ctim.2016.05.002.
58. MOREIRA-ALMEIDA, A.; ALMEIDA, T. M.; GOLLNER, A. M. Cirurgia espiritual: uma investigação. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 46, n. 3, p. 194-200, 2000.
59. SAAD, M.; MEDEIROS, R. Distant Healing by the Supposed Vital Energy – Scientific Bases. In: SAAD, M. (Org.). *Complementary Therapies for the Contemporary Healthcare*. Croatia: InTech Publisher, 2012. Doi: 10.5772/50155.
60. SAAD, M.; MEDEIROS, R. Distant Healing Techniques and Distant Intercessory Prayer – A Tentative Scientific Conciliation. In: SAAD, M. (Org.). *Complementary Therapies for the Body, Mind and Soul*. Croatia: InTech Publisher, 2015. p. 219-242. Doi: 10.5772/60722
61. TEIXEIRA, M. Z. Possíveis contribuições do modelo homeopático à humanização da formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 3, p. 454-463, 2009.
62. TEIXEIRA, M. Z. *A natureza imaterial do homem: estudo comparativo do vitalismo homeopático com as principais concepções médicas e filosóficas*. São Paulo: Petrus, 2000.
63. TEIXEIRA, M. Z. O princípio homeopático de cura ao longo da história da medicina. *Revista de Homeopatia*, v. 70, n. 1-4, p. 51-78, 2007.

Marcelo Saad – AME-SP.



“A culpa e a mágoa como fixações mentais se expressam pela ausência do autoperdão e do perdão”

Giovana Campos

O sentimento de culpa é o sofrimento obtido após reavaliação de um comportamento passado tido como reprovável pela própria pessoa. A origem desse sentimento pode ser a frustração causada pela idealização que fazemos e o que realmente aconteceu, podendo ou não estarmos diretamente ligados ao fato. No entanto, a contínua alimentação dessas emoções negativas pode causar o aparecimento de doenças. Sobre o assunto, o Dr. José Henrique Rubim de Carvalho, médico e presidente da Associação Médico-Espírita de Nova Friburgo (RJ) apresenta a relação entre a culpa e suas implicações espirituais para a saúde integral.

Como o sentimento de culpa não trabalhado psicologicamente pode propiciar o aparecimento de enfermidades?

Entende-se que a fixação da culpa está atrelada à rigidez comportamental. A criatura rígida, inflexível e intransigente, devido ao padrão de

poder que estrutura seu psiquismo, apresenta muita dificuldade em lidar com os erros e fracassos. Mergulha em frustrações, baixa autoestima, desaguando nos quadros depressivos. O rígido, obstinado em suas dominações e controles, terminam no traslado desses comportamentos para a indumentária física, acarretando as doenças da rigidez. Vários autores correlacionam o sentimento de culpa com a depressão. Mauro Maldonato (2010, p. 9), psiquiatra, filósofo, ensaísta e professor de psicopatologia da Universidade de Nápoles e de ciências do comportamento da Universidade de Basilicata, faz esta referência na revista *Mente e Cérebro*, cujo título é “O eclipse da esperança”: “[...] Estímulos, conselhos, exortações para reagir e fortalecer-se nada mais fazem que acentuar a desesperada solidão do paciente, sua insustentável responsabilização por alguma coisa que já não controla [...]. Além disso, sentimentos de impotência e derrota dominam o cenário”. O psiquiatra denomina o quadro depressivo de “culpa infinita”.

Maldonato (2010, p. 10) também afirma em seu artigo que “[...] Freud (1856-1939) em *Luto e melancolia* (1917) interpretou a tendência ao suicídio do melancólico como forma de agressividade contra o próprio Eu, no qual o sentimento de culpa tem um papel central”. Ratifica a conexão da culpa com o distúrbio depressivo e o padrão de poder, característico dos orgulhosos: “[...] A experiência da culpa, elemento-chave na patogênese da doença (depressão), nunca termina porque o paciente está sempre à procura de elementos num passado ‘culpado’. Esse ‘estar em culpa’ remete o deprimido a um modo peculiar de experimentar a morte. No entanto, só alguns melancólicos se definem culpados. Os outros sentem-se devedores pelo não poder, pela incapacidade de agir”.

A culpa sendo um complexo de fixação, como nos fala o Espírito André Luiz, funciona como num circuito fechado, ou seja, o culpado encontra-se ensimesmado e gira ao redor da culpa fixada por não se perdoar ante os fracassos inadmissíveis e por não acreditar em si próprio, acreditando-se impotente e incapaz. Acreditamos que neste circuito fechado, as energias aí mantidas e reforçadas podem ser geradoras de tumores pelo adensamento energético. A culpa fixada e mantida pode ser a causa da transformação do proto-oncogenes no oncogênese, que é a célula tumoral.

Quais os tipos de doenças que podem aparecer no corpo físico ou mental derivados dos sentimentos de culpa?

Como a culpa está ligada à rigidez comportamental e ao padrão de poder que encontramos nos controladores, essa característica da personalidade rígida desemboca na organização física gerando as doenças da rigidez. Não podemos nos esquecer dos perfeccionistas, que tendem a dar uma importância superlativa a tudo,

se autoexigem, são detalhistas em geral e nunca estão satisfeitos com os resultados obtidos.

As doenças mais comuns da rigidez estão ligadas às alterações osteomusculares, como, por exemplo, a Espondilite Anquilosante ou Morbus Bechterew, conforme apontam o médico Rüdiger Dahlke e o psicólogo Thorwald Dethlefsen (2002, p. 200) no livro *A doença como caminho*: “[...] no que se refere à postura típica da coluna em forma de haste de bambu (espondilite, Morbus Bechterew), ela somatiza um egocentrismo inconsciente e uma inflexibilidade de que o paciente nem se dá conta”. Observamos nitidamente a rigidez, a inflexibilidade e o egocentrismo das criaturas que apresentam o olhar para si mesmos, supervalorizando o Eu, e que ante os fracassos inaceitáveis, desmoronam-se na culpa por faltar a humildade do arrependimento sincero.

No mesmo livro (p. 205), há uma citação aos poliartríticos: “[...] os poliartríticos têm um caráter impulsivo, demasiado consciencioso e perfeccionista; apresentam também uma característica sadomasoquista com forte necessidade de autosacrifício e exagerado senso de prestatividade, associados a uma tendência à depressão”. Essa tendência sadomasoquista tipifica nos masoquistas a autopunição e o autoflagelo defluentes do complexo de fixação pela culpa.

A fibromialgia ou Síndrome de Amplificação Dolorosa é uma doença musculoesquelética difusa, que se caracteriza por dores no corpo, fadiga e alterações no sono. São criaturas perfeccionistas e de rigidez comportamental. Da mesma forma, se exigem muito e resvalam na culpa quando se sentem incapazes, impotentes e frustrados.

Como a rigidez e a culpa se correlacionam e seguem um regime de *feedback* ou retroalimentação negativa, podemos compreender que o câncer também pode ter ligação com a culpa e



os caracteres de inflexibilidade e intransigência psicológica individual e coletiva, sob a forma de intolerância. No livro *Os segredos das suas células*, a Dra. Sondra Barrett (2016, p. 110), bioquímica e imunologista americana, nos traz estudos pertinentes a essa relação: “[...] Os pesquisadores estão começando a descobrir que algumas células cancerígenas são mais rígidas que células normais e saudáveis e que essa rigidez desencadeia uma desorganização do crescimento celular. Não me surpreendi ao saber que as células de tumores mamários eram mais rígidas que as células normais do seio, pois muitas células cancerígenas são menos maduras e assim menos flexíveis do que células maduras”.

Destarte, entende-se que a rigidez tumoral pode estar relacionada com a rigidez comportamental geradora de culpas: “[...] Ao examinar células que cresceram em culturas de tecidos, a doutora Valerie Weaver, pesquisadora da

Universidade da Pensilvânia, descobriu que o tecido mamário canceroso tinha maior rigidez do que o tecido saudável” (Barret, 2016, p. 110-111).

Finalizando a Dra. Barrett (2016, p. 111) reforça: “[...] Estamos sempre tentando resolver o enigma das curas milagrosas. Quem sabe a explicação seria que, quando as pessoas suavizam suas atitudes e seus tecidos, as células seriam estimuladas a voltarem à normalidade?”

Toda culpa é proveniente de obsessão?

A culpa é um processo de auto-obsessão, sendo considerada uma fixação mental. A culpa quando assumida leva a criatura ao arrependimento e à responsabilidade de seus futuros equívocos, havendo sempre a representação do autoperdão. O professor José Herculano Pires afirma que a obsessão só existe em virtude da

auto-obsessão. Dessa forma, nem sempre a culpa é acompanhada de quadros obsessivos, principalmente os que assumem a culpa e se perdoam. Em muitas situações, os Espíritos se fundem formando uma soldadura perispírica atendendo à sintonia e afinidade que os une, pelos padrões comportamentais rígidos e que deságuam no complexo de culpa.

Os que se situam em padrões de poder, os dominadores, rígidos e controladores, que não admitem os erros e fracassos e que acabam mergulhando nas culpas, são os alvos preferidos dos obsessores, que nem sempre são os credores do passado, e sim estão afinizados e se identificam com os obsidiados. Um bom exemplo vamos encontrar no livro *Ação e reação*, ditado pelo Espírito André Luiz (1996, p. 110) e psicografado por Chico Xavier, que apresenta informações preciosas do Espírito Leonel: “[...] – Sim, aprendemos nas escolas de vingadores que todos possuímos, além dos desejos imediatistas comuns, em qualquer fase da vida, um ‘desejo-central’ ou ‘tema básico’ dos interesses mais íntimos. Por isso, além dos pensamentos vulgares que nos aprisionam à experiência rotineira, emitimos com mais frequência os pensamentos que nascem do ‘desejo-central’ que nos caracteriza, pensamentos esses que passam a constituir o reflexo dominante de nossa personalidade.

É, portanto, o reflexo dominante da personalidade que atrai pela sintonia Espíritos que se encontram na mesma frequência mental; seja a rigidez ou a própria culpa dilacerante. Leonel expressa esta realidade da seguinte forma: “[...] Conhecido o reflexo da criatura que nos propomos retificar ou punir é, assim, muito fácil superalimentá-la com excitações constantes, robustecendo-lhe os impulsos e os quadros já existentes na imaginação e criando outros que se lhes superponham, nutrindo-lhe, dessa forma, a fixação mental” (Luiz, 1996, p. 110).

Essa possibilidade de adoecimento, decorrente da culpa, é descrita na literatura espírita?

É irrefutável a relação da mente e do corpo físico. A epigenética nos revela através do biólogo Bruce Lipton que as crenças controlam a biologia. Vimos a possibilidade de a rigidez mental, que se traduz na organização física como enfermidade da rigidez, ser a possível causadora dos tumores cancerígenos e das doenças osteomusculares, entendendo que os rígidos apresentam dificuldades em lidar com os erros e fracassos, gerando os complexos de culpa.

As doenças autoimunes que são formadoras de anticorpos que agridem o próprio corpo nos remete ao entendimento de que as culpas e suas autoagressões explicariam perfeitamente a gênese dessas enfermidades de autoagressão.

A obra de André Luiz (1992, p. 219) nos traz alguns exemplos da relação da culpa e do remorso com enfermidades orgânicas, como no livro *Entre a Terra e o Céu*: “[...] No mundo, ninguém lhe conhecia o remorso de guardiã invigilante e cruel, mas fora sem dúvida identificada pelos tribunais de mil olhos do Direito Incorrupível. Não amparara convenientemente o filhinho de Odila, relegando-o a intencional abandono [...]. O complexo de culpa retomara-lhe o cérebro e enfermara-lhe o coração”.

Como o perdão ou o autoperdão auxiliam no restabelecimento desses quadros?

A culpa e a mágoa como fixações mentais se expressam pela ausência do autoperdão e do perdão. Normalmente, a autopunição (ou auto-flagelo) e a vingança acompanham essas fixações que geram estados ansiosos e depressivos, assim como desarranjos nos arquipélagos celulares causadores de doenças orgânicas. Portanto,



torna-se emergencial o trabalho constante e diuturno do perdão e do autoperdão, para o restabelecimento homeostático do corpo e da alma. A neurocientista Suzana Herculano Houzel afirma que o perdão põe fim ao estresse causado pelo ódio crônico, que estimula hormônios de estresse e perturba o sono, aumenta o risco cardiovascular e de depressão (culpa) e ansiedade.

Perdoar em verdade depende da avaliação consciente da intenção e das emoções de quem nos ofendeu, ou seja, nos colocar no lugar do outro e tentar compreender o que o levou a cometer determinada atitude, como também o que me levou a praticar o equívoco no trabalho de autoperdão.

Em oposição aos hormônios do estresse, entra em ação a síntese do hormônio do amor (ocitocina) no núcleo paraventricular do hipotálamo, estimulando a fabricação da dopamina e da serotonina, responsáveis pelo circuito da recompensa e o equilíbrio humoral.

Qual a melhor terapêutica para as pessoas que se culpabilizam facilmente, seja por pequenos erros próprios ou alheios?

Como dito, é o trabalho do perdão e do autoperdão. Para isso, é necessária a compreensão de si mesmo pelo autoconhecimento, para então compreender o próximo, que não é a extensão de nós mesmos, decorrente do mecanismo de projeção psicológica.

Quando começamos a nos conhecer, qual o sentimento presente em nosso psiquismo, partimos para a ressignificação, que é a tentativa de compreender nossas atitudes, assim como das demais criaturas. A ressignificação é a fenestração, ou a abertura das janelas do perdão e do autoperdão que diluem as mágoas e as culpas.

A meditação dirigida para a monoideia da culpa ou da mágoa coloca a criatura diante de sua realidade irrecusável, e desde que aceita, proporcionará a inclusão dos opostos, que são o perdão e o autoperdão. Haverá então a integração como primeiro passo para a transformação do neurótico. É um exercício constante que deve ser praticado utilizando o poder neuroplástico do cérebro. A prática vai conferindo à criatura uma abertura psíquica, acurando a atenção e a percepção dos sentimentos antes reprimidos e negados que arremessavam os incautos aos furos dolorosos das patologias.

Referências

BARRET, S. *Os segredos das suas células*. São Paulo: Cultrix, 2016.

DETHLEFSEN, T.; DAHLKE, R. *A doença como caminho*. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 2002.

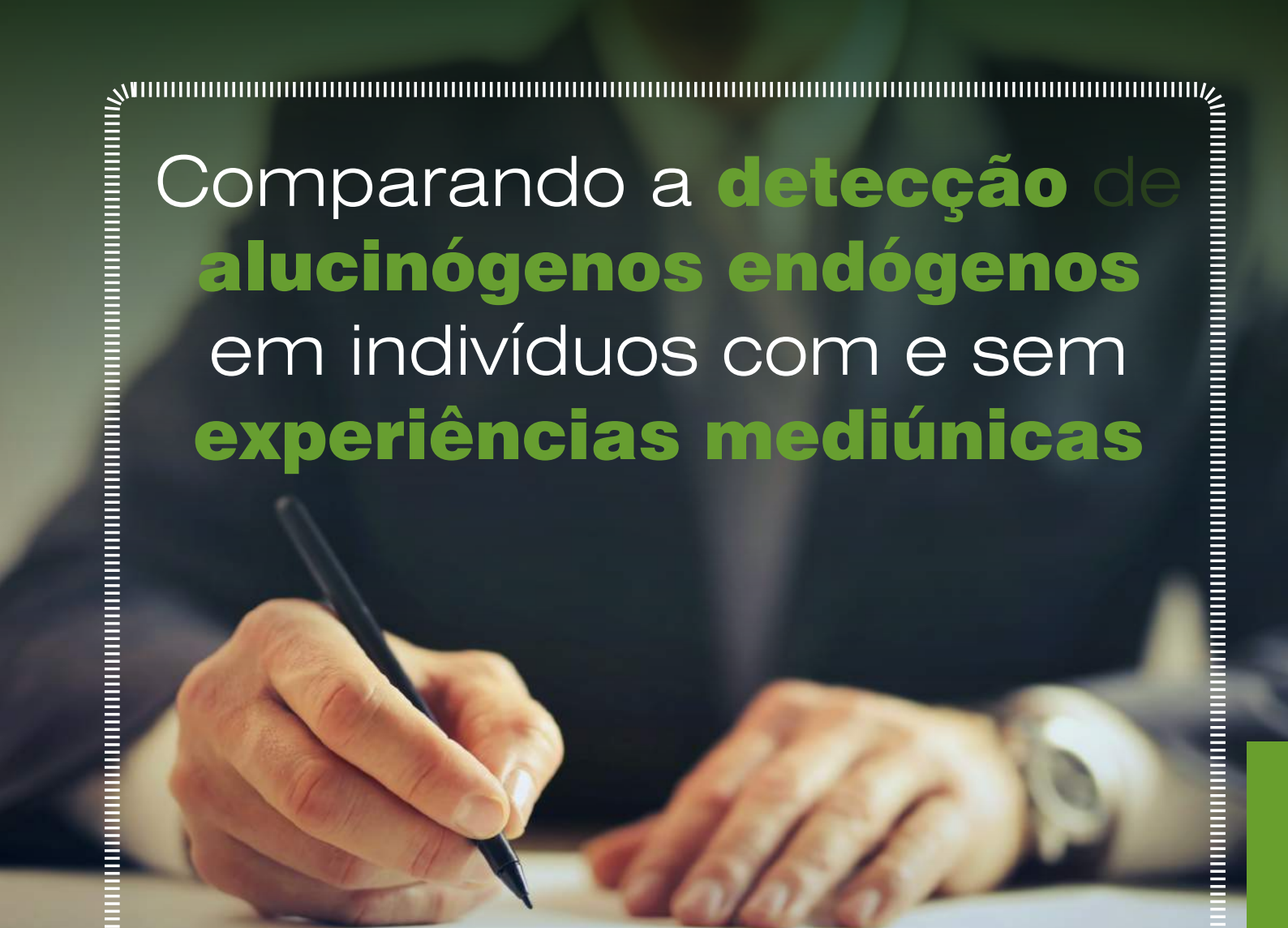
LUIZ, A. *Ação e reação*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 17. ed. Brasília, DF: FEB, 1996.

_____. *Entre a Terra e o Céu*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 14. ed. Brasília, DF: FEB, 1992.

MALDONATO, M. O eclipse da esperança. *Mente & Cérebro*, São Paulo, v. 5, p. 6-15, 2010.



Iesquiva



Comparando a **detecção** de **alucinógenos endógenos** em indivíduos com e sem **experiências mediúnicas**

Bastos Jr., M. A. V.¹, Bastos, P. R. H. O.¹, Santos, M. L.², Iandoli Jr., D.³, Portella, R. B.⁴, Lucchetti, G.⁵

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

²Universidade de Brasília

³Universidade Anhanguera

⁴Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

⁵Universidade Federal de Juiz de Fora

Introdução: Mediunidade é a alegada capacidade de se comunicar com personalidades falecidas. Estudos anteriores sugeriram que as moléculas alucinógenas endógenas bufotenina (BT) e dimetiltryptamina (DMT) podem desempenhar um papel na patogênese dos distúrbios psicóticos. A considerada distorção das percepções que é observada durante as experiências mediúnicas supostamente poderia estar relacionada a essas substâncias.

Objetivo: Comparar a presença de BT e DMT em amostras de urina humana entre indivíduos com e sem experiências mediúnicas.

Métodos: Todos os participantes (5 do grupo médium – GM – e 5 do grupo-controle não médium – GC) realizaram uma coleta única de um pool de urina de 6 horas (18h às 23h59). Os médiuns coletaram as amostras de urina em noites nas quais relataram ter tido experiências mediúnicas.

Foi utilizado um ensaio de cromatografia líquida de alta *performance* acoplada à espectrometria de massa (HPLC-MS). Questionários foram usados para detectar sintomas de transtornos mentais comuns e para rastrear e quantificar experiências anômalas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fundação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Resultados: A DMT não foi detectada em nenhuma amostra de urina testada. A presença de detecção de BT em amostras de urina foi maior no GC (2/5) do que no GM (1/5), sem diferenças significativas ($p > 0,99$). O GM relatou mais experiências anômalas do que o GC ($6,6 \pm 0,8$ vs. $2,2 \pm 1,5$, $p = 0,03$), mas não houve diferença em relação à saúde mental.

Conclusão: Não houve diferenças entre indivíduos com e sem experiências mediúnicas com relação aos alucinógenos endógenos. Tanto a BT como a DMT são altamente sensíveis ao metabolismo pela monoamina oxidase e à N-oxidação, e não sobrevivem na periferia por muito tempo. Estratégias alternativas devem ser consideradas para dar continuidade à investigação do suposto papel da via dos alucinógenos endógenos para as experiências espirituais.



Efeito placebo e suas implicações para uma abordagem **não materialista** do problema **mente-cérebro**

Oliveira, A. C. C.¹, Lima, S. C. S.¹, Junior, T. T. S.¹, Calheiros, A.²

¹Universidade Católica de Brasília

²Universidade de Brasília

Introdução: O placebo é definido como uma substância inativa que tem efeitos semelhantes a um fármaco ativo, levando à melhora ou cura da doença (efeito placebo – EP) ou a desfechos negativos (efeito nocebo), conforme o contexto psicossocial do paciente e suas expectativas sobre o tratamento. A presente revisão procura discutir o que a literatura científica atual aponta sobre o efeito placebo, propondo uma interpretação dentro da óptica de saúde e espiritualidade.

Métodos: Revisão bibliográfica sistemática em plataformas tais quais Pubmed, Scielo,

Google Acadêmico, Research Gate e Nature, além de livros relacionados ao tema em estudo. As palavras-chave “placebo”, “efeito placebo”, “efeito nocebo” e “espiritualidade” foram pesquisadas de forma conjunta e alternada. Foram selecionados 2 livros e 59 artigos, sendo os critérios de escolha: publicados nos últimos 5 anos, em língua inglesa, dados relativos a estudos em humanos cujos conteúdos fossem compatíveis com o objetivo proposto neste artigo.

Discussão: Nos ensaios randomizados placebo-controle, o grupo-controle geralmente

tem algum nível de resposta ao tratamento. Da mesma forma, em estudos que utilizam apenas placebo, os participantes que acreditam ter recebido um tratamento ativo apresentam resultados superiores. Tal fato é evidenciado não apenas por relato de melhora sintomática, que poderia ser atribuída a uma alteração na percepção pessoal dos sintomas pelo sugestionamento, mas também por alterações bioquímicas, imunológicas e de neuroimagem. Isso aparentemente decorre de mecanismos psicológicos, sociais e neurológicos. Nesse contexto, a crença do paciente ganha um papel de destaque, por isso questões como empatia médica podem alterar desfechos. Ademais, quando o paciente sabe que não está recebendo intervenção ativa ou tem alterações cerebrais que prejudicam a compreensão de que está sendo tratado, o EP é menor ou mesmo inexistente. Dessa forma, uma atividade mental dirigida e consciente seria capaz de alterar circuitos cerebrais, dentro de certos limites. Esse efeito permite evidenciar o confronto de conceitos, modelos e ideias no campo da Neurociência e até no campo de estudos da Filosofia da Mente. No paradigma materialista, cérebro e mente são considerados sinônimos, sendo assim, os processos mentais seriam apenas processos cerebrais. Logo, esse paradigma seria insuficiente para abranger EP.

Conclusão: O EP demanda uma abordagem diversa de fenômenos mentais, em que a mente tem existência objetiva e pode influenciar a atividade neuroplástica do cérebro, produzindo resultados terapêuticos. Atributos mentais como fé, confiança, esperança, vontade – próprios do campo da espiritualidade humana – tornam-se relevantes no processo da cura, e isso impõe a adoção de um paradigma não materialista de algum tipo, passando a espiritualidade a ter papel ativo nos tratamentos.



Links **AME-BRASIL**



www.facebook.com/ame.brasil



[@ame_brasil](https://www.instagram.com/ame_brasil)



www.youtube.com/user/videosamebr



REVISTA
**Saúde &
Espiritualidade**

www.amebrasil.org.br

Biênio 2019-2021