

O diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso

Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content

ADAIR DE MENEZES JÚNIOR¹, ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA²

¹Psicólogo e mestre em Filosofia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

²Psiquiatra e professor adjunto pela Faculdade de Medicina da UFJF.

Recebido: 16/8/2008 – Aceito: 13/10/2008

Resumo

Contexto: Experiências espirituais podem ser confundidas com sintomas psicóticos e dissociativos, constituindo-se muitas vezes em um desafio para o diagnóstico diferencial. **Objetivo:** Identificar critérios que permitam a elaboração de um diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos psicóticos e dissociativos. **Métodos:** Foi feita uma ampla revisão na literatura sobre o tema, na qual foram examinados 135 artigos identificados em pesquisa no PubMed. **Resultados:** Foram identificados nove critérios de maior concordância entre os pesquisadores que poderiam indicar uma adequada diferenciação entre experiências espirituais e transtornos psicóticos e dissociativos. São eles, em relação à experiência vivida: ausência de sofrimento psicológico, ausência de prejuízos sociais e ocupacionais, duração curta da experiência, atitude crítica (ter dúvidas sobre a realidade objetiva da vivência), compatibilidade com o grupo cultural ou religioso do paciente, ausência de comorbidades, controle sobre a experiência, crescimento pessoal ao longo do tempo e uma atitude de ajuda aos outros. A presença dessas condições sugere uma experiência espiritual não patológica, mas, por outro lado, há carência de estudos bem controlados testando esses critérios. **Conclusões:** Esses critérios propostos na literatura, embora alcançando um consenso expressivo entre diferentes pesquisadores, ainda precisam ser testados empiricamente e direções metodológicas para as futuras pesquisas sobre esse tema são sugeridas.

Menezes Júnior A, Moreira-Almeida A / Rev Psiq Clín. 2009;36(2):75-82

Palavras-chave: Alucinação, dissociação, possessão, transe.

Abstract

Context: Spiritual experiences can be confused with psychotic and dissociative symptoms, providing it is frequently a challenge for the differential diagnosis. **Objective:** To identify criteria to allow the elaboration of a differential diagnosis between spiritual experiences and psychotic and dissociative disorders. **Methods:** It was made a wide revision in the literature about the theme, in which 135 articles identified in the research in PubMed were examined. **Results:** Nine criteria were identified for a greater agreement among the researchers that could indicate an appropriate distinction between spiritual experiences and psychotic and dissociative disorders. They are, in relation to the lived experience: lack of psychological suffering, absence of social and occupational impairments, short duration of the experience, critical attitude (to have doubts about the reality of the experience), compatibility with the patient's cultural or religious group, no co-morbidities, control over the experience, personal growth along the time and an attitude to help the other ones. The presence of those conditions suggests a not pathological spiritual experience, but, on the other hand, there is lack of well controlled studies testing these criteria. **Discussion:** These criteria proposed in the literature,

although reaching an expressive consensus among different researchers, still needs to be tested empirically, and methodological directions for future researches about this theme are suggested.

Menezes Júnior A, Moreira-Almeida A / Rev Psiq Clín. 2009;36(2):75-82

Keywords: Hallucination, dissociation, possession, trance.

Introdução

Historicamente, desde meados do século XIX, a Psiquiatria tem desprezado e mesmo considerado patológicas as manifestações religiosas e espirituais. Freud¹ considerou a religião como uma neurose obsessiva. A experiência mística também foi vista como um episódio psicótico² e como uma psicose *borderline*³. O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III (DSM-III) faz 12 referências à religião, todas elas associadas à psicopatologia⁴.

Outros autores, entretanto, apresentaram diferentes opiniões. Jung⁵ viu na experiência mística a manifestação de uma experiência psicologicamente saudável. Maslow⁶ considerou as “experiências culminantes” a expressão máxima da saúde e do bem-estar psicológico. Hood⁷ e Caird⁸ constataram que indivíduos que relataram ter tido experiências místicas pontuam mais em escalas de bem-estar psicológico e menos em escalas de psicopatologia do que os controles.

Alguns autores sugeriram a importância de se buscarem critérios diferenciadores entre o que seriam experiências espirituais não patológicas e o que seriam transtornos mentais de conteúdo religioso. As contribuições desses autores para essa importante questão foram coletadas na literatura, e procurou-se apresentar e discutir alguns critérios comuns que tenham perpassado pela maioria dessas investigações. Ao final, concluiu-se que, embora todos esses critérios apresentem certa coerência, ainda não foi feita até o presente nenhuma investigação extensiva que testasse esses critérios, e são colocadas algumas diretrizes metodológicas que alguns autores sugeriram para essa investigação.

Métodos

A base de dados buscada foi a PubMed e os descritores investigados foram *dissociation*, *trance*, *possession* e *hallucination*. Foram priorizados os artigos que apresentavam pesquisas extensivas e critérios diferenciadores entre o que poderia ser considerado uma experiência saudável e o que poderia ser considerado uma experiência patológica.

Resultados

Vários autores têm abordado a relação entre as experiências espirituais e manifestações patológicas da mente. Místicos, videntes e médiuns têm desafiado

a compreensão dos profissionais de saúde mental e tornado necessária uma adequada diferenciação entre o que seria uma experiência espiritual saudável e o que seria um transtorno psicótico ou dissociativo com conteúdo religioso.

Já no início do século XX, William James⁹, investigando as experiências de êxtase místico, verificou que essas experiências, quando saudáveis, tinham duração breve e traziam efeitos benéficos para quem as vivenciava.

Buckley¹⁰ examinou relatos autobiográficos de indivíduos que viveram experiências místicas e de indivíduos que viveram experiências esquizofrênicas. Ele identificou aspectos comuns e aspectos diferenciadores em ambas as experiências. Encontrou os seguintes aspectos comuns nas duas experiências: elevação do nível de consciência, sentir-se transportado além do próprio *self*, perda das fronteiras entre o *self* e os objetos, dilatação do sentido do tempo, sentir-se envolvido em luz e um forte sentido de comunhão com o divino. É característica do êxtase místico a preservação da estrutura do pensamento e da fala, o predomínio das alucinações visuais sobre as auditivas, um grande aguçamento dos sentidos, estabilidade das emoções e a duração da experiência limitada no tempo. São características de um surto psicótico a quebra da estrutura do pensamento e da fala, o predomínio das alucinações auditivas sobre as visuais, o embotamento dos sentidos, o esvaziamento das emoções entremeadas por rompantes agressivos ou sexuais e a duração da experiência ser extensiva no tempo.

Lenz¹¹ enfatizou o grau de convicção sobre a experiência vivida como critério de saúde mental: na vivência saudável existe a dúvida sobre a realidade objetiva da experiência e no transtorno mental existe certeza sobre essa realidade.

Lukoff¹² e posteriormente Greyson¹³ investigaram a Experiência de Quase-morte (EQM), procurando diferenciá-las de outras experiências psicopatológicas. Nesta experiência, um indivíduo chega a se ver fora do corpo, encontra seres espirituais e depois retorna ao seu corpo. Assim, Lukoff percebeu na EQM nítidos e antecedentes estressores, um bom funcionamento psicológico prévio, uma atitude exploratória em relação à experiência e a ausência de déficits interpessoais. Já Greyson, confirmando as características saudáveis da EQM, tais como já tinham sido apresentadas por Lukoff, diferenciou a EQM do transtorno do estresse pós-traumático, vendo neste último a presença de lembranças intrusivas, a diminuição geral do interesse em diversas

atividades, o estranhamento dos outros, a restrição dos afetos e um senso de futuro abreviado que não se faziam presentes na EQM.

Oxman *et al.*¹⁴ também viram aspectos comuns e diferenciados nos relatos de místicos e esquizofrênicos. Eles escolheram relatos disponíveis publicamente, que o texto tivesse sido escrito logo depois da experiência, que estivesse escrito em inglês e tivesse uma extensão suficiente. De comum entre ambas as experiências, viram a abundância das fantasias e, como fatores diferenciadores, viram que os místicos tratam de encontros com Deus e de sentimentos religiosos, enquanto esquizofrênicos tratam de doenças e de fortes sentimentos de maldade.

Sims¹⁵ propõe que uma experiência espiritual saudável é compatível com uma tradição religiosa; o indivíduo compreende a incredulidade dos outros e tem reservas em discutir sua experiência com outros que acredita que não a compreenderão, é descrita com convicção e, por fim, o indivíduo sente necessidade de efetuar alguma mudança no seu comportamento depois da experiência vivida. Já a experiência patológica se revela em resultados que são compatíveis com uma história de transtorno mental e surge sempre associada a outros transtornos psiquiátricos.

Grof e Grof¹⁶, com base em suas experiências clínicas, criaram o conceito de “emergências espirituais”. Esses autores apresentaram essas experiências com um duplo significado, possível pelos diferentes significados de *Spiritual Emergence* e *Spiritual Emergency*. *Spiritual Emergence* refere-se à eclosão de uma experiência espiritual que surge sem acarretar perturbação das funções psicológicas. Já a *Spiritual Emergency* é a ocorrência descontrolada da experiência espiritual com problemas dos funcionamentos psicológico, social e ocupacional.

Grof e Grof¹⁶ fizeram uma ampla e detalhada diferenciação entre as manifestações de uma experiência espiritual e um transtorno mental. No primeiro caso, as experiências são suaves, não geram sensações desagradáveis, não conflitivas, são graduais, preservam a diferenciação entre o que é interno e o que é externo, geram uma atitude de expectativa positiva, favorecem uma renúncia ao controle, estimulam a aceitação de mudanças, integram-se à consciência diária, permitem uma compreensão detalhada, não geram necessidade de discutir frequentemente e possibilitam uma lenta mudança de compreensão de si mesmo e do mundo. Já as experiências ligadas a um transtorno mental são intensas, geram sensações desagradáveis, como tremores e calafrios, são conflitivas, são abruptas, não diferenciam o que é interno do que é externo, geram uma atitude ambivalente, promovem a necessidade do controle, instigam resistência às mudanças, trazem perturbações na consciência diária, sua compreensão é confusa, geram a necessidade de discutir a experiência e provocam modificações abruptas na consciência de si e do mundo.

Greenberg e Witztum¹⁷ investigaram uma população de judeus ortodoxos, procurando diferenciar o que seria um sistema de crenças e práticas religiosas rigorosos, mas psicologicamente saudáveis, de um transtorno obsessivo-compulsivo com fundo religioso. Assim, as experiências pessoais saudáveis são compatíveis com as crenças aceitas pelo grupo religioso, seus detalhes não excedem as crenças aceitas, são moderadas, geram excitação e as habilidades sociais e os hábitos de higiene estão preservados. Já nas crenças obsessivas, as experiências são muito pessoais e divergem das crenças do grupo, seus detalhes excedem as crenças aceitas, são intensas, geram terror e as habilidades sociais e os hábitos de higiene estão comprometidos. Já os comportamentos saudáveis não excedem as prescrições, são gerais, não estão presentes condutas de limpeza e de verificação e não ocorre a desconsideração de outras práticas. As condutas compulsivas, diferentemente, excedem as prescrições, são muito específicas, estão associadas a rotinas de limpeza e de verificação e trazem desconsiderações para com outras práticas religiosas propostas pelo grupo religioso.

Lukoff *et al.*¹⁸ propuseram para o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, na sua versão de 1994¹⁹, uma nova categoria de problemas psicológicos, denominada por eles “problemas religiosos e espirituais”. Problemas religiosos são experiências perturbadoras, que envolvem crenças e práticas de uma igreja ou instituição religiosa, que ocorrem, por exemplo, em um momento de crise de fé ou na migração para uma nova orientação religiosa. Problemas espirituais são experiências perturbadoras, que envolvem o relacionamento do indivíduo com um ser ou força transcendente, que ocorrem, por exemplo, nas experiências místicas e nas EQM. Em uma experiência mística ocorrem uma vivência de união com um ser divino, uma grande euforia e a perda da noção de tempo e espaço, que podem ser confundidas com episódios psicóticos agudos¹². Em uma EQM, uma pessoa se vê projetada fora do seu corpo, encontra seres espirituais e alcança uma nova compreensão da vida, experiência esta que pode ser confundida com um transtorno dissociativo de despersonalização²⁰.

Esse foi um importante avanço na Psiquiatria, pois se colocou a possibilidade de muitas experiências espirituais e religiosas não serem patológicas, apesar de se assemelharem a transtornos mentais. A criação dessa categoria teve como objetivos incrementar especificidade no diagnóstico dessas experiências, reduzir efeitos danosos de um diagnóstico equivocado, estimular pesquisas que gerem tratamentos mais adequados para esses problemas e estimular os centros de formação psiquiátricos a acrescentarem a compreensão e o tratamento desses problemas aos seus programas de treinamento.

Jackson e Fulford²¹ empreenderam um estudo comparando cinco indivíduos que tinham vivenciado

experiências espirituais com cinco indivíduos que estavam se recobrando de surtos psicóticos, mas que interpretavam suas experiências em termos religiosos. Eles propuseram que as experiências espirituais e psicóticas não podem ser diferenciadas apenas pelos sintomas que são muito semelhantes em um caso e outro, mas seria mais importante investigar o sistema de valores e crenças com os quais o indivíduo avalia e compreende as suas experiências.

Jackson e Fulford²¹ conseguiram, assim, levantar sintomas diferenciadores entre as duas experiências. Assim, a experiência espiritual geralmente é: voltada para os outros, é curta, vivida intelectualmente, existe dúvida sobre ela, preserva a *insight* sobre a origem interna da experiência, é controlada, não leva a perder o contato com a realidade, é emocionalmente neutra ou positiva (traz satisfação), traz consciência da não compreensão dos outros, não ocorrem falhas nas ações intencionais, não leva à deterioração da vida, seu conteúdo é aceitável pelo grupo cultural de referência do indivíduo e gera crescimento pessoal. Já a experiência psicótica geralmente é voltada para a própria pessoa, é longa, é vivida corporalmente, existe a certeza sobre ela, falta *insight* sobre sua origem interna, leva a pessoa a ser submergida nela, leva a perder o contato com a realidade, é emocionalmente negativa (traz sofrimento), não existe consciência da não compreensão dos outros, gera falhas em ações intencionais, leva à deterioração da vida, seu conteúdo é estranho para o grupo cultural de referência do indivíduo e ocorre um prejuízo geral na vida pessoal.

Koenig²², procedendo a uma revisão da literatura sobre critérios diferenciadores entre experiência espiritual e transtornos mentais, propôs que as primeiras não comprometem os desempenhos social e ocupacional, preservam a compreensão do caráter incomum da experiência, não geram rupturas na relação com um grupo sociocultural de referência, não estão associadas a outras patologias mentais e geram crescimento psicológico com o tempo.

A questão da saúde mental e da psicopatologia se torna crítica diante dos fenômenos alucinatórios, que habitualmente são associados à esquizofrenia ou a outros quadros psicóticos. Segundo Esquirol, a alucinação é uma percepção sem objeto²³. A definição do DSM-IV não se afastou muito desse significado original, ao definir alucinação como uma percepção sensorial que apresenta um forte sentido de percepção real, mas ocorre sem a estimulação externa dos órgãos de sentido pertinentes¹⁹.

Pesquisas populacionais há mais de um século vêm indicando que os fenômenos alucinatórios, mais do que uma categoria de experiências restritas aos psicóticos esquizofrênicos, ocorrem de uma forma bastante disseminada na população. No final do século XIX, Sidgwick²⁴, vinculado à Sociedade de Pesquisas Psíquicas, juntamente com um grande número de colaboradores, entrevistou 7.717 homens e 7.599 mulheres britânicos. Ele constatou

que 7,8% dos homens e 12% das mulheres relataram ter tido pelo menos um episódio vivido de alucinação. West²⁵, conduzindo uma pesquisa similar, por meio da distribuição de questionários com 1.519 sujeitos, 50 anos depois, na mesma região anteriormente investigada por Sidgwick, confirmou a ocorrência de alucinações em 14% dos indivíduos investigados.

Tien²⁶ constatou que 10% dos homens e 15% das mulheres em uma amostra de 18.572 indivíduos, obtida em uma ampla pesquisa de sintomas psiquiátricos em uma população geral (Epidemiological Catchment Area Program), apresentavam alucinações ao longo de toda a vida sem manifestarem outros sintomas patológicos. Ohayon²⁷ sondou 13.057 indivíduos da Grã-Bretanha, da Alemanha e da Itália por telefone e constatou que 38,7% destes relataram ter tido alucinações e, entre estes, 5,1% apresentavam esse sintoma uma ou mais vezes por semana.

Além de as alucinações acontecerem extensivamente, Johns e Van Os²⁸, Serper *et al.*²⁹ e Lincoln³⁰ propõem que elas acontecem em um *continuum* no qual em um extremo estão os indivíduos saudáveis e, no outro extremo, estão os esquizofrênicos. Baseados em grandes estudos populacionais, eles propõem que, tal como a esquizofrenia não é um construto categorial, mas sim dimensional, ou seja, mais do que existir uma categoria de esquizofrênicos puros, diferentes dos normais, a esquizofrenia se estende em maior ou menor grau a toda a população. O diagnóstico patológico dependerá de uma maior frequência e intensidade da experiência alucinatória, da coexistência de outros sintomas e de prejuízos na capacidade de adaptação em geral.

Strauss³¹ propôs serem indicadores de patologia a convicção sobre a realidade objetiva da vivência alucinatória, a ausência de apoio cultural para a experiência, a grande quantidade de tempo envolvido com a experiência e a implausibilidade da vivência em relação à realidade socialmente compartilhada.

Slade³², investigando dois pequenos grupos de psicóticos (alucinadores e não alucinadores) e Richardson e Divvo³³, examinando dois grupos de alcoólatras (alucinadores e não alucinadores), utilizando testes psicológicos, verificaram que as alucinações são geralmente disparadas por estresse pessoal, em pessoas muito focadas em si mesmas, que são muito imaginativas e têm um pobre teste de realidade. Honig *et al.*³⁴ compararam grupos de não pacientes alucinadores, pacientes com transtorno dissociativo e pacientes esquizofrênicos e concluíram que as alucinações entre normais são tranquilas, não geram alarme nem perturbação e existe controle sobre elas e as alucinações dos esquizofrênicos são precedidas por eventos traumáticas, geram perturbação e não existe controle sobre elas. Serper *et al.*²⁹ compararam três grupos de pessoas, sendo 39 esquizofrênicos alucinadores, 49 esquizofrênicos não alucinadores e 363 universitários normais e assinalaram algumas características dos alucinadores esquizofrênicos: consideram que suas

alucinações visuais e auditivas são percepções objetivas, têm vários impedimentos na vida, apresentam outras disfunções clínicas e têm percepções distorcidas.

Experiências dissociativas também estiveram associadas a transtornos mentais. O termo dissociação foi inicialmente criado por Pierre Janet, em 1880, para significar “desagregações psicológicas”³⁵. Segundo esse autor, a dissociação seria a perda da unidade do funcionamento da personalidade humana, na qual certas funções mentais atuam de forma independente e fora de um controle consciente. A dissociação pode ocorrer naturalmente, como, por exemplo, quando uma pessoa se absorve tanto em assistir a um filme que fica totalmente alheia a tudo o mais que esteja acontecendo a si mesmo ou ao seu redor.

Na concepção original de Janet, a dissociação seria um construto categorial, ou seja, é um tipo ou categoria de experiência que só ocorreria em indivíduos mentalmente doentes, que teriam uma deficiência em integrar diferentes conteúdos psicológicos. Alguns contemporâneos de Janet, como Frederic Myers, Morton Prince e William James, apresentaram um ponto de vista diferente, pelo qual a dissociação é entendida como um construto dimensional, ou seja, é vivenciada em maior ou menor grau por todas as pessoas indo de um extremo saudável até o outro extremo patológico³⁶.

É necessário termos uma compreensão da extensão em que a dissociação ocorre na população em geral. Ross *et al.*³⁷ avaliaram uma amostra de 1.055 adultos não diagnosticados, extraída do total de 650.000 habitantes da cidade de Winnipeg, Canadá. Eles aplicaram nesta amostra o DES (Dissociative Experience Scale), um instrumento de autoinforme composto por 28 itens que mede experiências dissociativas, e constataram que 13% desses indivíduos apresentaram uma pontuação acima de 20, indicando a existência de um nível alto de vivências dissociativas nessa amostra.

Waller *et al.*³⁸ e Martínez-Taboas³⁹ propuseram que a dissociação não patológica envolve a capacidade de absorção e de envolvimento imaginativo e constitui uma experiência humana para a qual todos os indivíduos são propensos em maior ou menor grau. Tellegen e Atkinson⁴⁰ definiram a absorção como um estado de total atenção, no qual o aparelho representacional parece estar totalmente dedicado a experienciar o objeto percebido. Wilson e Barber⁴¹, Rhue e Lynn⁴² e Rauschenberger e Lynn⁴³ identificaram alguns indivíduos, que denominaram de “fantasiadores”, como sendo muito propensos à fantasia, tendo tido na infância um maior envolvimento com jogos de fantasia do que com brincadeiras com outras crianças e sua capacidade de fantasiar representou um canal de escape para sua solidão e sua raiva.

Lewis-Fernandez⁴⁴ afirma que a dissociação não patológica ocorre com o controle pleno por parte do indivíduo, dentro de um contexto cultural que a organiza, e é significativa para a própria pessoa e para os outros. Butler⁴⁵ acrescenta que a dissociação saudável

é útil em todo o processamento mental, facilita ações e atitudes automáticas, ajuda a escapar mentalmente de situações desagradáveis e a concentrar-se em atividades absorventes, não tem sua origem associada a traumas, ocorre em períodos curtos, é suave e não bloqueia o funcionamento da mente.

A propensão à fantasia, entretanto, por mais inocente que possa parecer, pode levar à dissociação patológica, quando um evento traumático faz o indivíduo buscar, na fantasia, a forma de escapar da realidade intolerável⁴⁶. A dissociação patológica, surgindo inicialmente como uma forma de lidar com a situação aversiva, pode se generalizar para as demais situações de vida, passando a trazer prejuízos na capacidade de adaptação do indivíduo⁴⁵. É a interação entre a capacidade natural de absorção, com as experiências traumáticas, que resultará na dissociação patológica⁴⁵.

A dissociação patológica expressa um definido mau funcionamento psicológico, gera sofrimento e incapacitação, é involuntária e é interpretada pelo grupo cultural de referência do próprio indivíduo como sendo uma doença que necessita de tratamento⁴⁴. Dissociadores patológicos mesclam as formas não patológicas com as formas patológicas de dissociação⁴⁷. A dissociação patológica está ainda associada a experiências traumáticas do passado, é crônica, grave e debilitadora para os funcionamentos psicológico e social do indivíduo⁴⁵.

Segundo Waller *et al.*³⁸ e Martínez-Taboas³⁹, a dissociação patológica se expressa por meio da amnésia, da despersonalização-desrealização, da confusão de identidade e da alteração de identidade.

A amnésia dissociativa compreende basicamente a perda de memória, sobretudo de eventos recentes e de informações pessoais importantes, que não pode ser atribuída a um esquecimento habitual, à fadiga ou a um sintoma de origem orgânica⁴⁸.

A despersonalização refere-se às alterações afetivas e perceptuais em relação ao *self*, que levam o indivíduo a estranhar a si mesmo e ao seu próprio corpo. A desrealização refere-se às mesmas alterações em relação ao seu meio ambiente, que fazem o indivíduo se sentir desconfortável nesse ambiente⁴⁸.

O transtorno de identidade dissociativa, antes chamado de transtorno de identidade múltipla, manifesta-se pela existência de duas ou mais personalidades dentro de um mesmo indivíduo, que se alternam dentro dele, com períodos de amnésia, eclipsando as personalidades que foram afastadas⁴⁸.

A alteração de identidade é vista mais evidentemente no transtorno de transe dissociativo. Cardeña *et al.*⁴⁸ definem transe como uma alteração temporária da consciência, da identidade ou do comportamento, com diminuição da percepção do ambiente e ocorrência de movimentos que estejam fora do controle da própria pessoa, sem substituição da própria consciência por outra. Os mesmos autores definem transe de possessão como sendo a mesma vivência, com a diferença que a

alteração da consciência é atribuída a uma força ou entidade espiritual externa que se apossa da consciência daquele que vivencia a experiência.

Deve-se tomar cuidado para não considerar patológicas todas as formas de transe e possessão, pois Bourguignon⁴⁹, em uma investigação antropológica, constatou que, em 488 sociedades no mundo, 90% delas possuíam formas institucionalizadas de transe e, em 52% destas, esses estados são atribuídos à possessão por seres espirituais. Isso nos mostra que a extensão em que essa vivência acontece no mundo nos leva a tomar cuidado para não reduzi-la a um mero mau funcionamento psicológico de indivíduos mentalmente doentes.

Lewis⁵⁰ propôs alguns critérios para diferenciar a possessão saudável da patológica. A possessão não patológica, denominada por ele como central, é episódica, ocorre em um tempo delimitado, é organizada e ocorre dentro de um contexto cultural que lhe confere significado. Já a possessão patológica, denominada por ele como periférica, tende a ser crônica, ocorre de forma não controlada, não é organizada e não compatível com o contexto cultural no qual o indivíduo esteja integrado.

Beng-Yeong⁵¹ propõe que estados de transe saudáveis sejam disparados por ações definidas, sejam curtos e gerem resultados benéficos para o indivíduo que os vivencia e serão patológicos se forem disparados por emoções estressantes, durarem muito e gerarem resultados maléficos para quem os vivencia.

Cardeña *et al.*⁵², utilizando os conceitos de Lewis⁵⁰, afirmam que a possessão central (não patológica) vem de uma predisposição provavelmente biológica, que foi modelada por fatores socioculturais organizados, que levaram a rituais controlados de possessão. É neste sentido que poderemos compreender os transe de possessão da mediunidade, que acontecem nas religiões mediúnicas, como no Espiritismo, na Umbanda e no Candomblé. Já a possessão periférica (patológica) também decorreria de uma predisposição biológica, mas que foi impactada por traumas físicos ou sexuais, gerando alterações de identidade difíceis de controlar e organizar. Os indivíduos passam a apresentar sofrimento psicológico e prejuízos significativos nos seus funcionamentos social e ocupacional.

Discussão

Será apresentado um resumo com os principais sintomas diferenciadores entre uma experiência espiritual e um transtorno mental propostos por esses autores. A ordem de colocação desses critérios deve-se a uma concordância decrescente dos autores em relação a eles, tal como apresentados neste estudo. Esses critérios não devem ser considerados isoladamente, mas sim em um conjunto. Faltam, entretanto, mais estudos que testem prospectivamente os critérios diferenciadores do que seria uma experiência espiritual e do que seria um transtorno dissociativo ou espiritual.

I – Ausência de sofrimento psicológico^{10-13,14,16,17,21,32-34,44,45,52}

O sofrimento está relacionado à doença. Deve-se lembrar, entretanto, que os estágios iniciais de uma experiência religiosa ou espiritual podem vir acompanhados de grande sofrimento pessoal que poderão ser superados à medida que o indivíduo avançar na compreensão e no controle da sua experiência. Greyson¹³, estudando as EQM, afirma que os indivíduos, após essa experiência, sentem raiva e depressão, experimentam abalos em suas crenças religiosas, passam a duvidar de sua sanidade mental, sentem-se incompreendidos pelos familiares e profissionais de saúde e que 75% rompem casamentos, e suas carreiras profissionais podem ficar gravemente prejudicadas. Comentando quatro casos em seu artigo, ele afirma que o atendimento psicoterapêutico e psicofarmacológico adequado trouxe uma melhor compreensão da experiência vivida por eles, levando esses pacientes a retomarem e muitas vezes reestruturarem sua vida de forma mais significativa.

II – Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais^{12,16,17,21,22,28-30,44,45,52}

A saúde psicológica implica um ego estruturado gerenciando adequadamente as relações sociais, familiares, afetivas e atividades ocupacionais. Lukoff *et al.*⁵⁴, entretanto, comentam como indivíduos que tiveram uma experiência mística podem se sentir temporariamente desajustados em relação à sua vida cotidiana, enquanto não conseguirem compreendê-la e retomá-la.

III – A experiência tem duração curta e ocorre episodicamente^{9,10,21,28-31,45,50,51}

A experiência espiritual não patológica é um acréscimo às possibilidades vivenciais do indivíduo, não se interpondo às demais experiências cotidianas da consciência. Assim, espera-se que a pessoa saudável passe por uma vivência incomum e logo retome seu estado habitual de consciência e suas atividades cotidianas. Existem casos, entretanto, de médiuns treinados que sustentam experiências espirituais por mais tempo sem comprometimento de sua saúde mental⁵⁴.

IV – Existe uma atitude crítica sobre a realidade objetiva da experiência^{11,15,16,21,22,29,31-33}

A consciência saudável, surpreendida pela experiência espiritual ou religiosa, precisará refletir sobre o sentido dessa experiência para si mesmo e para sua vida. Enquanto o indivíduo não desenvolver uma nova compreensão sobre a experiência que esteja vivendo, ele precisará colocar sob suspeita essa nova experiência, até que ela possa ser compreendida. Enquanto isso, ele poderá não conseguir avaliar adequadamente o que lhe

sucedeu, como ocorre, por exemplo, nas experiências místicas, como mostraram Lukoff *et al.*⁵⁴.

V – Existe compatibilidade da experiência com algum grupo cultural ou religioso^{15,17,21,22,31,44,50,52}

A compatibilidade da experiência com as crenças e os comportamentos próprios de um grupo cultural de referência sugere o ajustamento social daquele que vive a experiência com as práticas de um grupo, conferindo legitimidade a essa vivência. Entretanto, a EQM¹³ e a mediunidade⁵⁴ podem surpreender indivíduos, seus familiares, bem como os grupos religiosos em que eles estejam inseridos, sem que alguém tenha qualquer compreensão sobre o que tenha ocorrido.

VI – Ausência de comorbidades^{15,22,28-30}

Sims¹⁵ apontou que a psicopatologia relacionada a uma experiência espiritual pode ser observada tanto no comportamento do indivíduo quanto na sua experiência subjetiva, manifesta-se em todas as suas áreas de vida e compõe um histórico de vida compatível com o histórico de um transtorno mental, em nada lembrando uma experiência espiritual. Quanto mais evidenciada estiver a patologia, mais probabilidades teremos de estar diante de um transtorno mental.

VII – A experiência é controlada^{21,34,44,50,51}

Cabe a um ego vigilante controlar suas vivências habituais e garantir um bom desempenho pessoal e social. Caberá a ele, da mesma forma, controlar as experiências espirituais e religiosas, de modo a não prejudicar suas vivências habituais. Formas orientais de meditação, por exemplo, tendem a atrair indivíduos com transtorno de personalidade *borderline* e narcisista, que têm uma frágil integração psicológica, podendo gerar nesses indivíduos falsas experiências de iluminação, repletas de visões aterradoras⁵⁴.

VIII – A experiência gera crescimento pessoal^{15,16,21,22,51}

A experiência espiritual gera significados enriquecedores para a vida pessoal, social e profissional de um indivíduo. Já a experiência patológica, mal estruturada e mal estruturada desde o princípio ampliará o desequilíbrio do indivíduo ao longo do tempo, resultando em deterioração geral da sua qualidade de vida¹⁵.

IX – A experiência é voltada para os outros^{21,32,33}

A experiência voltada para os outros guarda um sentido e um objetivo social, próprios de alguém socialmente ajustado. Já a experiência egocentrada tende a ser isolacionista e pode, muito facilmente, levar o indivíduo a

enredar-se nos meandros de um pensamento delirante sem que ele próprio possa se dar conta da extensão do seu desvio da normalidade.

Conclusão

Embora os critérios diferenciadores aqui apresentados sejam sugestivos para diferenciar uma experiência espiritual de uma condição de transtorno mental, são necessários estudos controlados que testem esses critérios sugeridos.

Esses futuros estudos deverão tomar alguns cuidados para que possam ter maior validade.

Tart⁵⁵ já tinha apontado a inadequação da abordagem científica tradicional para abordar os “Estados Alterados de Consciência”, entendidos como alterações qualitativas no padrão global de funcionamento mental que o indivíduo sente serem radicalmente diferentes do seu modo habitual de funcionamento, recomendando o uso extensivo de observações empíricas que possam ser replicadas por outros investigadores.

Heber *et al.*⁵⁶ e Ross *et al.*³⁷ propuseram que os estudos sejam feitos com populações não clínicas, para que seus resultados possam ser mais generalizáveis para a população não diagnosticada.

Reinsel⁵⁷ sugeriu que fossem utilizadas amostras maiores e estas fossem recolhidas de ambientes onde as experiências estudadas ocorram com maior frequência.

Almeida e Neto⁵⁸ recomendam, entre outras coisas, utilizarem-se diversos critérios de normalidade e patologia, avaliar a experiência de modo multidimensional e priorizar estudos longitudinais que permitam esclarecer as complexas relações causais entre as variáveis associadas às experiências espirituais e aos transtornos mentais.

Levin e Steele⁵⁹ também insistem em estudos longitudinais, propõem o uso de conceitos operacionais relativos às experiências e recomendam buscar respostas para as seguintes perguntas: o que, quem, onde, quando, como e por quê.

Referências

1. Freud S. O mal estar na civilização. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1959.
2. Horton PC. The mystical experience: substance of an illusion. J Am Psychoanal Assoc. 1974;22:364-80.
3. Group for Advancement of Psychiatry. Mysticism: spiritual quest or mental disorder. New York; 1976.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: APA; 1987.
5. Jung CG. Psychology and religion. Princeton: Princeton University Press; 1973.
6. Maslow A. The Farther Reaches of Human Nature. New York: Viking; 1971.
7. Hood RW. Conceptual criticism of regressive explanations of mysticism. Rev Religious Res. 1976;17:179-88.
8. Caird D. Religion and personality: are mystics introverted, neurotic or psychotic? Br J Soc Psychol. 1987;26:345-46.

9. James W. The varieties of religious experience: A study in human nature. Cambridge: Harvard University Press; 1902/1958.
10. Buckley P. Mystical experience and schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1981;7:516-21.
11. Lenz, H. Belief and delusion: their common origin but different course of development. *Zygon.* 1996;18:117-37.
12. Lukoff D. The diagnosis of mystical experiences with psychotic features. *J Transp Psychol.* 1985;17(2):155-81.
13. Greyson B. The near-death experience as a focus of clinical attention. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(5):327-33.
14. Oxman TE, Rosenberg SD, Schunurr PP, Tucker GJ, Gala G. The language of altered states. *J Nerv Ment Dis.* 1988;176:401-8.
15. Sims A. Symptoms in the mind. London: Ballière Tindall; 1988.
16. Grof S, Grof C. Eds. *A tempestuosa busca do ser.* São Paulo: Cultrix; 1990.
17. Greenberg D, Witztum E. Problems in the treatment of religious patients. *Am J Psychiatry.* 1991;45:554-65.
18. Lukoff D, Lu F, Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychoespiritual problems. *J Nerv Ment Dis.* 1992;180(11):673-82.
19. American Psychiatric Association – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: APA; 1994.
20. Greyson B. Dissociation in people who have near death experience: out of their bodies or out of their minds? *Lancet.* 2000;355(9202):460-3.
21. Jackson M, Fulford KWM. Spiritual experience and psychopathology. *Philos Psychiatr Psychol.* 1997;4(1):41-65.
22. Koenig HG. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Rev Psiq Clín.* 2007;34(suppl 1):95-104.
23. Berrios G. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
24. Sidgwick H. Report on the census of hallucinations apud Berrios G. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
25. West DJ. A mass observation questionnaire on hallucinations apud Berrios G. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
26. Tien AY. Distribution of hallucinations in the population. *Soc Psychiatry Epidem.* 1991;26:287-92.
27. Ohayon MM. Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Res.* 2000;27(2-3):153-64.
28. Johns LC, Van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin Psychol Rev.* 2001;21(8):1125-41.
29. Serper M, et al. Factorial structure of the hallucinatory experience: continuity of experience in psychotic and normal individuals. *J Nerv Ment Dis.* 2005;193(4):265-72.
30. Lincoln TM. Relevant dimensions of delusions: continuing the continuum versus category debate. *Schizophr Res.* 2007;93(1-3):211-20.
31. Strauss JS. Hallucinations and delusions as points on continua function. *Arch Gen Psychiatry.* 1969;21:581-86.
32. Slade PD. An investigation of psychological factors involved in the predisposition to auditory hallucinations. *Psychol Med.* 1976;6(1):123-32.
33. Richardson A, Divvo P. The predisposition to hallucinate. *Psychol Med.* 1980;10(4):715-22.
34. Honig A, et al. Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186(10):646-51.
35. Janet P. *l'automatisme psychologique: essai de psychologie experimentale sur les forme inférieures de l'activité humaine.* Paris: Félix Alcan; 1889.
36. Putnam FW. Diagnosis and treatment of multiple personality disorders. New York: Guilford; 1989.
37. Ross CA, et al. Dissociative experiences in the general population. *Am J Psychiatry.* 1990a;147:1547-52.
38. Waller NG, Putnam FW, Carlson EB. Types of dissociation and dissociative types: a taxonomic analysis of dissociative experiences. *Psychol Methods.* 1996;1(3):300-21.
39. Martinez-Taboas A. Dissociative experiences and disorders: a review. *Intern J Parapsychol.* 2001;12(1):131-62.
40. Tellegen A, Atkinson G. Openness to absorbing and self altering experiences ("Absorption") a trait related to hypnotic susceptibility. *J Abnorm Psychol.* 1974;83(3):268-77.
41. Wilson SC, Barber TX. The fantasy-prone person personality: implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. In: Sheikt A. (ed.). *Imagery: current theory, research, and application.* New York: Wiley; 1983. p. 340-90.
42. Rhue JW, Lynn SJ. *J Pers Soc Psychol.* 1987;53(2):327-36.
43. Rauschenberger SL, Lynn SJ. Fantasy proneness, DSM-III-R Axis I psychopathology, and dissociation. *J Abnorm Psychol.* 1995;104(2):373-80.
44. Lewis Fernandez R. A cultural critique of the DSM-IV dissociative disorders section. *Transc Psychiatry.* 1998;35(3):387-440.
45. Butler LD. Normative dissociation. *Psych Clin North America.* 2006; 29:45-62.
46. Kihlstrom JF, et al. Dissociative tendencies and dissociative disorders. *J Abnorm Psychol.* 1994;103(1):117-24.
47. Dell PF. Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(1):10-5.
48. Cardeña E, Lewis-Fernandez R, Bear D, Pakianathan I, Spiegel D. Dissociative disorders in DSM IV. APA; 1994. p. 973-1005.
49. Bourguignon E. Spirit possession and altered states of conscience: the evolution of an enquiry. In: Spindler GD (ed.) *The making of psychological anthropology.* Berkley: University of California Press; 1978.
50. Lewis AJ. *Ecstatic religion.* London: Routledge; 1989.
51. Beng-Yeong N. Phenomenology of trance states seen at a psychiatric hospital in Singapore: a cross-cultural perspective. *Transc Psychiatry.* 2000;560-79.
52. Cardeña E, Van Duijl M, Weiner LA, Terhune DB. Possession/trance phenomena. In: Dell PF, O'Neil JA (eds.). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-IV and beyond.* New York: Routledge; 2006.
53. Almeida AM. Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia dos médiuns espíritas. São Paulo: USP; 2004.
54. Lukoff D, Lu FG, Turner R. Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *Psychiatr Clin North Am.* 1995;18(3):467-85.
55. Tart CT. States of consciousness and states-specific sciences. *Science.* 1972;176:1203-10.
56. Heber AS, Fleisher WP, Ross Ca, Stanwick RS. Dissociation in alternative healers and traditional therapists: a comparative study. *Am J Psychother.* 1989;XLIII(4):562-74.
57. Reinsel R. Dissociation and mental health in mediums and sensitives: a pilot study. Vancouver: Parapsychological Association, 46th Annual Conference; 2003.
58. Almeida AM, Neto FL. Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. *Rev Psiq Clín.* 2003;30:21-8.
59. Levin J, Steele L. The transcendent experience: conceptual, theoretical and epidemiological perspectives. *Explore.* 2005;1(2):89-101.