



## Experiências Religiosas/Espirituais: dissociação saudável ou patológica?

Religious/Spiritual experiences: healthy or pathological dissociation?

Letícia Oliveira Alminhana\*  
Adair Menezes Jr.\*\*

### Resumo

Contexto: Algumas experiências religiosas e/ou espirituais apresentam um caráter dissociativo. Há carência de estudos que indiquem critérios diferenciais entre a dissociação patológica e saudável em contexto religioso. Objetivo: Este estudo pretende observar as experiências dissociativas sob diferentes perspectivas: uma ligada à psicopatologia e a outra, à saúde. Método: Ensaio temático com a literatura disponível sobre o assunto. Bases de dados: Pubmed e PsychINFO. Também foi feita busca manual de artigos relacionados ao assunto. Resultados: 1. Historicamente, alguns autores se debruçaram sobre as relações entre dissociação e fenômenos religiosos, mas os dados não são conclusivos; 2. A dissociação acontece em um *continuum* entre saúde e doença; 3. A psiquiatria transcultural oferece aporte para a compreensão de experiências dissociativas, como o transe de possessão, contextualizando-as culturalmente; 4. Há uma série de estudos feitos no Brasil, que exploram o diagnóstico diferencial entre experiências religiosas saudáveis e patológicas. Conclusões: Experiências religiosas/espirituais de caráter dissociativo (como a possessão), podem ser consideradas saudáveis se apresentarem ausência de sofrimento, controle, forem contextualizadas e trouxerem benefício para o indivíduo. Indivíduos sem Autodirecionamento e com experiências autocentradas mostram maior probabilidade de desenvolver patologia. Futuros estudos deverão explorar empírica e longitudinalmente estas questões.

**Palavras-chave:** Religiosidade, Espiritualidade, Dissociação e Possessão.

### Abstract

Context: Some religious and spiritual experiences present dissociative characteristics. There are few studies showing criteria to distinguish pathological and healthy dissociation in religious context. Objective: This study aims to observe dissociative experiences from different perspectives: one linked to psychopathology and the other to mental health. Method: Thematic Essay with available literature on the topic. Databases: Pubmed and PsychINFO. Moreover, a manual search for articles related to the subject was performed. Results: 1. Historically, some authors studied the relationship between dissociation and religious phenomenon without conclusive results; 2. Dissociation happens on a continuum between health and disease; 3. Transcultural psychiatry contributes to understand dissociative experiences such as trance possession, culturally contextualized; 4. There are many studies in Brazil exploring the differential diagnosis between healthy and pathological religious experiences. Conclusions: Religious/spiritual experiences with dissociative characteristics (such as possession), can be considered healthy if individual have no suffering, is able to control the experience, can contextualize it and when the experience brings benefit to the individual. Low Self-Directedness and self-centered individuals show higher probability to develop pathology. Future studies should explore empirically and longitudinally these issues.

**Keywords:** Religiosity, Spirituality, Dissociation and Possession.

Artigo recebido em 10 de novembro de 2015 e aprovado em 15 de março de 2016.

\* Psicóloga, Mestre em Teologia pela Escola Superior de Teologia (EST), Doutora em Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e Pós-doutora pela University of Oxford (UK). Atualmente, PNPD da Pós-graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS. País de origem: Brasil. E-mail: leticiaalminhana@gmail.com

\*\* Psicólogo, Mestre em Filosofia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Doutor em Saúde na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e professor adjunto da Faculdade de Educação da UFJF. País de origem: Brasil. E-mail: adairmenezesjr@yahoo.com.br

## Introdução

O sincretismo religioso é uma das mais importantes características socioculturais brasileiras. Entre as várias religiões que coexistem em nosso país, as chamadas “religiões mediúnicas” (Umbanda, Candomblé e Espiritismo), bem como as religiões evangélicas pentecostais e neopentecostais constituem importante objeto de estudo por fomentarem experiências religiosas/espirituais (R/E) de caráter dissociativo como elemento central de sua prática (MENEZES JR.; ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; GREYSON, 2007a; ZANGARI, 2007; ZANGARI; MARALDI, 2009). Contudo, parece haver carência de pesquisas relacionadas ao Transe Religioso, aos estados dissociativos não patológicos, bem como às experiências de possessão em contexto religioso (FULFORD; JACKSON, 1997; JÚNIOR; DE; MOREIRA-ALMEIDA, 2009; MARTÍNEZ-TABOAS, 1999).

Por outro lado, tem havido um crescente interesse sobre as relações entre psicopatologia e R/E. Sobretudo, no que tange às características sintomatológicas, onde alguns relatos de estados mentais se assemelham a critérios diagnósticos presentes em manuais internacionais, como o DSM 5 e a CID - 10 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; MOREIRA-ALMEIDA; CARDEÑA, 2011). Por esse motivo, há necessidade de esclarecer terminologias, aprofundar a compreensão de experiências R/E e contextualizar critérios de psicopatologia. O objetivo deste estudo é oferecer aporte teórico para futuras pesquisas sobre o limiar entre saúde e doença nos estados dissociativos em contexto religioso.

## 2 Método

Ensaio temático com a literatura disponível nas bases de dados PubMed e PsychINFO. A primeira busca foi realizada em 2009, com os termos “dissociation AND spirit\*” e “dissociation AND religio\*”. A segunda busca foi realizada com os mesmos termos, nas mesmas bases de dados, em 2015. Também foi feita ampla busca manual de artigos em referências bibliográficas relacionados ao assunto.

## 3 Resultados

### 3.1 Dissociação e Estados Alterados da Consciência

Historicamente, sobretudo no final do século 19 e começo do século 20, o estudo de “fenômenos anômalos”, paranormalidade, transe e possessão esteve associado a diversas formas de manifestação da Histeria (APPIGNANESI, 2009; ZANGARI; MARALDI, 2009). Zangari e Maraldi (2009) chamam a atenção ao fato de que os fenômenos paranormais eram fortemente ligados com o Espiritismo e o Ocultismo. Isto tornava as manifestações “mediúnicas” ou “anômalas” um tanto ameaçadoras para a tentativa de estabelecer a psicologia enquanto ciência, distante de especulações metafísicas (ZANGARI; MARALDI, 2009).

Nesse sentido, Almeida e Lotufo Neto (2004), revisaram as principais explicações e visões a respeito dos “fenômenos mediúnicos” elaboradas por pesquisadores na área mental ao longo dos séculos XIX e XX. Os autores resumem o pensamento de diferentes médicos e psicólogos que buscaram compreender tais experiências, em três grupos:

- Pierre Janet e Sigmund Freud, para os quais as experiências “mediúnicas” eram patológicas e produto exclusivo do inconsciente da pessoa;

- William James e Carl Jung, onde a “mediunidade” não é vista como sendo necessariamente patológica, podendo ter origem no inconsciente, mas não é excluída a possibilidade de uma origem paranormal;
- Frederic Myers, segundo o qual a “mediunidade” poderia ser uma evidência de um desenvolvimento superior da personalidade e sua origem seria mista (inconsciente, telepatia e comunicação de espíritos) (ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2004).

Almeida e Lotufo Neto (2004) consideram “digno de nota” o fato de que, embora o “fenômeno mediúcnico” tenha sido objeto de intensas pesquisas, não houve um consenso ou o estabelecimento de um paradigma abrangente sobre o assunto. No entanto, os estudos foram interrompidos ou a visão da mediunidade como psicopatologia prevaleceu, embora não se tenham realizado estudos controlados e de quantidade necessária para que tal entendimento do fenômeno fosse estabelecido cientificamente (ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2004).

Em meados do século XIX, nos EUA e na Europa, diversos fenômenos incomuns, como o deslocamento espontâneo de objetos, audição de sons aleatórios e comunicação com espíritos, tomaram a atenção da mídia e da população em geral. Um dos casos mais populares foi o das Irmãs Fox, acontecido nos EUA (ALVARADO *et al.*, 2007).

Os fenômenos logo se espalharam pelo continente europeu, que já havia se instigado com a suposta paranormalidade de Emmanuel Swedenborg e Franz Mesmer (ALVARADO *et al.*, 2007; JAMES, 1991). A fim de compreender cientificamente os alegados fenômenos paranormais, cientistas renomados da época, tais como Edmund Gurney, Frederic Myers, Henry Sidgwick e Edmund Dawson Rogers, fundaram, em 1882, a Society for Psychical Research. Outros membros ilustres da sociedade foram Alfred Russel Wallace, W. B. Yeats, Charles Richet, C. G. Jung e William James (ALVARADO *et al.*, 2007; JAMES, 1991). Foram conduzidos diversos experimentos com alegados médiuns da época, dentre

os quais os mais conhecidos foram Kate Fox, Florence Cook e Daniel Dunglas Home. De modo geral, apesar de muitos casos de sucesso, os experimentos foram inconclusivos, sugerindo o aperfeiçoamento da pesquisa.

Pierre Janet (1889, p. 101-152) apresentou o conceito de dissociação para significar “desagregações psicológicas”. Dissociação, segundo ele, é a perda da unidade do funcionamento da personalidade humana, deixando conteúdos mentais não relacionados entre si, fora de um controle consciente (Janet, 1889, p. 73). O conceito original de Janet acentuou o caráter patológico da experiência, pois ele construiu sua teoria baseado em estudos detalhados de pacientes histéricos, que apresentavam uma tendência permanente de “divisão da personalidade”. Para Janet, a dissociação só ocorreria em indivíduos mentalmente doentes, que teriam uma deficiência em integrar diferentes conteúdos psicológicos (JANET, 1889).

Janet acreditava que quanto mais um indivíduo tivesse sido traumatizado, maior seria a fragmentação da sua personalidade. Ele afirmava que pessoas saudáveis não teriam esta personalidade “sub-consciente” (expressão utilizada por ele). Utilizando hipnose, sonhos, escritos resultantes da escrita automática e falas dos seus pacientes, Janet procurava a origem dos sintomas histéricos em eventos traumáticos que foram esquecidos pela personalidade primária. Seu objetivo terapêutico era restabelecer a unidade da consciência (JANET, 1889).

Martínez-Taboas (1999) efetuou uma revisão sobre as relações entre dissociação e os fenômenos paranormais. Na primeira proposta, denominada de “reducionista”, a dissociação poderia explicar alguns fenômenos parapsicológicos como as experiências-fora-do-corpo, experiências de quase-morte, estados de transe, alguns tipos de aparições e a escrita automática. Esta perspectiva apoia o fenômeno paranormal na dissociação associado à psique dividida em si mesma, desconsiderando a possibilidade ontológica do fenômeno paranormal.

Na segunda proposta de relação, chamada por ele de “psi-facilitadora”, a dissociação poderia ser considerada uma via condutora à experiência paranormal, através dos estados alterados de consciência, tais como sonhos, sonambulismo e hipnose. Na terceira proposta, chamada de “agnóstica”, as tendências dissociativas estão associadas aos fenômenos parapsicológicos espontâneos, como as experiências – fora – do - corpo e as percepções extrassensoriais, não apontando, entretanto um fator causal da dissociação em relação ao fenômeno paranormal (MARTÍNEZ-TABOAS, 1999).

Steele *et al.* (2009) discutem os conceitos de dissociação e alteração da consciência, afirmando que pode ser difícil distinguir ambas as experiências. Manifestações dissociativas de despersonalização e desrealização estão presentes nas alterações da consciência, e pela mesma forma, a dissociação cria os estados alterados de consciência. Além do mais, ambas as experiências podem coexistir simultaneamente. Alterações da consciência podem se tornar patológicas se forem muito frequentes e não forem controladas. Assim, segundo eles, tanto a dissociação quanto os estados alterados de consciência podem ser saudáveis ou patológicos (DELL; O’NEIL, 2010).

## **4 A dissociação saudável e patológica**

### **4.1 Dissociação Saudável**

A dissociação saudável envolve a capacidade de absorção e de envolvimento imaginativo, constituindo uma experiência humana para a qual todos os indivíduos são propensos em maior ou menor grau (MARTÍNEZ-TABOAS, 1999; WALLER; PUTNAM; CARLSON, 1996). Como não tem sua origem associada a traumas do passado, a dissociação saudável ajuda a concentrar em atividades absorventes e não bloqueia o funcionamento da mente (BUTLER *et al.*, 1996). Ocorre com o controle pleno do indivíduo, dentro de um contexto cultural que a organiza e a

torna significativa para a própria pessoa e para os outros com quem ele convive (LEWIS-FERNANDEZ, 1998).

Tellegen e Atkinson (1974) definiram a absorção como um estado de total atenção no qual o aparelho representacional parece estar totalmente dedicado a experienciar o objeto percebido. Os indivíduos mais propensos à absorção tendem a adotar uma forma experiencial/emocional de lidar com a realidade, enquanto aqueles pouco capazes de absorção tendem a adotar uma forma instrumental/pragmática de lidar com ela (TELLEGEN; ATKINSON, 1974).

Ross, Joshi e Currie (1990) avaliaram uma amostra randomizada de 1055 adultos da população geral de Winnipeg, Canadá. Os autores constataram que 13% destes apresentaram uma pontuação acima de 20 no DES (*Dissociative Experience Scale*), indicando a existência de um nível alto de vivências dissociativas em uma população não diagnosticada (ROSS; JOSHI; CURRIE, 1990). Em um estudo posterior, Putnam *et al.* (1996) procuraram investigar padrões de dissociação em amostras clínicas e não clínicas. Para tanto testaram 1566 sujeitos divididos entre pacientes psiquiátricos, pacientes neurológicos, adolescentes e adultos não diagnosticados com o DES. Eles identificaram três grupos de dissociadores: baixos, com pontuação média de 8,5; médios com pontuação em torno de 17; e altos, com a pontuação média de 48, confirmando a hipótese da ocorrência da dissociação em um contínuo, de uma polaridade saudável a outra polaridade patológica (PUTNAM *et al.*, 1996).

## 4.2 Dissociação Patológica

A dissociação patológica geralmente está associada a experiências traumáticas do passado, é crônica e debilitadora para o funcionamento psicológico e social (BUTLER *et al.*, 1996). A dissociação patológica pode surgir de um evento traumático para a consciência do fantasiador, causado tanto por um evento externo único quanto por uma situação duradoura. Irrompe como uma forma defensiva de

lidar com a situação aversiva e pode se generalizar para as demais situações de vida (KIHLSSTROM; GLISKY; ANGIULO, 1994). Segundo Butler e colaboradores, é a interação entre a capacidade de absorção que o indivíduo já tinha originariamente e as experiências traumáticas que resultarão na dissociação patológica (BUTLER et al., 1996). A dissociação patológica expressa um mau funcionamento psicológico, que gera sofrimento ou incapacitação, é involuntária e interpretada pelo grupo cultural de referência do próprio indivíduo como sendo uma doença que necessita de tratamento (LEWIS-FERNANDEZ, 1998).

A dissociação patológica se expressa na amnésia, na fuga dissociativa, na despersonalização-desrealização, no transtorno de identidade dissociativa e no transtorno de transe de possessão (SPIEGEL *et al.*, 2011; WALLER; PUTNAM; CARLSON, 1996). 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 orgânica. A fuga dissociativa se ocorre quando um indivíduo se afasta do seu ambiente de origem, apresentando uma condição de amnésia, podendo ou não assumir outra identidade. A despersonalização refere-se às alterações afetivas e perceptuais em relação ao self, que levam o indivíduo a estranhar a si mesmo a o seu próprio corpo. A desrealização refere-se às mesmas alterações em relação ao seu meio ambiente, que fazem o indivíduo se sentir desconfortável neste ambiente (SPIEGEL *et al.*, 2011).

Confusões e alterações de identidade ocorrem no Transtorno de Identidade Dissociativa e no Transtorno de Transe de Possessão. A confusão de identidade ocorre no quadro do Transtorno de Identidade Dissociativa. Este quadro se manifesta pela possibilidade de duas ou mais personalidades existirem dentro de um mesmo indivíduo que se alternam dentro dele, com períodos de amnésia eclipsando as personalidades que foram afastadas. As mudanças de personalidade podem ser abruptas e estarem ligadas a situações estressantes (SPIEGEL *et al.*, 2011).

A alteração de identidade pode também acontecer no Transtorno de Transe de Possessão. O transe pode ser definido como uma alteração temporária da consciência, identidade ou comportamento, com diminuição da percepção do ambiente e ocorrência de movimentos que estão fora do controle da própria pessoa. Por outro lado, o transe de possessão seria a mesma vivência, somando-se uma alteração da consciência atribuída a uma força ou entidade espiritual externa (DELL; O'NEIL, 2010).

Atualmente, o Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 – (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), lista os seguintes Transtornos Dissociativos: Transtorno Dissociativo de Identidade; Amnésia Dissociativa e Transtorno de Despersonalização/Desrealização. O Transtorno Dissociativo de Identidade, anteriormente identificado como “Transtorno de Personalidade Múltipla”, sofreu grandes revisões. No “Critério A” inclui a “Experiência de Possessão”, conforme é descrita em inúmeras sociedades e culturas (ARAÚJO; NETO, 2014). A Fuga Dissociativa (presente no DSM-IV-TR), foi incorporada à Amnésia Dissociativa. E a “desrealização” (estranheza com o próprio corpo), foi associada à “despersonalização” no Transtorno de Despersonalização Desrealização (ARAÚJO; NETO, 2014). O quadro abaixo sumariza os principais critérios diagnósticos de cada Transtorno Dissociativo, de acordo com o DSM-5:

**Tabela 1. Quadro resumido de critérios diagnósticos para Transtornos Dissociativos**

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Transtorno Dissociativo de Identidade*</b></p>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença de um ou mais estados de personalidade distintos ou um estado de possessão.</li> <li>- Lacunas na recordação de eventos cotidianos, informações pessoais importantes e eventos traumáticos.</li> </ul>   |
| <p><b>Amnésia Dissociativa*</b></p>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacidade de lembrar de elementos autobiográficos relacionados à eventos traumáticos.</li> <li>- Ocorre, geralmente, em comorbidade com Transtorno de Stress Pós-Traumático.</li> </ul>  |
| <p><b>Transtorno de Despersonalização/<br/>Desrealização*</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Despersonalização: experiência de distanciamento, irrealidade, de observar a si mesmo de fora (alterações da percepção, senso distorcido de tempo).</li> <li>- Desrealização: experiência de irrealidade ou distanciamento em relação ao ambiente ao redor (indivíduos ou objetos vivenciados como irrealis, oníricos, nebulosos).</li> </ul> |

\* Para a realização de qualquer diagnóstico é imprescindível observar a lista completa de critérios, bem como o diagnóstico diferencial entre outros Transtornos Mentais.

**Fonte: DSM-5, APA, 2013.**

O estado de possessão encontrado em diversas manifestações religiosas culturalmente aceitas, como a incorporação de entidades espirituais e a manifestação de oráculos é diferenciado da possessão que ocorre durante o Transtorno Dissociativo de Identidade. De acordo com o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), a possessão patológica é involuntária, provoca sofrimento significativo nas relações sociais do indivíduo, além de se manifestar em momentos e lugares inadequados mesmo para o contexto religioso ao qual o próprio indivíduo pertence.

## 5 A perspectiva transcultural na pesquisa dos estados dissociativos de transe e de transe de possessão

A psiquiatria transcultural amplia o conceito de saúde nas experiências de transe e de transe de possessão. Podemos considerar como um ponto de partida desta perspectiva o trabalho de Bourguignon (1978) que constatou que em 488 sociedades conhecidas, 90% delas criaram formas institucionalizadas de transe, sendo que em 52% destas estes estados estão associados à possessão por seres espirituais.

Um critério para diferenciar a possessão saudável da patológica foi proposto por (LEWIS, 2003): a) a *possessão não patológica*, é episódica, ocorre de forma organizada em um tempo delimitado e dentro de um contexto cultural que lhe confere significado; a *possessão patológica* tende a ser crônica, ocorre de forma não organizada, não limitada no tempo e não compatível com um contexto cultural. Segundo (SPIEGEL *et al.*, 2011), a possessão não patológica vem de uma predisposição biológica, que foi modelada por fatores socioculturais organizados, os quais levam a rituais controlados de possessão.

Koss (1975) relatou uma prática espírita de cura em que sofredores, tidos como possuídos por espíritos, eram convidados a se tornarem médiuns. Estes, por sua vez, após aprenderem a ter estados de transe de possessão controlados, passavam a participar do atendimento de novos sofredores possuídos por espíritos, agora como curadores. Posteriormente, em 1977 afirmou que um quinto dos buscadores de tratamento espiritual são reconhecidos como sendo médiuns em potencial. Ela propõe que a saúde mental final do médium dependerá de sua estabilidade emocional anterior ao afloramento da mediunidade, da continuidade da sua participação no grupo religioso e dos seus esforços de manutenção da sua própria saúde mental enquanto prossegue no seu caminho espiritual (KOSS, 1975).

Hughes (1992) comparou canalizadores, indivíduos que dizem serem transmissores de mensagens de seres espirituais, com pacientes de transtorno de identidade dissociativa e com indivíduos saudáveis, concluindo que embora o nível de dissociação dos canalizadores fosse maior do que o nível dos indivíduos normais, os pacientes de transtorno dissociativo apresentavam um nível de dissociação superior ao dos canalizadores, ficando implicado que um nível muito elevado de dissociação está associado à patologia (HUGHES, 1992).

Gaw *et al.* (1998) lidaram com 20 pacientes de Transtorno de Transe Dissociativo na China. Os pacientes apresentavam perda de controle sobre suas ações, alterações do comportamento, perda da identidade pessoal e problemas para diferenciar a realidade da fantasia entre outros sintomas. Os problemas eram vistos como tendo sido causados por espíritos possessores de pessoas falecidas, deuses, espíritos animais e demônios. Embora estes pacientes estivessem com os sintomas de um transtorno de transe dissociativo, foi mais útil para eles serem compreendidos e tratados dentro do referencial cultural da possessão espiritual, já trazida por eles do seu ambiente cultural, do que dentro do referencial médico (GAW *et al.*, 1998).

Martínez-Taboas (1999) discutiu um caso de possessão espiritual e glossolalia em Porto Rico, onde procura identificar um transtorno de identidade dissociativa. Segundo este autor, a ausência de controle da experiência, a experiência não ser compatível com a prática estruturada de algum grupo religioso, o sofrimento psicológico e impedimentos sociais e ocupacionais serão indicadores de transtorno mental, diferenciando este de um quadro de possessão espiritual (MARTÍNEZ-TABOAS, 1999).

Em Singapura, estados de transe foram observados em pacientes de um Hospital Psiquiátrico (NG, 2000). Os agentes possessores foram relatados como sendo deuses, espíritos de parentes falecidos, espíritos de animais e o Espírito Santo. Ele define transe como um estado alterado de consciência que gera amnésia

parcial ou total e que pode trazer também uma vivência de possessão espiritual. Estados de transe induzidos por ações rituais, de modo contrário, gerarão estados de possessão controlados e com resultados benéficos. Será indicador de um transtorno mental o estado de transe que não tiver um estímulo aparente, durar muito tempo e tiver um resultado prejudicial para aquele que o estiver vivenciando (NG, 2000).

Somasudaram, Thivakaram e Bhugra (2008) fizeram um estudo comparativo em Sri Lanka, estudando 30 pacientes apresentando estados não controlados de transe de possessão, 30 outros pacientes externos com problemas diversos e 30 indivíduos da comunidade conhecidos por apresentarem estados controlados de transe de possessão. Uma condição não patológica da vivência é mais provavelmente encontrada quando se pode observar uma maior experiência passada no exercício, modelagem e na manutenção do estado de possessão. A cronicidade das vivências associada à integração com uma comunidade que tolera, aceita e até venera este tipo de manifestação ajuda os indivíduos a controlar o tempo e a forma de apresentação das vivências. Formas de possessão não compatíveis com alguma tradição culturalmente estabelecida indicam um transtorno psicótico. Os autores sugeriram que indivíduos com transtornos de transe de possessão fossem encaminhados para o tratamento psiquiátrico e indivíduos apresentando vivências de possessão próximas do saudável fossem encaminhados aos grupos religiosos que providenciassem treinamento e direcionamento dessas vivências (SOMASUNDARAM; THIVAKARAN; BHUGRA, 2008).

Ally e Laher (2008) entrevistaram seis curadores islâmicos africanos sobre a percepção que eles têm da doença mental e das formas de curá-la. Eles afirmam que no Islã, existe a crença de que certos homens e mulheres têm a feitiçaria como um poder inato e que através disso eles podem fazer bem ou mal a outras pessoas, dependendo da intenção malevolente ou curativa do feiticeiro. Eles acreditam também em seres espirituais não humanos que, comandados pelos feiticeiros, podem possuir seres humanos e desta forma fazer-lhes bem ou mal. A magia negra

pode fazer estes seres espirituais possuírem uma pessoa, gerando nelas formas diferentes de falar e uma força não comum, que seria diagnosticado na cultura ocidental como um Transtorno de Identidade Dissociativa (ALLY; LAHER, 2008).

Igreja, Dias-Lambranca, Hershey *et al.* (2010) fizeram um interessante levantamento epidemiológico da prevalência da possessão por espíritos maléficos em 941 adultos que passaram por uma situação de guerra em Moçambique no período entre 2003 e 2004. A taxa de prevalência de quem era possuído de, pelo menos, um espírito foi de 18,6% e dos que sofriam de possessão por dois ou mais espíritos foi de 5,6%. Uma comparação entre indivíduos que apresentavam e não apresentavam a possessão mostrou que a possessão é uma das principais causas de problemas de saúde naquela população. Estes achados em diversas culturas nos sugerem que a concordância da experiência com uma tradição religiosa, bem como o controle da experiência são fatores que podem ajudar na diferenciação entre uma experiência de possessão saudável e patológica (IGREJA *et al.*, 2010).

## **6 Estudos sobre estados dissociativos em religiões mediúnicas brasileiras**

Alguns estudos foram muito importantes para compreender a diferença entre experiências dissociativas saudáveis e patológicas no contexto cultural brasileiro. O primeiro estudo foi conduzido por Negro Júnior (1999), que investigou vivências dissociativas (incorporação de espíritos, psicografia, experiências fora do corpo) em 110 frequentadores de cursos oferecidos em centros espíritas da cidade de São Paulo. Em seus resultados, o autor mostrou que a atividade mediúnica estava associada a experiências dissociativas, as quais podem ou não ser de caráter patológico, caracterizando um transtorno dissociativo. Quando houve presença de psicopatologia, esta estava relacionada a faixa etária baixa, menor capacidade de controle da experiência, pior suporte social, bem como a antecedentes psiquiátricos (JUNIOR *et al.*, 1999).

Outro estudo procurou investigar as mesmas vivências dissociativas ou “mediúnicas” em uma amostra de 115 indivíduos que trabalhavam como médiuns em centros espíritas de São Paulo (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; GREYSON, 2007b). A diferença é que neste estudo os indivíduos já estavam em “prática” ou desenvolvendo suas “capacidades mediúnicas” há 10 anos, ao contrário do estudo de Negro Júnior (1999), cuja amostra era composta por indivíduos que apenas estavam estudando o Espiritismo.

Os sujeitos do estudo de Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Greyson (2007), relataram apresentar fenômenos denominados, no contexto da religião, como: incorporação de espíritos, psicofonia, visão, audição, psicografia, cura, efeitos físicos e pintura mediúnica. Interessante relatar que os sujeitos deste estudo referiram apresentar, em geral, 3 dessas experiências, concomitantemente. Além disso, o estudo observou que os primeiros sinais da mediunidade apareciam em grande parte na infância (sendo que a maioria dos sujeitos não era oriunda de famílias espíritas). Ao longo do tempo foi verificado que a pessoa adquiria experiência, controle e amadurecimento em sua “vivência mediúnica”, apresentando em geral, bom ajustamento social e baixa prevalência de transtornos mentais (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; GREYSON, 2007).

Um terceiro estudo, realizado com 117 indivíduos que buscaram ajuda em centros espíritas de Juiz de Fora/MG, originou duas teses de doutorado e acompanhou prospectivamente os sujeitos ao longo de um ano (ALMINHANA; MENEZES JR.; MOREIRA-ALMEIDA, 2013; MENEZES JR.; ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2012). Os participantes apresentaram um percentual importante de experiências de caráter psicótico (alucinações visuais e auditivas), sendo que 19% alegou já ter tido experiências de “incorporação de espíritos”.

A partir de uma revisão de literatura, Menezes Jr. (MENEZES JR.; MOREIRA-ALMEIDA, 2009) identificou nove critérios principais para distinção

entre experiências religiosas e transtornos mentais. Em sua tese, Menezes testou a adequação dos nove critérios para a realização de um diagnóstico diferencial entre saúde e psicopatologia, quais sejam:

- 1) Ausência de sofrimento;
- 2) Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais;
- 3) A experiência é curta e ocorre episodicamente;
- 4) Existe uma atitude crítica sobre a realidade objetiva da experiência;
- 5) É compatível com uma tradição cultural e/ou religiosa;
- 6) Ausência de comorbidades;
- 7) A experiência é controlada;
- 8) A experiência gera crescimento pessoal e
- 9) É centrada nos outros (MENEZES JR.; MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

Os nove critérios foram avaliados no estudo realizado em Juiz de Fora e a maioria dos participantes apresentou: ausência de prejuízos sociais e ocupacionais, a experiência era curta e ocorria episodicamente, havia compatibilidade com um contexto cultural, a experiência trouxe benefícios para si mesmo e era centrada nos outros (critérios 2, 3, 5, 8 e 9). Os critérios estiveram associados a melhor qualidade de vida psicológica e social, mesmo após um ano de seguimento (MENEZES JR.; ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2012).

Ainda derivado desta pesquisa, um segundo estudo investigou características de personalidade associadas a melhores desfechos em saúde entre os indivíduos que apresentavam experiências anômalas. Entre os principais resultados, o estudo mostrou que pessoas autodirecionadas, ou seja, com maior autonomia, resolutividade e autocrítica apresentaram melhor qualidade de vida psicológica e social no período de um ano (ALMINHANA et. al., submetido).

Ambos os estudos indicam que apresentar experiências dissociativas ou de caráter psicótico não pode ser um critério isolado para definir a presença de transtornos mentais. É preciso avaliar qualitativamente a experiência e observar a existência de outras características e habilidades que poderão servir como fatores protetores contra o desenvolvimento de psicopatologia. (ALMINHANA; MENEZES

JR.; MOREIRA-ALMEIDA, 2013; MENEZES JR.; MOREIRA-ALMEIDA, 2009; MENEZES JR.; ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; CARDEÑA, 2011).

Em outro estudo, brasileiros que apresentavam experiências de caráter dissociativo, também denominadas de “psicografia” (escrita sob a suposta influência de um espírito ou consciência extra-corpórea), foram levados para um dos maiores centros de estudos de Neuroimagem, na Universidade de Pennsylvania, Filadélfia/EUA (PERES *et al.*, 2012). O estudo comparou 10 participantes em dois momentos: um durante o transe (psicografia) e outro sem transe (escrita normal). Durante a atividade de psicografia, os indivíduos com mais experiência mostraram níveis mais baixos de atividade no hipocampo, no giro inferior occipital, no cíngulo anterior esquerdo, no giro temporal superior direito e no giro pré-central direito em comparação com a sua escrita normal. O fato de que os sujeitos produziram conteúdo complexo em um transe dissociativo sugere que eles não estavam apenas em estado de relaxamento e não houve uma melhor explicação para a sub-ativação de áreas cerebrais relacionadas especificamente ao processamento cognitivo realizado (PERES *et al.*, 2012).

Outro estudo muito recente teve como objetivo examinar se os critérios diagnósticos do DSM-5 eram capazes de diferenciar entre a possessão religiosa não-patológica e o transtorno dissociativo de identidade (DELMONTE *et al.*, 2015). Os autores observaram o caso de uma Mãe de Santo que lidera um grupo da religião Umbandista, no Brasil. A partir de suas experiências de possessão desde a infância até o presente, o caso apresentava um período de mais de 40 anos de transe dissociativo. A precisão do diagnóstico do DSM -5 foi questionada pelos autores do estudo, sugerindo que os critérios não conseguem resolver a ambiguidade de afeto em torno experiências de possessão e carecem de um claro reconhecimento da prevalência de possessão e outras experiências incomuns na população em geral (DELMONTE *et al.*, 2015).

## Conclusões

O presente artigo explorou a discussão sobre o caráter dissociativo das experiências religiosas/espirituais (R/E) e as relações entre saúde e doença mental. Tais questões já foram observadas ao longo da história da psiquiatria e da psicologia, sem apresentarem informações conclusivas. Atualmente, a compreensão transcultural das experiências tem auxiliado no entendimento de sua complexidade. Com isso, é possível localizar experiências de transe e possessão em um contexto, onde elas se tornam expressões simbólicas e ritualísticas, sem a conotação de doença.

No entanto, na prática, é preciso estar atento para algumas vivências dissociativas de caráter patológico acontecendo sob o título de “mediunismo”, “possessão” ou “incorporação”. E, da mesma forma, para alguns indivíduos que recebem diagnóstico de “Transtorno de Identidade Dissociativa” quando, na verdade, ressignificam suas vivências não-patológicas, em um contexto religioso. É importante ressaltar que a perspectiva transcultural não define que as experiências em ambientes religiosos são necessariamente saudáveis ou que experiências de caráter dissociativo que ocorrem fora do contexto religioso são, a priori, patológicas.

Por causa disso, é importante que se estabeleçam critérios mais definidos de experiências patológicas ou saudáveis. O quadro abaixo sintetiza os achados deste estudo:

**Tabela 2. Quadro com critérios diferenciais entre dissociação saudável e patológica**

| Dissociação patológica   | Dissociação não patológica   |
|--|--|
| <p>Presença de sofrimento e prejuízos importantes na vida do sujeito;</p> <p>Experiências não fazem parte de um contexto cultural religioso;</p> <p>Presença de comorbidades;</p> <p>Não há controle sobre a experiência;</p> <p>A experiência é incapacitante e autocentrada;</p> <p>Não há Autodirecionamento, incapacidade de assumir responsabilidade pelos próprios atos;</p> <p>Não há autocrítica;</p> <p>Dificuldade de tolerar frustração e de estabelecer metas para a própria vida;</p> | <p>Ausência de sofrimento e de prejuízos na vida do sujeito;</p> <p>Experiências curtas, episódicas e de acordo com um contexto cultural/religioso;</p> <p>Ausência de comorbidades;</p> <p>A experiência é controlada, gera crescimento pessoal e é centrada nos outros;</p> <p>Presença de Autodirecionamento, capacidade de se responsabilizar pelos próprios atos;</p> <p>Capacidade de duvidar da própria experiência, autocrítica;</p> <p>Maior tolerância à frustração e capacidade de estabelecer metas para a própria vida.</p> |

**Fonte: Elaboração própria**

Futuros estudos deverão explorar empiricamente a relação entre os critérios apresentados acima e medidas de bem-estar e saúde mental.

## REFERÊNCIAS

- ALLY, Y.; LAHER, S. South African Muslim Faith Healers perceptions of mental illness: understanding, aetiology and treatment. **Journal of Religion and Health**, USA, v. 47, n. 1, p. 45–56, mar. 2008.
- ALMEIDA, A. M. DE; LOTUFO NETO, F. Mediumship seen by some pioneers of mental health. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 132–141, jan. 2004.
- ALMINHANA, L. O.; JR, A. M.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Personalidade, religiosidade e qualidade de vida em indivíduos que apresentam experiências anômalas em grupos religiosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 62, p. 268-274, 2013.

ALMINHANA, L. O.; MENEZES JR., A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Personality, religiosity, and quality of life in individuals with anomalous experiences in religious groups. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 4, p. 268–274, dez. 2013.

ALVARADO, C. S. et al. Historical perspectives of the influence of mediumship on the construction of psychological and psychiatric ideas. **Archives of Clinical Psychiatry, São Paulo**, v. 34, p. 42–53, jan. 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington American Psychiatric Association, 2013.

APPIGNANESI, L. **Mad, Bad And Sad: A History of Women and the Mind Doctors from 1800 to the Present**. London: Virago, 2009.

ARAÚJO, Á. C.; NETO, F. L. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 16, n. 1, 1 abr. 2014.

BUTLER, L. D. et al. Hypnotizability and traumatic experience: a diathesis-stress model of dissociative symptomatology. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 153, n. 7 Suppl, p. 42–63, jul. 1996.

DELL, P. F.; O'NEIL, J. A. **Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond**. New York: Routledge, 2010.

DELMONTE, Romara *et al.* Can DSM-5 Differentiate between Non-Pathological Possession and Dissociative Identity Disorder? A Case Study from an Afro-Brazilian Religion. **Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation**, Binghamton, 13 out. 2015. DOI: 10.1080/15299732.2015.1103351.

FULFORD, K. W. M.; JACKSON, M. Spiritual Experience and Psychopathology. **Philosophy, Psychiatry, & Psychology**, Baltimore v. 4, n. 1, p. 41–65, 1997.

GAW, A. C. et al. The clinical characteristics of possession disorder among 20 Chinese patients in the Hebei province of China. **Psychiatric Services**, Washington, v. 49, n. 3, p. 360–365, mar. 1998.

HUGHES, D. J. Differences between trance channeling and multiple personality disorder on structured interview. **Journal of Transpersonal Psychology**, Palo Alto, p. 181–192, 1992.

IGREJA, V. et al. The epidemiology of spirit possession in the aftermath of mass political violence in Mozambique. **Social Science & Medicine**, New York v. 71, n. 3, p. 592–599, ago. 2010.

JAMES, W. **As variedades da experiência religiosa**. São Paulo: Cultrix, 1991

JANET, P. L. **Automatisme psychologique**: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Paris: Félix Alcan, 1889.

- JÚNIOR, M.; DE, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 75–82, jan. 2009.
- JUNIOR, N. et al. Dissociation and dissociative disorders: theoretical models. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 239–248, dez. 1999.
- KIHLSTROM, J. F.; GLISKY, M. L.; ANGIULO, M. J. Dissociative tendencies and dissociative disorders. **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, v. 103, n. 1, p. 117–124, fev. 1994.
- KOSS, J. D. Therapeutic aspects of Puerto Rican cult practices. **Psychiatry**, New York, v. 38, n. 2, p. 160–171, maio 1975.
- LEWIS-FERNANDEZ, R. A Cultural Critique of the DSM-IV Dissociative Disorders Section. **Transcultural Psychiatry**, Boston, v. 35, n. 3, p. 387–400, 9 jan. 1998.
- LEWIS, I. M. **Ecstatic Religion: A Study of Shamanism and Spirit Possession**. New York: Psychology Press, 2003.
- MARTÍNEZ-TABOAS, A. A case of spirit possession and glossolalia. **Culture, Medicine and Psychiatry**, USA, v. 23, n. 3, p. 333–348, set. 1999.
- MENEZES JR., Adair; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 75–82, jan. 2009.
- MENEZES JR., A.; ALMINHANA, L.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Perfil sociodemográfico e de experiências anômalas em indivíduos com vivências psicóticas e dissociativas em grupos religiosos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 203–207, jan. 2012.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; CARDEÑA, E. Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 33, p. s21–s28, maio 2011.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; GREYSON, B. Dissociative and Psychotic Experiences in Brazilian Spiritist Mediums. **Psychotherapy and Psychosomatics**, New York, v. 76, n. 1, p. 57–58, 2007a.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; GREYSON, B. Dissociative and Psychotic Experiences in Brazilian Spiritist Mediums. **Psychotherapy and Psychosomatics**, New York, v. 76, n. 1, p. 57–58, 2007b.
- NG, B.-Y. Phenomenology of Trance States Seen at a Psychiatric Hospital in Singapore: A Cross-Cultural Perspective. **Transcultural Psychiatry**, Boston, v. 37, n. 4, p. 560–579, 2000.
- PERES, Julio Fernando *et al.* Neuroimaging during trance state: a contribution to the study of dissociation. **PLoS One**, San Francisco, v. 7, n. 11, 2012.

PUTNAM, F. W. et al. Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 184, n. 11, p. 673–679, nov. 1996.

ROSS, C. A.; JOSHI, S.; CURRIE, R. Dissociative experiences in the general population. **The American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 147, n. 11, p. 1547–1552, nov. 1990.

SOMASUNDARAM, D.; THIVAKARAN, T.; BHUGRA, D. Possession states in Northern Sri Lanka. **Psychopathology**, London, v. 41, n. 4, p. 245–253, 2008.

SPIEGEL, D. et al. Dissociative disorders in DSM-5. **Depression and Anxiety**, New York, v. 28, n. 9, p. 824–852, set. 2011.

TELLEGEN, A.; ATKINSON, G. Openness to absorbing and self-altering experiences (“absorption”), a trait related to hypnotic susceptibility. **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, v. 83, n. 3, p. 268–277, jun. 1974.

WALLER, N.; PUTNAM, F. W.; CARLSON, E. B. Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. **Psychological Methods**, Washington, v. 1, n. 3, p. 300–321, 1996.

ZANGARI, W. Experiências anômalas em médiuns de Umbanda: uma avaliação fenomenológica e ontológica. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 67–86, dez. 2007.

ZANGARI, W.; MARALDI, E. DE O. Psicologia da mediunidade: do intrapsíquico ao psicossocial. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 233–252, dez. 2009.