

## ‘À BEIRA DA LOUCURA’: DOENÇA MENTAL OU DOM ESPIRITUAL? O LIMIAR DE UM DIAGNÓSTICO DE UMA EXPERIÊNCIA ESPIRITUAL

‘ON THE VERGE OF MADNESS’: MENTAL ILLNESS OR SPIRITUAL GIFT?

THE THRESHOLD OF A DIAGNOSIS OF A SPIRITUAL EXPERIENCE

ANETE ROESE (\*)

### RESUMO

O artigo apresenta um estudo sobre o limiar entre a doença mental e o dom espiritual e analisa a sutileza e a subjetividade com que operam mecanismos do senso comum e instituições que julgam sobre a veracidade dos fenômenos espirituais. O ponto de partida deste estudo é o ‘caso de Hilda’ – cuja experiência será relatada e analisada desde parâmetros da psicologia da religião, da psicologia existencial e fenomenológica de J. L. Moreno e Frankl e comparada com outros estudos de caso da área. O texto apresenta as implicações no que tange ao sofrimento imputado ao sujeito a partir de diagnósticos médicos e psicológicos, exclusões sociais e religiosas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença mental. Fenômenos espirituais. Diagnóstico. Psicologia da religião. J. L. Moreno. Viktor Frankl.

### ABSTRACT

*The paper presents a study on the threshold between mental illness and the spiritual gift and analyzes the subtlety and subjectivity with which the mechanisms of common sense and institutions that judge about the veracity of the spiritual phenomena operate. The starting point of this study is the 'case of Hilda' - whose experience will be reported and analyzed from the psychology of religion parameters, the existential and phenomenological psychology parameters of J. L. Moreno and Frankl and compared with other case studies in the area. The text presents the implications in relation to the suffering attributed to the subject from medical and psychological diagnoses, social and religious exclusion.*

**KEYWORDS:** Mental illness. Spiritual phenomena. Diagnosis. Psychology of religion. J. L. Moreno. Viktor Frankl.

### INTRODUÇÃO

O limiar do sofrimento mental e do sofrimento espiritual é tênue, tomando em conta que sujeitos que sofrem de alguma doença mental podem apresentar comportamentos religiosos próprios. O problema que persiste é a dificuldade de diferenciar o que é um dom espiritual, ou uma capacidade espiritual especial, de um sofrimento psíquico que afeta a qualidade de vida do sujeito de modo significativo e interfere na sua vida espiritual e religiosa.<sup>1</sup> Trata-se de uma questão de significativa relevância tendo em vista que tanto no âmbito religioso

---

(\*)Doutora em Teologia. Graduada em Psicologia. Professora Adjunta da PUC Minas no Programa de Pós-graduação em Ciências da Religião. País de origem: Brasil. **E-mail: anete.roese@gmail.com.**

<sup>1</sup> Não voltaremos a apresentar neste texto uma diferenciação entre o que é o religioso e o que é o espiritual. Análises mais detalhadas sobre estes conceitos podem ser verificados...

quanto no âmbito das ciências da saúde e na psicologia há grandes dúvidas sobre o tema e as dúvidas geram grandes sofrimentos para as pessoas envolvidas.

O estudo parte da história de Hilda, um caso paradigmático para o tema proposto. Sua história diz respeito ao limiar da sanidade e da loucura onde ‘beira’ uma pessoa que aí é posta como em uma ponte pênsil muito estreita e móvel de onde pode cair a qualquer momento, a qualquer julgamento de inadequação segundo os preceitos eclesiásticos, teológicos, filosóficos, sociais e das ciências da saúde. A partir do caso de Hilda, o nosso intuito é revelar o limiar entre o sadio e o doentio, a sutileza e a subjetividade com que operam mecanismos do senso comum e instituições que julgam onde está a verdade, as consequências para a saúde psíquica e espiritual.<sup>2</sup> Destacaremos o processo de Hilda e seu modo de pensar a sua própria trajetória e de se situar no contexto no qual se encontra diante do fenômeno do qual é protagonista. Recorreremos à psicologia da religião para compreender o limiar entre uma religiosidade doentia e sadia, à psicologia fenomenológica e existencial para compreender de outro modo os fenômenos espirituais.

Ao não reconhecimento do acontecido no âmbito do senso comum – esta *atitude natural* diante das regras estabelecidas do que seja aceitável, oporemos a *atitude fenomenológica*, “segundo a qual o mundo é nada mais do que ele é para a consciência, ou seja, fenômeno” (HUSSERL, 2008, 31). Colocaremos, pois, em suspenso toda a nossa pretensão de juízo sobre o fato e o próprio mundo circundante (epoqué) para que possamos analisar o fenômeno em si. Esta atitude implica uma escuta significativa na tentativa de verificar como a própria Hilda compreendeu o fenômeno vivido e os sentidos que dele extrai.

#### O CASO DE HILDA: A INTERLOCUÇÃO DE MARIA

A história de Hilda incluía, por um lado, uma alegria e uma gratidão pelo que ela julgava ser um dom recebido e, por outro lado, um sofrimento diante de uma experiência não reconhecida pelo senso comum e pela Igreja por ela frequentada. Por estas razões Hilda quase sucumbiu à própria história. Os julgamentos pelos quais passou, as exclusões que sobrevieram levaram Hilda a um grande sofrimento. O julgamento de que a sua verdade não era válida, de que a sua experiência não era correta e que não tinha sentido a levaram a um

<sup>2</sup> Neste sentido, é de fundamental importância a compreensão e a diferenciação da dimensão espiritual da dimensão psíquica do ser humano. Esta diferenciação foi apresentada anteriormente e pode ser acessada na revista...

adocimento profundo. A sua igreja, pessoas amigas e alguns campos da ciência e da saúde quase a levaram à 'loucura', segundo ela mesma.

Em determinado contexto me deparei com Hilda<sup>3</sup>, que me veio falar da *Interlocução de Maria Mãe de Jesus* – uma experiência pela qual ela havia passado. Mesmo eu não sendo católica, mas teóloga e psicóloga, ela percebeu o meu silêncio como de quem escuta a experiência de outra pessoa com atenção. A minha escuta, o não julgamento, a minha acolhida, o meu 'não duvidar' dela, e a minha postura que indicava para a compreensão de tudo o que ia me contando, fez com que Hilda contasse a sua história, que permitisse e desejasse que fosse estudada. Este foi o começo de uma escuta longa que durou ano e meio. Que depois de certo tempo me fez propor que estudássemos o fenômeno da interlocução – partindo da sua experiência.<sup>4</sup>

Hilda relatou que durante anos teve experiências espirituais que se davam em momentos de oração em grupo ou sozinha nos quais Maria Mãe de Jesus falava por meio dela. Nessas ocasiões Maria se apresentava como 'Maria Mãe de Jesus' e dizia estar ali por ordem de Jesus. Nessa hora, o modo de Hilda falar mudava, tornava-se mais formal, sendo recorrente o uso do pronome vós (por exemplo: "vós estais aqui"). Enquanto aconteciam as interlocuções Hilda mantinha os olhos fechados, ficava de pé, sem entrar em transe, descalça, permanecia consciente, com batimentos cardíacos acelerados.

"A pedido de 'Maria'", segundo Hilda, durante a interlocução, muitas das falas foram anotadas ou gravadas, pois após o evento Hilda não se recordava de muitas das coisas que haviam sido ditas. As mensagens trazidas por Maria, por meio de Hilda, chamavam as pessoas participantes do grupo à oração, ela ensinava a orar, ensinava a interceder e curar. Exortava as pessoas à humildade e a serem mansas de coração; exortava a que cada qual arrumasse primeiro a sua própria casa, que se convertessem, antes de saírem em favor de outras pessoas.

Anotações feitas durante a Interlocução dizem:

Se dentre vós tem uma sequer que não acredite que eu sou Maria Mãe de Jesus, que tomo por empréstimo esta serva que vos fala..., nada jamais deve ser

---

<sup>3</sup> O nome é fictício.

<sup>4</sup> A metodologia aqui usada implica Estudo de Caso a partir de encontros, conversas e entrevistas. A entrevistada também disponibilizou cadernos de anotações feitas pelas filhas durante as interlocuções onde consta o conteúdo da interlocução e disponibilizou material com gravações feitas durante interlocuções.

atribuído a ela senão a mim que sou Mãe do meu Senhor. Eu sou Maria e não duvidem nunca e que jamais entre vós duvidem de que sou Maria Mãe de Jesus. Fiz desta serva meu canal. É pecadora imprudente, irreverente, mas foi a ela que eu escolhi. (caderno 3)

Eu sou Maria Mãe de Jesus, estou convosco todos os dias, todas as noites, agora e sempre. Tomai do meu amor, tomai da minha sabedoria, tomai do meu discernimento, tomai da minha caridade, tomai da minha humildade. (caderno 3)

As mudanças começaram a acontecer a partir da própria casa de Hilda. Grandes revelações se davam sobre modos incorretos de vida na própria família e as mudanças se davam a olhos vistos, segundo Hilda. Grandes sofrimentos sobrevieram também, pois a própria Hilda não estava entendendo exatamente o significado de tudo, e tampouco tinha controle sobre as interlocuções, que se avolumavam em intensidade e frequência, fazendo com que não tivesse a exata medida da interferência que podia ser feita na vida de outras pessoas além da família. Hilda foi excluída do grupo de oração. Foi encaminhada para confissão e aconselhamento com lideranças da igreja e orientada a fazer um acompanhamento espiritual com pessoas indicadas. Caiu em profundo sofrimento e isolamento.

#### A VIVÊNCIA DE HILDA: O LIMIAR ENTRE O DOM E A LOUCURA

Hilda conta sobre as consequências que sofreu em decorrência da interlocução. Diz:

“Bem, a minha vida naquela época era muito difícil, eu mesma estava muito assustada com o que estava acontecendo, umas pessoas amigas se afastaram de mim, mal me cumprimentavam. Eu não tinha controle sobre a interlocução, bastava se aproximar de mim pessoas com problemas e eu começava a falar, e as pessoas se escandalizavam, e falavam que eu estava possuída pelo demônio, pois para elas ninguém recebia mensagens de Nossa Senhora. Fiquei muito deprimida e acabei por adoecer, fiquei muito debilitada e me alimentava mal. As mesmas pessoas que estavam junto comigo no grupo de oração se afastaram de mim e falavam horrores de mim. Por causa da interlocução tive que provar para a igreja a veracidade dos fatos. Tive que passar por um processo de clausura onde eu só podia conversar sobre o assunto com uma pessoa da igreja chamada [...], que provou a veracidade dos fatos, e durante um ano eu frequentei o grupo de oração dela (Grupo de oração...). Foi ela que me ajudou a lidar com os fatos e ser obediente aos pedidos de Nossa Senhora e entender os desígnios de Deus. Nesse processo a minha família foi fundamental, pois somente eles acreditaram na interlocução, sabiam que eu não estava doida e me ajudaram muito fazendo se tornar possível os pedidos de Nossa Senhora. Por causa da interlocução tive que mudar de paróquia, falar pouco, mudar de grupo de oração, porque o que eu frequentava (...) me proibiu de frequentá-lo, (...), este fato me magoou muito, acabei por entrar em depressão só fui melhorando quando assumi de vez a interlocução e as próprias mensagens, que eram enviadas para mim, e que meu genro discernia para mim e eu fazia o que era pedido tal como cura no Espírito

Santo, dando um coração novo, ensinando a perdoar, ler Coríntios 13 onde fala do amor, aprendi também a ser mais reservada, calar-me na hora certa, na verdade me tornei uma pessoa melhor aprendi a ver as coisas com os olhos Dela – que colocou em mim um amor enorme por Jesus e pelos irmãos em Cristo. Superei a partir daí as dificuldades, passei a acreditar no que me acontecia provei que eu não estava doida e que tudo que eu fazia por ‘Ela’, era por causa do amor que Ela tem por todos nós.”

A vivência de Hilda, aqui descrita, mostra o caminho do seu adoecimento e o caminho do seu restabelecimento a partir de algumas chaves de sentido que podem ser identificadas em sua fala:

- **o início, a identificação do fenômeno:** “eu mesma estava muito assustada”, “não tinha controle sobre a interlocução”;
- **o julgamento:** “pessoas amigas se afastaram de mim”, “as pessoas se escandalizavam”, “pessoas que estavam junto comigo no grupo de oração se afastaram de mim”, - “falavam horrores de mim”, “falavam que eu estava possuída pelo demônio”;
- **o afastamento/exclusão social:** “tive que passar por um processo de clausura”, “me proibiu de frequentá-lo” (o grupo de oração), “tive que mudar de paróquia”, “falar pouco”;
- **o sofrimento/adoecimento:** “fiquei muito deprimida”, “acabei por adoecer”, “fiquei muito debilitada”, “me alimentava mal”, “me magoou muito”, “acabei por entrar em depressão”;
- **sustento/apoio afetivo:** “sabiam que eu não estava doida” (família);
- **autocontrole/reconhecimento/domínio:** “provei que eu não estava doida”, “ela que me ajudou a lidar com os fatos”, “só fui melhorando quando assumi de vez a interlocução e as próprias mensagens”, “aprendi também a ser mais reservada”, “calar-me na hora certa”, “superei a partir daí as dificuldades passei a acreditar no que me acontecia”.

A desestruturação de Hilda passa pela dificuldade dela mesma de entender o que estava acontecendo, passa pelo julgamento, exclusão e afastamento de pessoas amigas, grupo de oração e igreja. A sua reestruturação vem com a reintegração da dimensão espiritual, sustentada também por um processo de aconselhamento, apoio e aceitação da família. No caso de Hilda, o sofrimento parece advir, sobretudo, desta exclusão social e do conflito inter-relacional que se estabelece e que afeta a sua dimensão psíquica e espiritual. Ou seja, o que observamos é que não há um sofrimento próprio advindo da experiência em si.

Célia Morais no estudo de um caso de paranormalidade, de Rosa Maria, também identifica a falta de controle da vidência, que, segundo a autora, parece fazer parte da trajetória de quem se depara com uma capacidade espiritual específica e muitas vezes rejeitada. Morais sustenta que a tendência de isolamento da pessoa e a falta de orientação sobre procedimentos e cuidados relacionados com esta vocação levam a um estranhamento por parte de quem convive com estas pessoas. Assim explica Morais a partir da investigação de Rosa Maria.

Na puberdade, com cerca de doze anos, ela tinha vivências na maioria descontroladas, como experiências fora do corpo e conflitos com pessoas a quem revelava o que sabia e *'se incomodavam com a verdade'*. Essas pessoas reagiam ameaçando-a, muitas vezes, telepaticamente, o que a deixava confusa e perturbada. Sem conseguir *'administrar essa energia'*, ela respondia, verbalmente, aos pensamentos das pessoas à sua volta, revoltava-se, brigava muito e, assim, tornou-se muito agressiva. (MORAIS, 2004, 58).

O estudo de Morais aponta para o fato de que a religiosidade supostamente doentia precisa, antes de julgada, ser analisada desde o seu contexto mais amplo, assim como outras doenças psíquicas. Neste sentido, Fraas, no *Compêndio de Psicologia da Religião*, afirma que se tomamos como base a interrelação entre personalidade e o simbolismo religioso – aquela enquanto ser relacional e esta “enquanto expressão de sua relacionalidade abrangente, não surpreende que as formas patológicas de religiosidade se evidenciem como distúrbios de relacionamento, como distúrbios da relação entre a personalidade e religiosidade e seu contexto social e objetivo” (FRAAS, 2007, 129).

#### RELIGIOSIDADE SAUDÁVEL E RELIGIOSIDADE DOENTIA

Para Fraas (2007), a configuração da relação entre personalidade e religiosidade pode se dar de tal forma que:

- *a personalidade enferma seja curada pela religiosidade saudável*: a vida de fé, a dinâmica simbólica da religião e a relação com o sagrado podem contribuir para que sejam rompidos distúrbios que advêm do âmbito social;

- *a personalidade sadia pode entrar em conflito com uma religiosidade doentia*: por meio de conceitos religiosos extremamente rígidos e fora do contexto a pessoa pode adotar padrões unilaterais e prejudicar a sua saúde e suas relações;

- *a personalidade já enferma pode facilitar uma busca religiosa também doentia*: distúrbios psíquicos e relacionais graves podem implicar numa escolha e interpretação parcial e unilateral dos símbolos religiosos;

- a *personalidade sadia pode curar uma religiosidade doentia*: uma personalidade e identidade bem desenvolvida, com autonomia e flexibilidade podem questionar, confrontar e romper com preceitos religiosos unilaterais e apresentados fora do contexto.

No entanto, dada a tênue inter-relação de personalidade e religiosidade, é difícil derivar uma da outra. Da mesma forma, é uma tarefa complexa e delicada determinar o que é normal e o que é doentio. Como não é razoável confundir o sentimento de culpa advindo do arrependimento e reconhecimento de um erro cometido – o que é justamente esperado de uma personalidade sadia – com uma culpa neurótica. Segundo Fraas, “a definição de doentio é condicionada socioculturalmente. O que se aceita no contexto social vale como norma e, por isso, como ‘normal’.” (FRAAS, 2007, 130). Klaus Thoomas (*apud* FRAAS, 2007) diferencia em quatro graus de intensidade a vivência da religiosidade e seu padrão do que se poderia chamar de equilíbrio ou harmonia:

- a religiosidade em exagero, um pouco fora do padrão, mas ainda normal;
- a religiosidade que é vivenciada de modo aparente, por um indivíduo pretensioso ou excêntrico;
- a pseudo-religiosidade com alto grau de deformação e distorção;
- a religiosidade já pode ser definida como patológica quando é alucinada, sem vínculo do conteúdo religioso simbólico com a realidade.

Para Fraas, os referenciais que nos ajudam a avaliar a saúde psíquica em relação à religiosidade devem tomar em conta os seguintes critérios:

- uma proximidade razoável entre a visão de mundo ofertada pela religião e a sociedade;
- que haja um vínculo com os elementos centrais da religião, de modo que não haja uma exclusão do *mundo*. É necessário que o elemento religioso precisa ser passível de comunicação e não de privatização;
- que haja capacidade de reconhecimento de outras formas de experiência religiosa. A tolerância é, neste caso, um sinal de integridade psíquica;
- que a prática religiosa tenha uma inserção social e seja capaz de auxiliar na solução de conflitos reais;
- que a possibilidade das simbolizações permaneça. Ou uma “dessimbolização neurótica seja compensada pela ressimbolização produzida pela fé (a ‘integração do conflito pessoal num novo sistema significante’)” (FRAAS, 2007, 131);

- que o controle da realidade seja consequência da fé ativa e consciente, com capacidade de ação e intervenção em conflitos. A fé deve capacitar o ser humano a ampliar sua realidade.
- que se “se pressuponha um si-próprio estável que viabilize relações de pareceria que, através de uma fé psicologicamente saudável, possam ser estabilizadas ainda mais” (FRAAS, 2007, 131).

Fraas levanta ainda outros aspectos que merecem destaque aqui. Primeiro se refere a Jung, que “prevê uma cura da personalidade através da religiosidade ao considerar a neurose [...] como um distúrbio da tendência psíquica à totalidade (individualização), sendo que a religiosidade é capaz de dar novos impulsos a essa tendência.”<sup>5</sup> Para Jung, em última análise são as inquebrantáveis forças psíquicas que impelem para um desenvolvimento da personalidade em termos de autocura. Contudo, é justamente também o anúncio vindo de fora que pode abrir para a personalidade horizontes solucionadores de conflitos. (FRAAS, 2007, 131).

Símbolos distorcidos e concepções religiosas inadequadas podem ter efeito negativo sobre a personalidade. Nesse contexto, o autor se refere à neurose eclesiogênica, relativa à distorção que se dá em contexto determinante de decisão religiosa na vida da criança. O exemplo aqui é uma ligação demasiado unilateral e estreita entre a imagem paterna da criança e a imagem de Deus. A religiosidade dos pais, se relacionada com distúrbio de personalidade, influencia a estrutura da personalidade da criança e, nesta, pode provocar novamente uma religiosidade distorcida.

A vivência religiosa sempre requer que se tome em conta o contexto mais amplo da relacionalidade de um sujeito, uma vez que esta pode estar comprometida por distúrbios do desenvolvimento, como por exemplo, o pensamento mágico, narcisismo etc., que podem levar a uma desintegração da personalidade, à ruptura da unidade da personalidade (FRAAS, 2007). Segundo o autor, “a fixação num aspecto parcial da realidade torna a pessoa disposta a procurar abrigo numa comunidade religiosa singular ou numa seita” (FRAAS, 2007, 133). O fundamentalismo religioso, por exemplo, coopta a necessidade reflexiva que por si compõe a fé. A fé não exclui a dimensão racional e objetiva. Por outro lado, “recalcar a problemática religiosa também é sinal de uma

<sup>5</sup> A pesquisa de Hark, 1985, p. 46, confirma a tese de Jung, e indiretamente também a de Freud, de que “a diminuição da orientação religiosa vem acompanhada de uma crescente problemática psíquica”, de que, portanto, conflitos psíquicos podem ser condicionados por posicionamento religioso deficitário e podem ser reduzidos mediante a elaboração deste. Ver também o conceito de neurose noogênica no pensamento de Viktor E. Frankl.” 131

estrutura de personalidade perturbada. A religiosidade recalcada tende a se manifestar em formas primitivas e bárbaras, ou a se voltar para produtos substantivos inadequados. Ela a ajuda a construir um mundo ilusório.” (FRAAS, 2007, 134). Ademais, “a religião pode ser colocada a serviço de ilusões delirantes, com a tarefa de ‘restaurar de modo ilusório a unidade com o mundo que de fato está rompida’” (FRAAS, 2007, 134).

“Uma personalidade sadia tem condições de ‘curar’ uma religiosidade doentia na medida em que for capaz de se opor à influência negativa do grupo ou da pessoa de referência”. (FRAAS, 2007, 134). Fraas ressalta que a conscientização é um dos componentes da saúde psíquica e implica que o próprio sujeito se pergunte sobre o seu lugar e o seu modo de ser. No caso de Hilda, vemos a sua integridade mental na capacidade de reflexão e avaliação sobre o seu dom. As condições causadas no contexto devido à interlocução, no entanto, lhe trouxeram muitos sofrimentos – os quais a levam a adoecer.

A posição de Fraas, acima exposta, sobre a definição social de doentio, tendo como referencial o que é aceito socialmente pode nos levar a uma definição um pouco apressada e superficial. Sabe-se que muito sofrimento advém justamente das rotulações rápidas e excludentes de pessoas que revelam dons espirituais especiais ou que fazem novas experiências religiosas. Do mesmo lado desta moeda, sabemos que muito sofrimento também é imposto pela medicina convencional na rotulação da doença mental, com diagnósticos reducionistas e tratamentos com consequências drásticas para a vida social de um sujeito. Dois outros casos relatados por Miriam Rabelo mostram os limites dos diagnósticos médicos, bem como das definições e exclusões sócio culturais.

Ritinha, uma mulher pobre, negra e mãe de duas crianças, após anos de sofrimentos relacionados a ataques epiléticos e internação em hospital psiquiátrico como ‘maluca’, finalmente encontra a cura em um terreiro de Candomblé. No Candomblé o sofrimento de Ritinha, a sua “aflição”, é interpretada como “chamado de santo” (RABELO, 2002). No Candomblé este comportamento julgado estranho em outros espaços sociais e religiosos, esta “loucura”, é positivada e legitimada. Nesta tradição religiosa, o comportamento de Ritinha é apenas uma faceta do múltiplo modo de ser que uma personalidade pode engendrar. “Narrar o eu como múltiplo sem dúvida retira do eu singular a responsabilidade e culpa por eventos e experiências discrepantes dos padrões vigentes”, afirma Rabelo (2002, 109). Por outro lado, no Candomblé, além de retirar a culpa, a responsabilidade terá um novo dimensionamento – será com o

santo, e pela via do santo, com a própria existência, com o outro e como mundo que a circunda.

Outro caso relatado pela mesma autora se refere a Lana, uma mulher de 34 anos, casada, duas filhas, que sofre de um quadro de “nervoso” que reúne o sofrimento de perda de um filho, angústia, aflição, desespero e “sentimento de proximidade da morte”. A situação de Lana se estendeu por anos e incluiu toda sorte de buscas médicas, psicoterapêuticas e religiosas, desde psiquiatras, neurologistas, uso de tranqüilizantes, igrejas pentecostais e terreiros de candomblé até encontrar a cura em um centro Espírita Kardecista. Segundo o Espiritismo, aqui de modo semelhante ao Candomblé, como vimos acima, Lana sofre por uma vocação não realizada – que é o poder de curar. No Centro Espírita passa a aprender uma postura de vida que se afirma pelo controle de si, pela tranquilidade e pela independência pessoal e necessidade de que assuma as rédeas da própria vida. No Espiritismo, “a doença sinaliza potencialmente uma espiritualidade ainda pouco desenvolvida e, portanto, uma situação de fraqueza moral. O tratamento [...] ensina um padrão de comportamento pautado no sentimento e prática da caridade. (RABELO, 2002, 117). Também aqui, a reinserção social e a visão positiva de determinado comportamento são as vias pelas quais a pessoa encontrará o reequilíbrio espiritual, físico e psíquico.

Os conceitos médicos, os preceitos religiosos de religiões específicas e os preconceitos sociais muitas vezes se fundem numa perigosa cultura de exclusão de todos aqueles que não se encaixam nas experiências aceitas por determinados grupos, teorias, culturas e religiões dominantes. A força dominante tem grande poder de dominação, na ditadura das regras, na exclusão dos comportamentos e espiritualidades “desviantes”, ou seja, não convencionais. A inadequação ou o sofrimento não é sempre, como mostram os relatos acima, uma questão de ‘doença’ psíquica, de ‘loucura’.

Como se viu, determinadas religiões ou espiritualidades acolhem determinados tipos de sofrimento, como também acontece na medicina alopática. Cada qual tem a sua especialidade e pode excluir e aumentar o sofrimento caso não reconheça e não saiba lidar com aquele tipo específico de manifestação ou sofrimento psíquico ou espiritual. O caso da paranormal Rosa Maria, estudado por Célia Morais, mostra que ela chegou à “beira da loucura” em consequência de uma trajetória de rejeições. Ela

começou uma peregrinação pelas religiões, procurando um lugar que a ajudasse a se estruturar, que a compreendesse e a aceitasse com a sua vidência, que era ‘a

*sua natureza*'. Mas também dentro das religiões, ela foi rejeitada: no espiritismo, entrou em conflito com a atitude das pessoas, que confundiam questões espirituais com emocionais – ela podia ‘ver’ quando alguém vinha às sessões para fazer catarses de problemas pessoais e não ‘incorporar espíritos’ ou o demônio. (MORAIS, 2004, 60)

No espiritismo reconheceram sua vidência, mas afirmaram que “ia enlouquecer, porque não trabalhava com guias incorporados, não aceitava autoridade e não se ‘enquadrava’ nos dogmas” (MORAIS, 2004, 61). Rosa Maria passou pelo espiritismo, pelo catolicismo, por igrejas evangélicas, pelos mórmons; também pela psiquiatria, psicologia, filosofia e teologia e, por fim, na própria parapsicologia se concluiu que ela enlouqueceria porque era paranormal 24 horas por dia e isso a levaria ao desequilíbrio e à autodestruição.

Decepcionada e desestruturada Rosa Maria abandonou tudo. Mas ainda resistiu à internação psiquiátrica, pois “sabia que os hospícios estão cheios de paranormais desorganizados, mas sabia também que esse não era seu destino”. Rosa Maria “recolheu-se em sua casa. [...] Meditou sobre sua paranormalidade, ‘conversou com Deus’ e passou pela primeira de uma série de experiências que finalmente organizaram e transformaram sua vida”. Neste mesmo momento, depois de muito meditar, adormeceu: “eu adormeci e me foi dito, através da vidência: ‘é com psicólogo que nós vamos te dar todo o apoio psicológico’. E eu busquei uma psicóloga”. Neste processo psicoterapêutico Rosa Maria foi ouvida em sua totalidade, sem ser julgada. E neste processo reconstruiu sua estrutura emocional, seus vínculos sociais e familiares. Primeiro reestruturou-se como pessoa e só depois como paranormal (MORAIS, 2004, 61). Esta descrição do processo de reintegração de Rosa Maria é idêntico ao que vimos no caso de Hilda: apesar de todo sofrimento e exclusão encontra o equilíbrio.

É fundamental que se faça um aprofundamento da ideia de diagnóstico que estabelecemos nos vários âmbitos das ciências médicas e psicológicas, bem como no contexto religioso. Para a finalidade do diagnóstico a psicoterapia psicodramática propõe um afastamento dos “critérios estritamente médicos ou psicológicos, já que ambos limitam a compreensão de um fato que não é meramente biológico, nem meramente psicológico, nem meramente social, senão psicobiossocial”. Afirma que, “começar pela aceitação destes critérios básicos, ‘saúde’, ‘doença’, ‘patologia’, é limitar de saída nosso objetivo”. (BUSTOS, 1992, 147).

## SOFRIMENTO PSÍQUICO E DIAGNÓSTICO

Jacob Levy Moreno foi um psiquiatra que lutou contra o diagnóstico excludente e definitivo na psiquiatria. Lutou, sobretudo, contra a rotulação do sofrimento psíquico como ‘loucura’ e demais termos excludentes usados no âmbito da medicina moderna para definir um ser humano que sofre psiquicamente. Moreno atendia com extrema naturalidade pacientes que se diziam ‘Jesus’ ou ‘Hitler’. Aceitava estes sujeitos e seus delírios, entrando em seus sofrimentos com extrema delicadeza, permitindo vivessem sua fantasia em pleno teatro ou consultório terapêutico. Assim ia como que esvaziando as fantasias destes sujeitos em sofrimento, de modo que fossem tangenciando a realidade social e integrando novamente seu ser verdadeiro. Da mesma forma, psicodramatistas da atualidade continuam aprofundando esta visão crítica sobre diagnósticos. Seguindo essa compreensão, Bustos afirma:

sempre fugi do conceito psiquiátrico de enfermidade mental. [...] Jamais compreendi uma pessoa através do seu sintoma ou diagnóstico psicopatológico. A loucura só existe no olhar de quem a teme. Se não se teme, não é loucura: é sofrimento, luta, mas não é loucura. Só o medo pode levar-me a afastar alguém rotulando-o. Quem não conhece o sentido pejorativo de diagnósticos como histeria, psicopatologia, obsessivo etc.? São termos já incorporados ao vocabulário de insultos em todo lugar do mundo pelo sentido moralista de que são portadores. Compreender alguém com esses qualificativos só ajuda a agredilo, coisificando-o. Não se diferencia muito de outros insultos, salvo no que tem como agravante, seu disfarce de ajuda. (BUSTOS, 1992, 50).

Mesmo os casos de comportamentos regressivos, Jacob Levy Moreno os interpretava de forma muito mais complexa e profunda do que a superficial rotulação de *doença mental*. Ao se referir ao processo de pessoas psicóticas em tratamento, Moreno dizia que estas poderiam estar gerando uma nova identidade desde sua própria interioridade, e este processo seria impossível na realidade exterior, onde geralmente não seria respeitada ou compreendida. Ao contrário, segundo Moreno, este ser humano “vai sendo impelido na direção de um isolamento cada vez mais profundo, porque ninguém acredita nele: ‘Você não é Jesus Cristo, seu nome é Bill Brown!’” é o que a pessoa com sofrimento psicótico vai escutar lá fora ou mesmo em consultórios de psicoterapia. Na filosofia psicodramática, em primeiro lugar, haverá aceitação da pessoa assim como ela é e está naquele momento, e haverá quem acredite nela, pois esta é a realidade dela naquela circunstância de sofrimento (MORENO, 2001, 136).

Bustos considera a psicopatologia uma “subcategoria – uma ramificação patológica – do psicológico”. No entanto, o autor considera que só se pode a ela

referir-se numa relação de Encontro em que impere a mútua entrega. Do contrário, será uma agressão disfarçada.” Disto pode-se aferir duas prerrogativas: a “doença” e a “cura” resultam de Encontros, de relações. E relações são sempre muito complexas, a tal ponto que impõem sistemas conceituais que pré-definem papéis tais como os de “doente mental”, “depressiva” etc. (BUSTOS, 1992, 50).

Pamplona acrescenta que “nenhum ser humano é um sujeito no sentido ideológico do ser livre, nem ‘indivíduo’ no sentido, também ideológico, de indiviso, que não se divide. Mas, ao contrário, é dividido em papéis contraditórios em si e entre si.” O ser humano é “sujeito de diversas sujeições”, diz. (PAMPLONA, 1990, 54). Estas sujeições podem levar a patologias, pois requerem que o sujeito deixe de ser o que é e se torne o que o outro é ou deseja. Sujeitar-se é desconectar-se do desejo próprio, da verdade profunda que diz respeito à integridade pessoal (PAMPLONA, 1990, 53). Neste contexto de assujeitamento, de submetimento de um sujeito a outro estamos falando de um contexto inter-relacional e inter-psíquico, ou seja, trata-se de uma realidade que está para além do nível intrapsíquico. Ou seja, na situação de sofrimento psíquico há de ser considerado sempre o nível inter-psíquico, inter-relacional.

No psicodrama há um cuidado muito grande com o diagnóstico, baseado na implicação que o mesmo tem sobre a pessoa, seu átomo social e na conformação social que implica a ‘postura diagnóstica’. A exemplo do que acontece com casos como a esquizofrenia, o diagnóstico muitas vezes leva a uma rotulação da pessoa a partir de seu sofrimento. Ou a exemplo do caso de Hilda, cujo sofrimento foi causado pela exclusão social e religiosa que sofreu e do caso de Rosa, cujo sofrimento por questões espirituais se aprofundou gravemente devido à incompreensão de sua situação desde vários campos da ciência e da religião.

O conceito *diagnóstico* tem origem grega e pode ser explicado por dois caminhos, pois pode ser dividido de duas maneiras: “dia-gnóstico e di-agnóstico”. *Gnosis* significa cognição, percepção, conhecimento. Dia-gnóstico vem a ser, então, “conhecimento por meio da percepção”. E *agnosis* tem um significado contrário. Di-agnóstico pode ser traduzido como “retirar o não-saber”. O diagnóstico como é aplicado na psiquiatria evidencia, não raro, apenas um resultado de algo que aconteceu. Deveria, no entanto, apresentar também o processo pelo qual se desenvolveu algo. Portanto, conforme os autores de *A realidade suplementar e*

*a arte de curar*, o que muitos profissionais fazem não é um diagnóstico, mas uma *categorização*. (MORENO, 2001, 99).

Moreno acreditava na capacidade espontânea e criativa do ser humano. Mesmo em casos de sofrimento psíquico ele acreditava na possibilidade de romper com a rigidez que havia tomado conta da espontaneidade original daquele ser. Sua visão do sofrimento indicava para a parcialidade deste, e não rotulava um ser humano através de sua doença ou patologia. Seu referencial era a saúde e a totalidade do ser humano.

#### SOFRIMENTO ESPIRITUAL

A mais conhecida interpretação sobre religião no campo da psicologia e que mais fez história na psicologia vem de Freud, com sua concepção quase que absolutamente negativa do fenômeno. Para ele “a religião é a neurose obsessiva universal da humanidade” (FREUD, 2001, 69). Pessoas crentes são em “alto grau salvaguardadas do risco de certas enfermidades neuróticas; sua neurose universal poupa-lhes o trabalho de elaborar uma neurose pessoal” (FREUD, 2001, 70). A avaliação de Freud sobre a religião é bastante generalista. Mesmo que em alguns de seus escritos tenha feito pequenas concessões ao papel da religião na sociedade, ele não analisou a experiência religiosa de fato, apenas tomou o sistema religioso como um todo.

Para Viktor Frankl, por sua vez, a partir da análise existencial e fenomenológica, “a neurose obsessiva seria a religiosidade psiquicamente doente”. Segundo o autor,

[...] quando a fé atrofia, parece que ela se distorce, desfigura. Com efeito, não constatamos também no âmbito cultural, isto é, não somente numa escala individual, mas também social, que a fé reprimida degenera em superstição? E isto pode acontecer onde quer que o sentimento religioso se torne vítima de uma repressão por parte da razão despótica, de uma inteligência técnica. [...] A deficiência da transcendência vingava-se através de uma existência neurótica (FRANKL, 1992, 53).

Conforme o autor, em muitos casos de sofrimento humano que psicoterapeutas acolhem em seus consultórios se constata uma “religiosidade reprimida”, resultado de uma relação perturbada com a transcendência. E “transcendência perturbada” resulta em neurose. Seria uma fé atrofiada, uma fé reprimida. E esta fé desfigurada implica uma religiosidade psiquicamente doente.

Para a análise existencial, na causa de uma existência neurótica está o fato de que o ser neurótico sofre de uma deficiência que toca na perturbação da sua relação com a transcendência.

Seu relacionamento transcendente está reprimido. Porém, dos recônditos do seu 'inconsciente transcendente', esta transcendência reprimida emerge às vezes como 'inquietação do coração' que pode ocasionalmente levar a uma evidente sintomatologia neurótica, isto é, pode manifestar-se como uma neurose. Neste sentido, podemos afirmar da religiosidade inconsciente aquilo que é verdadeiro para tudo que é inconsciente, a saber, que ela pode ser patogênica. Também a religiosidade inconsciente pode, assim, ser uma religiosidade 'desventuradamente reprimida'. (FRANKL, 1992, 52).

Segundo Frankl, a religiosidade inconsciente emana do centro do ser, da própria pessoa. Não é inata, não é biológica. O fundamental do ponto de vista da psicoterapia é que a religiosidade seja existencial, quer dizer, que a pessoa possa se decidir por ela, sem ser apenas impelida a ela, e que esta religiosidade seja espontânea – que possa brotar livre no tempo certo.

Frankl aponta para uma neurose que se origina na mente (= *noos*). Trata-se das *neuroses noogênicas* – que não tem a sua origem nos impulsos e instintos, mas em problemas existenciais, como a frustração da vontade de sentido. A análise existencial reconhece no ser humano uma dimensão noológica (*noos* = espírito) – uma dimensão além do psicofísico, que inclui o espiritual – que vai além do religioso e se estende para uma dimensão valorativa, intelectual e artística.

Para Frankl, o inconsciente precisa ser reabilitado, incluindo a idéia do espiritual, pois, é mais que um reservatório de instintos reprimidos, é uma força criadora. O ser humano não é impulsionado, mas um ser que decide, um ser responsável, existencial. O ser que decide é espiritual e não impulsionado/intintual (FRANKL, 1992). O ser humano pode, pois, ser ele mesmo - mesmo nos estados inconscientes.

O ser humano como ser que decide é centrado no seu centro. Mas o que é este centro? O que preenche este meio? Trata-se de um centro de atos espirituais, segundo Frankl. Centro espiritual em torno do qual se agrupa o psicofísico. O ser humano é um centro espiritual existencial. Um ser integrado: biopsicoespiritual, uma totalidade. A 'pessoa profunda', total, como centro da existência espiritual foi negligenciada pela psicologia profunda, diz Frankl. A pessoa profunda é inconsciente, porque é espiritual-existencial (FRANKL, 1992).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações feitas a propósito da vivência de Hilda revelaram, sobretudo, que há o enquadramento patologizante das experiências espirituais seja no âmbito das instituições religiosas ou no âmbito das ciências psicológicas ou médicas. São estes os planos que mais ameaçam ou levam aos sofrimentos e desintegrações psíquicas e espirituais. A revisão dos parâmetros de diagnóstico passa por estudos que se ocupem verdadeiramente com processos terapêuticos menos afoitos com uma especificação, caracterização e rotulação das vivências e dos sintomas. Vivências e manifestações espirituais ocorrem com muito maior frequência do que se pode imaginar na ciência que não se ocupa da observação e do estudo de fenômenos espirituais. Psicoterapeutas, psiquiatras e conselheiras espirituais que acompanham pessoas vítimas do sofrimento espiritual ainda são raros, mas como se vê, têm um papel fundamental na reinserção destas pessoas na vida social e na recuperação de sua saúde.

## REFERÊNCIAS

- AMATUZZI, Mauro Martins (org.). **Psicologia e Espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005.
- ÁVILA, Antonio. **Para conhecer a psicologia da religião**. São Paulo: Loyola, 2007.
- BUSTOS, Dalmiro Manuel. **Novos rumos em psicodrama**. São Paulo: Ática, 1992.
- FRAAS, Hans-Jürgen. **A religiosidade humana. Compêndio de Psicologia da Religião**. 2 ed. São Leopoldo : EST; Sinodal, 2007.
- FRANKL, Viktor E.. **A presença ignorada de Deus**. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 1992.
- FREUD, Sigmund. **O futuro de uma ilusão**. Rio de Janeiro: Imago, 2001.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. **Metodologia do trabalho científico**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1986.
- HUSSERL, Edmund. **A crise da humanidade européia e a filosofia**. Introdução e tradução Urbano Zilles. 3 ed., Porto Alegre: EDUPUCR, 2008.
- MORENO, Zerka, BLOMKVIST, Leif Dag, RÜTZEL, Thomas. **A realidade suplementar e a arte de curar**. São Paulo: Ágora, 2001.
- MORAES, Célia Carvalho; RIBEIRO, Jorge Ponciano. Paranormalidade e Psicopatologia numa abordagem fenomenológica. In: HOLANDA, Adriano (org.). **Psicologia, Religiosidade e Fenomenologia**. Campinas/SP: Alínea, 2004. p. 55-77.
- PAMPLONA, Vitória Lúcia. **Mulher, parto e psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1990.
- RABELO, Miriam C. M., MOTTA, Sueli Ribeiro, NUNES, Juliana Rocha. Comparando

experiências de aflição e tratamento no Candomblé, Pentecostalismo e Espiritismo.  
**Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro: Iser, v. 22, n. 1, p. 93-120, 200.

THOMAS, Klaus. **Meditation in Forshung und Erfahrung, in weltweiter Beobachtung und praktischer Anwendung**. Stuttgart, 1973.

*Recebido em 09/09/2014*  
*Aprovado em 10/11/2014*