

# Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11

## *Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11*

Alexander Moreira-Almeida<sup>1</sup>, Etzel Cardeña<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde (NUPES), Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brazil

<sup>2</sup> Professor Thorsen de Psicologia, Lund University, Suécia

### Resumo

**Objetivo:** Contribuir para a validade da Classificação Internacional de Doenças-11ª edição no diagnóstico diferencial entre experiências espirituais/anômalas e transtornos mentais revisando artigos de pesquisa sobre o tema em psiquiatria e psicologia envolvendo populações latino-americanas e/ou produzidos por pesquisadores latino-americanos. **Método:** Pesquisa em bases de dados (PubMed, PsycINFO, Scopus, and SciELO) por meio de palavras-chave (possessão, transe, experiência religiosa, experiência espiritual, Latin\*, Brazil) em busca de artigos com dados psicológicos e psiquiátricos originais em experiências espirituais. Também foram analisadas as referências dos artigos selecionados e autores na área foram contactados em busca de dados e referências adicionais. **Resultados:** Há evidências consistentes que experiências psicóticas e anômalas são frequentes na população geral e que em sua maioria não estão relacionadas a transtornos psicóticos. Frequentemente, experiências espirituais envolvem experiências dissociativas e psicóticas de caráter não patológico. Embora as experiências espirituais não estejam habitualmente relacionadas a transtornos mentais, elas podem causar sofrimento transitório e são frequentemente relatadas por pacientes psicóticos. **Conclusão:** Propomos algumas características que sugerem a natureza não patológica de uma dada experiência espiritual: ausência de sofrimento, de prejuízo funcional ou ocupacional, compatibilidade com o contexto cultural do paciente, aceitação da experiência por outros, ausência de comorbidades psiquiátricas, controle sobre a experiência e crescimento pessoal ao longo do tempo.

**Descritores:** Transtornos psicóticos; Espiritualidade; Diagnóstico diferencial; Classificação

### Abstract

**Objective:** To review research articles in psychiatry and psychology involving Latin American populations and/or produced by Latin American scholars to investigate the differential diagnosis between spiritual/anomalous experiences and mental disorders in order to contribute to the validity of the International Classification of Diseases towards its 11<sup>th</sup> edition in this area.

**Method:** We searched electronic databases (PubMed, PsycINFO, Scopus, and SciELO) using relevant keywords (possession, trance, religious experience, spiritual experience, latin\*, Brazil) for articles with original psychiatric and psychological data on spiritual experiences. We also analyzed the references of the articles found and contacted authors for additional references and data.

**Results:** There is strong evidence that psychotic and anomalous experiences are frequent in the general population and that most of them are not related to psychotic disorders. Often, spiritual experiences involve non-pathological dissociative and psychotic experiences. Although spiritual experiences are not usually related to mental disorders, they may cause transient distress and are commonly reported by psychotic patients. **Conclusion:** We propose some features that suggest the non-pathological nature of a spiritual experience: lack of suffering, lack of social or functional impairment, compatibility with the patient's cultural background and recognition by others, absence of psychiatric comorbidities, control over the experience, and personal growth over time.

**Descriptors:** Psychotic disorders; Spirituality; Diagnosis, differential; Classification

### Introdução

Um número crescente de estudos tem demonstrado a alta prevalência de experiências psicóticas\*, dissociativas ou incomuns na população geral, embora a maioria dos indivíduos que

vivenciam tais experiências não sofra de transtornos psicóticos ou dissociativos<sup>1-4</sup>. Pessoas com estas vivências parecem formar um grupo heterogêneo, no qual algumas são afetadas por transtornos

### Correspondência

Alexander Moreira-Almeida  
Rua da Laguna, 485/104 - Jardim Glória  
36015-230 Juiz de Fora, MG, Brazil  
Tel.: (+55 32) 9123-4564 Fax: (+55 32) 3216-7122  
E-mail: alex.ma@ufff.edu.br

psiquiátricos e outras não. De fato, alterações de consciência que podem ser interpretadas como psicóticas têm sido relatadas ao longo da história e interpretadas como tendo valor pessoal e social, sendo consideradas ainda fontes de inspiração nas artes, religião e outras áreas<sup>5,6</sup>. Uma vez que a maior parte do “conhecimento recebido” sobre tais experiências baseia-se em amostras clínicas e geralmente hospitalizadas, pouco se sabe de suas implicações em populações não clínicas. Muitos clínicos ao redor do mundo ainda não estão cientes desses resultados recentes em populações não clínicas e não possuem diretrizes clínicas para auxiliá-los na compreensão de indivíduos que relatam experiências pseudo-psicóticas ou outros eventos incomuns sem relação com transtornos psicóticos ou outros quadros patológicos. Esta situação resulta em um alto risco de diagnósticos errôneos e iatrogenia.

Outro campo emergente em psiquiatria é o estudo das relações entre espiritualidade e saúde mental. Um tema que foi pouco explorado neste campo refere-se às experiências espirituais. Do ponto de vista clínico, um conhecimento mais aprofundado sobre o assunto é necessário, pois certas experiências espirituais podem ser confundidas com episódios psicóticos, uma vez que envolvem eventos de natureza visionária ou transcendental que podem ser interpretados como sintomas de esquizofrenia. Por outro lado, pacientes psicóticos podem apresentar sintomas de conteúdo religioso/espiritual<sup>7,8</sup>.

Em decorrência destes problemas, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-4ª Edição (DSM-IV) introduziu uma nova categoria chamada “Problemas Religiosos ou Espirituais” para direcionar a atenção clínica, justificando a avaliação de experiências religiosas e espirituais como parte constituinte da investigação psiquiátrica sem necessariamente julgá-las como psicopatológicas. Lukoff, Lu e Turner definem problemas religiosos como sendo conflitos relacionados à fé e à doutrina (como perda ou questionamento da fé e conversões religiosas) e problemas espirituais como conflitos envolvendo a relação com questões transcendentais ou derivados de práticas espirituais<sup>9</sup>. Como exemplos de problemas espirituais, os autores mencionam experiências místicas desencadeadas por práticas meditativas, experiências de quase morte e emergências espirituais (desconforto e incapacidade associados ao surgimento de experiências espirituais). Tais experiências religiosas/espirituais não implicam, de modo geral, em dificuldades psicológicas relevantes, mas podem ser perturbadoras e levar à busca por avaliação e tratamento médico ou psicológico. Nestes casos, as experiências podem ser compreendidas como problemas religiosos ou espirituais que não necessariamente constituem transtornos mentais, podendo apenas refletir o modo da pessoa de adaptar-se a uma nova fase da vida ou a uma experiência com efeitos potencialmente positivos<sup>12</sup>. Existe desde longa data a ideia de que determinadas experiências

psicóticas, tais como as alucinações, possam ser parte de estágios do desenvolvimento espiritual, e não apenas sintomas de um transtorno psiquiátrico<sup>13</sup>.

Com base nas considerações acima, acreditamos que seria útil incluir diretrizes baseadas nas evidências já disponíveis para auxiliar no diagnóstico diferencial entre experiências espirituais, experiências anômalas não patológicas e sintomas patológicos reais na 11ª Edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11). Para atingir este propósito, revisamos artigos científicos das áreas de psiquiatria e psicologia envolvendo populações latino-americanas e/ou publicados por pesquisadores latino-americanos sobre o diagnóstico diferencial entre experiências espirituais que se assemelham a sintomas psicóticos e/ou dissociativos e transtornos reais. Esta revisão poderá contribuir para a CID-11 em diversas áreas, incluindo a classificação de transtornos mentais na América Latina, e aprimorar a aplicabilidade global das classificações de transtornos mentais, especialmente no que se refere à esquizofrenia e outros transtornos.

## Método

Foram realizadas várias buscas em bancos de dados eletrônicos. No PubMed, utilizaram-se as expressões de busca “(((*possession*) OR *trance*) OR *religious experience*) OR *spiritual experience*) AND (*latin\** OR *Brazil*),” as quais resultaram em um total de 140 referências; no Scopus, buscas utilizando as expressões “ABS (*possession* OR *trance* OR *religious experience* OR *spiritual experience*) AND ABS (*latin\** OR *Brazil*)” acusaram 73 artigos; no banco SciELO, uma busca com as expressões “*trance* OR *possession* OR *experiência religiosa* OR *experiência espiritual*” localizou 24 artigos; e, por fim, a busca realizada no PsycINFO com os termos “*trance*” e “*spirit possession*” resultou em mais de 700 artigos, a maioria dos quais escapava ao tema desta revisão. As listas de referências bibliográficas dos artigos selecionados foram examinadas em busca de outras publicações relevantes e os pesquisadores da área foram contatados e questionados sobre referências e dados adicionais. A revisão foi focada em artigos com dados originais relacionados aos aspectos psiquiátricos e psicológicos de experiências espirituais, assim como em artigos de revisão com ênfase em – mas não limitados a – populações latino-americanas. Finalmente, realizou-se uma busca no banco de dados PubMed a partir das expressões “*psychotic symptoms*” e “*general population*” para localizar artigos recentes representativos do estado atual da pesquisa na área.

## Resultados

### 1. Experiências psicóticas em populações não clínicas

Um levantamento recente realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) envolvendo mais de 250.000 pessoas de 52 países descobriu uma alta prevalência de experiências psicóticas (que

\* Embora o termo “psicótico” seja geralmente utilizado para se referir a transtornos mentais graves, experiências normalmente consideradas psicóticas, como alucinações, inserções de pensamento e vivências de passividade não são necessariamente patológicas. Casos como estes seriam provavelmente melhor agrupados por meio de um termo mais neutro como “experiências anômalas”<sup>10</sup>, por exemplo. Neste artigo, no entanto, seguiu-se a sugestão de Jackson e Fulford<sup>11</sup> de utilizar as expressões “fenômenos psicóticos” ou “experiência psicótica” em um sentido mais amplo para designar tanto experiências patológicas como não patológicas. Daqui em diante, o termo “sintoma psicótico” será utilizado apenas para designar uma “experiência psicótica” patológica.

não ocorreram “quando você não estava sonolento, dormindo ou sob a influência de álcool ou drogas”) na população geral nos 12 meses anteriores ao levantamento: 12,52% na amostra total. No entanto, a prevalência destas experiências variou amplamente entre os países, de 1% dos entrevistados do Vietnã até 46% do Nepal que relataram ao menos uma experiência psicótica. Dentre os sete países latino-americanos incluídos no levantamento, a prevalência variou entre 5,5% no Uruguai e 32% no Brasil (9% no Paraguai, México e Equador, 15% na Guatemala e 21% na República Dominicana). Embora associadas com o diagnóstico de esquizofrenia em apenas 10% dos casos, o número de experiências psicóticas correlacionou-se moderadamente com pior estado de saúde<sup>4</sup>.

Em uma amostra nacionalmente representativa de latinos vivendo nos Estados Unidos, a prevalência de experiências psicóticas ao longo da vida foi de 9,5%, mas 93% dos entrevistados que relataram experiências psicóticas nunca haviam sido diagnosticados com quaisquer transtornos psiquiátricos<sup>14</sup>. Os relatos de sintomas psicóticos nesta população, no entanto, foram associados a maior desconforto emocional e incapacitação, interpretados pelos autores do estudo mais como marcadores de morbidade psiquiátrica geral (normalmente depressão, ansiedade ou transtornos relacionados ao uso de substâncias) do que de transtornos psicóticos. De forma interessante, cerca de 1/3 dos indivíduos que relataram experiências psicóticas não sofriam de transtornos psiquiátricos conforme avaliação feita com uma entrevista clínica estruturada. A prevalência de experiências psicóticas ao longo da vida foi associada à busca de conforto por meios religiosos/espirituais. Uma alta prevalência de experiências psicóticas (20,9%) também foi observada entre 1.005 pacientes de serviços de saúde geral em centros urbanos nos Estados Unidos<sup>15</sup>. Tais experiências foram mais frequentes entre pacientes de origem hispânica e com baixa renda e foram associadas com maior incidência de transtornos mentais (geralmente depressão e ansiedade) e incapacitação.

## 2. Práticas e experiências espirituais

Desde o século XIX, psicólogos e psiquiatras tenderam a considerar experiências espirituais como transtornos mentais e envolvimento religioso como um marcador de patologia ou imaturidade psicológica<sup>9</sup>, com poucas exceções, como William James<sup>16</sup>. Tal abordagem era especialmente forte no caso de experiências espirituais semelhantes a transtornos psicóticos e dissociativos, como as que ocorrem dentro das tradições espíritas e afro-americanas, bastante populares em países latino-americanos. Esta abordagem psiquiátrica inadequada fomentou o preconceito, a segregação e internações psiquiátricas involuntárias<sup>17-19</sup>.

Modos particulares para expressar doenças ou desconforto, bem como crenças e práticas espirituais entre indivíduos de origem latina podem implicar complicações adicionais relativas ao significado de experiências psicóticas nestas culturas. Portanto, é necessário buscar outros marcadores de transtornos mentais para avaliar o significado clínico dos relatos de tais experiências<sup>15,20</sup>. Apresentamos abaixo estudos envolvendo principalmente

populações latino-americanas que avaliaram critérios para o diagnóstico diferencial. Dada a escassez de estudos adequados, são apresentados ainda dados obtidos a partir de outras populações.

Uma das maneiras de se encontrar marcadores do caráter patológico de experiências psicóticas consiste na identificação de características associadas à busca por assistência médica. Lovatt et al. compararam uma amostra clínica de pacientes com transtornos psicóticos e uma população não clínica de pessoas com histórico de experiências psicóticas (a maior parte dos indivíduos neste grupo pertencia a associações espiritualistas ou paranormais) no Reino Unido<sup>21</sup>. Os dois grupos apresentaram os mesmos escores totais em uma medida de percepções anormais/psicóticas; no entanto, diferenças importantes foram observadas. A amostra clínica teve maiores índices de problemas cognitivos/de atenção (bloqueio do pensamento, déficits de atenção) e de sintomas depressivos e ansiosos. Com respeito a experiências anômalas/psicóticas, a população clínica apresentava uma propensão substancialmente maior para atribuí-las a outras pessoas (avaliar as próprias experiências como sendo causadas por terceiros [OR = 21]) e para considerar estas experiências como perigosas, negativas e ansiogênicas. A amostra não clínica, por outro lado, tendia a compreender tais experiências como normais e positivas. Em resumo, os grupos não apresentaram diferenças com respeito aos escores totais de experiências anômalas/psicóticas, mas diferiram quanto ao tipo específico, interpretação e resposta a estas experiências. Os autores concluíram que “avaliar tais experiências como parte da gama normal de experiências humanas parece ser, portanto, uma medida adaptativa; ao passo que avaliações paranóides e externalizantes parecem estar associadas a uma ‘necessidade de cuidado’ clínico (p.817). Da mesma forma, pessoas que relataram ouvir vozes, mas que não possuem problemas psicológicos, diferem de pacientes com transtornos mentais em variáveis como controle sobre a experiência e conteúdo mais benevolente do que as vozes dizem<sup>22</sup>.

Estudos envolvendo pessoas que praticam o espiritismo ou ligadas à parapsicologia no Brasil, Argentina e Peru demonstraram que estes subgrupos específicos apresentam uma alta prevalência de experiências anômalas/psicóticas (visões, vozes, experiências de influência, transmissão de pensamento etc.), mas que tais experiências são, em geral, associadas a níveis mais altos de espiritualidade e melhor saúde mental, ajustamento social e bem-estar, ao invés de serem relacionadas à patologia. Estes fenômenos são frequentemente percebidos como assustadores no início, mas costumam ser mais tarde interpretados como tendo consequências positivas profundas (como promotores de bem-estar, de significado para a vida, de esperança, crenças espirituais etc.) por aqueles que os vivenciam<sup>23-25</sup>. Outros autores também enfatizaram os efeitos potencialmente benéficos de experiências anômalas<sup>26-28</sup>.

A mediunidade, definida como um conjunto de experiências nas quais um indivíduo (o médium) alega entrar em contato com ou estar sob o controle da personalidade de uma pessoa já falecida ou outro ser imaterial, é um tópico relevante nesta discussão. Experiências como estas, às vezes equiparadas à possessão espiritual

voluntária, são também chamadas de “canalização” e têm sido relacionadas à produção de vários trabalhos criativos na literatura, na música e nas artes em geral<sup>29</sup>. Formas institucionalizadas de possessão e outros estados alterados de consciência induzidos ritualmente foram descritos em 53% de um total de 488 sociedades ao redor do mundo<sup>30</sup> e são onipresentes tanto na história ocidental como na oriental<sup>31</sup>. Atualmente, estas experiências são amplamente difundidas na América Latina e ao redor do globo por meio de grupos religiosos, tais como os católicos carismáticos, evangélicos pentecostais, espíritas e religiões afro-americanas.

Koss-Chioino realizou um estudo aprofundado sobre a integração de cuidados em saúde mental e práticas de cura realizadas por espíritas em Porto Rico<sup>32,33</sup>. A maioria dos médiuns consultados relatou que começou a ver espíritos (geralmente parentes falecidos, anjos ou outros espíritos amigáveis) quando criança ou na adolescência, o que teve um efeito positivo no sentido de prover ajuda ou suporte emocional em momentos de crise. Embora a maioria dos pais aceitasse as experiências vividas por seus filhos, alguns as ignoravam ou as interpretavam como transtornos emocionais. A maior parte dos médiuns jamais havia buscado assistência em saúde mental ou recebido diagnósticos de transtornos mentais. Todos os médiuns participantes haviam passado por processos de iniciação em centros espíritas para utilizar suas habilidades mediúnicas para ajudar outras pessoas. As características identificadas pelos autores como úteis para diferenciar experiências espirituais de transtornos mentais foram o controle sobre alterações no estado de consciência e o aprimoramento de habilidades interpessoais (por exemplo, práticas mediúnicas dirigidas para a cura).

Negro et al. avaliaram 110 pessoas (60% das quais eram médiuns) que frequentavam cursos em centros espíritas na cidade de São Paulo, Brasil<sup>34,35</sup>. No espiritismo, todas as atividades (incluindo cursos e intervenções mediúnicas) são gratuitas e compreendidas como atividades de caridade. Embora tivessem altos escores em medidas de dissociação, os médiuns possuíam bons índices de socialização e adaptação (educação, vida profissional e nível de felicidade), além de baixos índices de abuso na infância. O treinamento mediúnico foi associado com controle sobre as experiências, mas não com níveis maiores de experiências mediúnicas. Patologia foi relacionada com menor controle sobre a atividade mediúnica, idade mais baixa, início tardio de experiências anômalas, menor suporte social e mais sintomas psiquiátricos anteriores. Níveis mais altos de atividade mediúnica foram associados a escores menores de evitação de danos (uma dimensão da personalidade comum em indivíduos com propensão ansiosa e caracterizados por preocupações pessimistas na antecipação de problemas futuros e comportamentos de evitação passivos) e não estavam relacionados com dependência de recompensa (sentimentalidade e dependência de aprovação alheia).

Nosso grupo realizou um estudo envolvendo 115 médiuns de centros espíritas da cidade de São Paulo selecionados aleatoriamente. A amostra possuía alto nível socioeducacional, baixa prevalência de transtornos mentais e era socialmente bem

adaptada. Os médiuns relataram altos níveis de experiências psicóticas e dissociativas (incluindo uma média de quatro sintomas schneiderianos de primeira ordem, geralmente considerados na literatura psiquiátrica como sugestivos de esquizofrenia, mas também encontrados entre indivíduos com transtornos dissociativos, tais como pensamentos audíveis ou inserção de pensamentos). Tais experiências, no entanto, não tinham correlação com outros marcadores de transtornos mentais, como adaptação social, sintomas psiquiátricos comuns (depressão, ansiedade ou queixas psicossomáticas) e história de abuso na infância. De fato, experiências de incorporação (experiência de ser completamente controlado por uma entidade) correlacionaram-se com melhores índices de ajustamento social e menos sintomas psiquiátricos. Experiências auditivas e psicografia também se correlacionaram com melhor ajustamento social<sup>36-39</sup>. Em comparação com dados de pacientes com transtorno de múltiplas personalidades, redefinido como transtorno dissociativo de identidade (TDI), os médiuns apresentavam melhor ajustamento social, menor prevalência de transtornos mentais, uso menos frequente de serviços de saúde, ausência de uso de antipsicóticos, menor prevalência de histórico de abusos físicos ou sexuais na infância, menos sonambulismo, menos características secundárias de TDI e menos sintomas de transtorno de personalidade limítrofe<sup>38</sup>.

Em geral, as experiências mediúnicas relatadas surgiram na infância e fora de ambientes culturais receptivos (parentes e conhecidos frequentemente definiam tais experiências como “loucura” ou “possessão demoníaca”), o que gerava desconforto e sentimentos de ser diferente e socialmente isolado, embora seja importante mencionar que a cultura brasileira é mais aberta do que a maioria das outras culturas a este tipo de manifestação. Somente décadas depois as experiências mediúnicas eram integradas como eventos espirituais saudáveis. Durante a realização do estudo, experiências como ouvir vozes, ver espíritos e eventos de influência, embora fossem mais comuns em contextos rituais, também ocorriam no cotidiano, fora de tais contextos<sup>28,36</sup>.

Em outra investigação, Laria estudou três grupos de cubanos: médiuns espíritas, pacientes com transtornos mentais e um grupo controle sem médiuns ou pacientes<sup>40</sup>. Os médiuns relataram maior incidência de experiências dissociativas comuns, menores índices de psicopatologia, menos experiências traumáticas (incluindo abuso sexual) e menor desconforto subjetivo do que os pacientes.

Reinsel observou que médiuns norte-americanos relatavam mais experiências de despersonalização e absorção do que controles, mas que os dois grupos não diferiam com relação ao bem-estar subjetivo ou desconforto psicológico<sup>41</sup>. Em contraste, Seligman relatou que, no candomblé (religião afro-brasileira), os médiuns tendem a somatizar e a experimentar outros transtornos, embora este estudo tenha a limitação de não controlar a influência do perfil socioeconômico como uma potencial variável de confusão<sup>42</sup>.

No anseio de compreender as experiências anômalas em geral, alguns estudos investigaram o perfil de sintomas esquizotípicos (positivos, negativos e de desorganização) na população geral. A esquizotipia é definida como um construto de personalidade

multifatorial cujos aspectos parecem localizar-se em um *continuum* com a psicose<sup>43</sup>. Um modelo de três fatores compreendendo sintomas positivos (experiências anômalas cognitivo-perceptuais), negativos (prejuízos interpessoais, anedonia física ou social) e de desorganização foi proposto. Claridge descreveu uma classe de “esquizotípicos felizes”, pessoas que têm experiências cognitivas e perceptuais incomuns sem relação com sintomas negativos ou de desorganização. A esquizotipia positiva foi consistentemente associada a crenças e experiências paranormais<sup>43</sup>. Em uma amostra de estudantes universitários de Buenos Aires, na Argentina, e de Lima, no Peru, voluntários “espiritualizados” tinham maiores níveis de experiências paranormais e de sintomas esquizotípicos positivos do que voluntários “não-espiritualizados”. Não houve diferenças entre os grupos com relação aos sintomas negativos e de desorganização<sup>24</sup>. Schofield e Claridge investigaram participantes de grupos com interesses paranormais na internet no Reino Unido<sup>44</sup>. Os autores observaram que a desorganização cognitiva moderava a associação entre esquizotipia e avaliação subjetiva de experiências paranormais como agradáveis ou desagradáveis. O fato de possuir um sistema de crenças capaz de fornecer sentido às experiências esquizotípicas positivas teve um efeito protetor, relacionado com menor desorganização cognitiva e experiências paranormais mais agradáveis. Os autores sugerem que aqueles que não possuem esta estrutura cognitiva de proteção seriam “bombardeados por eventos estranhos que não conseguem explicar” (p.1910) e estariam mais vulneráveis a sentimentos desconfortáveis e mau funcionamento, posto que tais experiências seriam assustadoras e perturbadoras. Isso pode explicar como o sistema explicativo de várias tradições espirituais pode servir a propósitos terapêuticos<sup>45</sup>.

Um estudo prospectivo de 20 anos realizado na Suíça demonstrou uma alta prevalência de experiências psicóticas entre pessoas na faixa dos 20 anos, a qual diminuiu ao longo do acompanhamento. Consoante com as dimensões da esquizotipia, a análise fatorial das experiências psicóticas gerou dois fatores: o primeiro relacionado principalmente com alucinações e experiências de influência, e o segundo compreendendo delírios paranóides e dificuldades interpessoais. Estes dois fatores tinham padrões diferentes de preditores, curso e desfecho funcional<sup>46</sup>.

### 3. Experiências religiosas em pacientes psicóticos

Um estudo envolvendo mulheres porto-riquenhas com transtornos mentais graves vivendo nos Estados Unidos mostrou que os conteúdos mais frequentes de alucinações são relacionados à religião/espiritualidade, e que crenças e práticas religiosas proveem uma fonte de significado para lidar com sintomas psicóticos. Além disso, um dos achados mais importantes e frequentes do estudo referiu-se à incapacidade dos médicos para reconhecer e abordar o significado (geralmente religioso) destas experiências psicóticas junto aos pacientes, além da necessidade de se considerar a história religiosa na avaliação inicial dos mesmos<sup>47</sup>. A importância de levar em consideração crenças espirituais e inclusive de desenvolver alianças com grupos religiosos/espirituais no tratamento de

pacientes foi ilustrada por outros relatos envolvendo pacientes psicóticos em Porto Rico<sup>28,32,33,39</sup> e na Suíça<sup>48</sup>.

A importância de temas religiosos para pacientes psicóticos também foi observada no Brasil por meio de um estudo etnográfico envolvendo 21 pacientes em primeiro surto psicótico que buscaram atendimento em um serviço de emergência psiquiátrica na cidade de São Paulo<sup>49</sup>. Em quase todos os casos (20), os pacientes e suas famílias haviam buscado fontes de ajuda religiosa (geralmente pentecostais ou umbanda, uma religião afro-brasileira) paralelamente aos recursos psiquiátricos.

### Conclusão

Na última década, tornou-se claro que experiências psicóticas são bastante prevalentes na população geral, e que em aproximadamente 90% dos casos elas não têm conexão com transtornos psicóticos. Designar tais experiências como “sintomas psicóticos” resultaria em cerca de 90% de falsos positivos<sup>14</sup>. Acreditamos que outros termos propostos na literatura, como “experiências psicóticas”<sup>11</sup> ou o mais neutro “experiências anômalas”, seriam mais adequados para descrever tais fenômenos<sup>10</sup>.

Em um artigo recente, Van Os sugeriu uma reformulação completa de nossa compreensão sobre os sintomas e transtornos psicóticos. O autor propõe uma conexão entre a psicose e as experiências humanas normais, uma vez que transtornos psicóticos relacionam-se com experiências partilhadas pela população geral. O artigo enfatiza o quanto ainda não sabemos sobre tais experiências e a necessidade de uma abordagem mais humilde nesta área<sup>50</sup> (veja Bentall<sup>22</sup> para mais dados sobre alucinações). As evidências sobre a alta prevalência de experiências psicóticas na população geral não clínica, em conjunto com outras descobertas científicas recentes, alimentaram críticas sofisticadas aos conceitos atuais sobre a esquizofrenia e aos critérios diagnósticos utilizados na CID-10 e no DSM-IV<sup>51,52</sup>. Os achados indicam a necessidade de conceitos e critérios diagnósticos para a esquizofrenia com maior embasamento empírico, como proposto por autores que afirmam que há “uma distância significativa entre a tradição na qual se baseia a esquizofrenia definida pelo DSM-IV e o conhecimento acumulado nas últimas décadas (...)” e que existe “uma enorme lacuna entre as descobertas formuladas nas teorias contemporâneas sobre a esquizofrenia e a forma (não baseada em evidências) com que a esquizofrenia é definida no DSM” (p.409, 413)<sup>52</sup>.

O reconhecimento pelos médicos e pela população de que experiências psicóticas são bastante comuns e não necessariamente patológicas pode não apenas melhorar a prática clínica, mas também contribuir para diminuir o estigma associado aos transtornos psicóticos, que se baseia na premissa errada de que tais eventos são totalmente distintos da experiência humana comum<sup>22,50,51</sup>. Castillo, em uma revisão sobre psicose e cultura, sugere que episódios psicóticos podem durar menos e ter melhores desfechos em culturas capazes de acolhê-los com “compreensão, suporte social e práticas tradicionais de cura” (p.15), em parte explicados pelo fato de que estes fatores podem resultar em menores níveis de emoção expressa e fornecer uma base para a

compreensão de tais experiências, além de estratégias para reduzir seus efeitos negativos<sup>27</sup>. Em sociedades mais individualistas e de orientação biológica, sentimentos de rejeição, isolamento social e desamparo relacionados à possibilidade de se ter uma doença crônica e incurável podem contribuir para piorar a evolução do quadro.

Dados epidemiológicos sugerem fortemente que pessoas que têm experiências psicóticas formam um grupo heterogêneo no qual alguns sofrem de transtornos mentais e outros não, como sugerido por investigações que exploram a relação entre experiências psicóticas e espirituais<sup>34,37,38,53</sup>. A partir de uma perspectiva clínica, é importante ter em mente o equilíbrio entre dois extremos: considerar todas as experiências anômalas como marcadores de transtornos psicóticos ou mesmo não psicóticos, por um lado; ou entendê-las como irrelevantes para a nossa compreensão do quadro de determinado paciente, por outro<sup>20,54</sup>.

Nas últimas décadas, surgiram evidências mostrando que o envolvimento religioso e as experiências espirituais são geralmente associados a desfechos positivos em saúde<sup>55,56</sup>. Como expresso pelos proponentes da seção Problemas Religiosos ou Espirituais do DSM-IV, “a resposta do clínico pode determinar se a experiência será integrada e utilizada como um estímulo para o crescimento pessoal, ou se será reprimida como um evento bizarro que pode indicar instabilidade mental” (p.679)<sup>9</sup>. De modo geral, estudos transculturais mostram que pessoas que vivenciam possessões espirituais, glossolalia e práticas similares dentro de contextos rituais não têm maiores taxas de patologia em comparação com outros grupos, e em alguns casos parecem viver melhor a despeito de histórias eventuais de traumas ou situações adversas importantes, o que sugere que estas práticas podem ter efeitos terapêuticos<sup>26</sup>.

A associação entre experiências espirituais e níveis normais ou até melhores de saúde mental e ajustamento social não corroboram a visão de que experiências mediúnicas são sintomas menos graves em um *continuum* com os transtornos psicóticos ou dissociativos. Se este fosse o caso, uma correlação diretamente proporcional entre a intensidade de experiências mediúnicas e transtornos psiquiátricos ou má adaptação social seria provavelmente encontrada<sup>37</sup>. Estas afirmações não se aplicam, no entanto, aos casos de possessão involuntária ou não controlada, as quais podem causar desconforto e prejuízos<sup>26</sup>.

Para aumentar sua sensibilidade cultural, os manuais diagnósticos consideram que experiências dissociativas devem causar desconforto ou incapacitação e não podem ser aceitas pelo grupo cultural local para que sejam classificadas como patológicas<sup>1,57</sup>. Embora úteis, estes critérios são limitados e não podem ser utilizados de forma automática. Por exemplo, experiências espirituais (cujos desfechos demonstram que não implicam patologia) podem ocorrer em ambientes culturais não receptivos a tais eventos, resultando em desconforto significativo para os envolvidos<sup>36</sup>.

Ao lidar com pessoas oriundas de contextos culturais diferentes, clínicos e pesquisadores devem buscar o significado “êmico” (culturalmente intrínseco) da experiência em questão, ao invés de serem guiados apenas por perspectivas universalistas e

gerais (“éticas”). Até mesmo os grupos religiosos reconhecem que transtornos psiquiátricos ou neurológicos são frequente e erroneamente rotulados como experiências espirituais, adiando a implementação de tratamento adequado<sup>36,39,58,59</sup>. Diagnósticos equivocados podem ser feitos em ambas as direções por médicos e líderes espirituais, o que destaca a necessidade de diretrizes mais sofisticadas, não tendenciosas e baseadas em evidências para sustentar nosso raciocínio clínico. Tem havido carência de diretrizes baseadas em evidências empíricas para fazer o diagnóstico diferencial entre experiências espirituais saudáveis e transtornos mentais.

Uma limitação deste artigo refere-se à escassez de estudos de qualidade planejados especificamente para investigar o tema em questão. Entretanto, a convergência dos dados obtidos por autores diferentes a partir de populações distintas nos permita tirar conclusões e delinear recomendações razoavelmente confiáveis. Embora tenhamos discutido diretrizes para o diagnóstico diferencial em outras publicações,<sup>60,61</sup> investigações adicionais como as que podem ser obtidas a partir de estudos longitudinais ainda são necessárias<sup>62</sup>. Com base no conhecimento atualmente disponível, seria útil incluir informações relativas ao diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais na CID-11. Clínicos e pesquisadores devem perceber a importância de se:

- Reconhecer a relevância da competência cultural no manejo de pacientes com relatos de experiências espirituais e desenvolver esta competência e o raciocínio clínico no estabelecimento do diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais. Isso deve ajudar a reduzir a ocorrência de danos iatrogênicos ao evitar o risco de patologização de comportamentos saudáveis e a expandir a relevância transcultural da CID-11;

- Reconhecer que experiências dissociativas, psicóticas ou outros eventos incomuns não são necessariamente patológicos, embora possam causar desconforto caso o ambiente circundante não seja receptivo ou não forneça uma parâmetros para uma interpretação não patológica de sua ocorrência;

- Estimular pesquisas que expandam o nosso conhecimento sobre as experiências espirituais, melhorando nossa compreensão sobre sua natureza (por exemplo, prevalência, fatores precipitantes, fenomenologia e desfecho) para que possamos realizar diagnósticos diferenciais e manejo clínico adequados.

Embora a maior parte deste artigo se baseie em contribuições da América Latina, os temas discutidos aqui não são relevantes apenas para minorias étnicas ou terras exóticas, um preconceito comum em relação à psiquiatria cultural<sup>63</sup>, mas também são importantes para a prática clínica ao redor do mundo, uma vez que pesquisas demonstram altos níveis de experiências psicóticas associadas a crenças religiosas e envolvimento religioso em todo o planeta<sup>4,13,64</sup>. Esta é outra razão para que se inclua ao menos uma breve discussão sobre o assunto na CID-11, que tem o propósito de servir a todos os países.

Dado o reconhecimento crescente da importância da religiosidade e da espiritualidade e de suas implicações para a avaliação diagnóstica e o planejamento terapêutico, várias organizações médicas recomendam a investigação da história religiosa/

espiritual do paciente e práticas relacionadas durante a avaliação clínica<sup>65,66</sup>. A obtenção destes dados de pacientes com relatos de experiências psicóticas deve servir não apenas para aumentar a precisão diagnóstica e evitar a rotulação de experiências espirituais potencialmente saudáveis como patológicas, mas também para ajudar os clínicos a lidarem melhor com pacientes psicóticos.

**Recomendação**

Os autores recomendam que a CID-11 inclua um texto dentro dos parâmetros propostos abaixo.

*Considerando-se que crenças e experiências religiosas e espirituais podem afetar a saúde mental e a forma com que os pacientes lidam com problemas e transtornos mentais, e que experiências espirituais saudáveis podem apresentar características que se assemelham a sintomas dissociativos e psicóticos, é recomendável investigar o contexto e as crenças, práticas e experiências espirituais e religiosas do paciente.*

*É fundamental desenvolver a competência cultural e o raciocínio clínico para compreender o sistema de referência cultural do indivíduo*

*e analisar a relevância clínica de experiências que podem se assemelhar a sintomas dissociativos e psicóticos. Profissionais clínicos devem estar cientes de que a maioria das pessoas que relatam experiências anômalas, psicóticas ou dissociativas na realidade não sofre de transtornos psicóticos ou dissociativos. Alguns elementos (Tabela 1), embora não necessariamente presentes ou suficientes em si, são indicativos da natureza não patológica de tais experiências. Embora contra-exemplos patológicos possam ser encontrados para cada um destes parâmetros (por exemplo, episódios catatônicos sem sofrimento psicológico), as variáveis descritas na Tabela 1 geralmente falam contra a presença de psicopatologia. Quanto mais destes elementos estiverem presentes, de modo geral, menor é a possibilidade de que a experiência em questão esteja relacionada a um transtorno mental.*

Os autores reconhecem que a utilização destas diretrizes impõe algumas demandas sobre os profissionais clínicos, no entanto, fazer menos resultaria em ignorar um corpo crescente de evidências e, mais importante, na possibilidade de causar danos ao invés de benefícios.

**Tabela 1 – Diretrizes para a avaliação do significado clínico de experiências espirituais, psicóticas ou dissociativas**

- Ausência de sofrimento psicológico: o indivíduo não se sente incomodado com a experiência vivida.
- Ausência de incapacitações sociais ou ocupacionais: a experiência não prejudica os relacionamentos e atividades do indivíduo.
- A experiência tem curta duração, acontece apenas eventualmente e não tem caráter invasivo sobre a consciência e atividades cotidianas do indivíduo. Algumas experiências podem ser de longa duração, mas podem ser vistas como um estágio dentro do desenvolvimento espiritual prévio da pessoa.
- Existe uma atitude de discernimento com relação à experiência, incluindo a capacidade de perceber sua natureza anômala/incomum e que a mesma pode não ser compartilhada por outros.
- Compatibilidade com alguma tradição religiosa: as experiências podem ser compreendidas dentro dos conceitos e práticas de algum grupo cultural ou religioso estabelecido, ainda que não façam parte das tradições locais.
- Ausência de comorbidades psiquiátricas: ausência de outros transtornos ou sintomas mentais indicativos da presença de transtornos mentais além daqueles relacionados com as experiências espirituais. Quanto às experiências psicóticas, embora possa haver relatos de alucinações ou crenças incomuns, não se observam sintomas negativos ou de desorganização.
- Controle sobre a experiência: o indivíduo é capaz de limitar a ocorrência de suas experiências ao local e momento adequados (durante um ritual e não no trabalho ou na escola, por exemplo).
- A experiência promove crescimento pessoal ao longo do tempo: melhorias na vida pessoal, social e profissional. As experiências são dirigidas para a autointegração e o auxílio a outros.

**Financiamento e conflito de interesses**

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa <sup>1</sup>	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada <sup>2</sup>	Honorários de palestrantes	Participação acionária	Consultor/ conselho consultivo	Outro <sup>3</sup>
Alexander Moreira-Almeida	UFJF	FAPEMIG** CNPq*	-	-	-	-	-
Etzel Cardeña	Lund University	-	-	-	-	-	-

\* Modesto

\*\* Significativo

\*\*\* Significativo. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: UFJF = Universidade Federal de Juiz de Fora; FAPEMIG = Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais; CNPq = Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Para mais informações, consultar as Instruções aos Autores.

**Referências**

1. Cardeña E, Lewis-Fernández R, Bear D, Pakianathan I, Spiegel D. *Dissociative disorders*. In: American Psychiatric Association - DSM-IV Sourcebook. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.
2. Lewis-Fernández R. A cultural critique of the DSM-IV Dissociative Disorders section. *Transcult Psychiatry*. 1998;35:387-400.
3. Ross CA, Joshi S, Currie R. Dissociative experiences in the general population. *Am J Psychiatry*. 1990;147(11):1547-52.
4. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr Bull*. In press 2010.
5. Cardeña E, Winkelman M, editors. *Altering consciousness. A multidisciplinary perspective. v.I, History, culture, and the humanities*. Praeger Publishers; In press 2011.
6. Krippner S. Humanity's first healers: psychological and psychiatric stances on shamans and shamanism. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007;34(suppl.1):17-24.

7. Koenig HG. Religion, spirituality and psychotic disorders. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007;34(suppl.1):40-8.
8. Stroppa A, Moreira-Almeida A. religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Rev Psiq Clin*. 2009;36(5):190-6.
9. Lukoff D, Lu F, Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychospiritual problems. *J Nerv Ment Dis*. 1992;180(11):673-82.
10. Cardeña E, Lynn SJ, Krippner S. *Varieties of anomalous experience: examining the scientific evidence*. Washington DC: American Psychological Association; 2000.
11. Jackson M, Fullford KWM. Spiritual experience and psychopathology. *Philos Psychiatr Psychol*. 1997;4(1):41-65.
12. Lu FG, Lukoff D, Turner R. *Religious or spiritual problems*. In: APA. *DSM-IV Sourcebook*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.
13. Lukoff D. Visionary spirituality and mental disorders. In: Cardeña E, Winkelman M, editors. *Altering consciousness. A multidisciplinary perspective. v.II, Biological and psychological perspectives*. Praeger Publishers; In press 2011.
14. Lewis-Fernández R, Horvitz-Lennon M, Blanco C, Guarnaccia PJ, Cao Z, Alegria M. Significance of endorsement of psychotic symptoms by US Latinos. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197(5):337-47.
15. Olfson M, Lewis-Fernández R, Weissman MM, Feder A, Gameroff MJ, Pilowsky D, Fuentes M. Psychotic symptoms in an urban general medicine practice. *Am J Psychiatry*. 2002;159(8):1412-9.
16. James W. *The varieties of religious experience*. New York: New American Library; 1958. (Original work published 1902)
17. Almeida AAS. *Uma fábrica de loucos: psiquiatria x espiritismo no Brasil (1900-1950)* [dissertação]. Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); 2007. Available from: <http://www.hoje.org.br/bves>.
18. Moreira-Almeida A, Silva de Almeida AA, Neto FL. History of 'Spiritist madness' in Brazil. *Hist Psychiatry*. 2005;16(6 Pt 1):5-25.
19. Almeida AA, Oda AM, Dalgalarro P. Brazilian psychiatrists' approaches on trance and possession phenomena. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007;34(Suppl.1):34-41.
20. Vega WA, Sribney WM, Miskimen TM, Escobar JI, Aguilar-Gaxiola S. Putative psychotic symptoms in the Mexican American population: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(7):471-7.
21. Lovatt A, Mason O, Brett C, Peters E. Psychotic-like experiences, appraisals, and trauma. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(11):813-9.
22. Bentall RP. Hallucinatory experiences. In: Cardeña E, Lynn SJ, Krippner S, editors. *Varieties of anomalous experience: examining the scientific evidence*. Washington, DC: American Psychological Association; 2000. p.85-120.
23. Parra A. Efectos de las experiencias espirituales/paranormales en la vida de las personas y su bien estar psicológico. *Rev Argent Clín Psicol*. 2008;17:233-44.
24. Parra A, Paul LE. Comparación entre la esquizotipia positiva y perturbadora con la espiritualidad y las experiencias paranormales en población no-clínica. *Rev Argent Clín Psicol*. 2010;19:163-72.
25. Montanelli DEG, Parra A. ¿Las experiencias paranormales son psicológicamente perturbadoras? una encuesta comparando estudiantes universitarios y afeitados a temas paranormales. *Revista Interamericana de Psicología Interam J Psychol*. 2005;39(2):285-94.
26. Cardeña E, van Duijl M, Weiner L, Terhune D Possession/trance phenomena. In: PF Dell, JA O'Neil, eds. *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge; 2009. p.171-81.
27. Castillo RJ. Trance, functional psychosis, and culture. *Psychiatry*. 2003;66(1):9-21.
28. Koss JD. Therapeutic aspects of Puerto Rican cult practices. *Psychiatry*. 1975;38(2):160-71.
29. Hastings A. *With the tongues of men and angels. A study of channeling*. Fort Worth, TX: Holt, Rinehart and Winston; 1991.
30. Bourguignon E. *Possession*. Illinois: Waveland Press; 1976.
31. Cardeña E, Winkelman M, editors. *Altering consciousness. A multidisciplinary perspective. v.II, Biology and clinical sciences*. Praeger Publishers; In press 2011.
32. Koss-Chioino JD. *Women as healers, women as patients: mental health care and traditional healing in Puerto Rico*. Boulder, CO: Westview; 1992.
33. Koss JD. The Therapist-Spiritist Training Project in Puerto Rico: An experiment to relate the traditional healing system to the public health system. *Soc Sci Med*. 1980;14(B):255-66.
34. Negro Jr PJ, Palladino-Negro P, Louzã MR. Do religious mediumship dissociative experiences conform to the sociocognitive theory of dissociation? *J Trauma Dissoc*. 2002;3(1):51-73.
35. Negro Jr PJ. *A natureza da dissociação: um estudo sobre experiências dissociativas associadas a práticas religiosas* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1999.
36. Almeida AM. *Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004. Available from: <http://www.hoje.org.br/bves>.
37. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Greyson B. Dissociative and psychotic experiences in Brazilian spiritist mediums. *Psychoter Psychosom*. 2007;76(1):57-8. Erratum in: *Psychoter Psychosom*. 2007;76:185.
38. Moreira-Almeida A, Neto FL, Cardeña E. Comparison of Brazilian spiritist mediumship and dissociative identity disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196(5):420-4.
39. Moreira-Almeida A, Koss-Chioino JD. Recognition and treatment of psychotic symptoms: spiritists compared to mental health professionals in Puerto Rico and Brazil. *Psychiatry*. 2009;72(3):268-83.
40. Laria AJ. *Dissociative experiences among Cuban mental health patients and spiritist mediums*. Typescript. University of Massachusetts, Boston: Harvard Medical School; 1988.
41. Reinsel R. Dissociation and mental health in mediums and sensitives: a pilot survey. Parapsychological Association 46th Annual Convention Proceedings of Presented Papers (p.200-21); 2003.
42. Seligman R. Distress, dissociation, and embodied experience: reconsidering the pathways to mediumship and mental health. *Ethos*. 2005;33:71-99.
43. Claridge G. *Schizotypy: implications for illness and health*. Oxford: Oxford University Press; 1997.
44. Schofield K, Claridge G. Paranormal experiences and mental health: Schizotypy as an underlying factor. *Pers Individ Differ*. 2007;43:1908-16.
45. Frank JD, Frank JB. *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. 3rd ed. Baltimore, MD: Johns Hopkins Press; 1991.
46. Rössler W, Riecher-Rössler A, Angst J, Murray R, Gamma A, Eich D, van Os J, Gross VA. Psychotic experiences in the general population: a twenty-year prospective community study. *Schizophr Res*. 2007;92(1-3):1-14.
47. Loue S, Sajatovic M. Auditory and visual hallucinations in a sample of severely mentally ill Puerto Rican women: an examination of the cultural context. *Ment Health Relig Cult*. 2008;11(6):597-608.
48. Mohr S, Brandt P, Borrás L, Gilieron C, Hugel P. Toward an integration of spirituality into the psychosocial dimension of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1952-7.
49. Redko C. Religious construction of a first episode of psychosis in urban Brazil. *Transcult Psychiatry*. 2003;40(4):507-30.
50. Van Os J. Are psychiatric diagnoses of psychosis scientific and useful? The case of schizophrenia. *J Ment Health*. 2010;19(4):305-17.
51. Kelleher I, Jenner JA, Cannon M. Psychotic symptoms in the general population – an evolutionary perspective. *Br J Psychiatry*. 2010;197(3):167-9.
52. Linscott RJ, van Os J. Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:391-419.
53. Van Ommeren M, Komproe I, Cardeña E, Thapa SB, Prasain D, de Jong J, Sharma B. Mental illness among Bhutanese shamans in Nepal. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(4):313-7.
54. Alarcón RD, Westermeyer J, Foulks E, Ruiz P. Clinical relevance of contemporary cultural psychiatry. *J Nerv Ment Dis*. 1999;187(8):465-71.
55. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(3):242-50.
56. Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007;34(suppl.1):126-35.
57. Martínez-Taboas A. Dissociative experiences and disorders: a review. *Int J Parapsychol*. 2001;12:131-62.
58. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F. Spiritist Views of Mental Disorders in Brazil. *Transcult Psychiatry*. 2005;42(4):570-95.
59. Sacks, O. The last hippie. In: Sacks O, editor. *An anthropologist on Mars: seven paradoxical tales*. New York: Vintage, 1995. p.42-76.
60. Menezes A Jr, Moreira-Almeida A. Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content. *Rev Psiq Clin*. 2009;36:75-82. Available from [www.hoje.org.br/elsh](http://www.hoje.org.br/elsh)
61. Menezes A Jr, Moreira-Almeida A. Religion, spirituality, and psychosis. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12(3):174-9.
62. Cardeña E. Altered consciousness in emotion and psychopathology. In: Cardeña E, Winkelman M, editors. *Altering consciousness. A multidisciplinary perspective. v.II, Biology and clinical sciences*. Praeger Publishers; In press 2011.
63. Alarcón RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry*. 2009;8(3):131-9.
64. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski MJB, Laranjeira R. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. *Rev Psiquiatr Clin*. 2010;37(1):12-5.
65. Culliford L, Powell A. Spirituality and mental health. Royal College of Psychiatrists' Spirituality and Psychiatry Special Interest Group. June/2006. Available from: <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/SpiritLFT2006.pdf>
66. Staten P. Spiritual assessment required in all settings. *Hosp Peer Review*. 2003;55-6.