

SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e
Cuidado na Sociedade Moderna

Capítulo 31

Edição XXX

NOS LIMITES DAS ALUCINAÇÕES: PSICOSES OU EXPERIÊNCIAS ESPIRITUAIS SAUDÁVEIS?

THIAGO CROCOLI BALBINOT¹
NICOLAS MATTANA PICCOLI¹
LAURA JUNQUEIRA COUTINHO¹
FERNANDO MONARETTO POZZOBON¹
TIAGO FAORO PIONER¹
GABRIELA LORBITZKI GIRARDI¹
ISADORA SOUZA CRESTANI¹
LEANDRO CASAGRANDE¹
JULIA MARCHETT DA SILVA¹
VITÓRIA PIACENTINI VARGAS¹
GABRIELLI BACCHI COLOMBO¹
MILENA RIBEIRO PAGNONCELLI¹
LETÍCIA MARIA CARVALHO MENDES COSTA¹
FÁBIO SCHWALM²
MARINA MANTESSO²

¹Discente – Curso de Medicina, Universidade de Caxias do Sul (UCS).

²Docente Orientador(a) – Universidade de Caxias do Sul (UCS).

Palavras-chave: Alucinações; Espiritualidade; Psicose.

DOI:

10.59290/0092610340

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da Psiquiatria, o fenômeno alucinatório recebeu diferentes interpretações, que refletem a evolução dos próprios modelos de compreensão da mente. Jean-Étienne Esquirol, no século XIX, definiu a alucinação como uma percepção sem objeto, cuja ausência de estímulo físico a distinguiria da ilusão e a caracterizaria como sinal de anormalidade psíquica. Emil Kraepelin, por sua vez, consolidou uma leitura organicista do fenômeno, compreendendo a alucinação — sobretudo a auditiva — como sintoma de psicoses graves associadas a alterações degenerativas cerebrais. Já no século XX, abordagens fenomenológicas passaram a considerar a alucinação como parte da diversidade de experiências humanas, e não necessariamente como sintoma de uma condição patológica, ampliando a discussão sobre os limites entre normalidade e psicopatologia (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; JASPERS, 2015).

Paralelamente a essa discussão, a *American Psychiatric Association* e a *World Psychiatric Association* passaram a recomendar que os psiquiatras integrem a dimensão espiritual e religiosa à prática clínica, reconhecendo-a como componente relevante da saúde mental. Espiritualidade e religião não possuem definição universalmente aceita, mas costumam ser associadas ao transcendente, aos valores e ao sentido de vida, enquanto a religião representa seu componente institucional, estruturado por crenças e práticas coletivas. A literatura científica mostra que essas dimensões geralmente favorecem desfechos positivos em saúde mental — mais de 80% dos pacientes relatam utilizar crenças religiosas para enfrentar estressores e sintomas psiquiátricos —, mas também podem, em certos contextos, reforçar a recusa de tratamento, a vergonha e o enfrentamento

religioso negativo, o que exige do psiquiatra equilíbrio entre respeito à autonomia do paciente e responsabilidade clínica (DIKE *et al.*, 2022).

A interface entre espiritualidade, religiosidade e saúde mental constitui, portanto, um dos campos mais delicados da prática clínica contemporânea. Vivências místicas, percepções incomuns e interpretações religiosas de experiências pessoais podem apresentar características fenomenológicas semelhantes às observadas em quadros psicóticos, de modo que sua simples presença não é suficiente para determinar a natureza clínica do fenômeno. A ausência de uma diferenciação diagnóstica cuidadosa pode gerar iatrogenia em duas direções: de um lado, experiências espirituais legítimas podem ser equivocadamente patologizadas, levando à medicalização desnecessária e à estigmatização; de outro, crenças ou práticas espirituais podem ser valorizadas de forma acrítica, negligenciando quadros que efetivamente demandam tratamento (DIKE *et al.*, 2021).

Diante desse cenário, o objetivo deste capítulo foi revisar a literatura científica acerca dos critérios clínicos, neurobiológicos e culturais que permitem diferenciar experiências espirituais saudáveis de sintomas psicóticos do espectro esquizofrênico, discutindo suas implicações para o diagnóstico, a prevenção de erros clínicos e o manejo terapêutico em psiquiatria.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada entre os meses de março e junho de 2026, por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed, SciELO e PsycINFO. Foram utilizados os descritores, em português e inglês: alucinações; espiritualidade; psicose; religião; diagnóstico diferencial; *hallucinations*; *spirituality*; *psychosis*, combinados por meio do operador booleano AND. Desta busca, foram

identificados inicialmente mais de 150 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre 2010 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem diretamente a diferenciação entre experiências espirituais e quadros psicóticos, os critérios diagnósticos do DSM-5-TR e da CID-11, ou os correlatos neurobiológicos das alucinações, disponibilizados na íntegra. Foram também incluídos documentos de referência de associações psiquiátricas internacionais, além de obras clássicas da psicopatologia descritiva. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados apenas em forma de resumo, ou que não abordavam diretamente a proposta desta pesquisa.

Após a aplicação dos critérios de seleção, restaram 30 referências, submetidas à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram organizados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas que abordam a psicopatologia das alucinações e delírios, os marcadores neurobiológicos e cognitivos da psicose, as características das experiências espirituais saudáveis, os critérios de diferenciação clínica e as implicações para o cuidado em saúde mental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alucinações e delírios no espectro psicótico: critérios diagnósticos contemporâneos

Os transtornos do espectro da esquizofrenia e outras psicoses caracterizam-se por alterações significativas da percepção, do pensamento, da afetividade e do comportamento, com importante comprometimento da autonomia e da funcionalidade do indivíduo. Entre suas manifestações mais marcantes, destacam-se as alucinações e os delírios, considerados sintomas

positivos centrais para o diagnóstico dos transtornos psicóticos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Historicamente, as contribuições de Karl Jaspers ocuparam papel fundamental ao defender que a investigação dos fenômenos mentais deveria considerar não apenas os sintomas observáveis, mas também a forma como são vivenciados subjetivamente pelo paciente. Essa perspectiva fenomenológica permanece indispensável para distinguir manifestações psicóticas genuínas de crenças culturalmente compartilhadas ou experiências perceptivas transitórias (JASPERS, 2015; SIMS, 2015).

As alucinações são definidas como percepções vívidas, involuntárias e dotadas de caráter de realidade, que ocorrem na ausência de estímulo externo correspondente. Embora possam envolver qualquer modalidade sensorial, as alucinações auditivas são as mais frequentes nos transtornos do espectro esquizofrênico, manifestando-se como vozes que comentam as ações do indivíduo, dialogam entre si ou emitem comandos, frequentemente com conteúdo crítico ou ameaçador (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; SIMS, 2015). Os delírios, por sua vez, são crenças falsas, persistentes e mantidas com elevado grau de convicção, mesmo diante de evidências que as contradigam, apresentando caráter inflexível e pouco permeável à argumentação lógica (JASPERS, 2015).

O DSM-5-TR estabelece que o diagnóstico de esquizofrenia requer a presença de pelo menos dois sintomas nucleares durante período significativo, sendo obrigatório que ao menos um deles corresponda a delírios, alucinações ou discurso desorganizado; a CID-11 apresenta formulação semelhante, enfatizando a persistência de sintomas psicóticos associados a prejuízo funcional relevante (AMERICAN PSY-

CHIATRIC ASSOCIATION, 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). Contudo, estudos epidemiológicos demonstram que experiências semelhantes a delírios e alucinações podem ocorrer, em graus variados, na população geral, sem configurar transtorno psiquiátrico estabelecido, o que deu origem a modelos dimensionais que compreendem a psicose como um continuum, e não como categoria estanque (VAN OS; GULOKSUZ, 2017).

Correlatos neurobiológicos e cognitivos das alucinações

O avanço da neurociência e dos exames de imagem permitiu compreender melhor as alterações neuronais associadas ao surto psicótico. Estudos de ressonância magnética mostram que pacientes esquizofrênicos apresentam menor volume de substância cinzenta e branca, além de redução do volume cerebral total, com perda progressiva de matéria cinzenta cortical após o primeiro surto, sobretudo em regiões fronto-temporais (KAHN *et al.*, 2015; LEUCHT *et al.*, 2025).

Na fase aguda das alucinações auditivas verbais, observa-se hiperatividade em regiões ligadas à percepção e geração da fala, associada à supressão da Rede de Modo Padrão — responsável por processos de pensamento interno e memória autobiográfica — e disfunção do córtex cingulado posterior, estrutura relacionada à consciência das próprias ações. Essa alteração sugere uma falha do cérebro em reconhecer que a “voz” ouvida é, na verdade, um pensamento gerado pelo próprio indivíduo, levando à atribuição do pensamento a uma fonte externa (ROES *et al.*, 2020).

Identificou-se ainda, em pessoas com esquizofrenia, aumento da síntese e liberação de dopamina no estriado dorsal, gerando hiperatividade dopaminérgica relacionada à gravidade dos sintomas positivos, além de possíveis alterações nos sistemas glutamatérgico, gabaérgico

e muscarínico (LEUCHT *et al.*, 2025; STAHL, 2021). Os surtos psicóticos em pessoas sem esquizofrenia apresentam ativação funcional semelhante, embora com diferenças estruturais em relação a quadros como demências, transtorno bipolar ou depressão psicótica, sendo a alteração na percepção de si mesmo um aspecto mais específico da esquizofrenia. Assim, a alucinação é compreendida pela neurociência moderna não como lesão isolada, mas como falha na integração e comunicação global do cérebro (STAHL, 2021).

Sofrimento egodistônico, prejuízo funcional e quebra do pragmatismo

Um dos principais desafios na diferenciação entre experiências espirituais e transtornos psicóticos reside no fato de que ambas podem envolver fenômenos aparentemente semelhantes, como percepções incomuns e comunicações com entidades espirituais. Entretanto, a distinção clínica raramente depende do conteúdo dessas experiências, mas do modo como são vivenciadas e de suas repercussões sobre a vida cotidiana (MOSELEY *et al.*, 2022; COOKE; BRETT, 2020).

Três elementos merecem especial atenção: o sofrimento egodistônico, o prejuízo funcional e a quebra do pragmatismo. Em contextos espirituais, experiências desafiadoras costumam ser compreendidas como parte de um processo de crescimento pessoal e integradas à identidade do sujeito; já nos quadros psicóticos, as experiências assumem caráter egodistônico, sendo percebidas como invasivas e incompatíveis com a própria identidade, associadas a elevados níveis de sofrimento e perda de controle (MOSELEY *et al.*, 2022; LIEBERMAN; FIRST, 2018).

O prejuízo funcional constitui critério igualmente relevante: crenças incomuns, por si só, não caracterizam transtorno mental — o que diferencia a experiência espiritual da psicopato-

logia é o impacto sobre a capacidade da pessoa de manter relacionamentos, exercer funções profissionais e cuidar de si mesma (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; LIEBERMAN; FIRST, 2018). Por fim, a quebra do pragmatismo refere-se ao comprometimento da capacidade de testar a realidade e de utilizar informações do ambiente para orientar o comportamento de forma adaptativa, manifestando-se por desorganização do pensamento, da linguagem e da conduta (LIEBERMAN; FIRST, 2018). O contexto sociocultural também modula o sofrimento associado a essas vivências: ambientes que oferecem acolhimento e significado compartilhado tendem a reduzir a angústia e a demanda por atendimento clínico (MOSELEY *et al.*, 2022; COOKE; BRETT, 2020).

Experiências anômalas não patológicas: definição, prevalência e transculturalidade

Experiências anômalas podem ocorrer em indivíduos sem qualquer transtorno neurológico ou psiquiátrico, sendo frequentemente descritas como agradáveis e integradas a contextos espirituais, místicos ou religiosos. Estudos indicam que entre 10% e 25% da população geral já teve ao menos uma experiência vívida de alucinação ao longo da vida sem apresentar outros sintomas patológicos, e que até 80% dos indivíduos enlutados relatam ver, ouvir ou sentir a presença da pessoa falecida, experiências geralmente consideradas confortadoras. Em grupos religiosos, como médiuns espíritas, alucinações auditivas e visuais são frequentes e duradouras, porém associadas a bons níveis de saúde mental e ajuste social (MENEZES; MOREIRA-ALMEIDA, 2010).

A cultura exerce influência determinante sobre o que é identificado como alucinação e sobre o significado atribuído a essas vivências. Em determinados contextos culturais, alucinações auditivas ou visuais com conteúdo religio-

so são parte normal da experiência religiosa, e ideias que pareceriam delirantes em um contexto podem ser normativas em outro (LARØI *et al.*, 2014). Estudos com participantes de diferentes países mostram que vivências sensoriais de deuses e espíritos ganham força em sociedades que adotam um modelo de mente “porosa”, permeável ao mundo, e em indivíduos com forte capacidade de absorção na vida interior (LUHRMANN *et al.*, 2021). A crença em vida após a morte, por exemplo, varia de 95% na Indonésia a 21% no Japão, sendo a frequência aos cultos religiosos o principal preditor dessa crença (CHEN *et al.*, 2025). De modo semelhante, despertares espirituais espontâneos apresentam assinatura fenomenológica próxima à de estados alterados de consciência induzidos por psicodélicos clássicos, sendo descritos majoritariamente como positivos, mesmo quando o início do processo é desafiador (CORNEILLE; LUKE, 2021).

Compreende-se, assim, que o sistema nervoso humano possui um repertório limitado de respostas para lidar com estados alterados de consciência, de modo que o cérebro processa gatilhos distintos por uma via final comum, gerando semelhança fenomenológica entre a “voz espiritual” e a “voz psicótica”. O que diferencia o estado psicótico do espiritual não é, portanto, a presença da alucinação, mas o que a acompanha: no surto, a experiência associa-se a desorganização cognitiva, suspeição e isolamento social; nas experiências anômalas, esses marcadores de disfunção estão ausentes (MENEZES; MOREIRA-ALMEIDA, 2010).

Egossintonia, controle voluntário e preservação funcional

A egossintonia — harmonia entre a experiência e o senso de identidade do indivíduo — constitui característica central das experiências espirituais saudáveis. Pessoas que vivenciam

fenômenos espirituais não patológicos tendem a percebê-los como normais e compreensíveis, o que reduz a probabilidade de sofrimento associado, em contraste com a natureza egodistônica dos sintomas psicóticos. Estudos indicam que o fator central que diferencia experiências benignas de patológicas não é a presença da experiência anômala em si, mas se as avaliações cognitivas do sujeito indicam ameaça ao self ou intenção malevolente de terceiros (COOKE; BRETT, 2020; PETERS *et al.*, 2017).

Ouvintes de vozes não clínicos, particularmente os recrutados de comunidades espiritualistas, relatam níveis significativamente maiores de controle voluntário sobre suas experiências em comparação a pacientes psicóticos, desenvolvendo capacidade de cultivar e modular a audição de vozes após seu início — o que contrasta com a natureza intrusiva das alucinações psicóticas (MOSELEY *et al.*, 2022). Experiências espirituais saudáveis caracterizam-se ainda pela ausência de deterioração cognitiva e prejuízo funcional: as chamadas “alucinações benignas” não comprometem o funcionamento e apresentam baixo sofrimento, existindo um continuum entre a ausência de alucinações, os “ouvintes de vozes saudáveis” e os “ouvintes de vozes clínicos”, diferenciados essencialmente pela frequência e pelo sofrimento associado (MOSELEY *et al.*, 2022).

A preservação do pragmatismo social e a aceitação contextual desempenham papel fundamental nos desfechos saudáveis: quando o ambiente social é receptivo, o indivíduo apresenta menor probabilidade de sofrimento ou necessidade de serviços de saúde mental, podendo inclusive atribuir significado positivo à experiência, interpretando-a como crise espiritual ou existencial transformadora (KOVES-MASFETY *et al.*, 2018). Estudos comparativos entre ouvintes de vozes espirituais e pacientes

psicóticos mostram diferenças fenomenológicas sutis, incluindo maior integração sensorial no grupo não clínico, sugerindo que experiências espirituais podem envolver processos perceptuais distintos daqueles observados na psicose (MOSELEY *et al.*, 2022).

Critérios e instrumentos de diferenciação clínica

O desenvolvimento de escalas de rastreamento é indispensável para trazer precisão diagnóstica à interface entre espiritualidade e saúde mental. Para o rastreamento de sintomas psicóticos em fases iniciais, a clínica utiliza tradicionalmente instrumentos como a *Brief Psychiatric Rating Scale* e a *Scale of Prodromal Symptoms* (LEUCHT *et al.*, 2025). Quando o objetivo é identificar especificamente o caráter saudável ou patológico de uma vivência espiritual incomum, o conjunto de critérios propostos por Moreira-Almeida e Cardeña representa a ferramenta mais aceita pela literatura internacional, avaliando a ausência de sofrimento psicológico e de prejuízo funcional, a duração curta e eventual do fenômeno, a atitude crítica e o discernimento, a compatibilidade com o contexto cultural do paciente, a ausência de comorbidades psiquiátricas, o controle voluntário sobre a experiência e a presença de crescimento pessoal e de atitude altruísta (MOREIRA-ALMEIDA; CARDEÑA, 2011).

Nos transtornos do espectro psicótico, é frequente a presença de sofrimento significativo, desorganização do pensamento e prejuízo nas relações sociais e ocupacionais, com crítica reduzida e maior rigidez na convicção. Em contraste, experiências espirituais não patológicas tendem a se integrar ao sistema de crenças do indivíduo, com caráter egossintônico, contribuindo para a construção de sentido e o bem-estar psicológico (GROVER *et al.*, 2018;

MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2010). O contexto social também exerce papel central: em ambientes religiosos estruturados, experiências incomuns costumam ser simbolicamente validadas, o que favorece a integração e reduz o sofrimento, enquanto em situações de isolamento social vivências semelhantes podem ser percebidas de forma mais desorganizada e angustiante (COOK *et al.*, 2017).

A evolução temporal auxilia igualmente no raciocínio diagnóstico: quadros psicóticos costumam apresentar curso episódico ou progressivo, com possível piora funcional, enquanto experiências espirituais não patológicas tendem a ser mais estáveis e integradas à trajetória de vida do indivíduo, sem associação com declínio cognitivo. A literatura reforça, assim, uma abordagem dimensional, e não categórica, recomendando a avaliação integrada de sofrimento psíquico, prejuízo funcional, grau de controle, coerência cultural e evolução temporal, entendida como guia de raciocínio clínico, e não como instrumento fechado (COOK *et al.*, 2017; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2010).

Implicações para o manejo clínico e prevenção de diagnósticos errôneos

O manejo clínico integrativo parte do reconhecimento de que espiritualidade e religiosidade podem atuar tanto como fontes de significado e apoio quanto como elementos associados a sofrimento e manutenção dos sintomas. Acolher a dimensão espiritual não significa confirmar como verdade objetiva o conteúdo de uma alucinação ou crença delirante: a postura terapêutica mais adequada consiste em validar a experiência subjetiva e o sofrimento relatado, preservando uma posição clínica neutra quanto à origem sobrenatural do fenômeno (LUCCHETTI; KOENIG; LUCCHETTI, 2021; WESTHEAD; GEORGIADES, 2025). A avaliação inicial deve incluir

uma história espiritual estruturada, integrada à anamnese psiquiátrica, explorando a tradição religiosa do paciente, suas práticas habituais, mudanças recentes na religiosidade e o modelo explicativo adotado para a experiência (WESTHEAD; GEORGIADES, 2025).

A prevenção de diagnósticos errôneos exige reconhecer que alucinações não são exclusivas da esquizofrenia, podendo ocorrer em outros transtornos psiquiátricos, condições neurológicas, situações relacionadas a substâncias e em indivíduos sem necessidade de cuidado clínico; praticamente todas as características tradicionalmente associadas às alucinações da esquizofrenia — vividez, localização externa, conteúdo hostil, atribuições espirituais — também aparecem em outros grupos, de modo que o conteúdo religioso, isoladamente, não justifica o diagnóstico de transtorno psicótico (WATERS; FERNYHOUGH, 2017). A atribuição prematura desse diagnóstico a uma experiência espiritual culturalmente integrada pode favorecer medicalização desnecessária, estigmatização e fragilização da confiança na relação terapêutica; por outro lado, o erro inverso — considerar automaticamente saudável uma vivência por apresentar linguagem espiritual — pode atrasar a busca por tratamento e prolongar a duração de psicose não tratada (WATERS; FERNYHOUGH, 2017; LUCCHETTI; KOENIG; LUCCHETTI, 2021).

O tratamento baseado em evidências deve permanecer eixo do cuidado, incluindo farmacoterapia quando indicada, intervenções psicológicas e reabilitação psicossocial, podendo a espiritualidade ser incorporada como recurso complementar associado a melhores indicadores de bem-estar e adesão, desde que não substitua medidas necessárias à estabilização clínica (LUCCHETTI; KOENIG; LUCCHETTI, 2021). A colaboração com redes comunitárias e lideranças religiosas, quando consentida

pelo paciente, pode fortalecer a aliança terapêutica e favorecer a reintegração social, havendo evidências crescentes de que a espiritualidade e a religiosidade associam-se a maiores níveis de esperança, suporte social e qualidade de vida, e a menores índices de depressão e comportamento suicida (COOK, 2015; WESTHEAD; GEORGIADES, 2025).

CONCLUSÃO

O estudo das fronteiras entre a psicose funcional e as experiências espirituais saudáveis constitui um dos territórios mais ricos e desafiadores da psiquiatria contemporânea. A análise histórica e fenomenológica demonstra que a tendência à patologização integral dos

fenômenos perceptivos anômalos vem sendo progressivamente superada por uma perspectiva dimensional e transcultural, capaz de reconhecer a diversidade das experiências humanas de transcendência. A diferenciação diagnóstica criteriosa — amparada na avaliação do sofrimento subjetivo, do prejuízo funcional, da preservação do pragmatismo, da egossintonia e do controle voluntário sobre a vivência — revela-se um imperativo ético e clínico, capaz de evitar a iatrogenia do diagnóstico errôneo sem comprometer o acesso ao tratamento adequado para quadros psicóticos genuínos. Estudos futuros, sobretudo de caráter longitudinal e transcultural, poderão aprimorar ainda mais os instrumentos de rastreamento e as estratégias de manejo clínico integrativo nessa interface.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. 5. ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2022.

CHEN, Z. J.; COWDEN, R. G.; MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Sociodemographic variations of belief in life after death across 22 countries. *Scientific Reports*, v. 15, n. 1, p. 14310, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-12345-6>.

COOK, C. C. H. Religion and spirituality in clinical practice. *BJPsych Advances*, v. 21, n. 6, p. 420–428, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.013169>.

COOK, C. C. H. *et al.* Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion. *BJPsych Bulletin*, v. 41, n. 2, p. 65–73, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.050682>.

COOKE, A.; BRETT, C. Clinical psychologists' use of transformative models of psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, v. 27, n. 1, p. 87–96, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.2401>.

CORNEILLE, J. S.; LUKE, D. Spontaneous spiritual awakenings: phenomenology, altered states, individual differences, and well-being. *Frontiers in Psychology*, v. 12, p. 720579, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.720579>.

DIKE, C. *et al.* Resource document on ethics at the interface of religion, spirituality, and psychiatric practice. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2021.

DIKE, C. *et al.* Religion, spirituality, and ethics in psychiatric practice. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 210, n. 8, p. 557–563, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001382>.

GROVER, S. *et al.* Religious delusions and hallucinations in psychiatric disorders: a review. *Indian Journal of Psychiatry*, v. 60, n. 2, p. 125–133, 2018. DOI: <https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsy.2018.125>.

JASPERS, K. *Psicopatologia Geral*. 8. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015.

KAHN, R. S. *et al.* Schizophrenia. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 1, n. 1, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>.

KOVESS-MASFETY, V. *et al.* Psychotic experiences and religiosity: data from the WHO World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 137, n. 4, p. 306–315, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.12869>.

LARØI, F.; LUHRMANN, T. M.; BELL, V. *et al.* Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophrenia Bulletin*, v. 40, suppl. 4, p. S213–S220, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu123>.

LEUCHT, S. *et al.* Schizophrenia. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 11, n. 1, art. 1, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41572-025-00456-7>.

LIEBERMAN, J. A.; FIRST, M. B. Psychotic disorders. *New England Journal of Medicine*, v. 379, n. 3, p. 270–280, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1801590>.

LUCCHETTI, G.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, A. L. G. Spirituality, religiousness, and mental health: a review of the current scientific evidence. *World Journal of Clinical Cases*, v. 9, n. 26, p. 7620–7631, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i26.7620>.

LUHRMANN, T. M.; WEISMAN, K.; AULINO, F. *et al.* Sensing the presence of gods and spirits across cultures and faiths. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, v. 118, n. 5, p. e2016649118, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.2016649118>.

MENEZES, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religion, spirituality, and psychosis. *Current Psychiatry Reports*, v. 12, n. 3, p. 174–179, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0117-7>.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; CARDEÑA, E. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 33, supl. 1, p. S21–S28, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462011000500005>.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and psychosis. *Current Psychiatry Reports*, v. 12, n. 3, p. 174–179, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0117-7>.

MOSELEY, P.; POWELL, A.; WOODS, A.; FERNYHOUGH, C.; ALDERSON-DAY, B. Voice-hearing across the continuum: a phenomenology of spiritual voices. *Schizophrenia Bulletin*, v. 48, n. 5, p. 1066–1074, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbac001>.

PETERS, E.; WARD, T.; JACKSON, M. *et al.* Clinical relevance of appraisals of persistent psychotic experiences in people with and without a need for care. *The Lancet Psychiatry*, v. 4, n. 12, p. 927–936, 2017. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30404-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30404-3).

ROES, M. M. *et al.* Hallucination-specific structure-function associations in schizophrenia. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, v. 305, p. 111171, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2020.111171>.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017.

SIMS, A. Sintomas da Mente: Introdução à Psicopatologia Descritiva. Porto Alegre: Artmed, 2015.

STAHL, S. M. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. 5. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.

VAN OS, J.; GULOKSUZ, S. A critique of the “ultra-high risk” and “transition” paradigm. *World Psychiatry*, v. 16, n. 2, p. 200–206, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20424>.

WATERS, F.; FERNYHOUGH, C. Hallucinations: a systematic review of points of similarity and difference across diagnostic classes. *Schizophrenia Bulletin*, v. 43, n. 1, p. 32–43, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw132>.

WESTHEAD, M.; GEORGIADES, A. The role of spirituality and religiosity in the maintenance and recovery of psychosis: a systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1111/eip.13567>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <<https://icd.who.int/en>>. Acesso em: 25 jul. 2026.