


## Experiências anômalas *versus* transtornos psicóticos: critérios clínicos e culturais para o diagnóstico diferencial

*Anomalous experiences versus psychotic disorders:  
clinical and cultural criteria for differential diagnosis*

*Experiencias anómalas versus trastornos psicóticos:  
criterios clínicos y culturales para el diagnóstico diferencial*

- 1 Julia Lais Ressel  [ORCID](#) - [Lattes](#)
- 2 Khadija Hajar Costa - [ORCID](#) - [Lattes](#)
- 3 Pedro Marcelo Moro - [ORCID](#) - [Lattes](#)
- 4 Vladimir Dias Marques - [ORCID](#) - [Lattes](#)

**Filiação dos autores:** **1, 2** [Graduanda, Medicina, Universidade Cesumar, UniCesumar, Maringá, PR, Brasil]; **3** [Médico Homeopata, Universidade Cesumar, UniCesumar, PR, Brasil]; **4** [Cirurgião Torácico, Universidade Estadual de Maringá, UEM, PR, Brasil].

**Editor Chefe responsável pelo artigo:** Sérgio Tamai

**Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#):** Ressel JL [1, 5, 6, 7, 11, 13, 14], Costa KH [5, 11, 12, 13, 14], Moro PM [10, 11, 14], Marques VD [1, 6, 10, 11, 14].

**Conflito de interesses:** declaram não haver

**Fonte de financiamento:** não se aplica

**Parecer CEP:** não se aplica

**Recebido em:** 16/02/2026

**Aprovado em:** 08/05/2026

**Publicado em:** 20/05/2026

**Como citar:** Ressel JL, Costa KH, Moro PM, Marques VD. Experiências anômalas *versus* transtornos psicóticos: critérios clínicos e culturais para o diagnóstico diferencial. Debates Psiquiatr. 2026;16:1-31, e1564.

<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2026.v16.1564>

## RESUMO:

**Introdução:** As experiências anômalas (EAs) correspondem a vivências subjetivas incomuns, frequentemente confundidas com manifestações psicóticas. No entanto, quando não implicam sofrimento significativo ou prejuízo funcional, podem não estar associadas a quadros patológicos.

**Objetivo:** Este estudo tem como objetivo analisar os critérios que diferenciam as EAs dos transtornos psicóticos, considerando aspectos clínicos, subjetivos e culturais. **Método:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, conduzida conforme as recomendações da [SANRA](#) nas bases [PubMed/MEDLINE](#) e [SciELO](#), com buscas complementares no [Google Scholar](#), incluindo estudos publicados principalmente entre 2019 e 2024, selecionados conforme critérios de relevância clínica e teórica. Os dados foram organizados em eixos temáticos: aspectos clínicos, subjetivos, culturais, neurobiológicos e instrumentos de avaliação. **Discussão:** Os achados sugerem que a diferenciação diagnóstica envolve, entre outros aspectos, a presença de insight preservado, a ausência de prejuízo funcional significativo, o caráter autolimitado das vivências e a compatibilidade com o contexto cultural. Por outro lado, sinais como persistência, desorganização do pensamento, prejuízo funcional e presença de comorbidades psiquiátricas estão associados a maior probabilidade de psicopatologia. Estudos de neuroimagem apontam padrões distintos entre indivíduos não clínicos com EAs e pacientes com transtornos psicóticos, enquanto instrumentos como o *Community Assessment of Psychic Experiences* ([CAPE](#)) e a *Cardiff Anomalous Perceptions Scale* ([CAPS](#)) podem auxiliar na avaliação e triagem. **Conclusão:** Em conjunto, esses achados indicam que a compreensão das EAs se beneficia de uma abordagem multidimensional e culturalmente sensível, com potencial para reduzir tanto a medicalização desnecessária quanto o subdiagnóstico de transtornos psicóticos, contribuindo para uma prática clínica mais precisa e humanizada.

**Palavras-chave:** saúde mental, transtornos mentais, transtornos psicóticos, diagnóstico diferencial, espiritualidade, cultura

---

## ABSTRACT:

**Introduction:** Anomalous experiences (AEs) refer to unusual subjective phenomena that are often confused with psychotic manifestations. However, when they do not involve significant distress or functional impairment, they may not be associated with pathological conditions.

**Objective:** This study aims to analyze the criteria that differentiate AEs from psychotic disorders, considering clinical, subjective, and cultural

aspects. **Method:** This is a narrative literature review, conducted according to the recommendations of [SANRA](#) conducted using [PubMed/MEDLINE](#) and [SciELO](#) databases, with complementary searches in [Google Scholar](#), including studies published primarily between 2019 and 2024, selected based on clinical and theoretical relevance. Data were organized into thematic axes: clinical, subjective, cultural, neurobiological aspects, and assessment instruments. **Discussion:** Findings suggest that differential diagnosis involves, among other factors, preserved insight, absence of significant functional impairment, self-limited nature of the experiences, and compatibility with cultural context. Conversely, features such as persistence, thought disorganization, functional impairment, and presence of psychiatric comorbidities are associated with a higher likelihood of psychopathology. Neuroimaging studies indicate distinct patterns between non-clinical individuals with AEs and patients with psychotic disorders, while instruments such as the Community Assessment of Psychic Experiences ([CAPE](#)) and the Cardiff Anomalous Perceptions Scale ([CAPS](#)) may assist in assessment and screening. **Conclusion:** Altogether, these findings suggest that understanding AEs benefits from a multidimensional and culturally sensitive approach, with the potential to reduce both unnecessary medicalization and underdiagnosis of psychotic disorders, contributing to a more precise and humanized clinical practice.

**Keywords:** mental health, mental disorders, psychotic disorders, differential diagnosis, spirituality, culture

---

## RESUMEN:

**Introducción:** Las experiencias anómalas (EAs) corresponden a vivencias subjetivas inusuales que con frecuencia se confunden con manifestaciones psicóticas. Sin embargo, cuando no implican sufrimiento significativo ni deterioro funcional, pueden no estar asociadas a condiciones patológicas.

**Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo analizar los criterios que diferencian las EAs de los trastornos psicóticos, considerando aspectos clínicos, subjetivos y culturales. **Método:** Se trata de una revisión narrativa de la literatura, realizada de acuerdo con las recomendaciones de [SANRA](#) en las bases de datos [PubMed/MEDLINE](#) y [SciELO](#), con búsquedas complementarias en [Google Scholar](#), incluyendo estudios publicados principalmente entre 2019 y 2024, seleccionados según criterios de relevancia clínica y teórica. Los datos se organizaron en ejes temáticos: aspectos clínicos, subjetivos, culturales, neurobiológicos e instrumentos de evaluación. **Discusión:** Los hallazgos sugieren que el diagnóstico

diferencial implica, entre otros factores, la preservación del insight, la ausencia de deterioro funcional significativo, el carácter autolimitado de las vivencias y la compatibilidad con el contexto cultural. Por otro lado, características como la persistencia, la desorganización del pensamiento, el deterioro funcional y la presencia de comorbilidades psiquiátricas se asocian con una mayor probabilidad de psicopatología. Estudios de neuroimagen muestran patrones distintos entre individuos no clínicos con EAs y pacientes con trastornos psicóticos, mientras que instrumentos como el Community Assessment of Psychic Experiences ([CAPE](#)) y la Cardiff Anomalous Perceptions Scale ([CAPS](#)) pueden ayudar en la evaluación y el cribado. **Conclusión:** En conjunto, estos hallazgos indican que la comprensión de las EAs se beneficia de un enfoque multidimensional y culturalmente sensible, con potencial para reducir tanto la medicalización innecesaria como el subdiagnóstico de trastornos psicóticos, contribuyendo a una práctica clínica más precisa y humanizada.

**Palabras clave:** salud mental, trastornos mentales, trastornos psicóticos, diagnóstico diferencial, espiritualidad, cultura

---

## Introdução

### *Contextualização do fenômeno*

Estudos recentes sugerem que experiências semelhantes às psicóticas podem ocorrer ao longo de um continuum na população geral, ampliando a compreensão desses fenômenos para além de contextos estritamente clínicos. Nessa perspectiva, determinadas vivências subjetivas, embora incomuns ou não compartilhadas socialmente, podem manifestar-se sem necessariamente configurar um transtorno mental [1].

### *Natureza das experiências anômalas*

Nesse contexto, as chamadas experiências anômalas (EAs) constituem um constructo heterogêneo, que engloba diferentes formas de vivências cuja natureza fenomenológica, relevância psicopatológica e mecanismos subjacentes variam amplamente. Para fins analíticos, essas experiências podem ser organizadas em subcategorias, como experiências perceptivas incomuns (incluindo percepções relacionadas ao luto e vivências sensoriais atípicas), experiências dissociativas (como despersonalização e desrealização), experiências espirituais e religiosas, estados de transe culturalmente normativos, experiências semelhantes à psicose em populações não clínicas, experiências de quase morte e crenças de atribuição paranormal. De modo geral, esses fenômenos diferem quanto à

sua prevalência, impacto funcional e associação com transtornos mentais [2].

### *Prevalência e variabilidade*

Evidências disponíveis sugerem que experiências anômalas são relatadas por uma parcela relevante da população geral, incluindo indivíduos sem diagnóstico psiquiátrico. No entanto, as estimativas de prevalência variam amplamente na literatura, refletindo diferenças nas definições adotadas, nos instrumentos de avaliação e nas características das populações investigadas [3]. Em grupos com maior envolvimento religioso ou espiritual, a frequência de relatos pode apresentar valores mais elevados, o que reforça a importância de interpretar esses achados à luz de fatores culturais e contextuais [4].

### *Caracterização fenomenológica*

As experiências anômalas referem-se, de modo geral, a vivências incomuns ou fora do padrão cotidiano, frequentemente descritas como percepções, crenças ou sensações que desafiam modelos explicativos tradicionais [5]. Em adultos, essas experiências podem incluir fenômenos como ouvir vozes, ter visões ou relatar vivências de natureza espiritual, nem sempre associadas a condições patológicas [6]. Alguns estudos sugerem que uma proporção relevante da população vivencia ao menos um episódio desse tipo ao longo da vida, embora essas estimativas dependam dos critérios e métodos utilizados [7].

### *Transtornos psicóticos*

Por outro lado, os transtornos psicóticos, como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno delirante persistente, caracterizam-se por distorções significativas na percepção da realidade, incluindo delírios, alucinações, desorganização do pensamento e prejuízo no funcionamento social. Esses quadros geralmente envolvem sofrimento psíquico relevante, comprometimento funcional e curso crônico ou recorrente, sendo definidos por critérios diagnósticos estabelecidos em sistemas classificatórios como o DSM-5 e a CID-11 [8 - 9].

### *Desafio diagnóstico*

Apesar de possíveis semelhanças fenomenológicas, experiências anômalas transitórias em indivíduos bem adaptados e sem prejuízo funcional não configuram necessariamente, por si só, um transtorno mental. Elementos como ausência de sofrimento significativo, controle sobre a experiência, caráter autolimitado, preservação do insight e inserção em contextos

culturais ou religiosos são frequentemente considerados na sua compreensão como variações da experiência humana, e não necessariamente como manifestações psicopatológicas [2].

### *Objetivo do estudo*

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura sobre os critérios de diferenciação entre experiências anômalas e transtornos psicóticos, com base em publicações recentes indexadas em bases como [SciELO](#), [PubMed/MEDLINE](#), com buscas complementares no Google Scholar. Ao reunir evidências interdisciplinares, busca-se contribuir para uma compreensão mais crítica e culturalmente sensível desses fenômenos, com potencial impacto na prática clínica, favorecendo abordagens mais cuidadosas e menos estigmatizantes.

Por se tratar de uma pesquisa exclusivamente bibliográfica, sem envolvimento direto de seres humanos, o estudo dispensa submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a [Resolução nº 510/2016](#) do Conselho Nacional de Saúde.

### *Justificativa*

A crescente evidência de que experiências semelhantes às psicóticas ocorrem ao longo de um continuum na população geral, incluindo indivíduos sem transtornos mentais, destaca a importância de compreender e diferenciar essas vivências dos transtornos psicóticos. Essa diferenciação diagnóstica é de suma importância, especialmente entre fenômenos descritos como experiências anômalas (como vivências místicas, fenômenos dissociativos e experiências perceptivas incomuns) e sintomas psicóticos genuínos (tais como delírios, alucinações e desorganização do pensamento).

Realizar essa distinção favorece a prevenção de diagnósticos incorretos de psicose em indivíduos que vivenciam experiências fora do padrão, mas que não apresentam transtorno mental, evitando, assim, intervenções farmacológicas desnecessárias.

Além disso, o reconhecimento da influência cultural e do contexto social na manifestação e interpretação dessas experiências reforça a necessidade de uma abordagem clínica mais sensível e abrangente. Por meio de uma revisão narrativa da literatura recente, este estudo pretende contribuir para ampliar o conhecimento sobre os critérios que distinguem esses fenômenos dos transtornos psicóticos, promovendo práticas clínicas mais

precisas e humanizadas, que respeitem a complexidade da subjetividade humana e a diversidade cultural.

### *Objetivo geral*

Analisar os critérios que diferenciam experiências anômalas de transtornos psicóticos, considerando aspectos clínicos e culturais.

### *Objetivos específicos*

1. Identificar os principais critérios clínicos utilizados para distinguir experiências anômalas de transtornos psicóticos.
2. Investigar a influência das abordagens culturais e espirituais na compreensão e interpretação dessas vivências.
3. Avaliar os impactos clínicos decorrentes de diagnósticos e intervenções inadequadas relacionados a esses fenômenos.
4. Propor diretrizes para futuras pesquisas e aperfeiçoamento de protocolos clínicos que considerem a complexidade e diversidade de tais manifestações.

### **Método**

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, conduzida conforme as recomendações da [SANRA](#) ([Scale for the Assessment of Narrative Review Articles](#)).

A pergunta norteadora do estudo foi: quais são os principais critérios descritos na literatura para diferenciar experiências anômalas de transtornos psicóticos, considerando aspectos clínicos, subjetivos e culturais?

A busca bibliográfica foi realizada nas bases [PubMed/MEDLINE](#) e [SciELO](#), complementada por buscas adicionais no [Google Scholar](#), incluindo publicações nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram utilizados descritores controlados e termos livres, combinados por operadores booleanos (AND e OR), incluindo: "anomalous experiences", "psychotic-like experiences", "psychotic disorders", "psychosis", "spirituality", "culture" e "differential diagnosis". As estratégias de busca foram adaptadas às especificidades de cada base de dados.

A busca inicial identificou 182 estudos. Após a remoção de duplicatas (n = 34), permaneceram 148 registros para triagem. Na etapa de leitura de

títulos e resumos, foram excluídos  $n = 104$  estudos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Assim,  $n = 44$  artigos foram selecionados para leitura na íntegra, dos quais  $n = 24$  compuseram a amostra analítica final da revisão.

Destaca-se que parte das referências utilizadas no manuscrito possui caráter conceitual ou clássico (como manuais diagnósticos e estudos teóricos), sendo empregadas na introdução e contextualização teórica, não compondo a amostra analítica principal da revisão.

Os critérios de inclusão abrangeram estudos com relevância clínica, teórica ou empírica para a compreensão das experiências anômalas e sua diferenciação em relação aos transtornos psicóticos, incluindo investigações sobre aspectos clínicos, culturais, espirituais, neurobiológicos e instrumentos de avaliação. Foram priorizados estudos publicados entre 2019 e 2024, sendo também incluídas referências clássicas de reconhecida relevância conceitual.

Foram excluídos artigos duplicados, publicações sem acesso ao texto completo e estudos que não apresentavam relação direta com o objetivo da pesquisa.

O processo de seleção dos estudos foi conduzido em duas etapas: inicialmente, por meio da leitura de títulos e resumos e, posteriormente, pela análise dos textos completos. A triagem foi realizada por dois revisores independentes, sendo eventuais divergências resolvidas por consenso, com base na pertinência ao objetivo do estudo.

A escolha das referências baseou-se na relevância para a pergunta de pesquisa, na consistência metodológica dos estudos e na contribuição para a compreensão multidimensional do fenômeno, priorizando evidências com maior aplicabilidade clínica e maior robustez teórica.

A análise dos estudos foi conduzida de forma qualitativa, com organização dos achados em eixos temáticos previamente definidos: aspectos clínicos, subjetivos, culturais, neurobiológicos e instrumentos de avaliação.

### *Desenvolvimento*

#### *Experiências anômalas (EAs) - definição*

As experiências anômalas (EAs) consistem em vivências subjetivas incomuns, frequentemente não reconhecidas como parte da realidade compartilhada, mas que não implicam necessariamente em patologia. Apesar de muitas vezes negligenciadas pela investigação científica, essas

vivências constituem formas de experiência subjetiva, individual ou coletiva, e configuram-se como objeto legítimo de estudo. Ainda que possam se assemelhar a quadros psicóticos, quando ocorrem de forma transitória em indivíduos bem adaptados e sem prejuízo funcional significativo, na maioria dos casos, não atendem aos critérios diagnósticos de transtornos mentais [2].

### *Tipos e exemplos*

Tais vivências podem ser organizadas em diferentes categorias de acordo com a forma como o indivíduo percebe ou interage com o ambiente e consigo mesmo [7].

A primeira delas envolve formas incomuns de interação perceptiva com o ambiente, relatos subjetivos interpretados como telepatia, clarividência ou precognição, as visões e aparições (percepção quase alucinatória de presenças, muitas vezes relacionadas a eventos reais, como a morte de um parente) e as experiências fora do corpo (OBE), caracterizadas pela sensação de estar separado do próprio corpo físico.

A segunda categoria abrange experiências de caráter projetivo, em que a pessoa acredita influenciar o ambiente por meios não convencionais, como ocorre em relatos interpretados como psicocinese ou fenômenos do tipo poltergeist e nas experiências atribuídas a práticas de cura ou interações não convencionais, descritas pelos indivíduos como interações incomuns entre seres vivos.

Já a terceira categoria diz respeito às experiências descritas pelos indivíduos como contato com outras realidades, incluindo as experiências de quase morte, geralmente relatadas em contextos de risco vital, como estados de coma ou morte clínica e frequentemente interpretadas pelos indivíduos como uma jornada para a vida após a morte; as experiências mediúnicas, nas quais os indivíduos relatam comunicação com falecidos; os relatos nos quais indivíduos, muitas vezes crianças, afirmam recordar vidas passadas; e as experiências místicas, caracterizadas por relatos de sensação de unidade com o divino ou com o universo.

Por fim, destacam-se ainda os relatos de experiências interpretadas como abdução por seres extraterrestres.

### *Prevalência e distribuição cultural*

Em um estudo conduzido no Reino Unido [3], que investigou a frequência e os fatores associados às experiências anômalas em uma amostra da

população geral não clínica, observou-se que aproximadamente metade dos participantes (48%) relatou ter vivenciado esse tipo de experiência. No entanto, esses resultados devem ser interpretados considerando o delineamento do estudo, os instrumentos utilizados e a definição operacional adotada para essas vivências. Essas manifestações apresentaram associação significativa com crenças incomuns, incluindo crenças delirantes e crenças paranormais ou religiosas, mas não com crenças sociais convencionais [3].

O estudo também demonstrou que, embora raro, pode ocorrer dissociação entre as experiências anômalas e as crenças a elas associadas, indicando que tais vivências podem existir independentemente do sistema de crenças do indivíduo [3].

Esses achados ressaltam a importância de uma avaliação cuidadosa e diferenciada dessas experiências, tanto em contextos clínicos quanto na população geral, a fim de evitar interpretações equivocadas e promover uma compreensão mais ampla dos fenômenos psicológicos relacionados [3].

Um estudo realizado no Brasil [4] com amostra composta por médiuns e não médiuns demonstrou que as experiências anômalas (EAs) sugerem elevada frequência de relatos dentro da amostra estudada, com elevada frequência de relatos, com muitos participantes descrevendo ao menos uma vivência desse tipo. Entre as EAs mais prevalentes destacaram-se os relatos de percepções interpretadas como extrassensoriais, frequentemente descritas pelos participantes como intuições ou experiências interpretadas como comunicação não física, os sonhos lúcidos, nos quais o indivíduo apresenta consciência e controle sobre o conteúdo onírico, e as experiências místicas, caracterizadas por relatos de sensações profundas de conexão espiritual, transcendência ou experiências interpretadas como contato com realidades consideradas sagradas.

O estudo evidenciou que médiuns apresentam frequência significativamente maior dessas experiências, as quais exercem impacto relevante na tomada de decisões e na construção de crenças pessoais. Ressalta-se que, embora transtornos como ansiedade e depressão tenham sido observados em determinados grupos, as EAs, de forma isolada, não configuram necessariamente psicopatologia; seu significado depende do contexto sociocultural, das crenças individuais e das características pessoais de cada indivíduo [4].

### *Perspectivas culturais e espirituais*

“Com frequência, os psiquiatras tratam pacientes com transtornos psicóticos que são religiosos ou que possuem alguma forma de espiritualidade” [2].

A distinção entre crenças religiosas culturalmente valorizadas e delírios em contextos clínicos constitui um desafio relevante, especialmente em sociedades com elevada religiosidade, como Índia, Estados Unidos e países latino-americanos.

Os delírios são geralmente caracterizados como crenças firmemente mantidas, pouco suscetíveis à revisão diante de evidências contrárias; no entanto, a avaliação de seu caráter patológico depende do contexto sociocultural em que estão inseridos. Indivíduos com forte envolvimento religioso podem relatar experiências espirituais, como ouvir a voz de Deus ou ter visões, sem que essas vivências indiquem necessariamente psicose. Em contraste, delírios de conteúdo religioso têm sido descritos em uma proporção variável dos casos de psicose, com algumas estimativas situando-se em torno de um quarto a um terço dos pacientes, a depender do contexto clínico e cultural. Nesse cenário, a diferenciação entre experiências religiosas normativas e manifestações psicopatológicas representa um desafio significativo para os profissionais de saúde mental [10].

As experiências anômalas vivenciadas por médiuns espíritas devem ser compreendidas não apenas sob a ótica psicopatológica, mas também à luz do contexto cultural e espiritual em que ocorrem, uma vez que tais vivências podem refletir interpretações subjetivas influenciadas por crenças religiosas e práticas mediúnicas [2].

De forma complementar, análises sobre experiências com *ayahuasca* e dimetiltriptamina (DMT) indicam que essas vivências, frequentemente interpretadas como espirituais ou transcendentais, são profundamente moldadas pelos referenciais culturais nos quais se inserem. Assim, compreendê-las exclusivamente como manifestações psicopatológicas implica reduzir sua complexidade, visto que envolvem dimensões simbólicas e coletivas que ampliam a discussão sobre a relação entre espiritualidade, consciência e saúde mental [11].

Conseqüentemente, muitas pessoas preferem não falar sobre suas experiências anômalas e sentir uma forma de culpa, ou mesmo vergonha,

em relação a experiências íntimas que preferem manter em segredo devido ao medo de não serem compreendidas. Esse medo não é totalmente irrelevante, dado que a maioria dos médicos não recebe um treinamento específico neste domínio [7].

Em diferentes tradições religiosas, como o espiritismo, a umbanda, o catolicismo carismático e o pentecostalismo, tais vivências são frequentemente interpretadas de maneira positiva e até mesmo incentivadas, o que reforça sua relevância para pesquisas em populações não clínicas. No contexto brasileiro, destacam-se os médiuns espíritas, alvo recorrente de investigações por apresentarem ampla diversidade de experiências, incluindo alucinações, bem como inserções de pensamentos e sentimentos, interpretadas dentro de um enquadramento espiritual [12].

### *Transtornos psicóticos - definição*

De acordo com o *DSM-5-TR* [13], os transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos são caracterizados por delírios, alucinações, pensamento e comportamento desorganizado, sintomas motores anormais e sintomas negativos. O manual descreve como principais diagnósticos o transtorno delirante, transtorno psicótico breve, o transtorno esquizofreniforme, a esquizofrenia, o transtorno esquizoafetivo, os transtornos psicóticos induzidos por substâncias ou condições médicas, além da catatonia e das formas não especificadas.

Nas abordagens atuais da psiquiatria, esses transtornos têm sido analisados principalmente a partir de evidências empíricas, deixando em segundo plano explicações teóricas ou psicodinâmicas. Nesse sentido, a quinta edição do *DSM* substituiu o termo "psicose" pela categoria mais abrangente de "esquizofrenia e outros transtornos psicóticos" [14].

Os transtornos psicóticos, incluindo a esquizofrenia (SCZ), atingem aproximadamente 3% da população e apresentam uma sintomatologia bastante heterogênea, envolvendo sintomas positivos, como delírios e alucinações; sintomas negativos, como afeto plano, anedonia e retraimento social; além de *déficits* cognitivos. O início geralmente ocorre na adolescência ou no início da idade adulta, estando associado a um aumento do risco de ideação e tentativa de suicídio, menor inserção no mercado de trabalho, redução da expectativa de vida em até 15 anos e estigmatização social [15].

Nesse contexto, a esquizofrenia é considerada a principal manifestação dos transtornos psicóticos, caracterizando-se como uma psicose crônica de

origem multifatorial. Devido à sua etiologia ainda não totalmente esclarecida, pode ser compreendida como uma síndrome, um conjunto de doenças ou um espectro de condições relacionadas [15].

### *Critérios diagnósticos*

Atualmente, os critérios diagnósticos dos transtornos psicóticos estão fundamentados, sobretudo, no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* [8] e na *International Classification of Diseases, Eleventh Revision* [9], que representam as principais referências internacionais nesse campo. Apesar de sua importância, esses sistemas permanecem centrados na descrição clínica dos sintomas, incorporando de forma limitada os avanços relacionados aos fatores biológicos, psicológicos e sociais [15].

De acordo com o *DSM-5-TR* [13], os transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos podem ser definidos pela presença de anormalidades em pelo menos um dos cinco domínios:

- 1. Delírios:** crenças fixas, não passíveis de alteração diante de evidências contrárias, podendo envolver temáticas religiosas, persecutórias ou somáticas. É necessário considerar o contexto cultural para diferenciar crenças normativas de delírios patológicos.
- 2. Alucinações:** experiências perceptivas vívidas, sem estímulo externo, podendo ocorrer em qualquer modalidade sensorial, sendo auditivas as mais comuns. Em determinados contextos culturais, podem ser interpretadas como experiências espirituais.
- 3. Pensamento e linguagem desorganizados:** incoerência, tangencialidade e perda de lógica no discurso.
- 4. Comportamento motor desorganizado ou anormal:** desde agitação até catatonia.
- 5. Sintomas negativos:** embotamento afetivo, pobreza da fala, avolição, anedonia e isolamento social.

Um aspecto essencial para a prática clínica é comparar os critérios entre as principais classificações internacionais. O *DSM-5-TR* estabelece que o quadro deve persistir por no mínimo seis meses, sendo que um mês deve corresponder a sintomas ativos [13]. Já a *CID-11* é menos rígida nesse

ponto, exigindo apenas um mês de sintomas persistentes para a confirmação diagnóstica [9].

### *Sintomas e impactos*

Os surtos psicóticos impactam significativamente a qualidade de vida dos pacientes, provocando alterações emocionais intensas, como medo, ansiedade e confusão, além de desorganização do pensamento que compromete a comunicação e favorece o isolamento social. Déficits em atividades cotidianas, incluindo autocuidado, emprego e relacionamentos interpessoais, aumentam a dependência e reduzem a autonomia. Esses efeitos se estendem aos familiares, que frequentemente vivenciam sobrecarga emocional e desafios no cuidado ao paciente [16].

O uso de substâncias psicoativas, como álcool, *cannabis* e cocaína, pode precipitar ou agravar sintomas psicóticos em indivíduos vulneráveis. Esses agentes estão relacionados a episódios de intoxicação ou abstinência com manifestações psicóticas, transtornos afetivos psicóticos induzidos por substâncias e transtornos psicóticos induzidos por substâncias (TPIS), sendo fundamental diferenciar psicose primária de psicose induzida por drogas para orientar o planejamento terapêutico, especialmente nos estágios iniciais do transtorno [17].

O manejo da esquizofrenia baseia-se fundamentalmente no uso de antipsicóticos; entretanto, sintomas residuais frequentemente persistem mesmo com o tratamento farmacológico. Por esse motivo, estratégias não farmacológicas, incluindo intervenções psicossociais e a prática de *Mindfulness*, têm sido recomendadas como complementares, com o objetivo de reduzir o estresse, aprimorar a qualidade de vida e fortalecer as habilidades sociais e comunicativas dos pacientes [14].

### *Critérios de diferenciação entre EAs e transtornos psicóticos eixos clínicos, subjetivos e culturais*

A distinção entre experiências anômalas (EAs) de cunho espiritual e manifestações psicopatológicas pode ser sistematizada em três eixos avaliativos: clínico, subjetivo e cultural que, em conjunto, auxiliam a identificar o caráter não patológico dessas vivências [18].

Os critérios a seguir foram sintetizados a partir da literatura analisada, sendo organizados em eixos temáticos e acompanhados de suas respectivas implicações clínicas ([Quadro 1](#)).

Conforme apresentado no [Quadro 1](#), essa classificação por eixos permite não apenas uma triagem diagnóstica mais precisa, mas também evita a patologização indevida de vivências que, embora incomuns, se mantêm dentro dos limites da saúde mental [18]. Isso é extremamente importante para evitar dois extremos prejudiciais: tratar pessoas saudáveis (causando iatrogenia) ou deixar de tratar a esquizofrenia em estágio inicial (piorando o prognóstico) [12].

Além desses critérios, destaca-se que a relação entre experiências anômalas e psicopatologia é multifacetada, não podendo ser reduzida a uma distinção binária entre “normal” e “patológico” [7].

Essa diversidade pode ser representada por seis configurações principais, conforme ilustrado na [Figura 1](#):

1. ausência de relação aparente, como em um relato de sonho interpretado como precognitivo que não se associa à psicopatologia;
2. experiências anômalas induzidas por condições psicopatológicas, como ocorre em quadros de ansiedade ou depressão;
3. situações em que o que é descrito como experiência anômala corresponde, na verdade, a um transtorno mental, como um delírio telepático na esquizofrenia;
4. sobreposição entre ambos os fenômenos, tornando difícil sua distinção, como em certas experiências místicas vividas durante episódios maníacos;
5. experiências anômalas que podem levar ao desenvolvimento de psicopatologia, como no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) após uma suposta abdução;
6. presença de um fator comum que predispõe ao surgimento de ambos, como limites mentais tênues ou tendência à dissociação.

Uma investigação recente examinou adolescentes que não buscavam ajuda clínica, mas eram considerados em risco para psicose, avaliando tanto experiências anômalas de *self* (ASEs) quanto o desempenho em diferentes domínios neurocognitivos. Os resultados indicaram ausência de correlação significativa entre essas duas variáveis, sugerindo que ASEs e *déficits* cognitivos podem constituir marcadores de vulnerabilidade independentes.

Essa dissociação aponta que, para compreender de forma mais abrangente o risco de transição para quadros psicóticos, é necessário avaliar múltiplas dimensões de maneira separada e complementar, especialmente em populações jovens, evitando interpretações reducionistas que associem automaticamente anomalias subjetivas a prejuízos cognitivos [19].

### *Neurobiologia e fenomenologia - bases biológicas*

Adolescentes com diferentes trajetórias de experiências semelhantes a sintomas psicóticos apresentam padrões distintos de atividade e conectividade cerebral. Aqueles que exibiram aumento dessas experiências ao longo do tempo demonstraram menor atividade no córtex pré-frontal dorsomedial e hipoconectividade com o cerebelo, regiões relevantes para a diferenciação entre o “eu” e o “outro”, o que pode contribuir para a ocorrência de alucinações.

Por outro lado, adolescentes cujas experiências diminuíram apresentaram menor ativação no giro temporal superior, no giro frontal inferior e no giro occipital médio, áreas associadas à atenção e ao processamento de informações básicas. Esses achados sugerem que a forma como o cérebro processa informações sobre si mesmo e sobre os outros pode influenciar o surgimento de sintomas psicóticos durante a adolescência [20].

“Pacientes com paranoia apresentaram maior conectividade entre o hipocampo e a amígdala em comparação com pacientes sem paranoia; a paranoia atual está associada à conectividade aberrante no circuito límbico central e no córtex pré-frontal, refletindo um processamento amplificado de ameaças e uma regulação emocional prejudicada” [21]. [Figura 2](#).

A análise de fMRI demonstrou que, durante a execução da tarefa, o grupo clínico, composto por indivíduos com experiências psicóticas persistentes que necessitam de tratamento, apresentou ativação significativamente menor em regiões associadas ao controle executivo, ao monitoramento do *self* (si mesmo) e à integração contextual de informações, em comparação ao grupo não clínico.

Em contraste, indivíduos não clínicos, apesar de apresentarem experiências psicóticas persistentes, porém sem sofrimento significativo, exibiram ativação mais robusta nessas mesmas áreas. Esses achados sugerem maior capacidade de reinterpretar e contextualizar experiências incomuns de forma adaptativa, o que pode protegê-los de interpretações excessivamente ameaçadoras. As diferenças observadas na ativação fronto-parietal podem explicar por que algumas pessoas percebem essas experiências como ameaçadoras, enquanto outras conseguem avaliá-las e

contextualizá-las de maneira mais funcional, mesmo diante de vivências persistentes [22].

Estudos recentes indicam que a poda sináptica excessiva durante a adolescência contribui para o desenvolvimento de transtornos psicóticos, como a esquizofrenia, ao reduzir a densidade de conexões neuronais essenciais ao processamento cognitivo e emocional [23].

Esse processo envolve a ativação microglial e mecanismos mediados pelo sistema complemento, modulados por fatores genéticos e ambientais. Paralelamente, a disfunção do sistema GABAérgico e a hipofunção do córtex pré-frontal aumentam a vulnerabilidade a sintomas psicóticos. Além disso, exposições ambientais, como o uso de cannabis, podem interferir na poda sináptica e na neurotransmissão inibitória, antecipando ou exacerbando o início do quadro. Esses achados sugerem que a interação entre predisposições biológicas e fatores ambientais desempenha papel central na heterogeneidade e no risco de manifestações psicóticas durante a adolescência [24].

#### *Hipóteses teóricas e integração fenomenológica*

A chamada hipótese psi propõe que determinadas experiências anômalas, como telepatia, precognição ou percepção extrassensorial, poderiam envolver a transmissão ou recepção de informações independentemente dos sentidos tradicionais ou das vias físicas conhecidas. No entanto, essa hipótese é altamente controversa e não consensual na comunidade científica, carecendo de evidências empíricas robustas que sustentem sua validade como modelo explicativo. Nesse sentido, sua relevância situa-se principalmente no contexto acadêmico, especialmente em abordagens fenomenológicas, ao contribuir para a compreensão dos significados subjetivos atribuídos pelos indivíduos às suas experiências, sobretudo em contextos culturais e espirituais. Assim, a abordagem dessas vivências deve priorizar seu valor fenomenológico e simbólico, evitando sua utilização como explicação etiológica dos fenômenos [25].

A integração entre o corpo-objeto, referente aos aspectos neurobiológicos do indivíduo, e o corpo-sujeito, correspondente à experiência vivida do paciente, é essencial para uma compreensão abrangente dos distúrbios. Essa abordagem possibilita relacionar alterações cerebrais e fisiológicas às vivências subjetivas, oferecendo subsídios para diagnósticos mais precisos e para o desenvolvimento de intervenções clínicas mais eficazes e direcionadas às necessidades individuais [26].

### *Avaliação e instrumentos diagnósticos*

O *Community Assessment of Psychic Experience (CAPE)* [27] é um questionário de autorrelato desenvolvido para avaliar experiências psicóticas na população geral. Mesmo quando subclínicas, essas vivências indicam risco aumentado para o desenvolvimento de psicose. O instrumento avalia sintomas positivos, negativos e depressivos, apresentando validade adequada, baixo custo e fácil aplicação, o que possibilita a triagem precoce e a identificação de indivíduos que necessitam de avaliação clínica mais aprofundada.

Experiências psicóticas positivas são relativamente comuns em adolescentes e nem sempre indicam a presença de transtornos psicóticos. Para essa avaliação, foi utilizado o *CAPE-P15*, uma versão reduzida da escala *Community Assessment of Psychic Experiences*, composta por 15 itens que mensuram experiências psicóticas positivas, como alucinações, ideias delirantes e percepções incomuns na população geral. Os resultados demonstraram que muitas dessas manifestações podem ocorrer de forma esporádica, sem ocasionar prejuízo funcional significativo [28].

A *Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS)* foi desenvolvida como uma ferramenta padronizada de autorrelato para avaliar experiências perceptivas anômalas em populações clínicas e não clínicas. A escala é composta por 32 itens que abrangem desde percepções incomuns simples até experiências mais complexas associadas à psicose. A análise fatorial do instrumento identificou três componentes principais: experiências psicóticas típicas, alterações relacionadas ao lobo temporal e sensações incomuns ou quimiossensoriais. Esses achados indicam que experiências perceptivas atípicas não se restringem a indivíduos com transtornos psicóticos, sugerindo a existência de um continuum entre experiências normais e psicóticas. Além disso, o CAPS apresentou boa consistência interna e validade, mostrando-se útil tanto para pesquisas quanto para a triagem clínica de risco psicótico [29].

### *Implicações clínicas e terapêuticas*

Adotar uma postura hostil ou excessivamente “psiquiatrizante” diante de determinadas experiências e crenças pode acarretar consequências significativas e prejudiciais para os indivíduos que as vivenciam [30].

A avaliação das vivências nem sempre é realizada de maneira adequada. No caso da religiosidade, por exemplo, restringir-se apenas à afiliação religiosa do indivíduo constitui uma abordagem limitada e pouco informativa, ainda que tenha sido a mais utilizada na última década. Nesse

sentido, a mensuração da religiosidade deve adotar um caráter multidimensional, o que também se aplica à maioria das experiências anômalas. Torna-se, portanto, fundamental o desenvolvimento e o aprimoramento de escalas capazes de contemplar essas vivências de forma abrangente e confiável [30].

O objetivo central é auxiliar o paciente na construção de uma narrativa própria da experiência, criando um espaço seguro e livre de julgamentos, evitando que o clínico busque validar ou negar a realidade da vivência. Essa postura favorece o insight, reduz o impacto negativo sobre a saúde mental e promove crescimento pessoal [7].

Situações que promovem sensação de plenitude ou renovam o sentido existencial, embora possam gerar certa ansiedade, estão geralmente associadas a indicadores de saúde mental positiva [31].

## Discussão

A análise da literatura indica que as experiências anômalas constituem um desafio diagnóstico relevante para a prática clínica. Estudos populacionais demonstram que tais vivências são relativamente frequentes em estudos populacionais, incluindo pessoas sem diagnóstico psiquiátrico, sugerindo uma distribuição contínua dessas experiências fora de contextos estritamente patológicos [1, 3]. Nesse sentido, embora alguns autores proponham sua compreensão em termos de um espectro entre normalidade e psicopatologia, essa interpretação deve ser entendida como uma construção teórica derivada da literatura.

Nesse contexto, evidências empíricas mais robustas, especialmente provenientes de estudos de neuroimagem e investigações clínicas recentes, indicam que padrões distintos de ativação e conectividade cerebral estão associados ao processamento de experiências psicóticas e à atribuição de significado a essas vivências.

Estudos utilizando fMRI e análise de circuitos límbicos e fronto-parietais evidenciam alterações em redes relacionadas ao processamento do self, à atribuição de saliência e à avaliação de ameaça em indivíduos com experiências psicóticas [20, 21, 22].

Esses achados sugerem que mecanismos neurobiológicos envolvidos na interpretação e atribuição de significado às experiências podem desempenhar papel relevante na compreensão dessas manifestações,

embora essa diferenciação não possa ser atribuída exclusivamente a marcadores neurobiológicos.

Adicionalmente, estudos observacionais e investigações em populações de risco indicam que experiências anômalas e déficits neurocognitivos podem não apresentar associação direta, sugerindo que correspondam a dimensões distintas do funcionamento psicológico, o que reforça a necessidade de uma avaliação multidimensional e não reducionista desses fenômenos [19].

Instrumentos padronizados, como o *Community Assessment of Psychic Experiences* (CAPE) [27 - 28] e a *Cardiff Anomalous Perceptions Scale* (CAPS) [29] apresentam validade empírica e são amplamente utilizados na identificação de experiências psicóticas na população geral, contribuindo para a detecção precoce de risco psicótico e para a diferenciação entre manifestações subclínicas e quadros patológicos.

Em conjunto, esses achados sugerem que a distinção entre experiências anômalas e psicopatologia não pode ser estabelecida exclusivamente com base na presença da experiência em si, mas parece depender de fatores como sua integração funcional, interpretação cognitiva e impacto clínico. Além disso, estudos indicam que variáveis como sintomas dissociativos e características de personalidade estão associadas à ocorrência e à interpretação dessas experiências, reforçando a complexidade de seus determinantes [5, 32].

Por outro lado, parte da literatura disponível, incluindo análises teóricas, estudos fenomenológicos e investigações exploratórias, desempenha papel relevante na compreensão dos significados subjetivos dessas experiências. Estudos nesse campo indicam que vivências espirituais, mediúnicas ou associadas ao uso de substâncias psicoativas estão frequentemente associadas a fatores culturais e sistemas de crença, influenciando a forma como são interpretadas pelos indivíduos [7, 10 - 11].

Investigações psicopatológicas em contextos religiosos também destacam a importância de considerar o enquadramento cultural na avaliação clínica dessas experiências [2].

Embora apresentem menor robustez metodológica, essas contribuições são essenciais para contextualizar a dimensão simbólica e sociocultural das experiências anômalas.

Nesse sentido, observa-se que o Brasil apresenta elevado grau de sincretismo religioso, o que pode contribuir para a construção de significados culturalmente compartilhados para experiências incomuns, conforme discutido em estudos qualitativos e fenomenológicos nacionais [12].

A desconsideração desse componente pode estar associada a diagnósticos equivocados e intervenções desnecessárias, podendo contribuir para a estigmatização e a medicalização indevida da subjetividade. Por outro lado, a não identificação de sinais precoces de psicose pode representar risco clínico relevante, com impacto negativo no prognóstico. Adicionalmente, a diferenciação entre transtornos psicóticos primários e aqueles induzidos por substâncias ou contextos específicos configura um desafio adicional na prática clínica contemporânea [16].

Entretanto, deve-se considerar que parte da literatura disponível, especialmente investigações teóricas, revisões narrativas e teses acadêmicas, apresenta heterogeneidade metodológica e limitações quanto à padronização conceitual das experiências anômalas, o que pode comprometer a comparabilidade entre os estudos [4, 7, 11].

Do ponto de vista clínico, a diferenciação entre experiências anômalas e transtornos psicóticos pode ser auxiliada pela avaliação de sinais de alerta (“*red flags*”) e indicadores de caráter não patológico (“*green flags*”), conforme descrito na literatura especializada [18] e sintetizado no [Quadro 1](#) e na [Figura 3](#).

Entre os principais indicadores de risco destacam-se prejuízo funcional significativo, persistência e progressão dos sintomas, desorganização do pensamento, presença de comorbidades psiquiátricas e risco associado, como ideação suicida ou comportamento agressivo. Em contraste, características como preservação do *insight*, controle voluntário da experiência, inserção em contexto cultural ou religioso e ausência de prejuízo funcional tendem a estar associadas a menor probabilidade de psicopatologia.

Essa abordagem favorece uma avaliação clínica mais estruturada, contribuindo para a redução tanto da medicalização desnecessária quanto do subdiagnóstico de transtornos psicóticos. Nesse contexto, a integração entre evidências empíricas robustas e abordagens fenomenológicas mostra-se central para uma compreensão mais abrangente desses

fenômenos. Ao reconhecer simultaneamente seus determinantes neurobiológicos e seus significados subjetivos e culturais, aponta-se para a possibilidade de avanço em direção a uma prática clínica mais refinada, capaz de diferenciar risco psicopatológico de variações legítimas da experiência humana.

### *Limitações do estudo*

Por se tratar de uma revisão narrativa da literatura, conduzida conforme as recomendações da [SANRA](#), este estudo apresenta limitações inerentes ao seu delineamento, especialmente no que se refere à ausência de um protocolo sistemático previamente registrado e de critérios estritamente padronizados para seleção dos estudos, o que pode introduzir viés de seleção, ainda que a utilização de dois revisores independentes tenha buscado minimizar esse risco. Além disso, a heterogeneidade metodológica e conceitual das publicações incluídas, envolvendo diferentes definições dessas vivências e distintos critérios diagnósticos para transtornos psicóticos, dificulta comparações diretas entre os achados.

Outro aspecto relevante refere-se à inclusão de diferentes tipos de fontes, como artigos originais, revisões e trabalhos teóricos, o que, embora contribua para uma abordagem mais ampla e integrativa, pode impactar a uniformidade e o nível de evidência analisado. Adicionalmente, apesar da priorização de estudos recentes, algumas referências clássicas foram incorporadas devido à sua relevância conceitual, o que pode introduzir variações temporais na literatura considerada.

A natureza qualitativa da síntese dos dados impossibilita a realização de análises quantitativas ou metanálises, limitando a generalização dos resultados. Além disso, a complexidade desses fenômenos, fortemente influenciadas por fatores subjetivos, culturais e espirituais, pode dificultar a padronização de critérios diagnósticos e a interpretação uniforme entre diferentes contextos socioculturais.

Dessa forma, tais limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados apresentados.

### **Considerações finais**

Este estudo evidencia que a distinção entre essas vivências e os transtornos psicóticos é mais complexa do que tradicionalmente reconhecido, exigindo a integração de critérios clínicos, subjetivos e culturais. As EAs, longe de constituírem apenas sinais de desordem mental, podem desempenhar papel relevante no desenvolvimento pessoal, na

construção de sentido e na identidade espiritual de muitos indivíduos. Ao mesmo tempo, sua sobreposição com sintomas psicóticos reforça a importância de avaliações criteriosas, que considerem tanto o potencial de crescimento quanto o risco de adoecimento. Assim, recomenda-se que futuras pesquisas aprofundem a interface entre neurobiologia, fenomenologia e contextos socioculturais, de modo a desenvolver modelos explicativos mais abrangentes.

Na prática clínica, é essencial adotar uma postura aberta, dialógica e livre de preconceitos, reconhecendo que saúde mental não se restringe à ausência de sintomas, mas envolve também a valorização da diversidade de experiências humanas. Portanto, torna-se possível caminhar em direção a uma psiquiatria e uma psicologia que se fundamentam em uma abordagem mais humana, crítica e culturalmente sensível, na qual a pluralidade das experiências subjetivas seja considerada parte constitutiva da saúde mental.

## Referências

1. Heriot-Maitland C, Vitoratou S, Peters E, Hermans K, Wykes T, Brett C. Detecting anomalous experiences in the community: the Transpersonal Experiences Questionnaire (TEQ). *Psychol Psychother.* 2023;96(2):383-98. <https://doi.org/10.1111/papt.12445> PMID:36621803 PMCID:PMC10952405
2. Furlanetto D. Vozes do além: uma análise psicopatológica da eclosão de experiências anômalas em médiuns espíritas. *Rev latinoam psicopatol fundam.* 2022;25(1):20-42. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n1p20.2>
3. Pechey R, Halligan P. Prevalence and correlates of anomalous experiences in a large non-clinical sample. *Psychol Psychother.* 2012;85(2):150-62. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02024.x> PMID:22903907
4. Reichow JRC. Estudo de experiências anômalas em médiuns e não médiuns: prevalência, relevância, diagnóstico diferencial de transtornos mentais e relação com qualidade de vida [tese na internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017. Disponível

em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-18012018-163219/publico/reichow\\_do.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-18012018-163219/publico/reichow_do.pdf)

5. Maraldi EO, Machado FM, Zangari W. Experiências anômalas e dissociativas em contexto religioso: uma abordagem autoetnográfica. *Rev Abordagem Gestáltica*. 2020;26(2):147-61. <https://doi.org/10.18065/2020v26n2.3>
6. Thomas DA. A participatory research study to explore the healing potential of children's anomalous experiences. *Explore (NY)*. 2022;18(5):551-58. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2021.08.012> PMID:34526234
7. Rabeyron T. When the truth is out there: counseling people who report anomalous experiences. *Front Psychol*. 2022;12:693707. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.693707> PMID:35058829  
PMCID:PMC8764292
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2014. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
9. World Health Organization. *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics*. 11th ed. Geneva: WHO; 2022.
10. Koenig HG. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Rev Psiquiatr Clín*. 2007;34(Suppl 1):95-104. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700013>
11. Santos RAS. Experiências anômalas com ayahuasca e DMT: uma leitura psicossocial [tese na internet]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2024. <https://doi.org/10.11606/T.47.2024.tde-09082024-132425>
12. Mainieri AG, Moreira-Almeida A. Experiências espirituais: alucinação e fenomenologia associadas a experiências espirituais em uma população não clínica: um estudo qualitativo. *Estudos de Psicol (Campinas)*. 2025;42:e220012. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202542e220012>

13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2022.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
14. Melo JN, Pereira BA. Mindfulness e transtornos psicóticos: uma revisão de literatura. *Periód Bras Pesqui Cient.* 2024;3(2):2265-82.  
<https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.287>
15. Desmeules C, Corbeil O, Huot-Lavoie M, Bécharde L, Brodeur S, Demers MF, Roy M-A, Deslauriers J. Psychotic disorders and exosomes: an overview of current evidence and future directions. *Psychiatry Res.* 2024;339:116066  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116066> PMID:38996632
16. Barbosa TMS, Souza AJS, Amaral AS, Augusto AL, Silva MB, Santos CAF, Berwig D, Souza JSS, Amaral LS, Silveira RE, Santos ROS, Ramos SF. Impacto dos transtornos psicóticos na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. *BJIHS.* 2024;6(1):683-94.  
<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n1p683-694>
17. Cambra Almerge J, Sánchez-Romero S, Arias Horcajadas F. Differences between substance-induced psychotic disorders and non-substance-induced psychotic disorders and diagnostic stability. *Adicciones.* 2023;35(2):95-106.  
<https://doi.org/10.20882/adicciones.1291> PMID:36975062
18. Menezes AA Jr, Moreira-Almeida A. Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content. *Arch Clin Psychiatry.* 2009;36(2):75-82.  
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000200006>
19. Mohn-Haugen CR, Møller P, Mohn C, Larøi F, Teigset CM, Øie MG, Rund BR. Anomalous self-experiences and neurocognitive functioning in adolescents at risk for psychosis: still no significant associations found between these two vulnerability markers. *Compr Psychiatry.* 2023;125:152400.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152400> PMID:37451231
20. Assaf R, Ouellet J, Bourque J, Stip E, Leyton M, Conrod P, Potvin S. A functional neuroimaging study of self-other processing alterations in atypical developmental trajectories of psychotic-like

experiences. *Sci Rep.* 2022;12(1):16324.

<https://doi.org/10.1038/s41598-022-20129-3> PMID:36175570  
PMCID:PMC9522794

21. Walther S, Lefebvre S, Conring F, Gangl N, Nadesalingam N, Alexaki D, Wüthrich F, Rüter M, Viher PV, Federspiel A, Wiest R, Stegmayer K. Limbic links to paranoia: increased resting-state functional connectivity between amygdala, hippocampus and orbitofrontal cortex in schizophrenia patients with paranoia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2022;272(6):1021-32.  
<https://doi.org/10.1007/s00406-021-01337-w> PMID:34636951  
PMCID:PMC9388427
22. Underwood R, Mason L, O'Daly O, Dalton J, Simmons A, Barker GJ, Peters E, Kumari V. You read my mind: fMRI markers of threatening appraisals in people with persistent psychotic experiences. *NPJ Schizophr.* 2021;7(1):49.  
<https://doi.org/10.1038/s41537-021-00173-0> PMID:34635671  
PMCID:PMC8505497
23. Germann T, Brederoo S, Sommer IE. Abnormal synaptic pruning during adolescence underlying the development of psychotic disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2021;34(3):222-27.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000696> PMID:33560023  
PMCID:PMC8048735
24. Patel PK, Leathem LD, Currin DL, Karlsgodt KH. Adolescent neurodevelopment and vulnerability to psychosis. *Biol Psychiatry.* 2021;89(2):184-93.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.06.028> PMID:32896384  
PMCID:PMC9397132
25. Acunzo DJ, Evrard R, Rabeyron T. Anomalous experiences, psi and functional neuroimaging. *Front Hum Neurosci.* 2013;7:893.  
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00893> PMID:24427128  
PMCID:PMC3870293
26. Sestito M, Raballo A, Stanghellini G, Gallese V. Editorial: Embodying the self: neurophysiological perspectives on the psychopathology of anomalous bodily experiences. *Front Hum Neurosci.* 2017;11:631. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00631>  
PMID:29311881 PMCID:PMC5742196

27. Mossaheb N, Becker J, Schaefer MR, Klier CM, Schloegelhofer M, Papageorgiou K, Amminger GP. The Community Assessment of Psychic Experience (CAPE) questionnaire as a screening instrument in the detection of individuals at ultra-high risk for psychosis. *Schizophr Res.* 2012;141(2-3):210-4.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.08.008> PMID:22986044
28. Núñez D, Godoy MI, Gaete J, Faúndez MJ, Campos S, Fresno A, Spencer R. The Community Assessment of Psychic Experiences-Positive scale (CAPE-P15) accurately classifies and differentiates psychotic experience levels in adolescents from the general population. *Plos One.* 2021;16(8):e0256686.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256686> PMID:34437593  
PMCID:PMC8389461
29. Bell V, Halligan PW, Ellis HD. The Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS): a new validated measure of anomalous perceptual experience. *Schizophr Bull.* 2006;32(2):366-77.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbj014> PMID:16237200  
PMCID:PMC2632213
30. Almeida AM, Lotufo F Neto. Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. *Arch. Clin. Psychiatry.* 2003;30(1):21-8.  
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832003000100003>
31. Barros MCM. Experiências espirituais e religiosas no Brasil: prevalência, características e implicações para a saúde mental [tese na internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2022.  
<https://doi.org/10.11606/T.5.2022.tde-19042023-123148>
32. Serra J, Maraldi E, Farias M, Oliveira L. Dissociative symptoms and personality variables among individuals reporting anomalous experiences: a longitudinal study. *Rev Abordagem Gestáltica.* 2022;28(2):190-99.  
<https://revistaabordagemgestaltica.com.br/index.php/go/article/view/19>

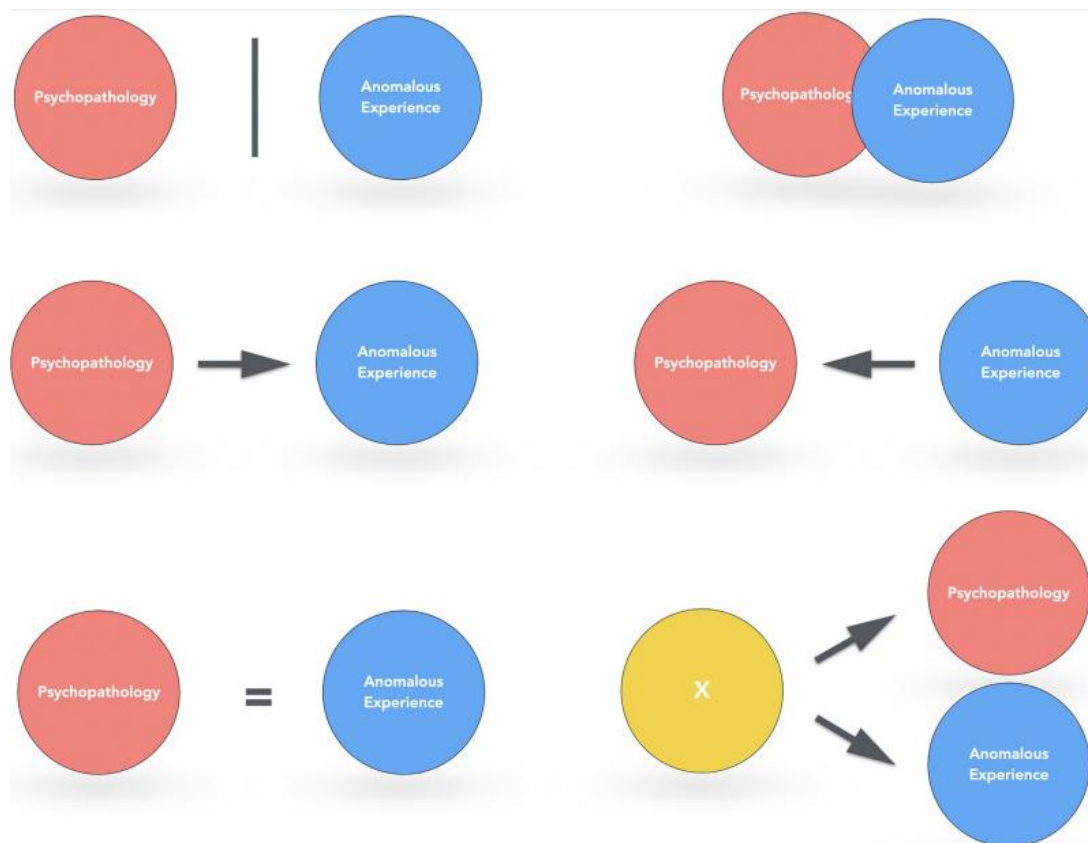


Figura 1. Adaptado de Rabeyron (2022) [7], sob licença Creative Commons (CC BY)

**Nota:** Seis configurações possíveis da relação entre experiências anômalas e psicopatologia. Os termos na figura correspondem a *psychopathology* (psicopatologia) e *anomalous experience* (experiência anômala).

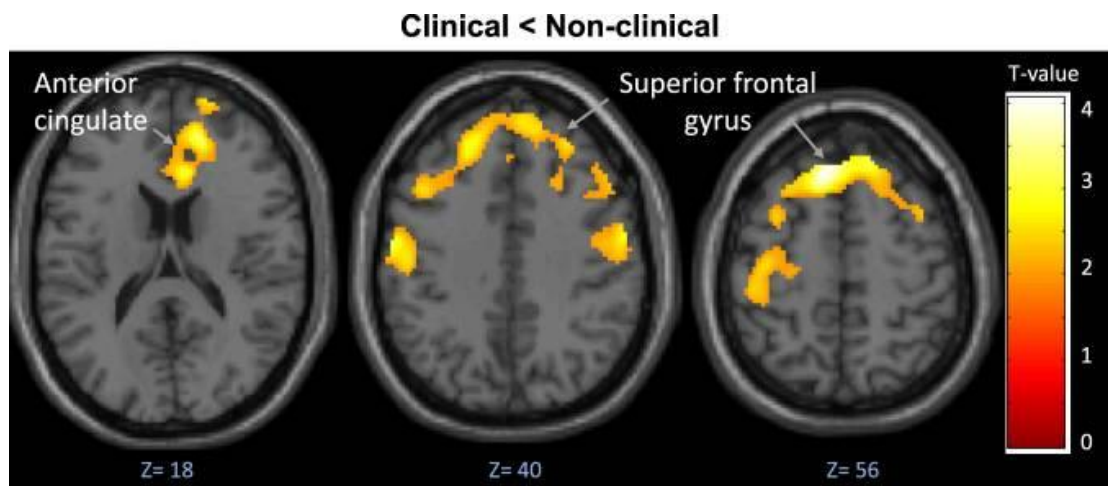


Figura 2. Adaptado de Underwood et al. (2021) [22], sob licença Creative Commons

**Nota:** Áreas com ativação reduzida no grupo clínico em comparação ao grupo não clínico durante a tarefa denominada "Telepath" (*Clinical < Non-clinical*). Observa-se menor recrutamento do **cíngulo anterior** (*anterior cingulate*), do **giro frontal superior** (*superior frontal gyrus*) e de regiões fronto-parietais. A escala de cores representa o valor estatístico (*T-value*), indicando a magnitude das diferenças entre os grupos.

## DIFERENCIAÇÃO CLÍNICA ENTRE EXPERIÊNCIAS ANÔMALAS E TRANSTORNOS PSICÓTICOS

 <b>RED FLAGS</b> Indicadores de risco para psicopatologia	 <b>GREEN FLAGS</b> Indicadores de caráter não patológico
 Prejuízo funcional significativo	 Funcionamento social e ocupacional preservado
 Persistência e progressão dos sintomas	 Caráter autolimitado da vivência
 Desorganização do pensamento	 Pensamento organizado
 Presença de comorbidades psiquiátricas	 Ausência de comorbidades psiquiátricas
 Risco associado (ideação suicida ou comportamento agressivo)	 Ausência de risco associado
 Uso de substâncias psicoativas	 Preservação do <i>insight</i>
 Ausência de <i>insight</i>	 Controle voluntário sobre a experiência
 Perda de controle sobre a experiência	 Inserção em contexto cultural ou religioso
	 Valorização social da experiência

 A interpretação clínica deve considerar a integração entre contexto, funcionalidade e significado atribuído à experiência.

Figura 3. Elaboração própria, com base na literatura [18].

**Nota:** Modelo clínico de diferenciação entre experiências anômalas e transtornos psicóticos, baseado na identificação de sinais de alerta (“*red flags*”) e indicadores de caráter não patológico (“*green flags*”).

↑  
↑  
↑ **Quadro 1.** Critérios de diferenciação entre experiências anômalas e transtornos psicóticos

<b>Categoria</b>	<b>Critério</b>	<b>Interpretação clínica</b>
<b>Clínico</b>	Ausência de sofrimento psicológico significativo	Sugere menor probabilidade de transtorno psicótico
<b>Clínico</b>	Preservação do funcionamento social e ocupacional	Indica adaptação funcional adequada
<b>Clínico</b>	Caráter autolimitado da vivência	Associado a menor risco de psicopatologia persistente
<b>Clínico</b>	Ausência de comorbidades psiquiátricas	Reduz a probabilidade de transtornos mentais associados
<b>Clínico</b>	Presença de controle voluntário sobre a experiência	Indica maior capacidade de regulação cognitiva
<b>Subjetivo</b>	Insight preservado	Associado, na literatura, a menor probabilidade de delírios psicóticos
<b>Subjetivo</b>	Potencial de crescimento pessoal	Relacionado a experiências não patológicas
<b>Cultural</b>	Compatibilidade com crenças culturais ou religiosas	Sugere vivência contextualizada e socialmente validada
<b>Cultural</b>	Valorização social da experiência	Reduz risco de patologização indevida

**Fonte:** Os autores

