

Entre a fé e o delírio: uma atualização sobre os limites clínicos da experiência religiosa em psiquiatria

Between faith and delusion: an update on the clinical boundaries of religious experience in psychiatry

Entre la fe y el delirio: una actualización sobre los límites clínicos de la experiencia religiosa en psiquiatría

1 Victoria Catherine Gryczynski



[ORCID](#) - [Lattes](#)

Filiação do autor: 1 [Especializanda, Psiquiatria, Hospital Heidelberg, Curitiba, PR, Brasil].

Editor Chefe responsável pelo artigo: Rodrigo Nicolato

Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#): Gryczynski VC [1,2,3,5,6,7,8,11,12,13,14].

Conflito de interesses: declara não haver

Fonte de financiamento: declara não haver

Parecer CEP: não se aplica

Inteligência artificial generativa: Autora declara uso [Claude \(Anthropic\)](#) para auxiliar no levantamento de referências e na redação do texto. Após utilizar esta ferramenta, a autora revisou e editou o conteúdo conforme necessário e assume total responsabilidade pelo conteúdo da publicação.

Recebido em: 24/08/2026

Aprovado em: 28/08/2026

Publicado em: 09/09/2026

Como citar: Gryczynski VC. Entre a fé e o delírio: uma atualização sobre os limites clínicos da experiência religiosa em psiquiatria. Debates Psiquiatr. 2026;16:1-8, e1668. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2026.v16.1668>

RESUMO

Introdução: A diferenciação entre experiência religiosa saudável e sintoma psicopatológico de conteúdo religioso é um desafio clínico recorrente na prática psiquiátrica, especialmente em contextos de intenso

pluralismo religioso, como o brasileiro. **Objetivo:** Revisar de forma narrativa a literatura clássica e contemporânea sobre critérios de diferenciação entre fé e delírio, com ênfase na aplicabilidade clínica. **Método:** Revisão narrativa não sistemática, baseada em obras de referência da psicopatologia brasileira e internacional, complementada por artigos indexados sobre o tema. **Resultados:** A literatura histórica descreve o delírio religioso desde os alienistas do século XIX, com casos clássicos como os de Madeleine (Janet) e Schreber (Freud). Os critérios propostos por Sims e a crítica de Jackson e Fulford evidenciam a fragilidade de distinções puramente fenomenológicas, fragilidade reafirmada por debate filosófico recente. Estudos epidemiológicos da Organização Mundial da Saúde mostram que sintomas psicóticos são frequentes na população geral e raramente indicam transtorno mental. O [DSM-5](#) reconhece a categoria "Problema Religioso ou Espiritual", e critérios propostos por Moreira-Almeida e Cardeña oferecem parâmetros práticos para a avaliação clínica, incluindo ausência de sofrimento, ausência de prejuízo funcional, compatibilidade cultural e potencial de crescimento pessoal. Revisão sistemática recente reforça, ainda, a relevância da religiosidade e da espiritualidade para a manutenção e a recuperação da psicose. **Conclusão:** A diferenciação entre experiência espiritual e sintoma psicopatológico exige investigação cuidadosa do contexto religioso e cultural do paciente, evitando tanto a patologização de vivências saudáveis quanto a normalização de quadros que demandam tratamento.

Palavras Chave: religião, espiritualidade, delírio, transtornos psicóticos, diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

Introduction: Differentiating healthy religious experience from psychopathological symptoms with religious content is a recurring clinical challenge in psychiatric practice, particularly in religiously plural settings such as Brazil. **Objective:** To narratively review classic and contemporary literature on criteria for differentiating faith from delusion, emphasizing clinical applicability. **Method:** Non-systematic narrative review based on reference works in Brazilian and international psychopathology, complemented by indexed articles on the topic. **Results:** Historical literature describes religious delusion since 19th-century alienists, with classic cases such as Janet's Madeleine and Freud's Schreber. Criteria proposed by Sims and the critique by Jackson and Fulford reveal the fragility of purely phenomenological distinctions. World Health Organization epidemiological studies show that psychotic symptoms are

common in the general population and rarely indicate mental disorder. The [DSM-5](#) recognizes the category "Religious or Spiritual Problem," and criteria proposed by Moreira-Almeida and Cardeña offer practical parameters for clinical evaluation, including absence of distress, absence of functional impairment, cultural compatibility, and potential for personal growth. **Conclusion:** Differentiating spiritual experience from psychopathological symptoms requires careful investigation of the patient's religious and cultural context, avoiding both the pathologization of healthy experiences and the normalization of conditions that require treatment.

Keywords: religion, spirituality, delusions, psychotic disorders, diagnosis differential.

RESUMEN

Introducción: La diferenciación entre experiencia religiosa saludable y síntoma psicopatológico de contenido religioso es un desafío clínico recurrente en la práctica psiquiátrica, especialmente en contextos de intenso pluralismo religioso, como el brasileño. **Objetivo:** Revisar de forma narrativa la literatura clásica y contemporánea sobre criterios de diferenciación entre fe y delirio, con énfasis en la aplicabilidad clínica. **Método:** Revisión narrativa no sistemática, basada en obras de referencia de la psicopatología brasileña e internacional, complementada por artículos indexados sobre el tema. **Resultados:** La literatura histórica describe el delirio religioso desde los alienistas del siglo XIX, con casos clásicos como los de Madeleine (Janet) y Schreber (Freud). Los criterios propuestos por Sims y la crítica de Jackson y Fulford evidencian la fragilidad de distinciones puramente fenomenológicas. Estudios epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud muestran que los síntomas psicóticos son frecuentes en la población general y raramente indican trastorno mental. El [DSM-5](#) reconoce la categoría "Problema Religioso o Espiritual", y criterios propuestos por Moreira-Almeida y Cardeña ofrecen parámetros prácticos para la evaluación clínica, incluyendo ausencia de sufrimiento, ausencia de perjuicio funcional, compatibilidad cultural y potencial de crecimiento personal. **Conclusión:** La diferenciación entre experiencia espiritual y síntoma psicopatológico exige una investigación cuidadosa del contexto religioso y cultural del paciente, evitando tanto la patologización de vivencias saludables como la normalización de cuadros que demandan tratamiento.

Palabras Clave: religión, espiritualidad, delirio, trastornos psicóticos, diagnóstico diferencial.

INTRODUÇÃO

Separar a fé vivida do delírio de conteúdo religioso é um dos dilemas mais delicados que o psiquiatra enfrenta na prática clínica. Já no século XIX, os primeiros alienistas descreviam quadros de “monomania religiosa” e acompanhavam pacientes convictos de comunicação direta com entidades divinas, ou perseguidos por forças demoníacas. Desde então, a psicopatologia convive com casos em que o extraordinário da experiência mística beira o extraordinário do sintoma psicótico [1].

No Brasil, país de intenso pluralismo religioso, o tema ganha relevância prática particular: vivências como ouvir vozes, ter visões ou sentir a presença de entidades espirituais atravessam cotidianamente consultórios e enfermarias psiquiátricas, muitas vezes sem qualquer relação com transtorno mental. Este artigo revisa, de forma narrativa, a literatura clássica e contemporânea sobre os critérios de diferenciação entre experiência religiosa e delírio, buscando oferecer subsídios aplicáveis à prática clínica cotidiana.

MÉTODO

Trata-se de revisão narrativa, não sistemática, da literatura sobre a diferenciação entre experiência religiosa e sintoma psicopatológico. Foram utilizadas como referência central duas obras de síntese da psicopatologia da religião: uma de perspectiva histórica e brasileira, outra de perspectiva clínica contemporânea, integrante de tratado nacional de psiquiatria. Essas obras foram complementadas pela leitura de artigos e livros-texto clássicos da psicopatologia internacional nelas citados e localizados diretamente em suas fontes primárias. Não houve busca sistemática em bases de dados nem critérios formais de inclusão e exclusão, dado o caráter de atualização e síntese proposto para este trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os relatos de Pierre Janet sobre sua paciente Madeleine, ou a análise de Freud sobre o caso Schreber, mostram bem esse território ambíguo: um conteúdo religioso organizado em torno da união com o divino que, a depender do referencial teórico adotado, é lido como êxtase místico ou como delírio erótico-religioso [1].

O tema não é apenas histórico: delírios de conteúdo religioso seguem frequentes entre pessoas com esquizofrenia, com prevalências que variam bastante entre países e tradições religiosas: mais altas em países da África Ocidental, intermediárias em países de tradição cristã, mais baixas em países islâmicos e no Japão. O padrão sugere que não é a intensidade da religiosidade de um grupo que favorece esses conteúdos na psicose, mas o modo como essa religiosidade se estrutura culturalmente [1].

Psicopatologistas clássicos tentaram propor critérios de diferenciação diante dessa proximidade fenomenológica. Andrew Sims defendia que o delírio verdadeiro se reconhece quando a experiência subjetiva e o comportamento observável se ajustam mais a um quadro psiquiátrico reconhecível do que a uma vivência religiosa culturalmente compartilhada: quando há outros sintomas de adoecimento associados, e quando a trajetória de vida da pessoa aponta mais para uma história de transtorno do que para um enriquecimento existencial de matriz espiritual [2].

O problema é que esses critérios carregam um certo componente circular: definir o que é cultural ou patológico já pressupõe, de algum modo, a resposta que se procura. Essa fragilidade ficou clara no já clássico trabalho de Jackson e Fulford, que descreveram três pessoas com vivências espirituais intensas: vozes atribuídas a Deus, convicção de missão divina, sensação de união cósmica.

Fenomenologicamente, eram indistinguíveis de sintomas psicóticos segundo instrumentos padronizados, mas nenhuma delas evoluiu para desorganização, sofrimento ou prejuízo funcional. Para os autores, a fronteira entre experiência espiritual e sintoma não está apenas na forma da vivência, mas no modo como ela se insere na história, nos valores e na rede de significados do sujeito [3].

A psiquiatria contemporânea vem incorporando essa lição de forma mais sistemática. Um levantamento da [Organização Mundial da Saúde](https://www.who.int), feito com mais de 256 mil pessoas em 52 países, mostrou que a presença de pelo menos um sintoma psicótico ao longo da vida é comum na população geral, com prevalências que variam amplamente entre países, e que a grande maioria desses relatos nunca se traduz em diagnóstico de esquizofrenia ou de qualquer outro transtorno psicótico [4]. Por isso, ganhou força o uso do termo “experiência anômala” para essas vivências: ouvir vozes, ter visões, sentir pensamentos de origem externa.

A expressão “sintoma psicótico” fica reservada para quando esses fenômenos realmente compõem um quadro de transtorno mental [5]. No Brasil, essas experiências são particularmente comuns entre católicos carismáticos, evangélicos pentecostais, espíritas e praticantes de umbanda, e a evidência disponível é, no mínimo, contraintuitiva para quem vê religiosidade e patologia como sinônimos: na maioria das vezes elas estão longe de ser patológicas, podendo inclusive estar associadas a melhores indicadores de saúde mental [5].

O [DSM-5](#) mantém a categoria “Problema Religioso ou Espiritual”, introduzida no [DSM-IV](#) em 1994, pensada para situações de sofrimento genuíno, como uma crise de fé, a dificuldade de integrar uma experiência de quase-morte ou o impacto de uma conversão religiosa abrupta, que não configuram por si só um transtorno mental [6]. É um instrumento para evitar dois extremos igualmente indesejáveis na prática clínica: patologizar uma vivência espiritual saudável, com todo o custo iatrogênico que isso implica, ou normalizar sintomas de um transtorno que já demanda tratamento, atrasando o cuidado necessário [5].

Moreira-Almeida e Cardeña propuseram um conjunto de parâmetros para apoiar esse julgamento no consultório. Isolados, eles não bastam, mas orientam bem a avaliação quando considerados em conjunto [7]:

1. Ausência de sofrimento psicológico relacionado à experiência;
2. Ausência de prejuízo social ou ocupacional associado;
3. Curta duração, ou compreensão da experiência como etapa de um percurso espiritual já em curso;
4. Manutenção de algum grau de crítica sobre a natureza incomum do fenômeno;
5. Compatibilidade da experiência com alguma tradição cultural ou religiosa reconhecida pelo grupo do indivíduo;
6. Ausência de outros sintomas psiquiátricos associados;
7. Capacidade de controlar quando e onde a experiência se manifesta;
8. Promoção de crescimento pessoal ao longo do tempo, em vez de desorganização psíquica.

É o caso, por exemplo, de uma pessoa com vivências alucinatórias e premonitórias desde a infância, que cresceu ouvindo de si mesma e da família que aquilo era sinal de loucura ou de influência demoníaca. Isso lhe trouxe anos de isolamento e sofrimento. Já adulta, encontrou um terreiro

de umbanda onde essas vivências finalmente ganharam sentido, e tornou-se, com o tempo, uma liderança religiosa respeitada em sua comunidade, sem qualquer evidência de transtorno mental [5].

O debate está longe de encerrado. Um artigo recente de Gipps e Clarke argumenta que nenhuma das tentativas propostas até hoje de encontrar um princípio único capaz de separar crença religiosa de delírio religioso realmente se sustenta, e sugere que as duas categorias talvez nem sejam, afinal, espécies de um mesmo gênero, uma posição que reforça, por outro caminho, a mesma cautela já levantada por Jackson e Fulford [8].

Do lado da prática clínica, uma revisão sistemática recente confirma a relevância cotidiana do tema: entre pacientes com psicose, a religiosidade e a espiritualidade influenciam tanto a manutenção quanto a recuperação dos sintomas positivos, e a incorporação desses aspectos à terapia cognitivo-comportamental para psicose tem sido proposta como caminho para um cuidado mais culturalmente sensível [9].

Isso tem implicações diretas para a formação e a prática do psiquiatra brasileiro. Tomar toda crença incomum como sintoma é um erro tão grave quanto tomar todo sintoma como mera expressão de fé. A diferenciação clínica entre experiência espiritual e sintoma psicopatológico pede mais do que uma lista de critérios. Pede disposição para investigar o contexto religioso e cultural do paciente, diálogo com lideranças comunitárias quando pertinente, e humildade quanto aos limites do próprio instrumental diagnóstico diante de fenômenos que são, ao mesmo tempo, psíquicos, culturais e existenciais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre a fé e o delírio não existe uma linha traçada de uma vez por todas. Existe um espaço clínico que exige ouvir, com igual seriedade, a psicopatologia e a religiosidade de quem está diante de nós. Os critérios revisados aqui, históricos e contemporâneos, não substituem o julgamento clínico cuidadoso, mas oferecem parâmetros concretos para que esse julgamento seja mais consistente, menos sujeito tanto à patologização indevida da experiência espiritual quanto à normalização de quadros que efetivamente demandam tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Dalgallarrondo P. Religião, psicopatologia e saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2008.

- 2. Sims A. Symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopathology. 2nd ed. London: Saunders; 1995.
- 3. Jackson M, Fulford KWM. Spiritual experience and psychopathology. *Philos Psychiatry Psychol.* 1997;4(1):41-65.
<https://doi.org/10.1353/ppp.1997.0002>
- 4. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr Bull.* 2012;38(3):475-85. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq099> PMid:20841326
PMCID:PMC3329982
- 5. Mosqueiro BP, Oliveira e Oliveira FHA, Moreira-Almeida A.
➤ Religiosidade, espiritualidade e transtornos mentais. In: Nardi AE,
➤ Silva AG, Quevedo J, editores. *Tratado de psiquiatria da Associação*
➤ *Brasileira de Psiquiatria.* Porto Alegre: Artmed; 2021. p. 27-42.
- 6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- 7. Moreira-Almeida A, Cardeña E. Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(Suppl 1):S21-36.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462011000500004>
PMid:21845333
- 8. Gipps R, Clarke S. Religious delusion or religious belief? *Philos Psychol.* 2025;38(5):2289-309.
<https://doi.org/10.1080/09515089.2024.2302519>
- 9. Westhead M, Georgiades A. The role of spirituality and religiosity in the maintenance and recovery of psychosis: a systematic review. *Early Interv Psychiatry.* 2025;19(7):e70061.
<https://doi.org/10.1111/eip.70061> PMid:40605616
PMCID:PMC12223707