

Psicose dissociativa – a propósito de um caso clínico

Dissociative psychosis – regarding a clinical case

Pedro Felgueiras*, Ana Miguel*, Néelson Almeida*, Joana Ribeiro*

RESUMO

Introdução: A Psicose dissociativa de Janet contempla o fenómeno de divisão da personalidade, aquando de um evento de vida traumático. Num contexto intenso de *stress* emocional, o nível de energia adstrito à dimensão que mantém a funcionalidade do indivíduo pode decrescer e permitir a expressão da dimensão associada ao evento primário. Este fenómeno traduz-se num quadro com alterações da sensação-perceção e do pensamento.

Objetivos: A propósito de um caso clínico, revisar uma descrição clássica do fenómeno dissociativo para integrar a anamnese apurada.

Métodos: Efetuou-se uma abordagem psicopatológica compreensiva do caso clínico.

Resultados e Conclusões:

Utente do sexo feminino, 26 anos, antecedentes médico-cirúrgicos irrelevantes. Percurso biográfico com dois eventos de vida traumáticos (falecimento dos pais, aos 18 e 22 anos). Quadro psicopatológico súbito de discurso desorganizado e incoerente, pensamento descarilhado com ideias grandiosas e autorreferenciais, envolvendo os pais.

A anamnese crítica permitiu visitar uma descrição clássica do processo psicótico, em

particular o contínuo entre dissociação e psicose.

Palavras-Chave: Psicose Dissociativa; Janet; Dissociação; Psicose.

ABSTRACT

Background: Janet's dissociative psychosis contemplates the phenomenon of dividing the personality during a traumatic life event. In a context of intense emotional stress, the level of energy attached to the dimension that maintains the individual's functionality can decrease and allow the expression of the dimension associated with the primary event. This phenomenon is expressed in a condition with changes in sense-perception and thinking.

Aims: Regarding a clinical case, to revisit a classical description of the dissociation process, with recourse to a clinical case, by integrating the anamnesis.

Methods: A comprehensive psychopathological approach to the clinical case was carried out.

Results and Conclusions: Female patient, 26 years of age, irrelevant medical-surgical history. Biographical journey with two

* Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho ✉ pedro.felgueiras@live.com.pt
 <https://orcid.org/0000-0002-2228-4329>

Recebido / Received: 28/12/2020 - Aceite / Accepted: 01/07/2022

traumatic life events (parents' death, aged 18 and 22).

Sudden psychopathological clinical state of disorganized and incoherent speech, derailed thinking with grandiose and self-referential ideas, involving parents.

Critical anamnesis made the authors revisit a classic description of the psychotic process, in particular a continuum between dissociation and psychosis.

Key-Words: *Dissociative Psychosis; Janet; Dissociation; Psychosis.*

INTRODUÇÃO

Originalmente designada por “psicose histérica”, a psicose dissociativa (PD) não é atualmente reconhecida enquanto entidade diagnóstica nos manuais classificativos. É apenas mencionada na *International Classification of Diseases (ICD) -10* como “psicose histérica”, na categoria de perturbação dissociativa, sem descrição ou especificação¹. No *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-5*, é feita referência à possibilidade de os indivíduos com perturbação dissociativa de identidade poderem experimentar “fenômenos/episódios psicóticos transitórios”².

Contudo, a singularidade da sua apresentação clínica e a relevância do seu tratamento dirigido têm sido fatores apontados em defesa do reconhecimento da sua propriedade nosológica distintiva³.

O conceito de “psicose histérica” foi utilizado pela primeira vez por Moreau de Tours em 1845³, tendo sido na segunda metade do século XIX que esta condição foi amplamente estudada, particularmente pela escola francesa de Psiquiatria⁴. À data, a “histeria” constituía-se

como a perturbação alvo de maior atenção pela comunidade científica. Era considerada uma patologia associada a um evento de vida traumático, que poderia cursar com uma série de sintomas psicopatológicos, entre os quais atividade alucinatoria. Nesta altura, alguns autores clássicos identificaram características consideradas elementares num quadro de psicose histérica, como a sua semelhança com sonhos, o seu potencial de cura com recurso a psicoterapia e a sintomatologia polimórfica, comparando-a com um *delirium* causado por substâncias⁴. Por sua vez, o termo “psicose dissociativa” foi posteriormente sugerido por Van der Hart (1993)⁵.

Na literatura existente, alicerçada em grande parte no trabalho de Janet, a PD é descrita como uma patologia “*trauma-related*” com características psicóticas, mas cuja natureza da sintomatologia nos remete para um fenómeno de dissociação da estruturação da personalidade³. Esta tipologia tem lugar quando, a um episódio ou perturbação psicóticos, se associam duas premissas: a associação do episódio/perturbação com um evento traumático; a evidência de um quadro de dissociação estrutural da personalidade⁶.

De encontro com esta linha de pensamento, vários autores clássicos referiram que esta patologia pode ser compreendida à luz da teoria da dissociação estrutural da personalidade, desenvolvida por Van der Hart a partir dos desígnios de Janet. Segundo este modelo teórico, quando um indivíduo se vê confrontado com um evento traumatizante poderá verificar-se um fenómeno de divisão da sua personalidade em diversas partes de natureza distinta⁶⁻⁷. Na base deste conceito está o fenómeno de

dissociação enquanto mecanismo de defesa primário perante um evento de vida opressor – dissociando a experiência traumática da dimensão consciente. Nas palavras de Janet, quanto maior o impacto do evento traumático para o indivíduo, maior a magnitude da fragmentação da sua personalidade⁷. Estas partes de uma personalidade desintegrada agrupam-se em dois domínios, que convivem num sistema neurobiológico dinâmico e complexo, lutando pelo domínio da consciência e do comportamento do indivíduo. A preponderância da parte aparentemente normal da personalidade (ANP) permite ao indivíduo manter a sua funcionalidade diária sem experienciar qualquer intrusão de ações mentais/comportamentais relacionadas com o evento traumático⁷. O indivíduo consegue manter um elevado nível de funcionamento socio-ocupacional, como se o evento traumático não tivesse tido qualquer repercussão na sua atividade psíquica.

Contudo, num contexto de *stress* emocional intenso, devido a condição médica ou aquando de um novo evento traumatizante, o nível de energia adstrito à ANP pode decrescer e permitir a expressão significativa da parte emocional da personalidade (EP). Este fenómeno de intrusão pode precipitar a revivescência de experiências traumáticas ou a recordação de memórias relativas ao evento traumático primário, gerando um episódio psicótico dissociativo⁸. O episódio psicótico caracteriza-se por um quadro de início súbito de alterações da senso-percepção (alucinações auditivo-verbais), expressão de emoções/ labilidade emocional, pensamentos e/ou crenças relacionados com o evento traumático primário⁹⁻¹⁰.

Pode verificar-se desorientação auto e alopsíquica durante o episódio¹¹. É comum a estruturação de uma ideação delirante de conteúdo paranóide, identificando-se no indivíduo uma perturbação do contacto com a realidade envolvente. O delírio não aparenta qualquer associação com a realidade atual do indivíduo, tendo tipicamente uma relação simbólica com o evento traumático primário⁴. Poderão evidenciar-se sintomas conversivos (motores ou sensoriais), estando descrita a possibilidade de o doente apresentar amnésia para o sucedido com incapacidade de recordar de forma consciente e voluntária as memórias relativas ao episódio⁹. Segundo Van der Hart, deverão estar efetivamente presentes sintomas dissociativos, como intrusões espontâneas ao nível da consciência e do comportamento, e/ou ausência de controlo de funções mentais habitualmente acessíveis⁴.

Relativamente ao quadro clínico do episódio psicótico de gênese dissociativa, Janet descreveu quatro apresentações clínicas distintas (Quadro I)⁴, acrescentando como premissa necessária para formalizar o diagnóstico de psicose dissociativa a presença de “*idées fixes*” secundárias⁶.

Após o declínio verificado no início século XX, no que concerne ao estudo psicopatológico compreensivo desta entidade, alguns autores revisitaram este conceito com o intuito de explorar as suas características clínicas. A bibliografia baseada em autores europeus destaca as alterações do estado de consciência que se podem verificar nos episódios de PD, acrescentando que a esta patologia podem estar associados sintomas histriónicos como a abasia, a astasia ou a afonia⁴. De uma outra perspetiva,

Quadro I – Psicose dissociativa – episódio psicótico⁴.

Episódio psicótico de gênese dissociativa (Psicose dissociativa)	
Atividade alucinatória auditivo-verbal de conteúdo imperativo e ameaçador	
<i>Idées fixes</i> primárias	Revivências de memórias do evento traumático
<i>Idées fixes</i> secundárias	Elaborações fantasiosas, sonhos ou atividade alucinatória relacionados com o evento traumático
Alternância (“ <i>Switching</i> ”)	Alternância rápida entre as diferentes partes da personalidade dissociada no contexto de reativação de memórias do evento traumático (traduzindo-se em desorganização do comportamento)
Emoção dupla (“ <i>double emotion</i> ”)	Evento traumático atual reativa memórias de evento traumático passado

a escola americana documenta duas características fundamentais: um início súbito e dramático de sintomatologia psicótica em relação temporal com um evento de vida traumático; um período curto de duração dos sintomas (de poucas semanas). Refere-se ainda à ocorrência de alterações do padrão comportamental e de sintomas dissociativos positivos (como a despersonalização), além da atividade alucinatória e delirante¹².

Na bibliografia existente, concretamente em descrições clássicas desta patologia, a duração do episódio psicótico não é um critério consensual. Algumas das referências encontradas apontam um período de relativa curta duração para o episódio, referindo-se à possibilidade de uma remissão espontânea súbita.¹⁰ Por outro lado, outros autores (como Breuer) referem-se a um curso de longa de duração da

doença na ausência de um processo terapêutico adequado⁴.

Para Hollender e Hirsch, a psicose dissociativa constitui-se como uma condição psicopatológica com duração não superior a três semanas¹². Existem ainda registos de autores que consideram o curso da doença variável, desde alguns dias a vários meses.

O diagnóstico de psicose dissociativa revela-se complexo devido, sobretudo, à sobreposição de sintomas com um quadro psicótico do espectro esquizofreniforme¹³. Janet destacou na sua obra a importância de se estabelecer a natureza dissociativa do episódio psicótico para se considerar esta entidade nosológica. Ainda sobre esta questão, este autor escreveu que esta natureza se revela nas alterações do estado de consciência, devido às intrusões de reminiscências e/ou memórias do evento traumático primário no controlo executivo do indivíduo¹¹. Posteriormente, alguns autores debruçaram-se sobre as diferenças entre estas duas entidades, na tentativa de definir sintomas sugestivos de psicose de origem dissociativa. Nesta, os episódios psicóticos aparentam uma qualidade “*on-off*”, com início e resolução do quadro de forma súbita. A remissão completa do quadro psicótico pode ser acompanhada de amnésia para o episódio, com um retorno ao funcionamento habitual sem quaisquer sintomas residuais ou sequelas. Podem ocorrer fenómenos de despersonalização e/ou desrealização¹⁴. Na literatura, sustenta-se a associação entre períodos marcados por intensas dificuldades interpessoais e o desenvolvimento de um quadro psicótico cuja gênese remonta a um processo prévio de destruturação da personalidade. O ajustamento social pré-mórbido, normalmen-

te pautado por índices elevados de funcionalidade e capacidade de realização pessoal e profissional, encontra-se descrito igualmente como um fator relevante para o diagnóstico diferencial¹⁵.

No presente artigo, encontra-se descrito o caso clínico de uma jovem que desenvolveu um quadro de características psicóticas, concretamente, com actividade delirante auto-referencial e de conteúdo grandioso, evidenciando-se igualmente desorganização do comportamento e do processo formal do pensamento.

OBJECTIVOS

Sob o propósito de proceder a uma integração crítica da anamnese apurada de um caso clínico, com o presente manuscrito, pretendemos revisitar a descrição clássica do processo de dissociação de Pierre Janet.

MATERIAL E MÉTODOS

Efetuámos uma abordagem psicopatológica compreensiva do quadro clínico em análise.

RESULTADOS

Utente do sexo feminino, 26 anos de idade. Sem antecedentes médico-cirúrgicos relevantes. Primeira de fratria de 2 irmãos. Solteira. 12º ano de escolaridade. Atualmente a exercer funções em cargo administrativo em empresa têxtil, sediada na cidade de Barcelos. Percurso biográfico com dois eventos de vida traumáticos, nomeadamente o falecimento de pai e mãe, aos 18 e 22 anos respetivamente. O pai faleceu na sequência de doença neoplásica (que a doente não sabe especificar), tendo a doente acompanhado de forma próxima o seu fim de vida que decorreu de forma “lenta e doloro-

sa” (sic). A sua mãe faleceu de forma súbita, na sequência de complicações cirúrgicas em período pós-operatório (doente não sabe precisar teor da intervenção cirúrgica). A doente descreve a morte do pai como o acontecimento de vida mais marcante pelo qual passou, explicando que este era a sua figura parental de referência e com a qual mantinha uma relação especialmente próxima. Contudo, para além do carácter traumático desta perda, a doente enfrentou na mesma altura novo revés: viu-se privada do contacto e suporte da sua mãe, que terá manifestado na ocasião sintomatologia psicótica e recorrido a um psiquiatra que a aconselhou a afastar-se da filha sob a suspeita de um quadro de “*folie à deux*”. Segundo a doente, a mãe tentou fazê-la acreditar que teria o dom de realizar premonições, capacidade que seria partilhada pela própria mãe.

Existiu, nesta fase da sua vida, um evitamento do tema do falecimento do seu pai na esfera familiar mais próxima e verificou-se um processo de parentificação no que concerne à sua participação na prestação de cuidados à irmã. A doente admite que em função de uma personalidade introspetiva, marcada por maior timidez e sensibilidade ao escrutínio externo, não procurou ativamente falar sobre esta perda e não terá tido um espaço seguro para exteriorizar o que sentia.

Admite igualmente que o facto de se ter tornado na figura parental de referência da sua irmã condicionou a forma como processou a perda do seu pai. À data, confessa que o período que se sucedeu a este acontecimento se pautou essencialmente pela manutenção da funcionalidade que essa função requeria, em detrimento da gestão das diferentes emoções

que sentiu, próprias da reação a um evento negativo de vida. Em retrospectiva, considera que foi conseguindo alcançar os seus objetivos pessoais e profissionais sempre com um esforço adicional, dado que, fruto da sua personalidade, não mobilizou quaisquer outros familiares e amigos para esta tarefa, persistindo sob os seus ombros um enorme sentido de responsabilidade.

Recorda como a sua mãe sentiu enormes dificuldades em processar esta perda, o que resultou num afastamento progressivo do seu papel de progenitora. Descreve que esta começou a evidenciar sintomatologia depressiva, o que precipitou uma perda de funcionalidade que levou a doente a assumir os cuidados da sua irmã. Relata que a ligação com a mãe se estabelecia através de crenças que esta partilhava consigo – “dizia que eu conseguia prever as coisas” (sic), sendo cada vez menos frequentes os gestos, ações e comportamentos de índole afetiva.

No que concerne à história da doença atual, em Janeiro de 2020 a doente foi transportada à urgência metropolitana de psiquiatria do Porto no contexto de um quadro de alteração do seu padrão de funcionamento habitual, caracterizado por negligência do autocuidado, discurso desorganizado e incoerente traduzindo um pensamento descarrilado e com prováveis alterações do conteúdo – destacando-se ideias de teor grandioso e autorreferencial envolvendo as suas figuras parentais (pai e mãe, que faleceram). Concomitantemente, começou a denotar-se um padrão comportamental desorganizado, com perda da capacidade de adequação social, risos imotivados e adoção de comportamentos bizarros – existin-

do a descrição de dois episódios particulares: numa refeição, durante a qual terá começado a comer com as mãos; momento durante horário laboral, no qual se terá precipitado repentinamente para o chão a chorar de forma compulsiva e bramindo gritos de conteúdo incompreensível. Durante o período referido, a doente terá apresentado igualmente insónia quase total e verbalizado repetidamente sensação de estranheza perante o ambiente envolvente, com uma perceção subjetiva de que algo não estaria bem.

Relativamente ao contexto vivencial aquando deste período, a doente vivenciou novamente uma fase particularmente exigente a nível pessoal: começou a deparar-se com dificuldades crescentes na gestão da sua atividade profissional que conciliava com a parentificação da sua irmã mais nova, e viu terminada uma relação afetiva que considerou a mais intensa e plena que alguma vez experienciou.

Neste âmbito, destacou o término de relacionamento afetivo de longa data, que considerava estável e particularmente intenso, verbalizando sentir uma forte conexão com o seu companheiro. Este já tinha contacto com familiares próximos seus e estaria alinhado com as suas expectativas relativamente a constituir uma relação de futuro, com objetivos em conjunto.

Considera ter-se tratado de um desfecho inesperado e admite que esta rutura afetiva a deixou “com menos uma pessoa com quem contar” (sic).

Descreve uma experiência de carácter revelador, que teve lugar cerca de 3 semanas antes do presente episódio, na qual travou uma conversa com uma senhora desconhecida

que lhe revelou uma missão que o seu pai lhe terá deixado antes de partir. Após este evento, a doente desenvolveu atividade delirante autorreferencial, alegando que tudo começou a fazer sentido na sua vida e atribuindo a esta missão o sentido da sua existência, inclusive das relações interpessoais que foi travando nos anos anteriores.

Acreditava que a sua missão seria concretizada pela procura de pistas de conteúdo desconhecido em diferentes pontos de cidades europeias, às quais teria acesso através de mapas que o seu pai terá deixado para completar este designio. No espaço de um mês verificou-se uma intensificação desta ideação delirante de teor grandioso, com progressiva desorganização do comportamento e do pensamento, mantendo apenas atividades relacionadas com a referida missão – mantinha os mapas do pai dispersos em casa, procurando incessantemente interpretar os “sinais e códigos” (sic) subjacentes. Acentuou-se igualmente o conteúdo delirante de teor autorreferencial, destacando-se a sensação de que todas as pessoas a conheciam e à sua missão, negando, contudo, fenómenos de alienação do pensamento.

No serviço de urgência, foi efetuado estudo analítico que não revelou quaisquer alterações. O painel de pesquisa de drogas de abuso na urina não detetou a presença de qualquer substância. A doente também realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica na qual não se vislumbraram lesões ocupantes de espaço, alterações estruturais do parênquima encefálico ou qualquer outro padrão de densidades sugestivo de patologia subjacente.

Portanto, trata-se de um quadro psicopatológico súbito de discurso desorganizado e in-

coerente, traduzindo pensamento descarrilado com ideias grandiosas e auto-referenciais envolvendo os pais. Simultaneamente, apresentava padrão comportamental desorganizado, perda da adequação social, risos imotivados, comportamentos bizarros e negligência do autocuidado, sensação de estranheza do seu mundo exterior e insónia quase total.

Atendendo ao quadro clínico descrito, verificou-se a existência de indicação para tratamento em regime de internamento completo. Ao longo do período de internamento, que teve uma duração total de 4 semanas, a doente apresentou uma evolução clínica favorável sob terapêutica antipsicótica. Verificou-se uma resolução progressiva do quadro de alterações do padrão comportamental e do processo formal do pensamento, com remissão gradual de sintomatologia compatível com ideação delirante de conteúdo grandioso e autorreferencial. Aquando da alta clínica a doente apresentava-se com remissão clinicamente significativa (mas não completa) da estrutura delirante supracitada, sem dinamismo ou repercussão funcional associados à mesma. Efetuaram-se as devidas diligências para iniciar seguimento em consulta de Psiquiatria em programa de acompanhamento de primeiros surtos psicóticos, ponderando-se indicação futura para apoio psicoterapêutico em ambulatório.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O caso reporta um quadro clínico que traduz um episódio com características psicóticas.

Perante um quadro clínico com sintomatologia psicótica em doente jovem sem antecedentes psiquiátricos e/ou médicos relevantes,

constitui uma etapa limitante do processo de marcha diagnóstica a exclusão de causas reversíveis de psicose. O estudo analítico e imagiológico não revelou alterações clinicamente relevantes.

A história clínica revelou-se fundamental no vislumbrar de uma experiência traumática que na ocasião não terá sido integrada de forma adaptativa pela doente. O desenvolvimento de um quadro de alterações da senso-percepção e do conteúdo do pensamento relacionados com o evento primário de carácter traumático levou à consideração da psicose dissociativa como hipótese diagnóstica.

A génese do presente episódio terá remontado ao início da vida adulta da doente, por ocasião do falecimento do seu pai. O período que marcou o final de vida da principal figura de referência da doente pautou-se por uma vivência emocional intensa e um sofrimento psíquico decorrentes de um evento que constituiu uma experiência traumatizante na vida da doente, pelo seu curso e sobretudo pelo significado dessa perda.

Postula-se que perante este cenário traumático e de enorme dificuldade em integrar todas as suas dimensões, ter-se-á verificado um fenómeno de dissociação da personalidade em partes de natureza distinta. O controlo executivo com dominância da parte da personalidade aparentemente normal (ANP) permitiu à doente manter uma vivência altamente funcionante nos anos seguintes. Os anos subsequentes pautaram-se precisamente por um padrão de funcionamento de alto rendimento, com concretização de um percurso educativo e profissional, e a gestão da educação da irmã mais nova.

Contudo, a doente vivenciou novamente um momento particularmente exigente a nível pessoal: começou a deparar-se com dificuldades crescentes na gestão da sua atividade profissional e viu terminada uma relação afetiva que considerou a mais intensa e plena que alguma vez experienciou. Sob este substrato de enorme tensão emocional, começaram a denotar-se fenómenos de intrusão da ENP, com tradução num quadro de alteração do conteúdo e do processo formal do pensamento, e desorganização comportamental subsequente.

A sensação de ficar transtornado ou em choque após um trauma/perda é partilhada por esta patologia e pela condição que subjaz ao designado luto patológico¹⁶. Encontra-se descrita na literatura a possibilidade de uma reação de luto anormal apresentar características psicóticas, como atividade alucinatória (outra que não a imagem ou voz do falecido). Documenta-se inclusivamente um eventual subtipo de luto patológico do tipo psicótico, raro, e muitas vezes difícil de diagnosticar.¹⁷

No caso em questão, a doente passou por duas perdas significativas – falecimento da mãe e posteriormente do pai. Aquando do período que sucedeu estes dois eventos negativos de vida, a doente apresentou elevados índices de funcionamento social e ocupacional, conciliando os seus objetivos pessoais com o papel de cuidadora da sua irmã mais nova. O quadro psicopatológico descrito na história da doença atual remonta a um período que decorre cerca de 4 anos após a última perda, sem que se verifique um contínuo de sintomas que possam sugerir que este se enquadra numa reação patológica de luto.

Relativamente à sintomatologia apresentada, denota-se efetivamente uma tristeza e dor emocional intensa subsequente às referidas perdas e o conteúdo do delírio denuncia um desejo persistente de estar em contacto com o falecido (o pai, no caso). Ainda assim, não se verificam outras premissas, como a preocupação com as circunstâncias da morte, a dificuldade em lembrar memórias positivas, a dificuldade em confiar nos outros e um maior isolamento social, a dificuldade em experienciar sentimentos positivos e em abraçar atividades sociais. E, sobretudo, não se identifica um impacto social, pessoal e familiar que nos aponte uma deterioração funcional associada. De um ponto de vista nosológico, não estão reunidos os critérios para diagnóstico de luto patológico (conforme propostas da DSM-5 e ICD-11)¹⁸, e clinicamente, atendendo às características psicopatológicas e cronologia do quadro, o mesmo parece ser melhor explicado por uma reação (dissociativa) a um trauma do passado.

Considerando-se a entidade nosológica da psicose dissociativa e contemplando-se a estabilização psicopatológica da doente com recurso a terapêutica psicofarmacológica, torna-se fundamental um acompanhamento a longo-prazo de forma a reduzir a probabilidade de recidivas subsequentes⁸. Pese embora que grande parte das descrições da PD na literatura se refiram a uma duração breve do episódio psicótico de gênese dissociativa, alguns autores ressaltam a possibilidade de um curso de doença marcado por recidivas frequentes, independentemente da remissão completa do quadro da doença actual⁸. Nas suas descrições clássicas, Pierre Janet considerou a possibili-

dade de uma forma de psicose crónica, representando a transformação da PD em uma outra doença mental⁴.

O seguimento da evolução longitudinal do quadro permite, nestes casos, excluir perturbações dissociativas de prognóstico mais complexo e/ou efetuar uma revisão do próprio diagnóstico, com as respetivas implicações no seu tratamento e prognóstico¹⁹⁻²⁰.

À gênese dissociativa de um episódio psicótico aponta-se um bom prognóstico, com possibilidade de remissão espontânea do quadro, ou na sequência de um curto período de tratamento psicofarmacológico¹⁰. Uma abordagem multidisciplinar com acompanhamento psicoterapêutico encontra-se descrita na bibliografia como uma premissa fundamental no tratamento adequado desta patologia⁶. Classicamente, o tratamento psicoterapêutico baseado no reconhecimento da natureza dissociativa do quadro clínico era considerado a modalidade terapêutica de eleição. Por outro lado, a bibliografia mais recente aponta uma resposta rápida e remissão clínica completa em resposta à terapêutica antipsicótica¹⁰.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared no competing interests exist.*

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. / *The authors have declared no external funding was received for this study.*

BIBLIOGRAFIA / REFERENCES

1. World Health Organization (WHO). ICD-10: Manual of International statistical classification of diseases, injuries and causes of death. 10th revision, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1992.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2019.
3. Piedfort-Marin O. La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité pour conceptualiser et traiter la psychose dissociative : deux études de cas. *Ann Med Psychol*. 2019;177(8):788-795.
4. van der Hart O, Witztum E, Friedman B. From Hysterical Psychosis to Reactive Dissociative Psychosis. *J Trauma Stress*. 1993;6(1):43-64.
5. Devillé C, Moeglin C, Sentissi O. Dissociative Disorders: Between Neurosis and Psychosis. *Case Rep Psychiatry*. 2014; 2014:1-6.
6. Van der Hart O, Nijenhuis, E, Solomon R. Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical considerations. *J EMDR Prac Res*. 2010; 4(2): 76-92.
7. Van der Hart O, Horst R. The dissociation theory of Pierre Janet. *J Trauma Stress*. 1989; 2(4):397-412.
8. Piedfort-Marin O. Psychotherapy of postpartum dissociative psychosis based on the theory of the structural dissociation of the personality and hypnotherapy: A case study. *E J Trauma Dissociation*. 2020;4(3):100129.
9. Moskowitz A, Schaefer I, Dorahy M. Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging Perspectives on Severe Psychopathology. First edition. London: John Wiley & Sons, Ltd; 2008.
10. Steingard S, Hankel F. Dissociation and Psychotic Symptoms. *Am J Psychiatry*. 1985;142(8):953-955.
11. Janet P. Un cas de possession et l'exorcisme moderne. *Bulletin de l'Université de Lyon*. 1894-1895; 8(2): 41-57.
12. Hollender M H, Hirsch SJ. Hysterical psychosis. *Am J Psychiatry*. 1964; 120(11):1066-1074.
13. Longden E, Branitsky A, Moskowitz A, Berry K, Bucci S, Varese F. The Relationship Between Dissociation and Symptoms of Psychosis: A Meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2020;46(5):1104-1113.
14. Graham C, Thavastoby R. Dissociative psychosis: an atypical presentation and response to cognitive-analytic therapy. *Ir J Psychol Med*. 1995; 12(3):109-11.
15. Sun P, Alvarez-Jimenez M, Lawrence K, Simpson K, Peach N, Bendall S. Investigating the prevalence of dissociative disorders and severe dissociative symptoms in first episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2018;13(6):1366-1372.
16. Duffy M, Wild J. A cognitive approach to persistent complex bereavement disorder (PCBD). *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2017;10:1-19.
17. Shimizu K, Kikuchi S, Kobayashi T, Kato S. Persistent complex bereavement disorder: clinical utility and classification of the category proposed for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. *Psychogeriatrics*. 2016;17(1):17-24.
18. Valentim, F. A Redescoberta do Luto e Sua Psicopatologia nas Classificações Contemporâneas. Coimbra : Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2017.
19. Laddis A, Dell PF. Dissociation and psychosis in dissociative identity disorder and schi-

- zophrenia. *J Trauma Dissociation*. 2012; 13(4):397-413.
20. Perona-Garcelán S, García-Montes JM, Cuevas-Yust C, Pérez-Álvarez M, Ductor-Recuerda M, Salas-Azcona R et al. A preliminary exploration of trauma, dissociation, and positive psychotic symptoms in a Spanish sample. *J Trauma Dissociation*. 2010; 11 (3):284-292.