

Um Estudo de Revisão Sobre o Transtorno Dissociativo de Identidade: Características e Direções de Tratamento

Isabele Cristine Gulisz¹ , Fabiano de Mello Vieira² 

Curitiba, Paraná, Brasil

Resumo: O presente trabalho possui como objetivo investigar de forma aprofundada o Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI), suas características, seus principais aspectos etiológicos e nosológicos, assim como suas possíveis formas de intervenção e direções de tratamento. Trata-se de uma revisão narrativa. O TDI é um transtorno complexo, caracterizado pela existência de mais de uma personalidade em um mesmo indivíduo. Em sua origem estão experiências traumáticas, principalmente no período da infância. Diferentes formas de tratamento têm sido estudadas, sem que se tenha definido uma intervenção ideal. Porém, a psicoterapia é apontada como a principal forma de tratamento. A presença do trauma se mostrou predominante na maioria dos estudos realizados ainda que falhas significativas na memória autobiográfica dos indivíduos com TDI sejam comuns e que, em cada caso, as relações com as diversas personalidades observadas se apresentem de forma singular não estabelecendo um padrão. É preciso que esse transtorno seja investigado de forma mais profunda, em todas as suas esferas, possibilitando o desenvolvimento de novas formas de tratamento a partir, principalmente, do entendimento sobre a sua etiologia.

Palavras-chave: psicopatologia, dissociação, diagnóstico

A Review Study About the Dissociative Identity Disorder: Characteristics and Directions of Treatment

Abstract: The present work aims to investigate in depth Dissociative Identity Disorder (DID), its characteristics, its main etiological and nosological aspects, as well as its possible forms of intervention and treatment directions. This is a narrative review. The DID is a complex disorder, characterized by the existence of more than one personality in the same individual. It is originated by traumatic experiences, specially in childhood. Different forms of treatment are being studied, but no ideal intervention has been defined yet. However, psychotherapy is identified as the main form of treatment. The presence of trauma was shown to be predominant in most studies, although significant flaws in the autobiographical memory of the subjects with DID are common, in each case the relationships with the different personalities observed are presented in a very unique way, not establishing a pattern. This disorder needs to be investigated more deeply, in all its spheres, enabling the development of new forms of treatment based mainly on the understanding of its etiology.

Keywords: psychopathology, dissociation, diagnosis

¹ Graduada em Psicologia pela PUCPR. *E-mail:* isabelegulisz@gmail.com

² Doutor e Mestre em Filosofia pela PUCPR. Psicólogo, Professor e coordenador do Curso de Psicologia da Fundação de Estudos Sociais (FESP). *E-mail:* mello_psico@hotmail.com

Submetido em: 12/08/2021. Primeira decisão editorial: 04/11/2021. Aceito em: 28/03/2022.

Introdução

O Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI), antigamente conhecido como “Personalidade Múltipla”, é um transtorno bastante complexo, crônico, com fortes comorbidades e de difícil diagnóstico, causando intensos prejuízos para o indivíduo, em diversas esferas, como pessoal, social e profissional. Apesar do interesse por esse fenômeno ter começado a surgir por volta de 1800, ele foi oficializado como um transtorno apenas no ano de 1980, pela *American Psychiatric Association* (Sadock, 2007; Faria, 2008; APA, 2014).

Mesmo depois dessa oficialização e até os dias atuais, esse transtorno continua sendo, muitas vezes, desacreditado pela sociedade em geral e negligenciado por diversos profissionais da área da saúde, o que dificulta muito os diagnósticos corretos e, conseqüentemente, o devido tratamento. Um fator que distorce a visão das pessoas sobre o TDI é a forma que ele é representado na mídia, a partir de filmes, séries e documentários que exploram esse transtorno, geralmente, de forma completamente equivocada. É utilizado um certo sensacionalismo acerca do tema, representando-o como algo excêntrico e vinculado a imagens de pessoas perturbadas, violentas e criminosas, contribuindo para um maior estigma desse quadro.

Apesar de ser considerado um transtorno raro em comparação a outros quadros, não se pode ignorar o fato de que os casos de TDI podem ser muito mais numerosos do que se acredita. Um dado que confirma essa hipótese é o fato de que, por conta das diversas comorbidades, os indivíduos que apresentam os sintomas acabam não recebendo um diagnóstico correto, sendo classificados apenas quanto a sua condição comórbida, o que poderia alterar consideravelmente a porcentagem de casos (International Society for the Study of Trauma and Dissociation [ISSTD], 2011; Gonzalez, 2014).

A importância desse estudo justifica-se, principalmente, pela escassez de pesquisas científicas relacionadas ao tema em língua portuguesa e pelo aumento do interesse pelo assunto, tanto por parte da população acadêmica quanto das pessoas de um modo geral. Em nível nacional, mesmo com a

carência de materiais, é mais fácil encontrar livros, artigos, teses e dissertações sobre a temática em questão na área da Psiquiatria e não na Psicologia. Destaca-se que ambas são ciências que se complementam e que deveriam ter uma efetiva comunicação e trocas de saberes. Felizmente, em línguas estrangeiras existe um material muito mais amplo e atualizado sobre o assunto, aumentando as esperanças de que futuramente o interesse pelo TDI cresça gradualmente e mais estudos científicos sejam realizados.

A partir do exposto, o presente estudo possui como objetivo investigar as possibilidades de intervenção e as direções de tratamento no Transtorno Dissociativo de Identidade, além de conceituar esse quadro e aprofundar as investigações sobre seus principais fatores de risco desencadeadores. Para isso, foi utilizada a revisão narrativa para a análise crítica dos resultados encontrados. Para a realização da coleta de dados, foram analisadas publicações referentes ao tema principal nas seguintes bases de dados: Scielo, Pepsic, Revista Brasileira de Psiquiatria, Google Acadêmico, como também pesquisas na internet e pesquisas em bibliotecas virtuais. Assim, foram selecionados livros, artigos científicos, revistas científicas, teses e dissertações que estavam de acordo com o tema e com os objetivos propostos, independentemente do ano de publicação, sendo escolhidos materiais tanto na língua portuguesa como na língua inglesa. O período de investigação e coleta de dados se deu de fevereiro a outubro de 2020.

O Transtorno Dissociativo de Identidade: Aspectos Nosológicos

Segundo Sadock (2007), o interesse pelo que se conhece hoje como Transtorno Dissociativo de Identidade se iniciou em meados de 1800, quando esse fenômeno era associado aos estados de possessões. No início do século XIX, Benjamin Rush forneceu uma descrição clínica da fenomenologia desse transtorno em específico. Logo após, Jean-Martin Charcot e Pierre Janet detalharam alguns de seus sintomas e confirmaram sua natureza dissociativa. Sigmund Freud e Eugen Bleuler também se interessaram pelo transtorno, analisando seus

sintomas. Bleuler considerou-os como um reflexo da esquizofrenia, relacionando-os à presença de cisões entre pensamento, emoção e comportamento.

O TDI passou por longos processos de aceitação, sendo que em muitas ocasiões teve sua existência negada e em outras era classificado em subgrupos de transtornos exóticos e extremamente raros. O quadro possui um difícil diagnóstico, com uma sintomatologia diversificada e frequentemente com muitas comorbidades psiquiátricas. Foi apenas no ano de 1980 que o TDI se tornou um diagnóstico oficial da Associação Americana de Psiquiatria, na terceira edição do DSM, ainda com antiga terminologia de “Personalidade Múltipla” (Faria, 2007; 2008; 2016).

De acordo com a CID-10, esse transtorno é raro e bastante controverso. O seu principal aspecto seria a existência aparente de duas ou mais personalidades diferentes dentro de um mesmo indivíduo, sendo que somente uma dessas personalidades se evidenciaria a cada momento. Cada uma dessas personalidades é completa, possuindo suas próprias memórias, comportamentos e preferências específicas. Na forma comum com duas personalidades, uma personalidade é geralmente a dominante, porém nenhuma tem acesso às memórias da outra e na maioria das vezes, ambas desconhecem a existência uma da outra (OMS, 1993).

Segundo Faria, Prado, Souza, Martins e Ferreira (2019), o diagnóstico desse quadro é bastante difícil e complexo. Atualmente, o DSM-5 possui como critérios diagnósticos para o TDI:

- A. Ruptura da identidade caracterizada pela presença de dois ou mais estados de personalidade distintos, descrita em algumas culturas como uma experiência de possessão. A ruptura na identidade envolve descontinuidade acentuada no senso de si mesmo e de domínio das próprias ações, acompanhada por alterações relacionadas no afeto, no comportamento, na consciência, na memória, na percepção, na cognição e/ou no funcionamento sensorio-motor;
- B. Lacunas recorrentes na recordação de eventos cotidianos, informações pessoais importantes e/ou eventos traumáticos

que são incompatíveis com o esquecimento comum; C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo; D. A perturbação não é parte normal de uma prática religiosa ou cultural amplamente aceita; E. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica (American Psychiatric Association, 2014, p. 292).

Como encontrado em Gonzalez (2014), o paciente que possui TDI pode ter recebido três ou mais diagnósticos distintos antes de ser corretamente diagnosticado. Isso pode ocorrer por diversos motivos: pelo fato de o transtorno se apresentar de diferentes formas, possuindo etapas muito diversificadas ao longo de sua evolução; pelo fato de os sintomas dissociativos ficarem evidentes apenas em alguns momentos, passando muitas vezes despercebidos; pelo alto grau de comorbidades associados ao transtorno e pelos sintomas poderem ser confundidos com outros transtornos.

Com efeito, os erros de diagnósticos nesse transtorno podem ser explicados pelo fato de que, dificilmente, as personalidades são visivelmente distintas em um primeiro encontro e em uma breve consulta com o paciente. O indivíduo que possui o TDI típico apresenta uma mistura de sintomas de estresse dissociativo e sintomas de estresse pós-traumáticos, juntamente com outros sintomas que aparentemente não estão relacionados ao trauma. Portanto, apenas as condições comórbidas acabam sendo diagnosticadas, levando a um tratamento prolongado e malsucedido (ISSTD, 2011).

Ainda, o TDI pode se manifestar pela primeira vez em praticamente qualquer idade, desde a primeira infância até a idade adulta avançada. Esse é considerado o mais sério dentre os transtornos dissociativos, apesar de que alguns clínicos experientes terem sugerido que possa existir um espectro mais amplo de gravidade do que se acredita (Sadock, 2007).

Assim, cada personalidade possui seus próprios desejos, gostos, vocabulários e vivências particulares. Algumas dessas personalidades podem

ser estáticas em seu desenvolvimento, por conta de seu contato limitado com o mundo, permanecendo com a mesma idade de quando foram formados. Já outras, estando em maior contato com o mundo, podem se transformar e amadurecer a partir de suas próprias experiências de vida. Essas personalidades podem ser de ambos os sexos, de diferentes idades e raças, com histórias pessoais e de famílias diferentes. Geralmente, cada uma possui um conjunto extremamente complexo de memórias, atitudes, relações pessoais e padrões de comportamentos característicos. A partir disso, juntos, todos os estados de personalidades alternativos constituem a identidade ou personalidade total do indivíduo com TDI (Kholenberg & Tsai, 1991; Sadock, 2007; ISSTD, 2011).

Além disso, é importante abordar o processo de transição entre um estado de personalidade para outro, denominado de “*switching*” ou troca. Na maioria das vezes essa transição ocorre de forma súbita e drástica, podendo durar poucos segundos e até mesmo ser imperceptível. Esses processos podem acontecer em resposta a mudanças no estado emocional do indivíduo ou de acordo com as demandas ambientais. Ainda, é comum que essas trocas ocorram em resposta a acontecimentos estressantes ou a estímulos que envolvem a recordação de lembranças traumáticas. Com isso, estima-se que 60% desses indivíduos alternem suas personalidades apenas às vezes, enquanto 20% possuem raros episódios de alternâncias, além de tentarem ocultá-los (Sadock, 2007; ISSTD, 2011; Maraldi, 2014).

Sadock (2007) e Maraldi (2014) concordam ainda que, a partir dessa transição, os indivíduos geralmente possuem amnésias referentes as outras personalidades e aos eventos que ocorreram quando essas estavam no controle, podendo se surpreender com anotações, objetos e situações das quais se deparam e não conseguem se recordar de ter tido contato anteriormente. Porém, isso não é regra, pois pode acontecer de uma ou algumas dessas personalidades não possuírem amnésia nessas transições e reterem consciência completa da existência, das qualidades e das atividades de outros estados de personalidade. Em outros casos, as personalidades podem saber da existência de todas

ou de algumas das outras personalidades de forma variável, podendo até mesmo considerá-las amigas, companheiras ou rivais.

Sinais e Sintomas

A essência do TDI é a divisão da identidade, juntamente com uma fragmentação³ recorrente do funcionamento pessoal e senso de si mesmo. Segundo o DSM-5 e autores como Faria (2008) e Hueb e Pitta (2016), dentre os principais sintomas desse transtorno estão as lacunas significativas no senso de si mesmo e do domínio das próprias ações; facilidade de desligamento total do mundo; ocorrência de *flashbacks dissociativos*⁴ e fenômenos psicóticos transitórios, como alucinações visuais, táteis, olfatórias, gustatórias e somáticas.

De acordo com o DSM-5, outra importante característica desse transtorno é a manifestação da chamada amnésia dissociativa, que aparece de três formas. A primeira se caracteriza por lacunas na memória remota de eventos da vida pessoal, como informações sobre a infância, adolescência e eventos de vida marcantes. A segunda forma seriam os lapsos na memória normalmente confiável, como informações do que aconteceu no dia a dia e de habilidades básicas e aprendidas. Já a terceira forma amnésia dissociativa seria a descoberta de evidências de ações e tarefas cotidianas que o indivíduo não se recorda de ter feito e até mesmo a sensação de “voltar a si” no meio de alguma tarefa. Outro fator muito comum no TDI, também relacionado a essas amnésias dissociativas seria a fuga dissociativa, que se caracteriza pelo fato da pessoa de repente se perceber em algum local que ela desconhece ou que não faz a menor ideia de como foi chegar ali, como em uma praia, em um restaurante, no trabalho, e assim por diante (APA, 2014).

³ O termo fragmentação está diretamente associado ao termo dissociação, representando uma divisão, uma divisão do campo da consciência (Dalgalarrodo, 2008).

⁴ Caracteriza um estado dissociativo durante o qual aspectos relacionados a um evento traumático são vivenciados como se estivessem ocorrendo no presente (APA, 2014).

Ainda, de acordo com o DSM-5, é comum existir o sintoma de “descontinuidade”, caracterizado pelo sentimento de ter se tornado subitamente observado e despersonalizado de suas “próprias” falas e ações, sem conseguir ter o controle sobre isso. Já as alucinações auditivas podem ser vivenciadas como fluxos de pensamentos múltiplos, independentes, o qual o indivíduo também não consegue controlar. Não obstante, comportamentos impulsivos, falas e ações podem surgir de forma repentina, sem que o indivíduo consiga ter um domínio sobre isso (APA, 2014).

Conforme citado pela ISSTD (2005) e autores como Gabbard (2006) e Faria (2007), outros sintomas presentes nesse transtorno são: intervalos na lembrança de informações pessoais importantes, que não são explicadas por um esquecimento comum; despersonalização⁵; desrealização⁶; confusão e alteração de identidade; regressão espontânea da idade; flutuações intelectuais; alterações no humor; pensamentos e ideias suicidas; lesões autoprejudiciais e comportamentos autodestrutivos.

Com efeito, nota-se que os prejuízos causados por essa sintomatologia variam bastante para cada indivíduo, desde aparentemente mínimos a profundos. Além de causarem um intenso sofrimento, podem existir comprometimentos nas funções relacionais, conjugais, familiares e parentais desse indivíduo, como também prejuízos em sua vida ocupacional, social e profissional (APA, 2014).

Os indivíduos com TDI geralmente apresentam alto grau de comorbidades, a partir de uma mistura de sintomas dissociativos com outros sintomas psiquiátricos. Entre as condições comórbidas mais comuns estão os seguintes transtornos: de estresse pós-traumático; de humor (transtornos depressivos); de personalidade (especialmente borderline); somatoformes; alimentares; relacionados a substâncias; do sono e obsessivo-compulsivo (Sadock, 2007; ISSTD, 2011; APA, 2014).

⁵ Refere-se ao sentimento de estar se distanciando, como se fosse um observador externo, de seus próprios processos mentais, corpo ou ações (APA, 2014).

⁶ Remete ao sentimento de estar se distanciando, como se fosse um observador externo, do ambiente ao seu redor (APA, 2014).

Além dessas comorbidades, Sadock (2007) e Gentile, Dillon e Gillig (2013) concordam que as tentativas de suicídio e os comportamentos autoagressivos são muito comuns e recorrentes em pacientes com TDI. De acordo com estudos, as tentativas de suicídio atingem cerca de dois terços dos pacientes com esse transtorno. Ou seja, os autores concluem que as taxas de comportamentos suicidas e autoprejudiciais entre indivíduos com TDI são altamente superiores se comparadas com outros distúrbios psiquiátricos.

Principais Fatores Desencadeadores

A causa do TDI ainda é desconhecida, porém, na história de vida desses indivíduos há quase sempre (próximo de 100% dos casos), a presença de pelo menos um evento traumático. Sendo assim, esse transtorno estaria diretamente ligado a intensos traumas, ocorridos predominantemente durante o período da infância. Apesar disso, é ressaltado que nem sempre esses processos traumáticos irão desencadear especificamente em um quadro de TDI (Faria, 2007; Sadock, 2007; Werebe & Funaro, 2011).

Desse modo, os eventos traumáticos associados ao TDI se constituem, em sua maioria, de abusos psicológicos, emocionais, físicos e/ou sexuais. Altas taxas de abusos sexuais graves e repetitivos durante a infância foram associadas ao transtorno, sendo esses abusos geralmente incestuosos (Sadock, 2007; ISSTD, 2011; APA, 2014).

Com isso, pode-se afirmar que essas experiências traumáticas são muito maiores no TDI em comparação a outros transtornos psiquiátricos. Portanto, a presença do trauma, principalmente durante a infância, é considerada como um fator etiológico quase universal no desencadeamento desse transtorno. No entanto, alguns autores concordam que o trauma isoladamente não é suficiente para ocasionar o desencadeamento desse transtorno e que existiriam outros fatores relacionados. Segundo Sadock (2007) e Gonzalez (2014), entre os outros fatores estão a vulnerabilidade para o desenvolvimento do transtorno, fatores ambientais e a falta de apoio externo, como figuras de apego seguro. Dessa forma, afirma-se que não

são todas as pessoas que passam por experiências traumáticas que desenvolvem especificamente um quadro de TDI.

A Função da Dissociação no TDI

De acordo com Faria (2007) e Faria et al. (2019), o TDI é caracterizado pela dissociação patológica da consciência, causado por impactos traumáticos não elaborados e esquecidos parcialmente pelo indivíduo. Portanto, a dissociação presente nesse transtorno serviria como um mecanismo de defesa⁷ para o indivíduo. A partir da existência de traumas reais, frequentes e recorrentes, juntamente com fatores como a rejeição, abandono, desamparo, abusos e maus-tratos, a dissociação surgiria, então, como uma forma de defesa. Assim, a partir da dissociação, novas personalidades aparecem, ocasionando processos amnésicos agudos relacionados aos traumas experienciados. O surgimento desses diversos estados de consciência, ou seja, do eu fragmentado, com diferentes habilidades, memórias e sentimentos, se explicam pela constatação de realidades traumáticas reais, que aconteceram em diferentes circunstâncias da vida, a partir de uma origem insuportável.

Em concordância com Gonzalez (2014), a dissociação ocorre como resposta a um evento traumático, sendo uma forma de defesa, uma maneira de lidar com estressores, na qual o indivíduo se desconecta de uma emoção que não consegue suportar, ou seja, isola todas as emoções dolorosas e intoleráveis. Assim, as respostas dissociativas são geradas de modo a evitar o trauma e, posteriormente, sua recordação. Esse fenômeno, então, permitiria com que o indivíduo sobrevivesse ao seu passado traumático, conseguindo seguir com sua vida.

Segundo Freud (1923/1996), nesse quadro, as diferentes identificações, ou seja, os diferentes estados de personalidade, apoderam-se sucessivamente da consciência, ocorrendo uma ruptura do ego⁸, e em consequência, essas identificações se tornam

separadas uma das outras. Ainda sobre isso, para Zimerman (2007), esse transtorno é explicado pelo fato de coexistirem diversas representações distintas⁹ dentro do ego, dissociadas entre si, que aparecem separadamente na consciência de acordo com as determinadas necessidades e circunstâncias.

Portanto, como levantado por Mohr e Thá (2012), esse grupo de representações é separado do ego por um mecanismo de defesa, permanecendo no inconsciente, isolado de outros grupos psíquicos. Assim, o surgimento de diferentes personalidades seria uma medida protetora, atuando a fim de aliviar o indivíduo de lembranças e sentimentos incompatíveis com o conjunto de representações do ego. Ou seja, essas diferentes personalidades ficam à disposição para, quando necessário, assumir o controle do corpo e auxiliar o indivíduo a suportar as adversidades da vida.

Em relação aos estados de personalidade, segundo Gonzalez (2014), uma ou mais das personalidades dissociadas evitam as memórias traumáticas e desempenham as funções da vida diária, enquanto outra ou outras personalidades continuam fixadas nessas memórias. As partes que evitam os eventos traumáticos não possuem consciência do que ocorreu, não aceitam esse fato e acreditam que esses traumas aconteceram com outra pessoa. Com isso, essas partes da personalidade rejeitam aspectos de si mesmas e de sua história, vivendo em uma luta de conflitos internos permanentes.

Com efeito, a dissociação possibilita que esses indivíduos mantenham uma ilusão de controle psicológico quando vivenciam uma sensação de desamparo e perda do controle sobre seus corpos. Então, essas defesas dissociativas possuem uma dupla funcionalidade: a de ajudar esses indivíduos a saírem dos acontecimentos traumáticos enquanto esses ainda estiverem acontecendo e de retardar a necessidade de elaboração desses eventos (Gabbard, 2006).

Por fim, a dissociação seria uma divisão de grupos de conteúdos mentais da percepção consciente. Ela possibilita que o indivíduo retenha as experiências traumáticas, as deixando fora do acesso da consciência, simulando, assim, que o trauma nunca

⁷ São mecanismos que fazem a mediação da reação do indivíduo a conflitos emocionais e a estressores externos (APA, 2014).

⁸ Aqui pode-se entender a questão da ruptura do ego como uma fragmentação, como uma dissociação da consciência.

⁹ Essas representações distintas se referem aos diferentes estados de personalidade.

tenha acontecido. Portanto, a dissociação serviria como uma forma de desligamento da consciência, que afastaria esses afetos intensos e devastadores, permitindo que o indivíduo mantenha a lealdade entre duas verdades contraditórias ao mesmo tempo em que permanece inconsciente dessa contradição (Gabbard, 2006; APA, 2014).

Diagnóstico Diferencial

Em conformidade com Sadock (2007), um dos principais diagnósticos diferenciais do TDI inclui dois outros transtornos dissociativos: a amnésia e a fuga dissociativas. Porém, nenhuma dessas apresenta alternâncias de personalidades, característica própria do TDI. Além disso, esse transtorno pode ser confundido com alguns transtornos psicóticos, como a esquizofrenia, pois indivíduos com esquizofrenia podem ser delirantes e acreditar que possuem identidades separadas ou relatar ouvir vozes de outras personalidades.

Ainda para o autor, alguns sintomas dos transtornos bipolares de ciclagem rápida se assemelham aos sintomas do TDI, porém, apenas nesse último existe a presença de personalidades independentes no indivíduo. Em relação à alternância de personalidades, essa pode ser interpretada de forma equivocada como questões relacionadas à irritabilidade do humor e problemas de autoimagem, o que poderia levar a um errôneo diagnóstico de transtorno de personalidade borderline. A simulação também representa um problema diagnóstico difícil e, com isso, deve-se ficar atento a claros ganhos secundários. Entre os distúrbios neurológicos a serem considerados no diagnóstico diferencial, a epilepsia parcial complexa é a que tem maior probabilidade de se assemelhar aos sintomas do TDI (Sadock, 2007).

Segundo a APA (2014), existem também outros diagnósticos diferenciais relacionados ao TDI. Os sintomas presentes nesse transtorno podem parecer satisfazer critérios de um episódio depressivo maior, sendo esses indivíduos, geralmente, deprimidos. Porém, o humor deprimido pode flutuar, sendo vivenciado por alguns estados de personalidades, mas não por outros. Ainda,

os sintomas e comportamentos presentes no TDI podem ser pseudoneurológicos, se assemelhando a convulsões parciais complexas com focos no lobo temporal. Entre os sintomas presentes nesses dois quadros estão a despersonalização, desrealização, experiências extra corporais, amnésia, fragmentações da consciência e alucinações.

Ainda, conforme encontrado na APA (2014), o TDI pode ser confundido com o transtorno de estresse pós-traumático, mesmo que esse muitas vezes esteja presente no quadro, porém como uma comorbidade. Entre as principais diferenças presentes nessas condições estão que apenas no TDI existem amnésias para eventos cotidianos; *flashbacks* dissociativos que podem ser seguidos por amnésia do conteúdo dos *flashbacks*; sensação de perda do senso de si mesmo e no domínio das próprias ações e mudanças completas infrequentes entre estados de personalidades diferentes.

Tratamento

Apesar do avanço nas investigações acerca desse transtorno nos últimos anos, sua cura definitiva ainda não foi alcançada e seu tratamento ainda não possui grande eficácia comprovada. Assim, diferentes modalidades de tratamento têm sido estudadas, sem que tenha se definido a intervenção ideal para esse transtorno (Faria, 2007; Tófoli, Moreira-Almeida, Junior, Zangari & Fortes, 2013).

Alguns autores apontam que a principal forma de tratamento para esse transtorno seria a psicoterapia. A partir de um tratamento apropriado, os prejuízos nas áreas profissionais e pessoais desses indivíduos demonstram uma melhora considerável. Porém, esse dado não pode ser generalizado, visto que alguns indivíduos, mesmo com o tratamento, continuam bastante comprometidos na maior parte de suas atividades diárias. O ideal, então, seria um tratamento de apoio prolongado, que pode aos poucos auxiliar esses indivíduos no controle de seus sintomas (APA, 2014).

Sobre isso, segundo a ISSTD (2011), a psicoterapia individual se caracteriza como a principal modalidade de tratamento para o TDI, sendo imprescindível que esse tratamento seja

sempre individualizado, considerando-se as opções disponíveis para a intervenção. O tratamento de pacientes com TDI ocorre geralmente a longo prazo, atingindo anos de duração.

Kluft e Loewenstein (2009) e a ISSTD (2011), ressaltam que indivíduos com TDI costumam não se adequar à psicoterapia de grupos ou a grupos de autoajuda. Muitos desses pacientes possuem dificuldades em tolerar a carga gerada nesses grupos, a partir de discussões relacionadas a experiências traumáticas de outros participantes. Essa interação pode provocar um aumento nos sintomas dissociativos do paciente, descompensações e ocasionar em relações disfuncionais entre os membros do grupo.

Geralmente, os pacientes com dissociações e traumas complexos necessitam de intervenções elaboradas e prolongadas, sendo essencial um tratamento que os auxilie a superar os danos sofridos. A gravidade das experiências devastadoras pelas quais eles passaram os fazem vulneráveis a alguns tipos de intervenções. Sendo assim, é de extrema importância que exista respeito e cuidado, assim como uma adequada supervisão dos processos psicoterapêuticos desses pacientes (Gonzalez, 2014).

Como se pode notar, o tratamento desse transtorno é bastante controverso entre os pesquisadores e possui diferentes propostas como: a questão de integrar as personalidades; a busca de uma harmonia entre elas ou simplesmente deixá-las de lado; a procura de uma melhor adaptação desse paciente; o entendimento das personalidades como simples artifícios; focar no tratamento dos outros sintomas e assim por diante, variando para cada profissional (Werebe & Funaro, 2011).

Em relação ao uso de medicações, pode-se afirmar que ainda não existem evidências sobre a efetividade e os benefícios da utilização de fármacos no tratamento dos pacientes diagnosticados com esse quadro. O que se tem conhecimento é que essas medicações podem ser utilizadas para tratar as condições associadas ao TDI, como, por exemplo, antidepressivos, benzodiazepínicos e anticonvulsivantes e neurolépticos, que são úteis na depressão e estabilização de humor, sintomas ansiosos, de estresse pós-traumático, obsessivo-compulsivos

e de agressividade (Sadock, 2007; Werebe & Funaro, 2011; Hueb & Pitta, 2016).

Assim, de acordo com Sadock (2007) e Gonzalez (2014), as medicações podem ajudar a diminuir o mal-estar do paciente, ou seja, são recursos mais adaptativos, funcionando de maneira rápida e auxiliando na estabilização do paciente. Portanto, o uso de fármacos pode ser útil como um auxiliar à psicoterapia, sendo essa a principal forma de tratamento do TDI.

Sobre a questão de abordagens de trabalho, ainda hoje não existem comprovações científicas sobre a real efetividade de cada tipo de tratamento, de cada abordagem escolhida, ou seja, não se pode afirmar qual seria a mais benéfica para a intervenção desse quadro. Ainda, a maioria dos pesquisadores aceitam que a melhor opção de tratamento seria a integração completa, ou seja, entre todas as personalidades, buscando com que o indivíduo se torne apenas um ao invés de ser fragmentado, ou ainda uma integração parcial, referente a unificação em um menor número de personalidades, visando a diminuição desse número total. Ressalta-se que a integração não é o único objetivo de tratamento para o TDI.

Segundo a ISSTD (2011) e Gonzalez (2014), a fragmentação da personalidade ocasionada pelo trauma é o mecanismo central dos transtornos dissociativos. Assim, o elemento principal da terapia é a atuação no sentido de reparar essa fragmentação, de reduzi-la. Para os autores, um resultado de tratamento desejável é o alcance de uma forma viável de integração ou harmonia entre as diferentes personalidades. Nesse sentido, a integração se caracteriza como um processo amplo e longitudinal, referente ao trabalho sobre os aspectos mentais dissociados ao longo do tratamento.

A partir disso, a psicoterapia com pacientes com TDI deve possuir como princípio fundamental a promoção de maior comunicação e coordenação entre as personalidades. Ajudar tais personalidades a se conhecerem como partes legítimas de si e auxiliar na negociação e resolução de seus conflitos é o centro do processo terapêutico. Além disso, o terapeuta deve esclarecer que todas as personalidades representam tentativas adaptativas

de lidar ou dominar os problemas que o paciente vivenciou, sendo fundamental que o terapeuta trate as personalidades igualmente, sem preferências. Desse modo, o tratamento do TDI pode ser dividido em três fases. A primeira fase possui como objetivos o estabelecimento de segurança, a estabilização do paciente e a redução de sintomas; a segunda fase busca confrontar, trabalhar e integrar as memórias traumáticas e, por último, a terceira fase objetiva a integração e reabilitação das personalidades. De uma forma geral, todo o trabalho terapêutico visa ajudar o paciente a desenvolver segurança, estabilidade e maior adaptação à vida cotidiana (ISSTD, 2011).

Sendo assim, evidencia-se que para a efetividade do tratamento é indispensável que se exista uma boa relação entre o terapeuta e o paciente. Essa relação deve basear-se em confiança e respeito, pois isso aumentará ainda mais a aderência do paciente ao tratamento. Ainda, a terapia deve ser um local seguro para o paciente e, independentemente do método de tratamento escolhido, é importante que o terapeuta respeite o ritmo do paciente, percebendo até onde ele consegue avançar de uma forma segura durante o tratamento.

Um ponto principal no trabalho psicoterápico é procurar diminuir ou cessar as condutas autolesivas. Segundo a Gonzalez (2014), as autolesões constituem muitas vezes maneiras de escapar de emoções desagradáveis, tentativas de distrair-se das lembranças traumáticas ou até mesmo formas de sair de um estado dissociado. Para o paciente, a diferença entre uma lembrança e a realidade não é absolutamente evidente. As cenas traumáticas aparecem com frequência, de forma bastante viva, dificultando que o paciente as diferencie de uma situação real.

Ainda de acordo com Gonzalez (2014), muitas vezes, estabilizar um paciente dissociativo sem abordar diretamente a fragmentação é impossível. Então, deve-se trabalhar com as diferentes personalidades a fim de buscar uma organização, permitindo que cada personalidade cuide uma da outra. Além disso, o terapeuta deve trabalhar com o questionamento das cognições do paciente associadas ao trauma, sem ter que de fato mencioná-los. Assim, o paciente pode passar da posição de “vítima/culpado” para a de

“sobrevivente”, sendo essa uma evolução cognitiva que irá produzir-se ao longo de toda terapia.

Sobre o processo de integração entre as personalidades, a autora afirma que esta vai acontecendo de modo progressivo ao longo do processo terapêutico, incluindo a associação do que foi anteriormente dissociado e a reconexão das partes fragmentadas. A autora ressalta que não são todos os pacientes que conseguem alcançar a integração completa. Com isso, pode ser que alguns pacientes, com diferentes graus de fragmentação, consigam sim chegar a um estado de funcionamento integrado, outros podem atingir estabilidade o suficiente para melhorar sua adaptação e outros podem seguir com suas personalidades dissociadas, mas alcançando um nível mais harmônico e menos conflitante entre elas (Gonzalez, 2014).

Dessa forma, é importante que a integração seja explicada como uma forma de alcançar um estado de força, poder ou controle maior ao que qualquer personalidade sozinha conseguiria alcançar. Para facilitar esse processo, o terapeuta pode trabalhar com as personalidades conceitos de unificação, potencialização, fortalecimento e renovação (Gonzalez, 2014).

Assim, considerando que todos os estados de personalidade compõem a personalidade total do paciente, a integração buscaria a conexão de todas essas partes, a junção delas em uma só. Caso seja vontade do paciente e de suas personalidades integrarem, pode ser bastante benéfico para o indivíduo possuir uma personalidade integrada, tendo contato com aspectos de si mesmo que antes desconhecia ou que era incapaz de aceitar. Sendo assim, o indivíduo integrado pode se sentir mais estável e mais completo, possuindo acesso a todas as partes de si mesmo. Essa integração não seria simplesmente montar um “quebra-cabeça”, mas sim construir algo novo, uma nova visão do paciente sobre si, sobre sua história, a partir de uma nova perspectiva.

Com efeito, caso exista de fato um trabalho de integração entre as personalidades, o acompanhamento pós-integração é essencial, pois o indivíduo basicamente não sabe viver de outro jeito que não seja fragmentado. Aqui, é importante que seja realizado um trabalho com

esse indivíduo para que ele consiga viver sem o uso de suas defesas dissociativas. Portanto, o acompanhamento terapêutico é essencial em todas as etapas do tratamento.

Os pacientes que conseguem atingir a integração costumam possuir uma melhor funcionalidade, maior força emocional e relacionamentos interpessoais mais adequados. Como mencionado anteriormente, nem todos os pacientes conseguem integrar, e mesmo que a integração seja o principal objetivo no tratamento. Existem ainda outros pontos também importantes, como melhorar a funcionalidade do paciente, auxiliá-lo para que tenha uma qualidade de vida adequada, relações interpessoais de qualidade e mais autonomia. Portanto, o terapeuta poderá guiar o paciente na direção da integração, porém, é o paciente que “define” qual é o caminho que melhor se adapta a ele e à sua realidade (Gonzalez, 2014).

Ainda sobre as direções de tratamento, de acordo com Gonzalez (2014), dentro das terapias que trabalham especificamente a fragmentação, existem diferentes abordagens e objetivos finais de tratamento. A autora traz como exemplos as seguintes: as abordagens com enfoques integracionistas, que visam como objetivo final a integração das partes dissociadas; as abordagens focadas na personalidade, que defendem a busca de uma otimização da organização interna do sistema e ainda, o adaptacionismo, que se concentra em melhorar o funcionamento do paciente, buscando diminuir seus sintomas.

Sobre isso, Gentile et al. (2013) afirmam que a questão da integração deve ser explorada durante a relação psicoterapêutica. Para alguns pesquisadores, a recuperação e a exploração do trauma, assim como integração, são partes necessárias do tratamento do TDI, enquanto outros acreditam que a integração é uma escolha pessoal de cada paciente. Kholenberg e Tsai (1991) ressaltam que o tratamento do TDI é considerado bem-sucedido quando esses indivíduos conseguem ter uma vida cotidiana satisfatória, mesmo que a integração não seja completa ou que não seja experienciado uma personalidade única.

Além disso, segundo a ISSTD (2011), modalidades de tratamento complementares à

psicoterapia podem ser benéficas a pacientes com TDI. Entre essas estão: arteterapia; terapia de horticultura; musicoterapia; terapia de movimentos; terapia ocupacional; poesia terapia; psicodrama e recreação terapêutica. Essas modalidades oferecem aos pacientes oportunidades únicas para abordar diferentes questões de tratamento, dentro de um contexto estruturado e de apoio.

A partir do exposto, é possível afirmar que todos os autores estudados concordaram que não existe uma cura para o TDI, e que seu tratamento é bastante intenso, longo e desafiador, podendo alcançar anos de duração. Assim, a principal modalidade de tratamento seria a psicoterapia individual, na qual um longo trabalho deverá ser feito, com bastante cuidado, respeito e paciência. Segundo Gonzalez (2014), para o tratamento de pacientes com TDI não existem protocolos simples, não existem passo a passo e estratégias que sejam aplicáveis a todos os pacientes. Assim, a relação terapêutica seria um guia fundamental para a orientação do trabalho com o paciente.

Além disso, é possível afirmar que, apesar de importante, a integração não deve ser vista como o único objetivo de tratamento desse transtorno. O tratamento psicoterápico pode ter outras finalidades, como: reduzir as condutas autolesivas, diminuir os sintomas de dissociação, controlar as comorbidades, auxiliar na diminuição nos prejuízos sociais, familiares, relacionais, promover a diminuição do sofrimento, proporcionar uma maior funcionalidade ao paciente, assim como uma melhor qualidade de vida e maior sensação de bem-estar.

Como ainda não se conhecem efetivamente todos os detalhes e aspectos sobre o TDI, é compreensível que ainda não exista um tratamento comprovadamente eficaz para esse quadro. Assim, conclui-se que não existe uma única intervenção ideal para o TDI. O que se tem são diferentes estratégias que estão sendo estudadas, que podem funcionar ou não para um determinado indivíduo. Ou seja, não existem regras fixas, pois cada ser humano é único, com sua própria história, subjetividade e particularidades.

Considerações Finais

A proposta do presente trabalho foi revisar a literatura e aprofundar os conhecimentos sobre o transtorno em si, investigando suas principais características, seus fatores desencadeadores e suas formas de tratamento. Ou seja, não se buscou usar uma abordagem psicológica específica, mas sim a utilização de um enfoque teórico. Assim, o intuito do trabalho foi reunir o maior número de informações sobre o transtorno, buscando estudá-lo da forma mais ampla possível, a partir de distintas visões. Com isso, diferentes teorias e pressupostos foram abordados, evidenciando o transtorno de uma forma geral.

As principais limitações encontradas para a realização desse estudo foram relacionadas à escassez de materiais referentes ao tema em língua portuguesa, considerando que os materiais em línguas estrangeiras detalhavam e aprofundavam de forma muito mais ampla o transtorno. Além disso, não foi possível o acesso de alguns materiais em língua inglesa na íntegra.

Ressalta-se que foram encontrados poucos materiais sobre as principais abordagens da Psicologia e o tratamento do TDI. A maioria dos autores trabalharam o tratamento psicoterápico de uma forma geral, sem entrar em discussões sobre uma abordagem específica. Ainda, a maior parte dos pesquisadores estudados encontravam-se na área da Psiquiatria e não propriamente na área da Psicologia.

Conclui-se que, mesmo com todos os avanços nos estudos sobre esse transtorno, ainda existem muitos fatores a serem explorados. Assim, é preciso que esse transtorno seja investigado de forma mais profunda, em todas as suas esferas: noológicas, etiológicas, diagnóstica, entre outras. Além disso, é importante que mais pesquisas sejam realizadas sobre as formas de tratamento e que mais abordagens da Psicologia se interessem por esse transtorno, procurando propor novas possibilidades de intervenção. Por fim, espera-se que mais pesquisadores abordem esse tema e que mais estudos sejam realizados, pois, definitivamente, ainda existem muitos aspectos a serem investigados e descobertos sobre o Transtorno Dissociativo de Identidade.

Contribuição

Os pesquisadores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed.). Artmed.
- Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2ª ed.). Artmed.
- Faria, M. A. (2007). *Impacto do trauma e dissociação da consciência na personalidade múltipla: um estudo de caso* [Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Católica de Brasília].
- Faria, M. A. (2008). O Teste de Pfister e o transtorno dissociativo de identidade. *Avaliação Psicológica*, 7(3), p. 359-370. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000300009
- Faria, M. A. (2016). *Transtorno dissociativo de identidade e esquizofrenia: uma investigação diagnóstica* [Tese de Doutorado em Ciências Médicas, Universidade de Brasília].
- Faria, M. A., Prado, E. B. A., Souza, W. C., Martins, V. F., & Ferreira, V. M. (2019). A utilização do Método de Rorschach no diagnóstico diferencial da Esquizofrenia e Transtorno Dissociativo de Identidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e3521. doi:10.1590/0102.3772e3521
- Freud, S. (1996). *O Ego e o Id*. J. Strachey (Org. e Trans.), Edição STANDARD Brasileira das Obras Psicológicas Completas. (Vol. XIX). Imago.
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica* (4ª ed.). Artmed.
- Gentile, J. P., Dillon, K. S., & Gillig, P. M. (2013). Psychotherapy and pharmacotherapy for patients with dissociative identity disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(2), 22-29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3615506>

- Gonzalez, A. (2014). *Transtornos Dissociativos: Diagnóstico e Tratamento*. TraumaClinic Edições.
- Hueb, R. A. S., & Pitta, J. C. N. (2016). Transtornos Dissociativos. In F. Paraventi, & A. C. Chaves, *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 85-90). Roca.
- International Society for Study of Dissociation. (2005). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults. *Journal of Trauma Dissociation*, 6(4), 69-149.
- International Society for Study of Dissociation. (2011, 03 de março). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115-187.
- Kholenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Intensas e Curativas*. ESEtec.
- Kluft, R. P., & Loewenstein, R. J. (2009). Transtornos Dissociativos e Despersonalização. In G. O. Gabbard, *Tratamentos dos transtornos psiquiátricos* (pp. 530-554). Artmed.
- Maraldi, E. O. (2014). *Dissociação, crença e identidade: uma perspectiva psicossocial* [Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].
- Mohr, A. M., & Thá, F. (2012). Conjecturas psicanalíticas acerca da Desordem de Personalidades Múltiplas. *Psicologia Argumento*, 30(69), 207-218. <https://biblat.unam.mx/hevila/Psicologiaargumento/2012/vol30/no69/1.pdf>
- Nijenhuis, E., Van der Hart, O., & Steele, K. (2010). *Trauma-related structural dissociation of the personality*. *Activitas Nervosa Superior*, 52(1), 1-23.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas* (Dorgival Caetano, Trad.). Artmed.
- Sadock, B. J. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (9ª ed.). Artmed.
- Tófoli, L. F., Moreira-Almeida, A., Junior, A. M., Zangari, W.; & Fortes, S. L. C. L. (2013). Transtornos Dissociativos e Conversivos. In J. J. Mari, & C. Kieling, *Psiquiatria na prática clínica* (pp. 105-126). Manole.
- Werebe, D. M., & Funaro, G. (2011). Transtornos Dissociativos, Somatoformes e Síndrome da Fadiga Crônica. In E. C. Miguel, V. Gentil, & W. F. Gattaz, *Clínica psiquiátrica*. Barueri (pp. 904-912). Manole.
- Zimerman, D. E. (2007). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Artmed.