



# **Relação Entre Eventos Traumáticos e o Distúrbio de Identidade Dissociativa**

**Ana Beatriz Ribeiro Martins Peres Teixeira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(mestrado integrado)

Orientadora: Doutora Maria Antónia Batista Pinto Bandeira Mateus Zamora

**Maior de 2020**



## **Dedicatória**

À minha mãe, Albana Teixeira, que  
sempre me apoiou em tudo.



## Agradecimentos

À Doutora Maria Antónia Batista Pinto Bandeira Mateus Zamora por ter concordado em acompanhar-me ao longo deste projeto, por toda a sua amabilidade e disponibilidade, por todos os conselhos e por tão bem me ter orientado. Por ter cimentado o meu gosto pela Psiquiatria e por me receber sempre de braços abertos.

À minha querida mãe, por ter sido sempre um pilar tão indispensável no meu crescimento profissional e pessoal, por sempre me ter apoiado incondicionalmente e por me incutir que sou capaz de alcançar qualquer objetivo a que me proponha, ensinando-me a nunca desistir dos meus sonhos e a levantar-me as vezes que forem precisas até os alcançar.

À Bárbara Santos por, para além de me oferecer uma amizade incondicional, ter sido uma parte essencial durante o meu percurso académico. Por ser um exemplo do tipo de pessoa e médica que eu espero um dia vir a ser.

Ao João Batista por ser aquele que está sempre presente, por todo o carinho e preocupação e por me fazer companhia em todas as minhas tardes de estudo.

À minha querida avó Rosinha por sempre ter acreditado em mim, pela preocupação depois de qualquer exame e por torcer sempre pelas minhas conquistas.

À Inês Silva por ter estado comigo desde o primeiro dia, nesta jornada que ambas percorremos ao longo destes seis anos. Por ser uma companheira ideal não só de estudo, mas de todas as horas. Por me ter ensinado que a amizade verdadeira estará sempre presente e por ter alegrado todos os meus dias passados na Covilhã.

À Doutora Sandra Santos por toda a sua disponibilidade em ajudar-me neste projeto e por todas as opiniões e conselhos que foram fundamentais.

Por fim, a todos os que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste projeto.



## **Prefácio**

- “- Está tudo bem?
- Porque não deveria estar?
- Hoje nem pareces tu.
- Eu nunca sou eu mesma – respondi”

*O Inferno de Alice*, Alice Jamieson



## Resumo

O termo personalidade pode ser definido como um conjunto de qualidades individuais que se demonstram através do comportamento de determinado indivíduo em situações variadas.

É importante reconhecer que num distúrbio mental os comportamentos da pessoa diferem dos tidos anteriormente, enquanto num indivíduo saudável o seu padrão comportamental global mantém-se estável ao longo do tempo.

A possibilidade de determinados tipos de personalidade aumentarem a predisposição para distúrbios psiquiátricos, por modificarem a resposta de cada indivíduo a eventos stressantes, é um conceito bastante importante. No entanto, tal hipótese ainda é alvo de grande controvérsia.

Existem evidências de que experiências traumáticas durante infância influenciam o desenvolvimento da personalidade de um indivíduo, podendo tais acontecimentos predispor ao desenvolvimento de um distúrbio de identidade dissociativa, entre outras patologias.

O distúrbio de identidade dissociativa, anteriormente conhecido como distúrbio de personalidade múltipla ou distúrbio de personalidade dissociativa, consiste na existência de dois ou mais estados de personalidade, que alternam no “controlo” da pessoa. O indivíduo experiencia amnésia dissociativa, ou seja, incapacidade de recordar informações pessoais importantes, eventos quotidianos e até mesmo acontecimentos traumáticos, não podendo esta amnésia ser explicada pelo esquecimento natural que vai ocorrendo ao longo dos anos.

Para a elaboração deste trabalho efetuou-se a pesquisa de artigos científicos em bases de dados, mais especificamente a *PubMed*. Foram também utilizados vários manuais das áreas de Psiquiatria e Psicologia, bem como uma autobiografia e um livro escrito por uma jornalista psiquiátrica, onde a mesma retrata um caso de uma paciente com a patologia abordada.

O objetivo desta dissertação é, portanto, estudar a forma como eventos traumáticos conduzem ao aparecimento de uma perturbação de identidade dissociativa e de que forma esta perturbação de identidade se trata de uma estratégia do indivíduo em causa para lidar com o evento traumatizante.

## Palavras-chave

Distúrbio de identidade dissociativa; trauma; abuso sexual



## **Abstract**

The term personality can be defined as a group of individual qualities, which can be demonstrated by the behavior of a certain individual in several situations.

It's important to understand that in a mental disorder the individual's behavior differ from the ones he/she had previously, whilst in an healthy individual it remains stable throughout time.

The possibility that some types of personality raise the odds of having a predisposition for psychiatric disorders, by modifying the response of each person to stressful events, is a very significant notion. But such possibility is still very controversial.

There is evidence that traumatic experiences which occurred during childhood may influence each individual's personality development, and that such events can predispose to the development of a dissociative identity disorder, among other pathologies.

The dissociative identity disorder, previously known as multiple personality disorder or dissociative personality disorder, consist on the existence of two or more states of personality, which alternate the person's "control". The individual experiences dissociative amnesia, which means inability to remember important personal information, everyday events and even traumatic ones, and this amnesia can not be explained by the natural forgetfulness that occurs with age.

To elaborate this work, research of scientific articles was made in databases, more specifically in *Pubmed*. Several books on Psychiatry and Psychology were also used, as well as an autobiography and a psychiatric journalist's book which approaches a case of the addressed pathology.

This dissertation's goal is, therefore, to study the way that traumatic events can lead to the appearance of a dissociative identity disorder and also to determine how this identity disorder is an individual's strategy to deal with the traumatic event.

## **Keywords**

Dissociative identity disorder; trauma; sexual abuse.



# Índice

<b>Dedicatória</b> .....	iii
<b>Agradecimentos</b> .....	v
<b>Prefácio</b> .....	vii
<b>Resumo</b> .....	ix
<b>Abstract</b> .....	xi
<b>Índice</b> .....	xiii
<b>Lista de Acrónimos e Siglas</b> .....	xv
<b>1. Introdução e contextualização</b> .....	1
<b>2. Metodologia</b> .....	5
<b>3. Desenvolvimento</b> .....	7
3.1 Desenvolvimento da personalidade.....	7
3.2 Evolução histórica e contextualização epidemiológica .....	13
3.3 Alter Egos/Personalidades Alternativas .....	17
3.4 Dissociação e Amnésia Dissociativa.....	22
3.5 Outros sintomas e comorbilidades do Distúrbio de Identidade Dissociativa .	28
3.5.1 Sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider .....	31
3.5.2 Despersonalização e desrealização .....	33
3.5.3 Perturbação de conversão.....	34
3.5.4 Perturbação de sintomas somáticos .....	34
3.6 Trauma Desencadeante.....	36
3.6.1 Relação entre distúrbio de identidade dissociativa e Perturbação de Stress Pós-traumático .....	40
<b>4. Conclusões finais</b> .....	43
<b>Bibliografia</b> .....	45



## **Lista de Acrónimos e Siglas**

CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DID	Distúrbio de Identidade Dissociativa
DPM	Distúrbio de Personalidades Múltiplas
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais
EEG	Eletroencefalograma
PSPT	Perturbação de Stress Pós-Traumático
RM	Ressonância Magnética
TAC	Tomografia Computorizada



## 1. Introdução e contextualização

A palavra personalidade deriva de *persona*, máscara usada pelos atores do antigo teatro grego. Alude à construção de um modo de ser, ou seja, de como o sujeito será percebido pelos outros, e envolve formas relativamente estáveis de pensar (sistemas de crenças, atribuição de significado, valores morais e ideais), de sentir, de comportamento e de relação com os outros<sup>(1)</sup>.

Personalidade pode, assim, ser definida como um conjunto de padrões cognitivos, emocionais, motivacionais e comportamentais estáveis que são ativados em circunstâncias particulares. Esta tem um caráter dinâmico, uma vez que é caracterizada por uma interação constante de fenômenos mentais, ambientais e comportamentais<sup>(2,3)</sup>.

É também importante realçar que a personalidade envolve aspectos biológicos que desempenham um papel determinante ao longo dos primeiros anos de vida, onde se incluem os genéticos, os neurobiológicos e os de vinculação precoce. Para a estruturação da mesma, contribui a nutrição relacional recebida inicialmente das figuras cuidadoras e mais tarde de outras figuras significativas, sendo depois sedimentada ao longo dos anos<sup>(1)</sup>.

Desta forma, pode-se afirmar, com alguma certeza, que ter sido cuidado, compreendido, amado e reconhecido contribui de forma decisiva para o desenvolvimento harmonioso da personalidade<sup>(1)</sup>.

Para além disso, as diversas estratégias que utilizamos para nos ajustarmos às exigências do quotidiano e reduzir a ansiedade, lidar com os lutos e ameaças à autoestima são aspectos importantes da personalidade de um indivíduo<sup>(1)</sup>.

A personalidade de determinada pessoa apresenta flexibilidade de respostas face variadas circunstâncias. Uma perturbação de personalidade pressupõe, portanto, obrigatoriamente uma perda, um défice ou uma resposta incapaz ou enviesada desta capacidade de adaptação perante variações ambientais<sup>(2)</sup>.

As perturbações de personalidade foram originalmente descritas por Kurt Schneider em 1923 sob a designação lata de “psicopatas”, englobando as personalidades que “sofrem ou fazem sofrer os outros”, devido à sua anomalia<sup>(1)</sup>.

Existem fatores genéticos e ambientais que influenciam o aparecimento ou não destas perturbações. No que diz respeito às influências genéticas, podemos falar em termos de temperamento, ou seja, um conjunto de traços que são biologicamente determinados e que incluem a procura de novidades, evitamento de dano, dependência de recompensa e persistência. Já em termos das influências ambientais, referimo-nos então ao caráter, que é por sua vez determinado maioritariamente por fatores relacionados com o ambiente em que o indivíduo se encontra inserido, como a educação, modelos familiares, maus tratos e outras experiências de vida. No entanto, o temperamento e o caráter mostram-se profundamente

interligados ao longo do desenvolvimento pessoal, sendo, portanto, impossível a sua separação real na prática clínica<sup>(2)</sup>.

Falando agora, mais especificamente de personalidade com presença de episódios dissociativos, é importante ter em conta a definição de dissociação. Assim sendo, a dissociação é caracterizada por uma descontinuidade da integração normal da consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controlo motor e do comportamento. Para além disso, as perturbações dissociativas são, na maioria das vezes, decorrentes de eventos traumáticos e muitos dos sintomas são influenciados pela sua proximidade com o trauma<sup>(2,3)</sup>.

No entanto, é importante ressaltar que perturbações de personalidade e perturbações dissociativas são duas entidades bastante diferentes, estando o Distúrbio de Identidade Dissociativa (DID) integrado, segundo o DSM-V, na categoria de perturbações dissociativas e não da personalidade. Apesar disso, uma vez que o DID é uma patologia relacionada com a vivência do EU, vivência essa que varia de indivíduo para indivíduo segundo a sua personalidade, torna-se importante compreender os mecanismos que levam ao desenvolvimento e sedimentação da mesma.

Assim sendo, o Distúrbio de Identidade Dissociativa (DID), que é o tema principal desta dissertação, é caracterizado pela presença de dois ou mais estados de identidade que se apoderam ou tomam controlo recorrente do comportamento do indivíduo, sendo isto acompanhado por uma incapacidade de recordação de informação pessoal importante. Esta experiência subjetiva de posse varia em função da motivação psicológica, do nível de stress, do contexto cultural e da resiliência emocional de cada indivíduo. É comum os doentes afirmarem uma sensação de se terem tornado subitamente observadores do seu próprio discurso e comportamento e em alguns casos podem também referir a percepção de vozes internas (pseudoalucinações). Para além do referido, também é frequente existirem mudanças rápidas de atitudes, convicções e de preferências pessoais, uma vez que cada estado de personalidade possui comportamentos, preferências, crenças, ideações diferentes entre si e até mesmo diferentes do estado de personalidade original. No entanto, alguns autores defendem que as personalidades alternativas mantêm o mesmo código ético e moral, enquanto outros contestam tal afirmação<sup>(2-5)</sup>.

No caso da doença ter sido provocada por um evento traumático, os quadros de instalação podem surgir face a variados fatores precipitantes, como por exemplo o afastamento/aproximação do estímulo traumatizante, os filhos do doente atingirem a mesma idade em que este sofreu o evento traumatizante, experiências traumáticas posteriores mesmo sem consequências relevantes (como um pequeno acidente de viação) ou até mesmo a morte do abusador do doente<sup>(2)</sup>.

Parece, porém, estar claro que esta perturbação apresenta uma estreita relação com eventos traumáticos ocorridos na infância, existindo estudos que relatam a existência de história de trauma na infância em 89-97% dos doentes com Distúrbio de Identidade Dissociativa, apontando abusos físicos e sexuais, abandono e negligência parental, prostituição infantil, terrorismo ou procedimentos médicos ou cirúrgicos como principais fatores de risco para o desenvolvimento desta patologia. Os casos mais comuns são os de abusos sexuais infantis, onde a criança sofre um processo de despersonalização, dissociando-se da realidade e experienciando-a como se fosse um mero observador, para desta forma se afastar das conexões emocionais e sensoriais que o trauma acarreta<sup>(2,6)</sup>.

Devido a todo um leque de sintomatologia, o indivíduo deixa de ser capaz de levar um quotidiano normal e funcional, não conseguindo estabelecer relações de confiança e mostrando-se sempre antissocial e introvertido, uma vez que para além disto tudo também sofre de baixa autoestima, ódio dirigido a si próprio, culpa e vergonha<sup>(4-6)</sup>.

Existem 3 sintomas especialmente característicos deste distúrbio: dissociação, amnésia dissociativa e a ab-reação (processo de descarga emocional). No entanto, a maioria dos pacientes apresenta um variado leque de outra sintomatologia como depressão, mudança de humor, ansiedade, ataques de pânico, perturbações do sono, tendências suicidas, outros sintomas do tipo psicóticos, fobias e adições, perturbações alimentares, entre outros<sup>(4-6)</sup>.

Assim sendo, através da elaboração desta dissertação, pretende-se estudar o processo através do qual ocorre a dissociação nos indivíduos que sofreram alguma experiência traumática e que posteriormente desenvolveram Distúrbio de Identidade Dissociativa e perceber qual o contexto de tal dissociação. Para além disso, tendo em conta o fato de existir muito pouca literatura sobre este tema, em comparação com a que existe sobre outras patologias, em conjunto com o estigma social negativo desenvolvido por parte desta patologia, que tem origem principalmente nas representações desta doença feitas pelos meios sociais, uma vez que as personagens com DID são caracterizadas como pessoas violentas, altamente perturbadas, completamente incapacitadas de viver uma vida relativamente normal e produtiva, e pensando também no nível de descrença, por parte de alguns profissionais de saúde que afirmam que este é um diagnóstico ilegítimo, utilizado apenas para desculpar ações erradas, estou expectante que este trabalho contribua para uma compreensão alargada dos mecanismos que integram este distúrbio e que a partir disso o mesmo passe a ser integrado nos diagnósticos diferenciais de pacientes que apresentem sintomatologia que possa corresponder a um Distúrbio de Identidade Dissociativa e que por vezes são erroneamente diagnosticados, pelo facto de esta patologia não constar nas possibilidades de diagnóstico.



## **2. Metodologia**

Este trabalho, tratando-se de uma revisão bibliográfica, foi elaborado através da pesquisa de artigos científicos em bases de dados, mais especificamente a *PubMed*. Foram também utilizados vários manuais das áreas de Psiquiatria e Psicologia, bem como uma autobiografia (“O Inferno de Alice”) e um livro escrito por uma jornalista psiquiátrica, onde a mesma retrata um dos casos mais marcantes e mais falados na história desta patologia (“Sybil”).



### **3. Desenvolvimento**

Devido à escassez de fontes bibliográficas sobre o Distúrbio de Identidade Dissociativa, bem como de artigos e estudos realizados, os artigos selecionados remontam ao ano 1982 até à atualidade. Os artigos escolhidos para análise, foram selecionados de acordo com a sua abordagem às características do distúrbio em causa, ao seu diagnóstico e à sua distribuição epidemiológica, não sendo objetivo desta dissertação a abordagem dos métodos de tratamento desta patologia.

As palavras chaves utilizadas para a elaboração desta dissertação foram “Distúrbio de identidade dissociativa”, “trauma” e “abuso sexual”. Não foram acrescentadas mais palavras à pesquisa, uma vez que o seu acréscimo prejudicava a direção da mesma, por conduzir ao aparecimento de artigos relacionados com outras patologias, que apesar de possuírem alguns aspetos em comum com o Distúrbio de Identidade Dissociativa, como o facto de se encontrarem relacionadas com o trauma e abusos sexuais, não possuem nada que as relacione efetivamente, nem apresentam qualquer vantagem para o estudo que se pretende efetuar.

#### **3.1 Desenvolvimento da personalidade**

A personalidade é o resultado de uma combinação de fatores, nomeadamente os heredoconstitucionais, antigas experiências emocionais com os pais e experiências traumáticas que vão ocorrendo, ou não, ao longo da vida adulta, existindo uma constante interação entre fatores biológicos e ambientais<sup>(1,3)</sup>.

Assim sendo, cada um de nós possui uma personalidade única. Cada indivíduo lida de forma diferente com luto, com a ansiedade e com os obstáculos com que se vai deparando, bem como com as ameaças à sua autoestima, o que faz com que, por vezes, a distinção entre uma personalidade saudável ou perturbada seja um processo complexo<sup>(1,2)</sup>.

Para ocorrer o desenvolvimento da personalidade tem de existir, obrigatoriamente, uma identificação projetiva ao objeto, significando isto que a personalidade se adquire através de relações de objetos que, por sua vez, são relações interpessoais significativas. Esta identificação compreende a construção de uma identidade, onde o indivíduo irá tomar posse de algumas características do determinado objeto<sup>(6)</sup>.

Numa primeira fase, o indivíduo apoia-se nas relações com objetos primários, que normalmente são o pai e a mãe, iniciando-se aqui a construção de uma identidade própria. Posteriormente acontece um processo de identificação secundária, durante o qual o indivíduo adquire novas identificações retiradas do contexto social onde se insere, sendo esta uma etapa crítica para o adolescente, já que este se verá exposto a uma sobreposição de

imagens de si próprio e de papéis a representar. Nesta fase, presencia-se um afastamento dos objetos primários, uma vez que existirá uma maior identificação com os seus pares, ocorrendo, portanto, um confronto entre os ideais primários e secundários. Este processo caracteriza a passagem para a idade adulta, onde as identificações e ideações advindas do convívio com os pares, irão suprimir as criadas durante a infância<sup>(6)</sup>.

Seguindo esta lógica de pensamento, no que diz respeito ao desenvolvimento da personalidade, Erikson reconhece a importância dada por Freud às pulsões instintuais e às fases de desenvolvimento psicossocial caracterizadas pela predominância da respetiva zona erógena, no entanto chamou à atenção para as interações da criança com o ambiente, adicionando aos pensamentos de Freud uma vertente mais social. Assim, apoiando-se num contexto mais sociocultural, Erikson afirma que, durante as diferentes fases de desenvolvimento, não ocorre apenas uma sucessão biologicamente determinada por processos neurofisiológicos, mas também processos cruciais da maturação do ego na sua relação com o meio social. Para além disso, enquanto a teoria freudiana se restringe à evolução até à adolescência, Erikson analisa também os estádios que lhe advêm, não menosprezando obviamente o que é construído ao longo da infância, uma vez que é nesse estádio que ocorre todo o desenvolvimento psicológico e motor, mas afirmando que o que construímos na infância, em termos de personalidade, não é completamente fixo, ou seja, o trabalho que é realizado em cada uma das fases do desenvolvimento psicossocial nunca pode ser considerado definitivo e inalterável, uma vez que qualquer antigo conflito poderá ser reativado por determinado episódio desencadeante<sup>(6-8)</sup>.

Deste modo, a teoria psicossocial/teoria de individuação surgiu do facto de ele se interrogar sobre o processo que leva à formação da identidade de um indivíduo, afirmando que o desenvolvimento do ego ocorre em oito fases distintas durante o ciclo vital. Em cada uma das 8 fases a pessoa tem de solucionar sucessivamente uma crise, que por sua vez resulta de uma situação que o meio social lhe coloca pela frente, e com a resolução de cada uma dessas crises origina-se um determinado componente da personalidade. A crise referida não diz respeito a uma ameaça de catástrofe, mas sim a um ponto de viragem, sendo este um período fundamental e com elevado potencial, mas ao mesmo tempo de alta vulnerabilidade<sup>(7)</sup>.

“Num processo de desenvolvimento contínuo, as oito fases representam determinados momentos em que as mudanças físicas, cognitivas, instintuais e sexuais se combinam para desencadear uma crise interna, de cuja resolução pode resultar numa regressão psicossocial, é certo, mas também pelo contrário, e em condições normais, a epigénese de determinadas virtudes inerentes a uma certa forma de crescimento.”<sup>(7)</sup>

Assim sendo e descrevendo sucintamente as cinco primeiras crises acabadas de referir, a primeira delas todas, que corresponde ao estádio sensorial e que decorre até

aproximadamente aos 18 meses de vida, consiste no estabelecimento da primeira relação social do bebê, normalmente com a figura materna, onde as características desenvolvidas serão a confiança ou a desconfiança básica, dependendo de como a crise for solucionada. A criança irá formar uma imagem do mundo que a rodeia, através da utilização dos seus sentidos, e, numa fase inicial, esta visão sobre o mundo estará altamente associada ao comportamento das pessoas que lhe são mais próximas, ou seja, principalmente com a mãe ou com a pessoa que desempenhar esse papel. Nesta fase, está em causa o reconhecimento mútuo entre o bebê e a mãe, para a construção do sentimento de confiança, portanto se a figura materna reagir de forma adequada aos sinais da criança, conferindo-lhe uma sensação de tranquilidade e segurança, a criança irá estruturar o seu mundo como previsível, acolhedor e seguro/não ameaçador, desenvolvendo-se assim um sentimento de segurança por parte da mesma, tornando-se então numa pessoa confiante e com esperança no futuro. Se por outro lado, o comportamento da mãe for inapropriado, se esta não prestar a devida atenção ou não tiver sensibilidade suficiente para interpretar os sinais do bebê, então a criança irá construir o seu mundo como sendo caótico e imprevisível. Deste modo, a criança irá crescer num ambiente privado de afeto, onde prevalece o medo e a insegurança, sedimentando-se assim a desconfiança<sup>(7,9,10)</sup>.

Passando ao segundo estágio, que corresponde ao desenvolvimento muscular e que decorre durante a primeira infância, ou seja, dos 18 meses até aos 3 anos de idade, aqui irão desenvolver-se os sentimentos de autonomia ou então de vergonha e dúvida. Nesta fase, a criança manterá relações significativas com os pais e começará a explorar ativamente o meio que a envolve. Se os pais encorajarem e aceitarem as habilidades que esta vai adquirindo ao longo do tempo, como andar, falar e trepar, a criança irá interagir melhor com o meio, criando assim um sentimento de autonomia e independência. No entanto, no caso de os pais serem demasiado protetores e tentarem fazer tudo pela criança, não a deixando experimentar, ela irá desenvolver sentimentos de dúvida e de medo, criando uma autoimagem caracterizada por culpa e incerteza no que diz respeito às suas capacidades, sentimentos estes que mais tarde terão um papel bastante limitante na sua vida<sup>(7,9,10)</sup>.

Durante a segunda infância, que decorre durante os 3 aos 5 anos de idade, estaremos perante o terceiro estágio, que corresponde ao controlo motor. Nesta fase, a criança mantém contacto com a familiar nuclear e será de esperar que desenvolva sentimentos de iniciativa ou de culpa, consoante o decorrer da crise. A criança deixa de ser um mero recipiente passivo do que o meio lhe oferece e passa a fazer as coisas por iniciativa própria (brinca, explora, planeia) e esta iniciativa faz com que a criança aprenda a lidar mais eficazmente com o meio que a envolve, passando a ter como objetivo alcançar um determinado fim através de determinada ação. Assim, com o aumento do controlo motor por parte da criança, aumentam também os perigos a que esta se expõe, sendo, portanto, necessário uma

supervisão adequada por parte dos pais e dos que a rodeiam. No entanto, esta vigilância não se deve confundir com proibição, uma vez que se assim for estar-se-á a desencorajar a sua curiosidade e a toma de iniciativa. Para além de provocar na criança um sentimento de dúvida em relação ao mérito dos seus objetivos, pode também incentivar a uma falta de propósito na vida da criança e até mesmo de vergonha em relação aos projetos que ambiciona por os considerar impróprios, já que não recebeu qualquer apoio quando demonstrou interesse pelos mesmos. Possuir ambições é uma condição necessária para que se tome iniciativa e só através da tentativa, do próprio erro e da aprendizagem com o mesmo é que se vence a inaptidão<sup>(7,9,10)</sup>.

Relativamente ao quarto estágio, que corresponde ao período de latência e que decorre durante a idade escolar, isto é, no intervalo dos 5 aos 13 anos de idade, Erikson afirma que as características adquiridas serão o engenho e o trabalho, ou pelo contrário a sensação de inferioridade. Neste momento, as relações da criança não se restringem apenas ao núcleo familiar mas também as relações estabelecidas no ambiente escolar e no caso de, nas fases anteriores, a confiança, a autonomia e a iniciativa se terem desenvolvido de forma satisfatória, nesta fase serão ainda mais fortalecidas. A criança começa a conseguir antecipar o prazer e a gratificação que irá decorrer de determinado comportamento e isto faz com que ela se torne atenta, perseverante, responsável e esforçada, de modo a alcançar tal recompensa. Para além disso, a criança reconhece também a sua habilidade e capacidade de efetuar determinadas coisas através do elogio e da recompensa, existindo então um reforço da sua autoconfiança e do seu engenho quando tal acontece. Assim, se os pais elogiam os resultados positivos da criança, esta sente-se orgulhosa do seu feito (ter feito bem os trabalhos de casa, ter tido uma boa nota na escola, entre outras coisas). Se, pelo contrário, tal esforço for desvalorizado, a criança irá desenvolver sentimentos de inadequação e de inferioridade<sup>(7,9,10)</sup>.

Falando, finalmente, do estágio de moratória psicossocial, que corresponde ao quinto estágio e que decorre durante a puberdade e a adolescência, ou seja, dos 13 até aproximadamente aos 21 anos de idade, sabe-se que as relações significativas do indivíduo consistem nas relações que mantém com os seus pares e por vezes com modelos de liderança. Assim, terminada a infância, inicia-se a fase da adolescência, onde, segundo Erikson, se desencadeia uma autêntica “revolução fisiológica”, ocorrendo também uma crise de identidade por parte do adolescente, onde ele tenta perceber quem realmente é e qual o seu papel na sociedade. Nesta fase, a crise psicossocial consiste na criação de uma identidade e na recusa de outras ou então de uma confusão de papéis. O adolescente encontra-se numa moratória entre dois mundos, o infantil e o adulto, não fazendo parte completamente de nenhum dos dois. É-se-lhe dado a experimentar vários papéis e neste contexto o seu ego tenta estabelecer um sentido de coerência com o *self*, perguntando-se

quem é como pessoa e como os outros o percebem. Esta é, portanto, uma fase onde o jovem se tenta encontrar e afirmar, experimentando, como já foi referido, vários papéis, sobretudo no seu seio de iguais e entre os quais ele próprio se revê. Aos poucos, vai estabelecendo os seus objetivos, aquilo que quer ou não ser, aquilo com o que se identifica ou não. Vai descobrindo em que papéis se sente confortável e quais se recusa a desempenhar. Aqui, apesar de ser necessária a existência de uma supervisão, assim como de uma orientação estruturadora, é também fulcral que o adolescente disponha de liberdade suficiente para explorar o meio que o envolve, através da sua identificação com o mesmo, uma vez que é isto que lhe permitirá desenvolver um sentido de identidade do ego que seja consistente e adequado. É assim que o jovem conseguirá perceber quais os seus talentos e as suas habilidades, compreendendo também quais são as suas limitações. É aqui que o jovem começa a desenvolver defesas contra os seus medos e angústias e percebe quais as suas necessidades, consoante os papéis que decidiu adotar, por considerar que seriam os adequados à sua maneira de ser. Perante esta confusão de papéis, o adolescente é confrontado com a dualidade entre a entrega sem reservas e o receio de rejeição, podendo-se sentir isolado, vazio e incompreendido. O adolescente poderá não aceitar a sua integração no mundo dos adultos, rejeitando a necessária adoção de uma identidade social e ficando preso aos comportamentos infantis do passado. Isto pode acontecer quando os pais, devido à sua preocupação constante, não dão espaço ao adolescente para explorar adequadamente todos os aspetos da sua nova realidade, escondendo e tentando ocultar verdades menos convenientes e que lhe podem causar algum dano. O problema é que através desta sobreproteção, o jovem irá construir uma visão adulterada do mundo, e irá retrair-se face ao desconhecido, sendo isto um impedimento para uma interação adequada e eficaz com o ambiente e a sociedade<sup>(7,9,10)</sup>.

Segundo Erikson, apenas quando se atinge o quinto estágio de desenvolvimento do ciclo vital é que a pessoa se encontra apta e adquiriu as competências necessárias à construção de uma personalidade bem estruturada. Tendo isto em conta, pode-se afirmar que qualquer crise que não fique devidamente resolvida entre o primeiro e o quinto estágio de desenvolvimento, irá ter repercussões negativas na sedimentação da personalidade de um indivíduo, podendo inclusive levar à fragmentação da mesma, no caso de a criança ser exposta a vivências traumáticas, para além de todos os problemas que terá enquanto parte integrante de uma sociedade, explicando isto o porquê de o distúrbio de identidade dissociativa apenas se desenvolver a partir de traumas ocorridos na infância e não na idade adulta<sup>(7,9)</sup>.

Tal como acontece ao nível do desenvolvimento embrionário, no que concerne o desenvolvimento mental, quanto mais precocemente se desenvolverem estas perturbações, mais determinantes e graves serão as respetivas consequências. No entanto, e como já foi

referido anteriormente, também se reconhece que nada disto é definitivo, sendo portanto possível que experiências posteriores corrijam os danos precoces, isto é, outras pessoas, que não familiares próximos, podem levar ao desenvolvimento de sensação de confiança numa criança insegura, bem como uma experiência traumática pode pôr em causa a autoestima e a segurança desenvolvida anteriormente<sup>(7)</sup>.

Para além da teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson, é também importante referir outras linhas de pensamento, que acabam por ir de encontro com o que já foi referido até agora. Assim sendo, importa compreender também o conceito de Separação-Individação de Margaret Mahler. Este conceito consiste num processo durante o qual o bebé se separa e se individualiza da mãe, tendo em conta que este estágio se caracteriza pelo fim da relação simbiótica com a figura materna, permitindo a construção de uma identidade diferencial. Este processo tem como objetivo a procura de novos objetos com os quais a criança se possa identificar, o que resultará na organização do ego e na autonomia do sujeito<sup>(6)</sup>.

“O processo de separação-individação é o princípio organizador fundamental do crescimento humano que tem implicações para o funcionamento adaptativo ao longo da vida.”<sup>(11)</sup>.

Mahler, assim como Erikson, sublinha a importância da relação entre mãe e bebé e realça o seu forte impacto nas fases posteriores do desenvolvimento da personalidade de um indivíduo, bem como as implicações patológicas da ausência de tal relação. De acordo com a autora, esta separação da figura maternal permite que ocorra uma diferenciação entre a representação intrapsíquica do objeto e a representação do self, enquanto a individuação permite a aquisição de características individuais<sup>(11)</sup>.

Foi também descrito um tipo de vinculação que pode estar relacionado com a patologia abordada nesta dissertação, sendo ele o estilo de vinculação desorganizada, que se encontra altamente associado a maus tratos ou a uma enorme insensibilidade por parte do cuidador. A vinculação é um processo, com bases biológicas, que ocorre entre a criança e o cuidador e que se destina a garantir a segurança e a sobrevivência da criança, assim como o seu desenvolvimento psicológico. Os padrões de vinculação adquiridos durante a infância manter-se-ão relativamente estáveis e podem, inclusive, encontrar-se inscritos na memória implícita, refletindo-se no comportamento do indivíduo adulto. Diversos autores sugerem que uma vinculação desorganizada é um fator de vulnerabilidade para perturbações psiquiátricas, enquanto uma vinculação segura é um fator protetor para o desenvolvimento de uma psicopatologia na vida adulta. Existem, portanto, quatro tipos de vínculo e comportamento: os seguros e autónomos que valorizam as relações e sentem-se confiantes para explorarem o ambiente que os rodeia; os inseguros, com uma oscilação entre a idealização e a desvalorização das relações interpessoais; os preocupados e confusos, que se

sentirão oprimidos pelas relações; e finalmente o vínculo desorganizado. Este último tipo de vinculação consiste numa organização caótica da vinculação por parte da criança com os seus cuidadores, uma vez que quando a criança procura segurança por parte dos mesmos, mas nutre simultaneamente um sentimento de medo por eles, as suas estratégias de vinculação provavelmente irão tornar-se desorganizadas e, conseqüentemente, podem-se desenvolver múltiplos modelos de vinculação, fragmentados e incompatíveis, podendo este ser o ponto de partida para a ocorrência de episódios dissociativos. Em decorrência, as estratégias defensivas ou de enfrentamento destas crianças entram em rutura, não lhes sendo permitida a capacidade regular os afetos. Assim, pode-se concluir que pais bem resolvidos, seguros e autónomos tendem a criar bebés seguros; pais desligados afetivamente tendem a dar origem a crianças evitantes, bem como pais preocupados, a criarem filhos ansiosos e resistentes. Conseqüentemente um comportamento parental classificado como desorganizado corresponderá a crianças com um padrão desorganizado<sup>(4,6)</sup>.

Concluindo, as bases necessárias para o desenvolvimento de uma personalidade adequadamente sedimentada residem nos primeiros anos de vida de um indivíduo. A visão que este terá do mundo que o rodeia, bem como a percepção de si próprio, estarão diretamente relacionadas com o ambiente onde este cresceu e se desenvolveu, sendo essa visão um reflexo do que o rodeia. É, portanto, essencial que desde muito cedo se ultrapassem eficazmente as crises descritas por Erikson, de modo a desenvolverem-se características necessárias para um bom enquadramento na sociedade e para que se consiga construir uma identidade com a qual o indivíduo se sinta confortável. Quando tal não acontece, devido a influências externas ou à vivência de eventos traumáticos, tal identidade pode ficar fragmentada e inconsistente, sendo de vital importância, como referido por diversos autores, o meio onde o indivíduo é criado e ao qual se tenta assemelhar.

### **3.2 Evolução histórica e contextualização epidemiológica**

No que diz respeito à história da classificação da personalidade, podemos recuar pelo menos até à Grécia Antiga e à formulação humoral hipocrática das doenças, que foi posteriormente aprimorada por Galego na sua teoria dos quatro temperamentos: colérico, sanguíneo, fleumático e melancólico. Esta conceção prevaleceu durante séculos, acabando ainda por ser expressa nas teorias neurobiológicas atuais. Só no início do século XIX é que as perturbações de personalidade começaram a ser introduzidas no âmbito da Psiquiatria, uma vez que até então estas eram consideradas apenas como uma variação da normalidade. No século XX, estas perturbações começam a ser compreendidas como doenças mentais de base constitucional, situadas num desenvolvimento continuado com outras perturbações mentais. Aqui, a recém-inaugurada psicanálise, admite a existência de uma influência

genética e propõe o desenvolvimento de um modelo compreensivo da personalidade que se foque nas influências dos fatores ambientais. Em 1930, Franz Alexander contribuiu enormemente para o estudo das perturbações de personalidade, fazendo a distinção de mecanismos aloplásticos, responsáveis pela distorção da percepção individual do ambiente e pela patologia da personalidade e das defesas autoplásticas que conduzem a uma percepção distorcida do próprio, conduzindo a um processo de neurose. No entanto, em 1958, Kurt Schneider, não concordando com estas conceptualizações dimensionais das perturbações de personalidade, afirma que estas representam desvios que excedem os limites das variações do normal, não sendo, por isso, adequado considerar-se que são precursoras de outras doenças mentais, mas sim modelos paralelos. Neste seguimento, desenvolveu um sistema de classificação, dividido em 10 formas de “personalidades psicopáticas”, sendo cada uma delas definida por padrões comportamentais anómalos específicos. Esta nosologia virá a exercer grande influência não só na Psiquiatria europeia, mas também na norte-americana, tendo sido este o ponto de partida para o desenvolvimento dos principais sistemas de classificação psiquiátrica das últimas décadas, sendo eles respetivamente o CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) e o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais)<sup>(2,3,12)</sup>.

A elaboração de um diagnóstico confiável torna-se essencial para a orientação correta do tratamento de determinado transtorno, para além de que é uma ajuda imprescindível na identificação de taxas de prevalência que irão, por sua vez, contribuir para um planeamento eficaz dos serviços de saúde mental, bem como para a definição de taxas de morbilidade e mortalidade, tornando-se, portanto, necessária a existência de critérios de classificação que auxiliam o estabelecimento de tais diagnósticos. Neste seguimento, a classificação das personalidades sofreu, ao longo dos anos, vários desenvolvimentos expressos nas principais classificações internacionais, que são submetidas a sucessivas revisões. Os nomes atribuídos a cada perturbação de personalidade diferem ligeiramente entre as duas classificações acabadas de referir, refletindo a incerteza existente no que diz respeito aos seus limites e também uma tentativa de remoção do estigma que acompanha alguma das perturbações, através da mudança do nome<sup>(1,3)</sup>.

O DSM da American Psychiatric Association consiste na classificação de perturbações mentais e os seus critérios associados, tendo sido elaborado com o intuito de facilitar o estabelecimento de tais diagnósticos de forma fiável. O distúrbio de múltipla personalidade foi incluído no DSM-II em 1980, sendo que o debate sobre identidade, personalidade e amnésia levou à sua redesignação como distúrbio de identidade dissociativa no DSM-IV. Entretanto, o DSM-V apresenta uma classificação categórica de perturbações individuais, e nem sempre é possível encaixar algumas perturbações mentais

apenas dentro dos limites de um distúrbio, envolvendo por isso múltiplas categorias diagnósticas<sup>(2,3,12-14)</sup>.

Segundo o DSM-5, “Uma perturbação mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Perturbações mentais estão frequentemente associadas a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais ou profissionais.”. Por outro lado, segundo o DSM-5, distúrbios dissociativos podem ser definidos como “perturbação e/ou descontinuidade da integração normal da consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controlo motor e comportamento.”. E, finalmente, define uma perturbação de personalidade como “um conjunto de perturbações mentais caracterizadas por padrões maladaptativos de comportamentos, cognições e experiências internas, que, em diversos contextos, se revelam desviantes das expectativas de uma dada cultura”<sup>(13,14)</sup>.

Neste seguimento, é importante ter em conta de que é possível identificar numa personalidade saudável a presença das seguintes capacidades, ausentes ou prejudicadas nas perturbações de personalidade: identidade (capacidade de se reconhecer a si e aos outros de formas complexas, estáveis e precisas); relações de objeto (capacidade de manter relações íntimas, estáveis e satisfatórias); tolerância aos afetos (capacidade de experienciar em si e nos outros o leque de afetos expectável para a idade); regulação dos afetos (capacidade de regular os impulsos e afetos de formas conducentes à adaptação e satisfação com recurso de forma flexível a defesas e estratégias de coping); integração superegoica/ideal do eu (funcionar de acordo com uma sensibilidade moral amadurecida e consistente); prova da realidade (avaliar noções convencionais da realidade) e força do eu/resiliência( utilizar recursos para responder ao stress e recuperar de eventos dolorosos)<sup>(2)</sup>.

Assim sendo, tendo em conta que, quer nos distúrbios dissociativos, quer nos distúrbios de personalidade existe um défice da percepção de identidade, de relações de objeto, de tolerância e regulação de afetos e de resiliência, pode-se concluir que, apesar de no DSM-V o distúrbio de identidade dissociativa se encontrar apenas incluído na categoria das perturbações dissociativas, este pode também enquadrar-se na categoria das perturbações de personalidade, já que este cumpre vários critérios de ambas as categorias. No entanto, apesar da perturbação de personalidade poder coexistir com a perturbação dissociativa, a existência da primeira não é necessária para o desenvolvimento de DID.

Para além disso, a personalidade como predisposição para distúrbios psiquiátricos é um conceito bastante importante, uma vez que determinadas personalidades podem predispor a determinados distúrbios psiquiátricos, por modificarem a resposta de cada indivíduo a eventos stressantes. Assim, através de vários estudos, sabe-se que indivíduos

com determinados distúrbios de personalidade têm mais tendência a sofrer de distúrbios dissociativos, em específico de DID, sendo estes distúrbios os do grupo/cluster B (perturbação histriónica da personalidade, perturbação narcísica da personalidade, perturbação estado-limite/*borderline* da personalidade e perturbação antissocial da personalidade), caracterizado pelo DSM-5<sup>(13,14)</sup>. Como já se pode concluir, o ambiente onde a criança se desenvolve determina o tipo de personalidade que esta terá no futuro. Assim, estes indivíduos tornam-se, posteriormente, indivíduos fragmentados e com diferentes personalidades alternativas, de modo a assumir identidades que lhes possibilitem escapar dos padrões restritivos e do meio opressivo onde vivem. O que ainda não é claro é o facto de algumas pessoas utilizarem esta estratégia de defesa e outras não, sendo expostas aos mesmos traumas e ambientes<sup>(3,4,13,14)</sup>.

Sabe-se ainda que os pacientes que cumprem os critérios para DID, normalmente também cumprem os critérios de diagnóstico de outras patologias, como esquizofrenia, distúrbio de personalidade, abuso de substâncias, entre outros. Muitos deles também apresentam sintomas de ansiedade e depressão. Infelizmente, não existem até a data estudos que clarifiquem a relação entre o distúrbio de identidade dissociativa e as patologias acabadas de referir. Em conclusão, não é incomum para pacientes com DID cumprirem critérios de diagnóstico do DSM para outras patologias psiquiátricas simultaneamente, existindo evidência de que os sintomas das mesmas se encontram direta ou indiretamente relacionados com experiências traumáticas severas, apesar de por vezes os pacientes poderem estar amnésicos para tal trauma. No entanto, é também preciso ter em atenção que, diversas vezes e devido aos sintomas sobreponentes entre as diversas patologias referidas, estes pacientes são apenas diagnosticados com estes outros distúrbios, pondo logo de parte o diagnóstico de DID, fazendo com que, por vezes, estes indivíduos sejam erroneamente diagnosticados<sup>(3,13,15)</sup>.

Relativamente à contextualização epidemiológica desta patologia, apesar de o DID já ter sido estabelecido como uma síndrome existente válida, o seu diagnóstico continua a ser controverso e continua a existir incerteza quanto à sua incidência. Muitos profissionais de saúde acreditam que este distúrbio é extremamente raro, pondo a hipótese de que é até mesmo inexistente, ou até parte da imaginação dos profissionais de saúde. Enquanto outros, afirmam ter um grande leque de pacientes com DID e que este distúrbio não é raro, mas sim subdiagnosticado, uma vez que, devido à subtilidade dos seus sintomas, muitos pacientes com esta patologia negam tê-la ou não se queixam dos mesmos, existindo estudos que comprovam esta teoria. Uma vez que o DID é caracteristicamente uma adaptação a um ambiente de infância cronicamente perigoso e abusivo, existem excelentes razões para que estes pacientes e os seus alter egos mantenham um perfil discreto e que tentem deliberadamente esconder as suas alternâncias de controlo de consciência, bem como os

seus períodos de amnésia. É também de realçar que as crianças, acometidas por este distúrbio, vivem num ambiente onde não podem confiar nos familiares para lhes explicar o que está a acontecer, por um lado porque um ou mais desses familiares são os autores do abuso e por outro porque os restantes têm uma atitude passiva em relação ao tal abuso<sup>(16-23)</sup>.

Entretanto, o facto de andarem a ser diagnosticados mais pacientes com DID do que anteriormente, deve-se ao facto de os profissionais de saúde estarem cada vez mais atentos e mais sensibilizados para a doença, apesar de ainda existir um longo caminho a percorrer no que diz respeito ao treino destes profissionais na identificação e tratamento desta patologia. No entanto, a prevalência do DID é difícil de especificar, uma vez que as suas comorbilidades são diagnosticadas com mais frequência do que a patologia de base em si<sup>(19-21,23)</sup>.

Apesar de tudo, consegue-se perceber que a maioria dos pacientes com DID são do sexo feminino, colocando-se, no entanto, a hipótese de que tal aconteça por as mulheres procurarem ajuda mais frequentemente e com mais facilidade do que os homens. Para além disso, pode ser especulado que os homens, devido à sua tendência para atividades ao ar livre, têm maior tendência do que as mulheres para resolver conflitos através de comportamentos externalizados, enquanto as mulheres têm maior tendência para tentar resolver esses conflitos internamente, incluindo a formação de múltiplas personalidades. O desenvolvimento de várias personalidades também pode ocorrer como forma para resolver papéis sociais conflitantes, que sempre foram mais conflituosos para as mulheres do que para os homens. Sabe-se também que os sintomas deste distúrbio não variam entre o sexo feminino e masculino, costumando estes ter início durante a infância. Para além disso, a maioria destes pacientes são solteiros ou separados, devido à dificuldade que têm em manter relações interpessoais estáveis e duradouras, como consequência dos sintomas disruptores do seu quotidiano. Grande parte deles não têm filhos e muito poucos conseguem manter uma atividade profissional por um longo período de tempo<sup>(15,16,20-22,24-28)</sup>.

### **3.3 Alter Egos/Personalidades Alternativas**

Alguns autores acreditam que a nossa consciência consiste em diversas vivências e interações com os outros. Assim, é possível afirmar que “a experiência de nós mesmos é descontínua, composta por variadas configurações, diferentes *selves* com diferentes outros”. Os estados de *Self*, ou estados do EU, para além de derivarem dos papéis que cada indivíduo desempenha na sociedade onde se encontra inserido e do contexto onde o mesmo se desenvolve, também se constroem a partir da vivência de eventos traumáticos, sendo que muitos destes estados, se encontram fragmentados e dissociados uns dos outros. Desta

forma, “nenhum de nós é uma unidade, mas sim uma agregação altamente organizada de auto-estados que podem ser pouco, suavemente ou altamente dissociados”<sup>(6)</sup>.

O DID pode ser visto como uma defesa primitiva extremamente poderosa, indispensável à sobrevivência e é referido como sendo um sistema de auto-cuidado arquetípico, típico do trauma precoce. A mudança de uma personalidade para outra é inconscientemente utilizada contra a ansiedade reproduzida por afetos, conflitos, memórias ou fantasias. Assim, os pacientes com DID, aprendem a isolar diferentes partes deles mesmos de forma a protegerem o EU total de experimentar o trauma. Este sistema é tanto protetor como percursor, isto é, tanto ajuda o sujeito a lidar com os sentimentos insuportáveis, como prejudica o EU, uma vez que envolve um ataque ativo de uma parte da mente contra outras partes da mesma<sup>(23,29)</sup>.

O DID consiste, então, na fragmentação/divisão de uma personalidade dominante/original, que por sua vez representa o EU total, isto é, a personalidade integra do indivíduo. Por sua vez, as diferentes personalidades fragmentadas são normalmente chamadas de alter egos ou de personalidades alternativas. Este termo dá ênfase à aparente autonomia e independência dos estados de personalidade observados, conduzindo também, no entanto, na direção errada, tendo em conta que sugere que existem egos/personalidades separadas, hospedadas dentro de uma pessoa, em vez de sugerir a fragmentação ou a não integração das diferentes partes do EU, que expressam os conflitos internos, desejos, defesas, memórias, fantasias e sentimentos<sup>(1,2,4,5,29)</sup>.

As personalidades alternativas funcionam, assim, como um mecanismo de defesa contra o trauma repetitivo. Assim que a ameaça deixa de estar presente, a sua habilidade de dissociar facilmente face a stresses do quotidiano, mesmo que não sejam traumáticos, leva a uma constante dissociação e disrupção do dia a dia. Tendo isto em consideração, o facto de o desenvolvimento de outros alter egos poder acontecer mesmo na ausência da continuação de eventos traumáticos, apesar de ter existido um trauma primário como fator etiológico, sugere que os pacientes consideram esta defesa dissociativa como sendo psicologicamente efetiva para lidar com eventos de vida difíceis, mesmo que não considerados traumáticos. Uma vez que tenha acontecido a primeira fragmentação, a produção de alter egos torna-se característica do indivíduo e, também, o seu estilo preferido de lidar com problemas, sejam estas situações traumáticas ou apenas desagradáveis<sup>(4,6,19,23,29)</sup>.

Normalmente a fragmentação de personalidade ocorre antes dos 5/6 anos de idade, sendo que a maioria dos pacientes adultos reporta a existência de pelo menos um alter ego durante a infância. As personalidades alternativas são diferentes umas das outras, possuindo um leque de habilidades cognitivas, verbais e de desempenho completamente diferentes. Podem ser adultos ou crianças, velhos ou novos, de diferentes etnias e sexos,

humanos ou animais. Habitualmente, a maioria dos alter egos têm uma idade inferior à da personalidade original, uma vez que cada um deles teve origem devido a um trauma específico que ocorreu no passado do sujeito em questão, normalmente durante a sua infância, explicando isto o facto de a maioria das personalidades alternativas corresponderem a crianças ou adolescentes e esclarecendo também a questão de o número de alter egos variar consideravelmente de pessoa para pessoa, já que o número de traumas vivenciados varia de indivíduo para indivíduo. Para além disso, a existência de alter egos de sexos diferentes pode ser justificada pelo facto de a personalidade original não se querer identificar com o abusador, nem em termos do mesmo sexo. Estas múltiplas personalidades podem ser mutualmente reconhecidas pelas restantes, ou mutualmente amnésicas, ou ainda amnésicas apenas num sentido, isto é, as personalidades alternativas estão a par da existência dos restantes alter egos, no entanto a personalidade dominante não possui qualquer conhecimento da sua existência. Na maioria dos casos, existe uma personalidade alternativa que tem memória de tudo, funcionando como “armazenador” de memória. Sabe tudo sobre todas as personalidades alternativas e sobre a dominante. Funciona quase como um *backup plan*, como um disco rígido de memórias que está ali disponível quando a personalidade alternativa estiver pronta para a integração, devolvendo à personalidade dominante todas as memórias, emoções, conhecimentos, comportamentos e capacidades e tornando possível que esta se torne integra. Para além disso, podem ainda manifestar-se como aglomerados de personalidades, ou seja, a toma de controlo do corpo e da consciência do sujeito é efetuada por mais do que uma personalidade alternativa em simultâneo<sup>(4-6,16,19,22,29,34,35)</sup>.

Um alter ego tem o seu próprio Id, Ego e Superego, assim como a personalidade original. Ou seja, cada personalidade alternativa possui os seus próprios desejos, vontades e impulsos primitivos, isto é o seu próprio Id, que consiste numa estrutura de personalidade desorganizada presente logo à nascença. Entretanto, o Id de cada um, evolui para uma estrutura organizada, isto é o Ego, que ao contrário do Id, se baseia na procura do prazer, o Ego apoia-se na realidade que o envolve, adequando os seus instintos primitivos ao ambiente onde está inserido, procurando, desta forma, um equilíbrio entre a realização dos desejos de cada indivíduo e opções realistas. A partir do Ego, desenvolve-se, então, o Superego que, por sua vez, consiste nos ideações e valores morais próprios da internalização da cultura onde o indivíduo se encontrar inserido. Tendo em conta, que todas as personalidades do sujeito cresceram e se desenvolveram rodeados pelos mesmos ideais culturais, é natural que todas elas acabem por se reger pelo mesmo código ético e moral. Deste modo, cada alter ego possui diferentes emoções, atitudes, gostos, talentos e ambições, desejos, padrões de comportamento, de discurso e de pensamento, para além de acreditam ser todos fisicamente diferentes. Tanto se consideram como sendo pessoas diferentes que

os vários alter egos têm medo de morrer/desaparecer com o processo de integração, por fazerem parte apenas da cabeça do paciente e não do corpo, costumando, portanto, resistir ao processo de tratamento. Cada personalidade alternativa possui, então, vontade, vida e personalidade próprias, sendo capazes de tomar o controle completo da consciência e do corpo do sujeito, sofrendo este último de amnésia completa para as atividades realizadas pelos seus alter egos. A transição de personalidade para personalidade costuma ser instantânea e rápida, no entanto, em alguns pacientes existe um período de transição, conhecido com um estado tipo transe, sendo importante referir que, durante a maior parte do tempo, quem controla o corpo e a consciência do indivíduo não é a personalidade dominante, mas sim os diferentes alter egos<sup>(4-6,8,16,19,29,35)</sup>.

Cada uma das personalidades alternativas possui determinada função, sendo essa função a de representar determinados sentimentos e desejos que a personalidade original não consegue, ela própria, exprimir, tais como raiva, ódio, medo, agressividade, sensibilidade, vontade de morrer/de se suicidar, dramatismo, extroversão, alegria e vontade de viver, tristeza, luto, entre outras. Portanto, a personalidade original não sente tristeza nem raiva por exemplo, porque estes sentimentos estão atribuídos aos seus alter egos, estando assim a personalidade dominante protegida dos sentimentos e das memórias que o trauma acarreta, já que estes agora se encontram armazenados de forma fragmentada. A personalidade original sente, no entanto, sintomas físicos que representam esses tais sentimentos, ou seja através de um processo de somatização. Depois de cada personalidade lidar com a emoção pela qual é responsável, já não existe razão para se manifestar e então devolve o controle do corpo à personalidade dominante<sup>(4-6,19,29,34)</sup>.

Os diferentes alter egos também representam identificações com pessoas que marcaram a vida do sujeito, seja pelo lado positivo ou negativo, tomando, por isso, alguns deles, o papel de pessoas que o sujeito admire e aspire ser, ou então de abusadores e fanáticos, levando a comportamentos autolesivos. Assim sendo, nestes indivíduos é possível presenciar-se um padrão do seu mundo interno, em que existem vítimas, agressores e socorristas. Os alter egos que desempenham o papel de vítimas costumam ser crianças cujas identidades se relacionam com os abusadores, correspondendo a representações afetivas e cognitivas dessas relações, bem como à idade da criança no momento do trauma; as personalidades abusadoras representam, por sua vez, a internalização dos primeiros perseguidores; e os socorristas correspondem a uma representação das pessoas positivas e reais, que ocuparam uma posição significativa na vida do paciente, podendo também ser enquadradas em torno de fantasias restabelecidas. Os comportamentos autolesivos, por parte das personalidades opressoras, são vistos como mecanismos de auto-preservação, uma vez que durante o abuso original, podem-se ter formado personalidades alternativas opressoras, de modo garantir que existiria alguém que pudesse ter o impulso de reagir.

Outra explicação é o facto de a pessoa ter achado mais fácil, ou mais tolerável e seguro, tornar-se um opressor, como aquele que a maltratou, do que permanecer uma vítima. Assim sendo, os comportamentos destas personalidades podem ter sido necessários aquando do abuso original, no entanto, neste momento são apenas auto-destrutivos. Para além disso, as relações intersubjetivas entre as diferentes personalidades podem também ser uma replica de padrões relacionais observados, durante a infância, pelo sujeito em questão<sup>(4-6,19,29,34)</sup>.

A existência de várias personalidades pode ser tanto vantajosa, como aniquiladora para o sujeito/personalidade original. Por vezes, os diferentes alter egos juntam esforços para alcançar determinado objetivo, ajudando assim a tornar mais fácil o quotidiano dos indivíduos. No entanto, no caso de alguns doentes, é possível que os diferentes alter egos entrem em conflito uns com os outros, uma vez que possuem diferentes ideações comportamentais e visões distintas sobre a melhor forma de lidar com o quotidiano do sujeito, existindo sempre uma personalidade mais rebelde, que quer tomar o controlo da situação por se achar mais capaz do que a personalidade dominante. Normalmente, estas personalidades causam os problemas e deixam-nos para a personalidade dominante resolver, podendo inclusive ser esta a origem de alguns comportamentos auto-lesivos, como forma de castigo de uma personalidade alternativa para outra, ou até mesmo para com a personalidade original. A partir deste ponto de vista, pode-se afirmar que um indivíduo que sofra de um distúrbio de identidade dissociativa “se assemelha a uma marioneta cujo controlo pertence às suas múltiplas personalidades que estão no comando”<sup>(4-6,8,29,34)</sup>.

É importante sublinhar que, enquanto alguns autores consideram que o fenómeno de fragmentação da personalidade é patológico, outros consideram-no como um processo normal: “The more healthy a person is, the more consciously does he live in the knowledge that there are myriad ‘persons’ – internal objects each bearing some sense-of-identity value – within him. He recognizes this state of his internal world to be what it is – not threatened insanity, but the strength resident in the human condition.”<sup>(29)</sup>.

Assim, pode-se concluir que um corpo nem sempre equivale apenas uma mente, uma vez que um corpo pode ter várias mentes e personalidades. Cada alter ego é uma unidade complexa, com memórias e padrões comportamentais únicos e relações sociais que determinam a natureza das suas ações individuais. A maioria dos pacientes ouve vozes a falarem com eles, e têm noção dos períodos de perda do tempo, de que outra pessoa existe dentro deles, de que outra pessoa toma o comando do controlo executivo, e referem-se a si mesmos como “nós ou “nosso”, apesar de as personalidades alternativas terem noção que, perante a sociedade, precisam de responder pelo nome da personalidade dominante<sup>(4,5,12)</sup>.

### 3.4 Dissociação e Amnésia Dissociativa

As perturbações dissociativas caracterizam-se por uma descontinuidade da integração normal da consciência de um indivíduo, assim como da sua memória, identidade, emoção e percepção, controlo motor, comportamento e representação corporal<sup>(2,3,13,14,23)</sup>.

Os sintomas dissociativos são experienciados como intrusões espontâneas a nível da consciência e do comportamento e são acompanhadas por perdas subjetivas de continuidade da experiência do indivíduo, ou seja por sintomas dissociativos “positivos”, como fragmentação da personalidade, despersonalização e desrealização, e/ou por sintomas dissociativos “negativos” que consistem na incapacidade de aceder a informação do próprio e na ausência de controlo de funções mentais que são normalmente acessíveis. A dissociação ou o estado de fuga dissociativa pode, portanto, ser compreendida como um estado de auto-hipnose durante o qual ocorre a separação dos processos de pensamento e de experiências na consciência do indivíduo. Este estado pode desenvolver-se como uma resposta precoce de um ego imaturo a uma sobrestimulação e dor por um trauma externo ou interno, resultando assim em distúrbios da consciência, memória e identidade, podendo até resultar na fragmentação do ego em personalidades alternativas autónomas. Posteriormente, a dissociação pode ser empregue em situações que sejam percebidas como perigo interno de afetos intoleráveis, instintos ou conflitos<sup>(2,6,29)</sup>.

Num estado dissociativo, percebe-se então que aspetos biopsicossociais que deveriam estar interligados e coordenados dentro da consciência de uma pessoa, não o estão. Um estado comum de dissociação experienciado por vários indivíduos, e que pode ser dado como exemplo, é o lapso de memória enquanto conduzem uma rota bem conhecida. O condutor encontra-se consciente o suficiente para obedecer às regras de trânsito e para seguir o caminho correto para alcançar o destino, no entanto aquando da chegada não possui qualquer memória da viagem. Para a maioria dos indivíduos, apesar de este processo de dissociação ser completamente normal e não patológico, esta poder ser uma experiência desconcertante, não representando, no entanto, uma ameaça eminente ao bem-estar da pessoa nem requerendo grande reflexão. Por outro lado, num paciente com DID, estes estados dissociativos, que se estendem bem mais longe do que uma simples viagem de automóvel, podem trazer variados prejuízos para a sua relação matrimonial e para o seu desempenho como pai ou mãe. Muitas vezes estes aspetos da vida do paciente são até mais afetados do que as suas ocupações profissionais<sup>(23)</sup>.

Acredita-se, portanto, que a dissociação é um mecanismo de defesa adaptativo, face a um trauma severo, sendo um processo automático e psicologicamente passivo que ocorre quando não se realiza a integração do evento traumático, sendo que este será organizado na

consciência do indivíduo de forma a excluir parte do seu conteúdo. Este processo tem, então, o intuito de proteger a criança contra o sofrimento provocado pelo respetivo trauma, possibilitando que, numa fase extrema de falta de defesas por parte da mesma para reagir à dor, ocorra uma fragmentação da personalidade. A personalidade fragmentada, que poderá dar origem a um número infinito de personalidades múltiplas, dependendo da necessidade da criança, irá tomar o controlo da consciência do indivíduo no momento em que a criança tiver que voltar a lidar com o determinado trauma, passando também esta nova personalidade a ser responsável por lidar com a dor emocional causada pelo mesmo, enquanto a criança em si, ou seja a personalidade original, sente-se como se estivesse apenas a assistir ao evento traumático, não estando este a acontecer-lhe a ela mas sim à outra personalidade, que para si constituem pessoas diferentes<sup>(30)</sup>.

“Sentia-me a planar, a expressão que os meus amigos na escola usavam para descrever as suas primeiras experiências com marijuana e bebidas alcoólicas. Esta palavra descrevia na perfeição uma imagem na minha mente de mim, a Alice, a flutuar logo abaixo do teto, tal como um balão, a observar a minha própria cama pequena, onde um homem enorme estava pesadamente deitado sobre uma menina que eu não conseguia ver ou reconhecer. Não era eu. Eu estava a planar no teto.”<sup>(5)</sup>

Tudo isto possibilita que, quando já não se encontrar sob qualquer ameaça, o alter ego tenha cumprido a sua função de proteção a criança retome controlo da sua consciência sem qualquer noção de ter vivenciado um evento traumático, tornando também possível que esta mantenha uma relação afetiva com o abusador, no caso dos abusos infantis, sendo na maioria das vezes essa relação necessária para a sobrevivência da mesma, uma vez que a maioria dos abusadores são cuidadores primários. Por interferir com a armazenamento e integração normais dos pensamentos, sentimentos, sensações e memórias, a dissociação protege o indivíduo de vários aspetos da experiência traumática, possibilitando automatização de certos comportamentos, a resolução de conflitos inconcebíveis, a isolamento das experiências catastróficas, a libertação catártica de certos sentimentos, a analgesia e a alteração da sensação do EU<sup>(6,24,25,30,31)</sup>.

As alterações dissociativas de identidade manifestam-se pelo uso de expressões como “nós” ou “ele” relativas ao próprio indivíduo. Os doentes podem também referir-se a si próprios usando o seu nome próprio, como se falando na 3ª pessoa ou até descrevendo-se de forma despersonalizada como “o corpo”<sup>(2,25)</sup>.

Episódios dissociativos breves são fenómenos comuns e normativos durante a infância que, geralmente, diminuem durante a adolescência até níveis relativamente baixos na vida adulta. Devido à dificuldade de medição, existe alguma dúvida quanto ao nível de dissociação em crianças, mas parece que essa capacidade atinge o seu auge entre os 9-10 anos, diminuindo rapidamente durante a adolescência, para alcançar níveis mínimos na

vida adulta. As crianças apresentam por si só um sentido pobre de continuidade dos seus comportamentos ou da fluidez do tempo. Mesmo quando já se encontram na fase da adolescência, eles podem não reconhecer a existência destas perdas do tempo ou de descontinuidade de experiências. Aliás, as descontinuidades de experiências são próprias de crianças pequenas que alteram entre um ciclo de dormir e de estados sonolentos e que dão por elas em cenários diferentes sem grande consciência do que ocorreu<sup>(19,30)</sup>.

O género não parece influenciar a capacidade dissociativa. No entanto o que parece influenciar é a cultura onde cada um se encontra inserido. O trauma pode interferir com o declínio normal, relacionado com a idade, da capacidade dissociativa, resultando numa capacidade exponenciada e/ou propensão para a dissociação em adultos que tenham vivenciado experiências traumatizantes durante a infância, ou seja, crianças com uma elevada capacidade dissociativa e que são constantemente abusadas pelo mundo, têm tendência a criar repetidamente alter egos para lidarem com as adversidades<sup>(19,30)</sup>.

A dissociação patológica, ocorre quando a frequência e/ou duração dos episódios dissociativos produzem prejuízos significativos na continuidade da memória individual e na integração do self, produzindo um leque de sintomas e comportamentos que incluem amnésia, distúrbios do senso de self, estados de transe, rápidas mudanças de humor e de comportamento, mudanças perplexas de nível de conhecimento, memória e capacidades, alucinações auditórias e visuais, bem como companheiros imaginários vívidos em crianças e adolescentes. Muitos destes sintomas são frequentemente mal diagnosticados como défices de atenção, de aprendizagem, problemas de conduta ou até psicoses<sup>(4,30)</sup>.

As perturbações de memória são tipicamente manifestadas por amnésia para comportamentos e informação autobiográfica, sendo a amnésia dissociativa um achado muito frequente neste grupo de doentes, devendo ser investigadas falhas na capacidade de relembrar informação pessoal que não seja explicável por défices cognitivos ou esquecimentos normais. Este tipo de amnésia pode manifestar-se de diversas formas: falhas na memória autobiográfica, como por exemplo o esquecimento de períodos específicos da infância ou da adolescência e esquecimentos de acontecimentos de vida importantes; lapsos mnésicos referentes a procedimentos que anteriormente se encontravam bem sedimentados, como por exemplo ler, usar o computador e conduzir; descobertas acidentais de ações que não se recordam de ter realizado, como é o caso de encontrar desenhos ou textos dos quais não se recordam de ter realizado, descobrimento de lesões corporais das quais desconhecem a origem, o encontro de uma peça de roupa que não se recordam de ter comprado. Consequentemente, estes pacientes relatam muitas vezes que “dão por si” em determinado local, sem memória de para lá se terem deslocado e sem conhecimento se quer de como lá chegaram<sup>(2,12,25,32,33)</sup>.

“People she had never seen before would insist that they knew her. She would go to a picnic and have a vague sense of having been there before. A dress that she had not bought would be hanging in her closet. She would begin a painting and return to the studio to find that it had been completed by someone else – in a style not hers. Sleep was a nightmare. She just couldn’t be sure about sleep. Often it seemed as if she were sleeping by day as well as by night. Often, too, there was no dividing line between the time of going to bed at night and waking up in the morning. Many were the occasions of waking up without going to sleep, of going to sleep to wake up not the next morning, but at some unrecognizable time.”<sup>(4)</sup>

“Friends reported conversations they had had with her, and places they had visited together, of which she had no recollection whatsoever. They complained of her moods, her cattiness and unreliability. At work she would suddenly “come to” in the middle of conversations with people and have no idea of what they had been talking about. She attended important meetings of which she could remember nothing, but would find she had notes in an handwriting different from her own. Her wardrobe was full of clothes which she had no recollection of buying. Her house was put on the market when she had not even thought about moving. She had found herself back at work after her husband’s death when as far as she knew she had made no plans to return.”<sup>(29)</sup>

Os distúrbios dissociativos de memória são muitas vezes manifestados de forma intermitente, ou seja, informação adquirida num estado dissociativo estará disponível para recordação para esse mesmo estado dissociativo, isto é, para a mesma personalidade dissociativa que criou a memória. Tal informação pode não estar acessível ou então estar apenas parcialmente acessível no estado não dissociativo. Um indivíduo que tenha usado a dissociação como escape repetidamente de trauma recorrente é normalmente vulnerável à eliciação de respostas dissociativas por estímulos inócuos que são reminiscentes da experiência traumática. O tipo de estado dissociativo exigido vai variando, fazendo com que alguns indivíduos revivam as experiências traumáticas como flashbacks ou usando outra forma dissociativa de revivificação, enquanto outros entram simplesmente num estado de transe. Muitas vezes a aversão que estes indivíduos têm a determinadas coisas, considerando-se até como fobias, representa o medo que eles têm dos objetos por os reconhecerem como *triggers* para episódios dissociativos. Tudo isto produz também um profundo isolamento social, sendo que estes estados dissociativos são recorrentemente ativados por stress, traumas ou estímulos reminiscentes do trauma, como associação a cores, cheiros, sons ou imagens<sup>(1,2,6,22–24,29,30,33)</sup>.

Em muitos dos casos, o ambiente em que este tipo de amnésia se desenvolve é marcadamente violento, fazendo com que o doente experiencie emoções intoleráveis de vergonha, culpa, desespero ou raiva. Assim, a presença de um ou mais eventos traumáticos

pregressos é comum na amnésia dissociativa. Em muitos casos, a remoção do estímulo traumático pode reverter a amnésia e colmatar os lapsos de memória para eventos específicos. Alguns estudos, mostram fatores genéticos e ambientais como principais fatores predisponentes e apesar de não serem encontradas alterações estruturais a nível cerebral, alguns investigadores encontram alterações de metabolismo a nível do córtex pré-frontal infero-lateral direito, dado que é corroborado por estudos anteriores que mostravam a importância desta estrutura no processamento de informação relacionada com o *self*. Para além disso, é comum que os resultados dos exames complementares de diagnóstico, como o EEG, TAC e RM, sejam normais<sup>(1)</sup>.

A amnésia dissociativa nos casos dos pacientes com DID, restringe-se apenas à memória episódica, isto é, à memória autobiográfica e a eventos pessoais, sendo a memória anterógrada normalmente poupada. Esta memória episódica divide-se em explícita e implícita. A primeira representa as memórias conscientes e intencionais dos acontecimentos, enquanto a segunda está relacionada com o fato de os acontecimentos influenciarem, inconscientemente, o comportamento da criança. Estas crianças não se recordam conscientemente dos acontecimentos traumáticos, no entanto apresentam sinais de transferência implícita nas suas formas comportamentais<sup>(1,6)</sup>.

O processo de dissociação ocorre por fases: primeiro uma fase leve, que consiste num estado de sonhar acordado, sendo esta fase seguida pelo aparecimento de um alter ego, até que o sujeito começa a reviver o trauma precoce, com tal intensidade que parece física e emocionalmente real<sup>(6)</sup>.

“Eu sofro, em termos de memória, de uma combinação de amnésia, o esquecimento puro e simples, com um traço deprimente de hipertimesia, o oposto. Isto acontece quando conseguimos recordar pormenores pessoais com uma minúcia fantástica; é útil quando aplicados essa capacidade ao processo de aprendizagem, e devastador quando mergulhamos no passado. O meu passado.”<sup>(5)</sup>

A maioria dos pacientes sofrem pelo facto de nenhum, ou a grande maioria, dos acontecimentos na sua vida ter um início e um fim, ou seja, nunca existe uma continuidade entre o “agora” e “o momento seguinte”. Assim, os sujeitos sofrem de uma sensação de perda de tempo, que pode durar apenas algumas horas por dia, como também pode durar semanas, meses ou até mesmo anos inteiros. A amnésia é, assim, caracterizada por fuga dissociativa, sendo descrita como sendo localizada (incapacidade de recordar todos os eventos durante um determinado período de tempo) na maioria dos pacientes. Numa minoria é descrita como seletiva (incapacidade de recordar apenas alguns eventos durante um determinado período de tempo)<sup>(4,16,29)</sup>.

Grande parte dos pacientes recordam determinados acontecimentos, traumáticos ou não, como se os tivessem sonhado. Tal não ocorre apenas com eventos traumáticos, uma

vez que, como já foi referido anteriormente, quando um indivíduo utiliza recorrentemente o processo dissociativo como mecanismo de defesa, os alter egos irão tomar o controlo em situações que não sejam consideradas traumáticas, mas apenas desagradáveis para o sujeito, ou seja, situações que despertem sentimentos de medo, insegurança, vergonha, etc. Para além disto, os pacientes referem que se sentem a caminhar ao lado deles próprios, observando os acontecimentos da sua vida, mas não a vivenciá-los na primeira pessoa, isto é, sendo meros espetadores da sua própria vida. Consequentemente, começa-se a ter alguma dificuldade em diferenciar o que é real ou o que é apenas e realmente um sonho<sup>(4)</sup>.

“In the beginning I didn’t know what I heard or what I saw. By dreaming and by allowing those memories to come up, they gradually become a story. And that story remained unaltered. When I think of this story, I suffer again from the sounds, emotions, and images.”<sup>(33)</sup>

As memórias traumáticas, contrariamente às memórias de eventos não traumáticos, manifestam-se inicialmente de forma fragmentada, sensoriomotora e afetiva, normalmente com ausência de uma narrativa clara. Acontecem normalmente como sendo ondas de sentimentos intensos, imagens visuais, percepções auditórias e olfativas e sensações corporais. Com a passagem do tempo, os indivíduos gradualmente começam a construir uma narrativa do que realmente lhes aconteceu, sendo isto designado de memória autobiográfica<sup>(12,29,33)</sup>.

“I have always known the beginning and the end, but the piece in the middle was completely missing. I knew that I lay naked on the bed afterwards, but what happened before?”<sup>(33)</sup>

Nestes pacientes, a memória retorna, portanto, de forma fragmentada, não consistindo numa narrativa autobiográfica clara. Quando a memória do evento traumático se torna clara e coesa permanece, no entanto, despersonalizada inicialmente, como se não pertencesse à pessoa, não se tornando necessariamente personalizada com o passar do tempo<sup>(29,33)</sup>.

“It has become now more of a story, but it still doesn’t feel as mine. I always have the feeling that the memory develops spontaneously, without me having any influence on it. When I have the memory, it is still not mine, or it belongs to somebody else, to an alter.”<sup>(33)</sup>

Em alguns pacientes com DID, as memórias traumáticas só conseguem ser acedidas em estados dissociativos. Apesar de tudo, é importante ter noção de que a memória humana é mais uma reconstrução do que uma réplica verídica de algo. Assim, a recordação de um trauma contém, inevitavelmente, alguma imprecisão, sendo conveniente quando existe alguém que possa corroborar a história do trauma<sup>(19,22)</sup>.

Assim sendo, pode-se concluir que o processo de dissociação, que na maioria das vezes é acompanhado por amnésia dissociativa, se trata de um mecanismo de defesa

indispensável à sobrevivência mental de indivíduos que vivenciam situações traumáticas com uma carga sentimental insuportável de enfrentar através de outros mecanismos. Este processo dissociativo deriva de uma capacidade, mais ou menos exponenciada, dependendo de cada um, que o ser humano possui de imaginar realidades diferentes daquela onde se encontra inserido, capacidade essa que em situações normais irá diminuindo com a idade, mas que no caso de indivíduos traumatizados se mantem e vai aumentando consoante as suas necessidades.

“O que é o DPM? O DPM é uma menina a imaginar que o abuso está a acontecer a outra pessoa. Este é o cerne do distúrbio, e todas as outras características são secundárias. A imaginação é tao intensa, tao subjetivamente atraente e adaptável, que a criança abusada experimenta aspetos dissociados de si mesma como sendo outras pessoas.”<sup>(5)</sup>

### **3.5 Outros sintomas e comorbilidades do Distúrbio de Identidade Dissociativa**

Os pacientes com Distúrbio de Identidade Dissociativo apresentam um variado leque de sintomas, dentro dos quais merecem especial destaque os sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider, os sintomas de desrealização e despersonalização, os sintomas conversivos e os sintomas somáticos, encontrando-se estes dois últimos no mesmo capítulo do DSM-5 (Perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas) (1,2,30,32,12,16,19,20,25-27,29).

Sabe-se que este distúrbio se encontra relacionado com elevados níveis de stress emocional e que para além dos sintomas e características acabados de referir, outros podem ser igualmente identificados, sendo estes tentativas e ideações suicidas, uma vez que consideram que os sentimentos desencadeados pelo trauma são demasiado esmagadores para serem suportados; comportamentos autolesivos, estando estes muitas vezes associados a amnésia dissociativa e consistem, na maioria das vezes, na desconfiguração dos genitais e mamas por parte das mulheres, através de lacerações e queimaduras, com o intuito de se “limparem” da sujidade do abuso e de se tornarem menos desejáveis para o abusador, ou como forma de expressar a sua raiva e de se castigarem a si próprios, já que muitas vezes se consideram culpados pelo que lhes está a acontecer; distúrbios alimentares, que incluem bulimia e anorexia nervosas; abuso de substâncias, álcool e medicamentos, sendo muito comum encontrar-se um historial de overdose nestes pacientes; depressão; alterações de humor; ansiedade e ataques de pânico; perturbações do sono, quer seja a nível de padrões de sono anormais, pesadelos, dificuldade em adormecer ou sonambulismo; enxaquecas e cefaleias, principalmente nas mulheres e muitas vezes associadas aos

momentos de troca de personalidade; inibição e disfunção sexual, uma vez que a temática lhes causa sentimentos de confusão e de repulsa; baixa autoestima, fazendo com que acreditem que tudo é mais importante do que eles próprios para aqueles que os rodeiam; estados de hiper-vigilância e hiperexcitabilidade. Bem como sentimentos de desamparo, desespero, inutilidade, tristeza, raiva, pessimismo, insegurança e desconfiança perante os outros e inclusive perante si mesmos e erupções de violência excessiva. Muitos destes sintomas podem estar enquadrados na perturbação somática, que será, em seguida, descrita com mais profundidade. Para além disso, estes sintomas e características são considerados apresentações menos específicas desta patologia e, por isso mesmo, acabam por passar mais despercebidos aos olhos dos profissionais de saúde, aquando do momento do diagnóstico<sup>(1,5,25,29,35,6,12,15,16,19-22)</sup>.

Muitos destes indivíduos afirmam ter vivenciado experiências extrassensoriais, isto é, telepatia mental, clarividência, telecinesia, contacto com fantasmas, espíritos ou *poltergeists*, experiências de possessão, conhecimento de vidas passadas, entre outras<sup>(25,26)</sup>.

Outra característica relevante é que estes pacientes acabam por não conseguir estabelecer relações interpessoais satisfatórias e funcionais, devido aos seus antecedentes de trauma, abusos sexuais e agressão, bem como à sua dificuldade em lidar com a temática das relações sexuais. Os pacientes temem o amor, uma vez que quem dizia que os amava, na maioria das vezes, também foi o autor das violações. Para além de terem medo das figuras abusadoras, passam também a ter medo de todas as restantes pessoas, não se permitindo envolver emocionalmente com ninguém e sendo este medo uma extensão do medo que sentem do abusador. Alguns pacientes, que tenham sido criados num ambiente muito religioso, acabam também por desenvolver um medo da religião, uma vez que por analogia se perguntam qual o sofrimento que virá do amor que dizem que Deus sente pelas pessoas, uma vez que na sua perspectiva o amor só poderá trazer sofrimento<sup>(1,4,22,25,29,5,6,12,15,16,19-21)</sup>: “Mother said she loved me, but if that was love...”.

Estes sujeitos sentem-se constantemente traídos pelo próprio tempo, sentindo-se também constantemente encurralados, sem esperança de qualquer solução para o seu problema, encurralados na sua própria vida<sup>(4)</sup>.

No que diz respeito à manifestação deste distúrbio durante os períodos da infância e adolescência, a típica criança ou adolescente com DID é marcadamente perturbada e recebeu previamente um ou mais diagnósticos de défice de atenção, hiperatividade, distúrbio de conduta/comportamento ou uma perturbação desafiante de oposição. Normalmente estas crianças também são identificadas por sofrerem de deficiências de aprendizagem, apesar de o resultado dos testes de diagnóstico serem inconclusivos para tal. A questão de uma psicose também é quase sempre levantada. Estas crianças apresentam, na maioria das vezes, um elevado número de comportamentos severos e perturbadores e,

normalmente, são hipersexuais e excessivamente agressivos sem causa aparente. Estas crianças são muitas vezes identificadas como sendo “diferentes” das outras, apesar de os profissionais de saúde, assistentes sociais, professores e pais terem dificuldade em caracterizar a natureza dessa diferença, acontecendo com elevada frequência existirem análises relativas às mesmas muito discrepantes entre profissionais. Em alguns casos, os cuidadores referem experiências alarmantes, como a criança a falar numa voz estranha, ou estar a discutir e conduzir conversas com ela própria, quando mais ninguém se encontra presente, sendo comum a interpretação destas situações por partes dos adultos envolventes, como a mera existência de amigos imaginários. No entanto, é possível diferenciar quando uma criança se está a referir a um amigo imaginário ou então a uma diferente personalidade, pois no caso do primeiro, as crianças falam do amigo como sendo uma entidade em separado, nunca fingindo ser o tal amigo, nem se quer sugerindo que tal é possível. Apesar disso, nos estádios incipientes deste distúrbio é possível que o desenvolvimento de amigos imaginários tome uma direção aberrante e seja o primeiro passo para o desenvolvimento de uma personalidade alternativa. O diagnóstico de DID é confirmado pela existência de duas ou mais estados de personalidade distintos, que periodicamente tomam controlo do comportamento do indivíduo, sendo que sem isso não se pode ter a certeza do diagnóstico. Caso apenas afirmem terem amigos imaginários que influenciam o seu comportamento mas não exista evidência da existência de um alter ego não se pode fazer o diagnóstico de DID<sup>(19,22,30)</sup>.

“One common scenario reported by parents and caretakers is hearing what sounds like several different children talking and playing in a room only to find the child playing alone and alternately assuming different roles with distinctly different voices. At times the child may argue violently and even threaten him or herself. Some caretakers report that one of the alter selves will tell on one another, often talking about the child in the third person, for example ‘Mommy, Tina is going to steal some money’.”<sup>(30)</sup>

O melhor preditor de um distúrbio dissociativo é o comportamento do tipo transe. Apesar de algumas crianças normais apresentarem este tipo de comportamentos, uma criança com distúrbio dissociativo irá espontaneamente entrar em estados tipo transe com um olhar vazio e com evidências de perda de contacto com o meio que a envolve. Se a criança for deixada sozinha, este comportamento pode ser novamente observado passado umas horas. As crianças são geralmente amnésicas para este tipo de episódios e, depois deste estado de transe acabar, ela continua a fazer o que estava a fazer antes, como se nada tivesse acontecido, também sendo possível, no entanto, que no final fique desorientado e perplexo. Na escola ou em situações que requerem uma atenção constante, estes estados tipo transe levam a perda de informação e confusão por parte da criança, sendo que muitas delas são diagnosticadas com distúrbio de défice de atenção podendo, na realidade, ter DID. Crianças

com distúrbios dissociativos exibem um leque de habilidades flutuante, mudança repentina de preferências, conhecimento inconstante, sendo isto potenciado pelo facto de num estado dissociativo a criança poder não conseguir ter acesso a informação que tenha sido armazenada num estado não dissociativo. Estes comportamentos são confundidos com comportamentos de oposição, nos quais se considera que as crianças estão a “esconder” a informação ou se recusam a fazer algo de propósito, uma vez que se sabe que esta consegue fazer o que lhe é pedido, por já o ter feito anteriormente, sendo então estas crianças consideradas mentirosas patológicas. Deste modo, a criança possui uma sensação constante de estar a ser castigada sem conhecer nem compreender os motivos para tal<sup>(19,30)</sup>.

Para além disso, e como já foi referido anteriormente, os pacientes adultos com DID, já em idade adulta, costumam apresentar mais do que um diagnóstico concomitante, bem como historial de períodos de internamento em unidades psiquiátricas. Alguns desses diagnósticos podem estar errados, por falta de consideração do DID nos diagnósticos diferenciais, ou então o paciente cumpre os critérios para mais do que um distúrbio psiquiátrico. Exemplos desses diagnósticos são o distúrbio de personalidade *borderline*, depressão major, agorafobia e fobia social, perturbações de humor, perturbações de conduta, esquizofrenia, bipolaridade, psicose, distúrbios alimentares, perturbação de somatização, perturbação de conversão, perturbação de ansiedade ou distúrbio dissociativo (sem ser o DID)<sup>(15,16,20,25)</sup>.

### **3.5.1 Sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider**

Os sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider presentes no distúrbio de identidade dissociativa incluem alucinações auditivas, visuais, olfativas e gustativas; experiências de passividade; difusão do pensamento; inserções ou roubo de pensamento e delírios<sup>(3,12,16,19,20,25-27,29)</sup>.

No que diz respeito às alucinações auditivas, estas são descritas como sendo ouvidas e vindas do interior da cabeça dos sujeitos. Estas alucinações podem ser comentadoras, ou seja, normalmente são vistas como sendo uma conversa, ou um diálogo, entre os diferentes alter egos. Muitas vezes essas conversas consistem em conspirações entre os mesmos, contra a personalidade original, mas também podem consistir em ameaças, no incentivo de ideias suicidas, em incutir sensações de inutilidade e de desvalorização, dizendo-lhes que nunca conseguirão realizar os seus objetivos<sup>(3-6,12,16,19,29,30)</sup>. Tais situações podem ser observadas nos excertos seguintes:

“As vozes estavam a conversar, o Professor, a atriz de novela, um menino triste, provavelmente a criança que me acordara a chorar nos meus sonhos, naquelas semanas

imediatamente anteriores ao dia em que confrontei o meu pai e ele me violou. Sentia o menino a crescer dentro de mim, como um pintainho no ovo prestes a sair da casca.”<sup>(5)</sup>

“Onde quer que estejas estaremos lá também. Somos os teus melhores amigos, Alice. Não sabes já disso? Quanto tempo mais será necessário para perceberes que o teu destino é falhar em tudo, exceto no suicídio?”<sup>(5)</sup>

No entanto, por vezes, estas vozes podem ser solidárias e reconfortantes, fornecendo algum conforto à criança durante os episódios de abuso. Para além disso, o sujeito pode experienciar alucinações visuais, olfativas e gustativas intensas, sendo que as primeiras são relativamente comuns e são descritas, como se o paciente visse fantasmas, que podem inclusive falar com ele<sup>(30)</sup>.

Relativamente às experiências de passividade, o sujeito sente que os seus pensamentos, sentimentos ou ações são experienciados como se estivessem a ser feitos por outros, como se uma força exterior os estivesse a controlar<sup>(16,19,25-27,29)</sup>.

O conceito de difusão de pensamento pode ser definido como a ilusão de que pensamentos, que não são expressos verbalmente, são conhecidos e divulgados por outros, através mecanismos de rádio, telepatia, ou outra forma qualquer. Para além disso, alguns pacientes acreditam que os seus pensamentos podem ser ouvidos “em voz alta” pelas pessoas que os rodeiam<sup>(3)</sup>.

As inserções de pensamento definem-se como uma ilusão na qual o sujeito acredita que os seus pensamentos não lhe pertencem, mas são implantados na sua mente por um agente exterior, encontrando-se isto também relacionado com as experiências de passividade referidas anteriormente. O roubo de pensamentos consiste, por sua vez, na ilusão de que os pensamentos foram retirados da mente do paciente. Normalmente, o sujeito experiencia um bloqueio do curso do pensamento, acreditando que os pensamentos em falta lhe foram roubados por outrem<sup>(3)</sup>.

Já o delírio consiste no comprometimento global da consciência, resultando em níveis diminuídos de alerta, atenção e perceção do meio, condicionando uma performance cognitiva prejudicada<sup>(3)</sup>.

Por fim, a relação entre os sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider e o trauma ocorrido na infância foi observada numa grande variedade de estudos e, em todos eles, as crianças com níveis de trauma mais severo, apresentavam, conseqüentemente, sintomas mais intensos e em maior número. Os traumas relacionados incluem abusos físicos e emocionais, podendo os abusos sexuais estar incluídos e sendo importante a quantidade de vezes que os indivíduos sofreram abusos e também o número de abusadores<sup>(16,19,25-27,29)</sup>.

### 3.5.2 Despersonalização e desrealização

A perturbação de despersonalização/desrealização faz parte de um leque de sintomas dissociativos que compõe o DID e, segundo o DSM-5, esta é caracterizada pela presença de experiências persistentes ou recorrentes de despersonalização, desrealização ou ambas<sup>(1,3,13,14)</sup>.

O conceito de despersonalização pode ser definido como experiências de irrealidade, distanciamento ou sentir-se um observador externo em relação aos seus pensamentos, sentimentos, sensações, corpo ou ações (por exemplo, alterações da percepção, sensação de tempo distorcida, sentido do EU ausente ou irreal, embotamento emocional e/ou físico)<sup>(1,3,13,14)</sup>.

Por outro lado, o processo de desrealização representa experiências de irrealidade ou distanciamento em relação ao ambiente envolvente (por exemplo, os indivíduos ou objetos são experienciados como irrealis, como um sonho, nebulosos, sem vida ou visualmente distorcidos)<sup>(1,3,13,14)</sup>.

É importante salientar que estes sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou déficit no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, e que os mesmos não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, medicamento) ou outra condição médica (por exemplo, convulsões). Para além disso, esta perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental<sup>(1,3,13,14)</sup>.

A sensação de despersonalização/desrealização constitui, portanto, uma reação frequente a experiências traumáticas que tenham acontecido anteriormente. Muitos pacientes recorrem a comparações para explicar o que lhes está a suceder, sendo que no caso da despersonalização muitos afirmam que “É como se me encontrasse fora do meu corpo, incapaz de regressar para dentro dele.” e no caso da desrealização que “É como se as pessoas que se encontram à minha frente não fossem reais, fossem seres inanimados.”<sup>(2,3,12,25,29)</sup>.

Assim, tendo em conta que o DID é desencadeado por um evento traumático e que é caracterizado por um distúrbio de identidade, que, conseqüentemente, pressupõe uma confusão da mesma, significando isto que existe uma luta interna entre as diversas tendências da pessoa em questão, pode-se concluir que, quando tal luta excede os limites e aspetos dessa mesma identidade fragmentada tomam controlo executivo da mente e do corpo do indivíduo, ainda que episodicamente, ocorre, então este fenómeno de despersonalização/desrealização, desencadeado pela sensação temporária de perda de controlo sobre o corpo, pensamentos e emoções, provocada pela existência de uma personalidade alternativa. Para além disso, podem também experienciar influências

passivas, ou seja, pensamentos, emoções e ações, que podem afetar os processos de decisão, mesmo sem que ocorra a troca da personalidade e do controlo da mente e do corpo<sup>(36)</sup>.

### **3.5.3 Perturbação de conversão**

A perturbação de conversão caracteriza-se pela presença de sintomas que afetam a atividade motora ou sensorial e que sugerem uma doença física (em geral neurológica), mas que após investigação clínica e recorrendo a exames auxiliares de diagnóstico se exclui que possam ser plenamente explicados por um estado físico geral ou pelos efeitos diretos de uma substância<sup>(1,13,14,16)</sup>.

Estes sintomas podem ser motores (coordenação e equilíbrio, falta de força localizada, alteração da marcha), sensoriais ( alteração, redução, abolição da sensibilidade tátil, da visão ou da audição) ou de outros tipos (disartria; movimentos generalizados dos membros com aparente perda de consciência, assemelhando-se a convulsões epiléticas e que por isso muitas vezes se denominam por convulsões não-epiléticas; dificuldade em engolir). Estas manifestações podem ainda ser mistas, englobando mais do que uma das categorias acima referidas<sup>(1,3,13,14)</sup>.

A conversão pode associar-se a sintomas dissociativos (despersonalização, desrealização, amnésia dissociativa), especialmente durante a ocorrência dos sintomas<sup>(1,14)</sup>.

É, também, de extrema importância referir que os sintomas e défices experienciados pelo doente são involuntários, uma vez que caso contrário nos estaríamos a referir a outro tipo de patologia (perturbação factícia ou de simulação)<sup>(1,13,14,16)</sup>.

### **3.5.4 Perturbação de sintomas somáticos**

A dissociação associada a sintomas somáticos é frequente nos indivíduos expostos a trauma durante a infância. Este processo dissociativo é caracterizado pelo aparecimento de um ou mais sintomas físicos, geradores de mal-estar ou que resultam em disrupção significativa da vida quotidiana, e que compreendem uma redução sensorial, que pode ir até à perda completa da perceção sensorial e/ou motora, bem como à perceção involuntária de estímulos sensoriais (parastesias), motores (tremores) e/ou álgicos. Segundo o DSM-5, nesta perturbação estão presentes pelo menos um dos seguintes: pensamentos desproporcionados e persistentes acerca da gravidade dos próprios sintomas, níveis de ansiedade persistentemente elevados relacionados com a própria saúde ou com os sintomas e consumo de tempo ou energia excessivos dedicados a estes sintomas ou preocupações de saúde, sendo que, apesar de qualquer um dos sintomas somáticos poder não estar continuamente presente, o estado de estar sintomático é persistente (tipicamente mais de 6 meses)<sup>(3,13,14,16,20,24,26,29,35)</sup>.

O aparecimento destes sintomas, após uma exposição prolongada a um trauma, pode ser explicado através do conceito de cascata de defesa, ou seja, ameaças existenciais desencadeiam uma estimulação fisiológica excessiva, em ordem de preparar o organismo para respostas de ataque ou de defesa. Estas respostas, quando recorrentes no sistema límbico, encontram-se ligadas à memória do trauma original e são reativadas em contextos de estimulação elevada, mesmo quando o perigo já não se encontra presente<sup>(3,16,20,24,26,29)</sup>.

Alguns dos sintomas experienciados por estes pacientes estiveram realmente presentes, no passado, devido aos abusos físicos e sexuais sofridos na altura. No entanto, agora podem ser referidos pelos alter egos, sendo neste momento “auto-induzidos”, como forma de reviver os eventos passados e de modo a chamar a atenção e a obter mais afeto por parte dos outros<sup>(23)</sup>.

A sintomatologia somática no DID inclui amnésia, tonturas e síncope, palpitações, cefaleias e enxaquecas, disfunção sexual, náuseas e vômitos, dores abdominais, visão turva, toracalgia, lombalgias ou outro tipo de dor, incluindo dores durante as relações sexuais e disúria, dispneia, disfagia, diarreia, dificuldade em andar, paralisia, intolerâncias alimentares, retenção urinária, surdez, afonia, convulsões e cegueira. No entanto, podem apresentar qualquer outro tipo de sintoma que não esteja aqui referido. No caso da população feminina, é muito comum existirem queixas de período menstrual irregular, dores mentruais excessivas ou de sangramento anormal. Quanto à população masculina, as queixas mais frequentes são as de impotência sexual<sup>(3,12)</sup>.

Deste modo, os profissionais de saúde encontram frequentemente pacientes com história de sintomas que não podem ser explicados por fatores orgânicos. Quando tal acontece, e os tais sintomas não podem ser atribuídos a ansiedade, depressão ou hipocondria, é feito o diagnóstico de distúrbio de somatização, que representa uma forma extrema de um continuum de severidade de somatização. Estes pacientes descrevem níveis elevados de angústia e deficiência funcional, sabendo-se que esta condição apresenta um mau prognóstico<sup>(3,12,32)</sup>.

Tentativas de explicar este distúrbio afirmam que estes sintomas, clinicamente inexplicáveis, são causados por uma separação/fragmentação/dissociação de conteúdo stressante/agressivo da parte consciente do indivíduo, uma vez que se sabe que este processo de dissociação está associado à ocorrência de eventos traumáticos, na maioria das vezes ocorridos durante a infância, sejam eles de origem física ou sexual<sup>(3,12,32)</sup>.

Existem vários sintomas psicológicos que refletem o processo de dissociação estando entre eles a amnésia dissociativa, a despersonalização e/ou desrealização e a alteração da identidade, sendo que muitos pacientes que sofrem de distúrbios de dissociação apresentam, na grande maioria das vezes, algum grau de somatização. Do mesmo modo pacientes com distúrbio de somatização apresentam, frequentemente, sintomas

dissociativos, parecendo, portanto, existir uma ligação entre estes dois leques de patologias<sup>(3,12,32)</sup>.

Não existem, de momento, estudos suficientes que comprovem que negligência e abandono parental também promovam o desenvolvimento de somatização, apesar de existirem alguns que correlacionam o distúrbio de somatização com o trauma emocional sofrido durante a infância (gritos, criticismo severo e/ou insultos durante um longo período, envolvendo tipicamente ambos os pais ou apenas um deles, ou até mesmo outro membro da família). Assim sendo, apenas certos fenómenos dissociativos estão relacionados com o distúrbio de somatização<sup>(3,12,32)</sup>.

É muitas vezes possível que devido à existência de amnésia dissociativa para os eventos traumáticos, os indivíduos com distúrbio de somatização não se consigam recordar do abuso e afirmem que não o sofreram<sup>(3,12,32)</sup>.

Concluindo, existem estudos que comprovam que abusos físicos e, talvez emocionais, podem constituir um importante ponto de partida para o desenvolvimento de distúrbio de somatização.

### **3.6 Trauma Desencadeante**

O DID é atualmente compreendido como sendo um distúrbio complexo de desenvolvimento pós-traumático que constitui um mecanismo de defesa para diminuir o stress sob conduções de ameaça, medo e desamparo constantes, no seio de circunstâncias disfuncionais, violentas e traumáticas. Este distúrbio normalmente tem início antes da idade de 5/6 anos, sendo o período de idade de maior vulnerabilidade para o mesmo até aos 10-15 anos, considerando-se muito pouco provável que alguém desenvolva DID se experienciar um trauma já no período da adolescência ou posteriormente<sup>(2,15,37,17,19,21-24,26,28)</sup>.

Os distúrbios de identidade dissociativa complexos, nomeadamente aqueles onde coexistem mais do que 15 personalidades alternativas e barreias amnésicas complicadas, estão associados, com uma frequência de 100%, a abusos físicos, sexuais e emocionais ocorridos durante a infância. Para além disso, foi provado, através de vários estudos, que os eventos traumáticos têm um papel etiológico fundamental, quando se trata da fragmentação da personalidade, ainda que só existam duas personalidades alternativas. Tal acontece, uma vez que o trauma tornou necessária a dissociação, por representar uma realidade intolerável pela parte consciente do indivíduo, e contra a qual as várias personalidades se tornam mecanismos de defesa. No entanto, o número de alter egos produzidos, encontra-se diretamente relacionado com a gravidade e frequência dos eventos traumáticos, sendo esse número uma direta consequência das necessidades da criança abusada<sup>(4,5,26,28-31,33,37,15-17,19-22,25)</sup>.

A infância da maioria destes pacientes é caracterizada por discórdia e instabilidade familiar, ou por patologia do foro psicológico em um ou ambos os pais. Estes pacientes têm, então, tendência para provir de ambientes autoritários, religiosos ou com padrões perfeccionistas. Portanto, normalmente, os pacientes com DID provêm de famílias narcisísticas/rejeitantes ou então de famílias profundamente abusivas. As famílias narcisísticas/rejeitantes são constituídas por pais que estão em constante combate um com o outro, que não são empáticos e que são emocionalmente abusivos, podendo esse abuso englobar o abuso físico. Estes pais facilmente se tornam violentos e chateados, dirigindo esta raiva à criança com DID. Por outro lado, as famílias profundamente abusivas são caracterizadas por pais que são frios, zangados e sadísticos ou, então, um dos pais facilita o abuso por parte do companheiro. O abuso emocional nestas famílias é severo e crónico, podendo os abusos físicos e sexuais estar presentes<sup>(4,5,12,19,21)</sup>.

É bastante importante realçar o facto de que uma mãe ou um pai emocionalmente fechados e ausentes propiciam a aproximação do pai/mãe abusador. Na maioria dos casos, a mãe é vista como uma figura protetora sob o ponto de vista da criança e, portanto, nos casos em que o pai é abusivo e a mãe se encontra emocionalmente indisponível, quer para os filhos, quer para o seu companheiro (pai da criança), esta indisponibilidade acaba por incentivar a aproximação sexual do pai à criança. Para além disso, é frequente que o vínculo que une famílias disfuncionais seja o pai abusivo, fazendo com que a criança não consiga rejeitar nem distanciar-se do mesmo, ainda que este seja abusador e violento, uma vez que existe uma necessidade da presença de uma figura paterna. Isto leva, então, à internalização/identificação com um objeto prejudicial, sendo este processo considerado como uma tentativa de toma de controle por parte da criança abusada<sup>(4-6,29)</sup>.

Padrões elevados de conduta, requeridos por ambientes severos e restritos, simultaneamente com discórdia familiar severa, psicopatologia parental, abuso físico, trauma sexual e negligência ou rejeição parental, têm propensão a criar um sentimento de culpa e ambivalência, principalmente no que diz respeito à raiva e ao sexo. Para além disso, quando os abusos ocorrem antes do desenvolvimento do conceito de casualidade independente, as vítimas mais facilmente interpretam os mesmos de maneira errada, achando que são culpadas pelo que lhes está a acontecer e que são os culpados por terem incitado tais respostas por parte abusador<sup>(4,5,22,29)</sup>.

Adicionalmente, sabe-se que muitas das crianças abusadas física e/ou emocionalmente convivem com pais ou membros da família que já passaram algum tempo presos, por diversos crimes, tais como assaltos à mão armada, invasão de propriedade privada, assédio e abuso sexual de menores, entre outros. Muitas delas provêm, também, de orfanatos<sup>(12)</sup>.

O DID encontra-se relacionado com uma percentagem muito mais alta de trauma infantil do que qual outro distúrbio psiquiátrico. Na maioria dos casos, este distúrbio não é precipitado pela ocorrência de um trauma único, sendo mais frequente existir um abuso crónico da criança, por parte de cuidadores primários, e existindo, muitas vezes, até mais do que um abusador. Os abusadores são, com mais frequência do sexo masculino, não significando, no entanto, que não possam existir abusadoras do sexo feminino<sup>(4,5,12,16,19,20,26,28)</sup>.

O abuso sexual infantil é uma realidade demasiado frequente, que acontece em variadas culturas e em famílias de várias classes socioeconómicas, e inclui vários tipos de abusos em relação a crianças, como por exemplo o abuso sexual em si, incesto, a produção e divulgação de pornografia infantil e comercialização sexual de crianças. O abuso sexual organizado e em forma de ritual tem muitas vezes origem dentro do seio familiar. Este tipo de abuso é definido como envolvendo uma rede de abusadores que agem repetidamente e em conjunto, em múltiplas vítimas, incluindo uma estratégia (pseudo) ideológica (símbolos, atividades de grupo religiosas, magia, conotações supernaturais) de forma a amedrontar e a intimidar as crianças ou então para forçar as vítimas a participar e, simultaneamente, fornecendo uma justificação para os atos do abusador. Por outras palavras, o abuso sexual organizado ocorre quando uma autoridade religiosa, política ou espiritual usa a sua posição de poder e soberania para interpretar as respetivas crenças, de modo a manipular e dominar os seus seguidores. Evidências sugerem a ligação entre a exposição a diferentes tipos de trauma (sexual, físico e emocional) e a severidade dos sintomas dissociativos, sabendo-se que a exposição ao trauma desencadeia morbilidades da ordem psicopatológica e psiquiátrica. A severidade do distúrbio dissociativo aumenta quando as crianças são abusadas por pessoas da própria família, em comparação com quando são abusadas por estranhos, uma vez que uma estrutura como a que a família representa deve transmitir sentimentos de segurança e proteção e, portanto, quando os sentimentos são exatamente os contrários, cria-se na criança uma sensação de insegurança e de medo muito maior. Para além disso, sabe-se que os abusos sexuais organizados têm um impacto negativo mais significativo do que abusos sexuais sem ideações de qualquer origem, provocando, o primeiro, um trauma relacionado com determinados ideais (religioso, políticos, entre outros)<sup>(24,25,28)</sup>.

Existe, também, uma elevada percentagem de abusos físicos e sexuais, sofridos por estes pacientes, mais tarde já na idade adulta, por parceiros sexuais ou outros. A razão para que tantos sobreviventes de violência, durante infância, voltem a ser vítimas da mesma, já em idade adulta, é o facto de terem sido treinadas desde sempre para tomarem o papel de vítimas. Os afeitos dos abusos sofridos na infância deixam-os especialmente suscetíveis a serem abusados em adultos<sup>(16,33,34)</sup>.

Com a repetição do trauma desenvolve-se uma sensação de identidade fragmentada, que se manifesta clinicamente pela existência de personalidades alternativas. No entanto, é possível desenvolver-se esta patologia sem se ter experienciado nenhum abuso físico ou sexual, tendo vivenciado outro tipo de trauma, como acidentes rodoviários, cirurgias invasivas, entre outros<sup>(19,28)</sup>.

Apesar de tudo, existem dois modelos de tentativas de explicação etiológica para o DID, que tiveram grande impacto ao longo dos anos: o modelo traumático e o modelo sociocognitivo. O modelo traumático é uma teoria científica testável sobre a relação entre o trauma físico e psicológico e um vasto ramo de distúrbios mentais e adições. Este modelo aborda o DID como um caso extremo de uma resposta humana normal a trauma infantil, severo e crónico. Este modelo engloba abusos físicos, violência familiar, negligência, perda dos cuidadores primários, pobreza extrema, malnutrição, guerra, doenças endémicas, desastres naturais, cirurgias e outras formas de trauma severo. O modelo sociocognitivo do DID, em contraste, afirma que o DID é um artefacto da contaminação e sugestão, sem qualquer relação válida com eventos traumáticos. Este modelo propõe que o DID pode ser simulado e advém da alta suscetibilidade e propensão a fantasiar, e de influências socioculturais. No entanto, existem estudos que provam que pacientes que sofrem genuinamente de DID não se mostram mais propensos a fantasiar, nem como sendo mais sugestionáveis e também não geram mais memórias falsas em comparação com os grupos saudáveis, que fizeram parte dos estudos. Por outro lado, estudos comprovaram que os indivíduos que simulam ter DID podem imitar grande parte dos sintomas mais óbvios e conhecidos da doença, como a dissociação, incluindo a amnésia, perda de controlo e confusão de identidade. No entanto, os sujeitos que simulam esta patologia não conseguem apresentar adequadamente os sintomas mais subtis e menos conhecidos, comprovando-se assim que o DID não é uma doença facilmente imitável. Assim sendo, os resultados da maioria dos estudos apoiam o modelo traumático, como explicação etiológica desta patologia<sup>(17,18,25)</sup>.

Os fenómenos dissociativos relacionados com a traumatização e os fenómenos dissociativos relacionados com a propensão a fantasiar não são, no entanto, categorias distintas, isto é, por exemplo, indivíduos traumatizados podem usar a fantasia para lidar com os eventos traumatizantes e tudo o que o trauma acarreta, sendo que, grande parte das vezes, as crianças traumatizadas apoiam-se na fantasia e na imaginação para fingirem que não são elas que estão a ser abusadas. Gerar e manter estados de personalidade dissociativa inclui um grau de imaginação que, como ser humano de natureza sociocultural, irá ser afetado por fatores culturais e sociais. Isto não significa, no entanto, que tais fatores sejam a etiologia primária dos estados de personalidade dissociativa<sup>(17,18)</sup>.

Para além disso, os distúrbios dissociativos são colocados no DSM-5 ao lado da secção dos distúrbios relacionados com o stress e com o trauma, de modo a indicar a existência de uma ligação entre estas categorias de distúrbios e sabe-se que uma saída do ambiente abusivo provoca uma diminuição dos sintomas <sup>(17,24)</sup>.

### **3.6.1 Relação entre distúrbio de identidade dissociativa e Perturbação de Stress Pós-traumático**

Considerando a relação existente entre o distúrbio de identidade dissociativa e eventos traumáticos anteriores, é bastante comum fazer-se uma associação entre o mesmo e a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT), sendo que alguns autores concordam com o conceito de espectro de distúrbios relacionados com o trauma, sugerindo que o processo de dissociação é uma construção organizada dentro da PSPT, enquanto outros afirmam que a PSPT representa uma comorbilidade do DID<sup>(2,15,17,19,22,24,37)</sup>.

A PSPT é uma patologia mental que resulta de uma sobrecarga de mecanismos de coping de stress, provocando uma rutura do neurocircuito do medo/ansiedade. Pressupõe-se que a sintomatologia da PSPT derive de uma hiperativação dos mecanismos de resposta ao medo e condicionamento dos estímulos associados ao evento traumático, bem como a outros estímulos que aparentemente não se encontram relacionados com o trauma<sup>(2)</sup>.

Tendo em conta a definição proposta pelo DSM-5, um evento diz-se traumático quando o indivíduo experienciou, testemunhou ou foi confrontado com algo que envolveu confronto direto com a morte, lesão grave ou ameaça séria à integridade física, e a resposta a esse evento envolveu medo, horror e sensação de incapacidade<sup>(2,13,14)</sup>.

Para além disso, segundo o DSM-5, a PSPT pode surgir após exposição, direta ou indireta, a ameaça de morte, morte real, ferimento grave ou violência sexual, e é caracterizada pela presença de um, ou mais, dos seguintes sintomas intrusivos cujo início é posterior ao(s) acontecimento(s) traumático(s) aos quais estão associados: lembranças do(s) acontecimento(s) traumático(s) que causam mal-estar e que são intrusivas, involuntárias e recorrentes; sonhos perturbadores recorrentes nos quais o conteúdo e/ou as emoções do sonho estão relacionados com o(s) acontecimento(s) traumático(s); reações dissociativas (por exemplo, *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou atua como se o(s) acontecimento(s) traumático(s) estivesse(m) a ocorrer novamente; mal-estar psicológico intenso ou prolongado aquando da exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s); reações fisiológicas intensas à exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s). Para além disto, nestes indivíduos pode-se observar evitamento persistente dos estímulos associados ao(s)

acontecimento(s) traumático(s), alterações negativas nas cognições e no humor associadas ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início ou com agravamento após o(s) acontecimento(s) traumático(s), alterações significativas da ativação e reatividade associadas ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início ou agravamento após o(s) acontecimento(s) traumático(s). Esta perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou déficit no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicamentos, álcool) ou outra condição médica<sup>(13,14)</sup>.

Por sua vez, a PSPT que ocorre após um abuso sexual pode denominar-se de síndrome traumática de violação (STV), que afeta vítimas de violação e de violência sexual, podendo ser melhor designada por síndrome traumática do abuso sexual. A violência sexual é definida pela OMS como situações onde se é fisicamente forçado a ter relações sexuais ou é obrigado a praticar um ato sexual que seja humilhante ou degradante. Vários aspetos de origem psicológica devem ser tidos em conta quando se está perante uma situação de abuso sexual, nomeadamente sentimentos de vergonha, culpa, ansiedade e depressão. Para além disso, alguns fatores cognitivos podem também contribuir de forma relevante para o aparecimento e para a severidade da PSPT após o tal abuso, sendo estes o desespero, o evitamento e a avaliação negativa das respostas e do apoio dos outros, como acontece nos casos em que a vítima acredita que os outros lhe falharam, por não reagirem de forma positiva e solidária ou até mesmo por terem tido uma atitude passiva face ao ocorrido<sup>(2)</sup>.

Segundo vários estudos, 70% dos doentes com DID preenchem igualmente os critérios de PSPT, sendo importante ter em conta que alguns autores consideram que o distúrbio de identidade dissociativa pode ser uma representação de uma forma grave de PSPT relacionada com traumas precoces<sup>(2)</sup>. Da mesma forma que os pacientes com DID apresentam sintomas dissociativos, os pacientes com PSPT também os podem apresentar, mais especificamente despersonalização e desrealização. Para além disto, os doentes com PSPT têm em comum com os doentes com distúrbio de identidade dissociativa o fato de apresentarem elevadas percentagens de comorbilidades como perturbações afetivas, perturbações do sono, perturbações de ansiedade, abuso de substâncias e somatização, bem como referirem ter experienciado, na sua maioria, tentativas suicidas e a presença de comportamentos autolesivos<sup>(1,2,12,15,17,20,24)</sup>.

A maioria dos pacientes que sofreram de amnésia para os eventos traumáticos da infância, afirmam que essas mesmas memórias foram inicialmente recuperadas sobre a forma de *flashbacks* somatossensoriais, quer nos pacientes com DID, quer nos diagnosticados com PSPT, sugerindo isto que em ambas as situações, os pacientes recordam o seu trauma, não como se fosse uma narrativa, mas como uma re-experiência somatossensorial, pelo menos inicialmente<sup>(33)</sup>.

Apesar de poder ser difícil de distinguir um paciente DID de um que apresente apenas PTSD, os lapsos de memória específicos são característicos do DID. A perda de memória de um evento é descrita primariamente no mesmo momento da experiência traumática no caso da PTSD, em vez de estar relacionado com eventos do cotidiano, como acontece no DID. Para além disso, o diagnóstico de DID tem que incluir a presença de duas ou mais personalidades alternativas<sup>(23)</sup>.

## 4. Conclusões finais

Em 1989, o psiquiatra Colin A. Ross afirma que “O distúrbio de personalidade múltipla não se baseia no defeito, mas no talento e na habilidade. Os pacientes usam a sua capacidade de dissociação para lidarem com graves traumas de infância, que geralmente envolvem tanto o abuso físico como o sexual. O DPM é uma estratégia criativa e altamente eficaz para preservar a integridade do corpo face ao trauma catastrófico crônico.”<sup>(5)</sup>.

Uma vez que o DID é um distúrbio tratável, com psicoterapia específica, que possibilita a remissão a longo termo, é necessário dar mais atenção a esta patologia, sendo também urgente a elaboração de inquérios específicos para distúrbios dissociativos, que possam ser usados pelos profissionais de saúde, já que o DID severo pode ser a explicação para muitos diagnósticos inespecíficos, que são tão frequentemente vistos nos serviços de saúde mental. Por o diagnóstico de DID ser tão controverso, os profissionais de saúde da área de psiquiatria possuem um treino limitado no que toca à triagem e ao tratamento deste distúrbio e, portanto, é possível que profissionais de saúde menos sensibilizados para esta patologia atribuam estes sintomas a doenças mais comuns, como a esquizofrenia, o distúrbio de personalidade *borderline* e os distúrbios psicóticos. Para além disso, a resposta excessiva ao trauma é muitas vezes desvalorizada, especialmente nos pacientes com DID, uma vez que, na sua maioria, estes sofrem amnésia para o evento traumático ou não sabem descrever os seus sintomas. Assim, é importante procurar por sinais que sugiram a presença de DID em diversas situações, sendo estas quando a infância do paciente tiver sido caracterizada por abuso físico e psicológico severo, trauma sexual, ambientes restritivos e severos com alto nível religioso, ambientes autoritários, com padrões morais elevados e perfeccionistas ou quando existe evidência de tentativas de suicídio ou ideação suicida pronunciada. Quando os profissionais de saúde estão a fazer triagem de um paciente psiquiátrico, deve perguntar sobre a presença de episódios de amnésia, fuga, despersonalização e desrealização, sendo imperativo que se faça triagem para este distúrbio em pacientes psiquiátricos crónicos, refratários ao tratamento de condições mais comuns para as quais tenham sido previamente diagnosticados. Estes pacientes apresentam altas taxas de hospitalização relacionadas com tentativas de suicídio, comportamentos auto-lesivos, depressões e ameaças de violência. Estes pacientes vivem num estado de constante hipervigilância, com medo e ansiedade constantes, o que leva a uma incapacidade de regulação das emoções e, por isso, quando e se procuram tratamento, o problema mais óbvio que apresentam é o problema que é tratado, ou seja, a adição, depressão, ataques de pânico, entre outros. Portanto, tudo isto iria melhorar a qualidade de vida de vários pacientes, uma vez que o número de hospitalizações iria diminuir e os custos que teriam com o tratamento também seriam menores<sup>(12,21-25,30)</sup>.

Concluindo, este distúrbio, para além de ser o reflexo de uma história de vida extremamente traumatizante, é também um fardo pesado para o paciente, prejudicando o seu quotidiano, as suas relações interpessoais, a sua atividade profissional e, consequentemente o seu bem-estar físico e psicológico. Basicamente, estes pacientes, para além de terem tido o infortúnio de vivenciar experiências inimagináveis durante a sua infância, período no qual eram indefesos e precisavam de ser protegidos, continuam a ser obrigados, mesmo durante a sua vida adulta, não só a reviver esses eventos traumáticos, devido a um stress pós-traumático, mas também a lidar com a angustia de serem diferentes e de não conseguirem experienciar a vida como ela deveria ser vivida. No entanto, apesar de ser um processo moroso, a dissociação da personalidade pode ser gradualmente curada, através da assimilação de conteúdo inconsciente para o ego consciente, permitindo aos pacientes recuperar o controlo da sua mente e corpo e, mais importante, o controlo da sua vida<sup>(4,5,29)</sup>.

“Simple things became momentous. One morning, for instance, when Sybil did the marketing, she discovered upon returning to the apartment that she had forgotten the orange juice. ‘It’s wonderful’, she observed humorously, ‘to be able to forget the way other people do!’. More than humour, this statement was an avowal of inclusion – of being one with the human race.”<sup>(4)</sup>.

## Bibliografia

1. Figueira ML, Sampaio D, Afonso P. Manual de Psiquiatria Clínica. 1ª. Lisboa: Lidel; 2014. 136–146; 197-210;261-284 p.
2. Saraiva CB, Cerejeira J. Psiquiatria Fundamental. 1ª. Lisboa: Lidel; 2014. 275-308;425-442 p.
3. Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. 7th ed. Great Britain: Bell & Bain Ltd; 2018. 391–413 p.
4. Schreiber FR. Sybil. 3ª. Great Britain: Clays Ltd; 2013.
5. Jamieson A, Thurlow C. O Inferno de Alice. 3ª. Alfragide: Edições Asa; 2011. 320 p.
6. Cristóvão MSP. Um olhar Psicanalítico sobre o “ Inferno de Alice ” : Um Estudo de Caso de uma Perturbação Dissociativa de Identidade. 2018;
7. Infante DP. Desenvolvimento psicossocial. *Pediatr Básica*. 1994;550–2.
8. Freud S. The Essentials of Psycho-Analysis. Great Britain: Clays Ltd; 2005. 433–504 p.
9. Erikson EH, Erikson JM. The Life Cycle Completed. New York: Norton; 1998. 144 p.
10. Scheck S. The Stages of Psychosocial Development According To Erik H. Erikson. 1ª. Berlim: Grin verlag; 2016. 27 p.
11. Filipa N, Vieira R. O PROCESSO DE SEPARAÇÃO-INDIVIDUAÇÃO E AS EXPERIÊNCIAS DEPRESSIVAS NA ADOLESCÊNCIA. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia; 2013.
12. Middleton W, Butler J. Dissociative identity disorder: An Australian series. *Aust N Z J Psychiatry*. 1998;32(6):794–804.
13. Association AP. Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais. 5ª. Climepsi Editores; 2014.
14. Association AP. Guia de Referência Rápida para os Critérios de Diagnóstico DSM-5. 5ª. Fernandes DJC, editor. Lisboa: Climepsi Editores; 2013.
15. Draijer N, Ph D. Multiple Personality Disorder in The Netherlands: A Clinical Investigation of 71 Patients. 1993;(March):489–94.
16. Coons PM, Bowman ES, Milstein V. Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. Vol. 176, *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1988. p. 519–27.

17. Vissia EM, Giesen ME, Chalavi S, Nijenhuis ERS, Draijer N, Brand BL, et al. Is it Trauma- or Fantasy-based? Comparing dissociative identity disorder, post-traumatic stress disorder, simulators, and controls. *Acta Psychiatr Scand.* 2016;134(2):111–28.
18. Ganaway GK. Hypnosis, childhood trauma, and dissociative identity disorder: Toward an Integrative Theory. *Int J Clin Exp Hypn.* 1995;43(2):127–44.
19. DELL PF, EISENHOWER JW. Adolescent Multiple Personality Disorder: A Preliminary Study of Eleven Cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1990;29(3):359–66.
20. Ellason JW, Ross CA, Fuchs DL. Lifetime Axis I and II Comorbidity and Childhood Trauma History in Dissociative Identity Disorder. *Psychiatry.* 1996;59(3):255–66.
21. Greenberg WC. The Multiple Personality Epidemic. Vol. 20, *Perspectives in Psychiatric Care.* 1982. p. 100–4.
22. Laporta LD. Childhood trauma and multiple personality disorder: The case of a 9-year-old girl. *Child Abus Negl.* 1992;16(4):615–20.
23. Urbina TM, May T, Hastings M. Navigating Undiagnosed Dissociative Identity Disorder in the Inpatient Setting: A Case Report. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2017;23(3):223–9.
24. Schröder J, Nick S, Richter-Appelt H, Briken P. Psychiatric impact of organized and ritual child sexual abuse: Cross-sectional findings from individuals who report being victimized. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(11).
25. Ross CA, Ness L. Symptom patterns in dissociative identity disorder patients and the general population. *J Trauma Dissociation.* 2010;11(4):458–68.
26. Ross CA, Miller SD, Reagor P, Bjornson L, Fraser GA, Anderson G. Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *Am J Psychiatry.* 1990;147(5):596–601.
27. Ross CA, Joshi S. Schneiderian Symptoms and Childhood Trauma in the General Population. 1992;269–73.
28. Ross CA, Miller SD, Bjornson L, Reagor P, Fraser GA, Anderson G. Abuse histories in 102 cases of multiple personality disorder. *Can J Psychiatry.* 1991;36(2):97–101.
29. Everest P. The multiple self: Working with dissociation and trauma. *J Anal Psychol.* 1999;44(4):443–63.
30. Putnam FW. Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abus Negl.* 1993;17(1):39–45.

31. Gullestad SE. Who is “who” in dissociation? A plea for psychodynamics in a time of trauma. *Int J Psychoanal.* 2005;86(3):639–56.
32. Brown RJ, Schrag A, Trimble MR. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *Am J Psychiatry.* 2005;162(5):899–905.
33. Deprince AP. Memory Fragmentation in Dissociative Identity Disorder. 2008;(June 2014):37–41.
34. Breiner SJ. Multiple personality: self-rape. *Psychol Rep.* 1995;76(2):419–22.
35. Young L. Sexual abuse and the problem of embodiment. *Child Abus Negl.* 1992;16(1):89–100.
36. Sar V, Alioğlu F, Akyuz G, Tayakısı E, Öğülmüş EF, Sönmez D. Awareness of identity alteration and diagnostic preference between borderline personality disorder and dissociative disorders. *J Trauma Dissociation [Internet].* 2017;18(5):693–709. Available from: <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1267684>
37. Frankel FH. Adult reconstruction of childhood events in the multiple personality literature. *Am J Psychiatry.* 1993;150(6):954–8.



**- Documento que segue as normas do Acordo Ortográfico –**

