

MESTRADO INTEGRADO  
MEDICINA

# **Transtorno Dissociativo de Identidade: Fenomenologia clínica e relação com o abuso infantil**

Sara Daniela Buxcel Gonçalves

**M**

2024



## ARTIGO DE REVISÃO SISTEMÁTICA

### **Transtorno Dissociativo de Identidade: Fenomenologia clínica e relação com o abuso infantil**

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina  
Submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

#### **Aluna: Sara Daniela Buxcel Gonçalves**

Estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; número de estudante: 201706812; Endereço eletrónico: sarabuxcel@hotmail.com

#### **Orientador: Dr. Júlio Félix Brandão de Sousa e Costa**

Assistente Graduado do Hospital Magalhães Lemos, Centro Hospitalar Universitário do Porto; Endereço eletrónico: juliobrandao@hmlemos.min-saude.pt

#### **Coorientadora: Prof.ª Doutora Idalina Maria Almeida Brandão de Melo Beirão**

Assistente Hospitalar Graduada de Nefrologia no Centro Hospitalar do Porto; Professora Catedrática Convidada do ICBAS; Endereço eletrónico: diretora.depg@chporto.min-saude.pt

Porto, maio de 2024

A autora,



(Sara Daniela Buxcel Gonçalves)

O orientador,

Assinado por: **JÚLIO FÉLIX BRANDÃO DE SOUSA E COSTA**  
Num. de Identificação: 03804699  
Data: 2024.05.29 12:57:28+01'00'



(Dr. Júlio Félix Brandão de Sousa e Costa)

A coorientadora,



(Prof.ª Doutora Idalina Maria Almeida Brandão de Melo Beirão)

## **Agradecimentos**

Ao meu orientador, Dr. Júlio Brandão, pelo qual expresso profunda gratidão pelo apoio constante e pela generosidade em me auxiliar ao longo deste período.

À minha coorientadora, Doutora Idalina Beirão, por ter aceite fazer parte deste trabalho.

Ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e ao Centro Hospitalar Universitário de Santo António, por me acolherem enquanto estudante e me permitirem formar-me em medicina.

À minha família e amigos, pelo apoio inabalável ao longo destes anos.

## Resumo

**Introdução:** Desde o século XIX, o TDI, outrora denominado "Personalidade Múltipla", tem sido objeto de interesse e especulação na comunidade médica e psicológica. A compreensão dos transtornos dissociativos tem evoluído significativamente ao longo das últimas décadas, desmistificando conceitos antigos e revelando uma possível prevalência maior do que a previamente estimada, especialmente em ambientes clínicos, onde muitos casos podem ser desvalorizados ou confundidos com outras entidades nosológicas.

Têm emergido teorias que procuram elucidar a etiologia deste transtorno. A relação entre o TDI e o abuso infantil tem sido alvo de estudos e debates, com evidências que sugerem que os eventos traumáticos na infância podem desempenhar um papel crucial no desenvolvimento e manifestação deste transtorno.

**Objetivo:** O objetivo principal deste estudo é fornecer uma análise abrangente do TDI, desde a sua fenomenologia clínica até à relação com o abuso infantil, com o intuito de oferecer diretrizes práticas para o diagnóstico e tratamento eficazes para esta patologia. Embora reconheça a existência de outros distúrbios dissociativos, este trabalho concentra-se principalmente no TDI, devido à sua relevância clínica e impacto significativo na vida dos pacientes.

**Metodologia:** Para alcançar tais objetivos, foi realizada uma pesquisa, com a utilização de diversas bases de dados, incluindo *B-On*, *Medline*, *Pubmed*, *Scielo*, *ScienceDirect*, *UptoDate* e *Google Scholar*. As palavras-chave utilizadas foram inicialmente "Transtorno dissociativo", "Personalidade múltipla", "Amnésia dissociativa" e "Trauma psicológico", tendo sido estendidas, de forma a também incluir "Transtorno de stresse pós-traumático" e "Abuso infantil". A pesquisa de artigos foi limitada a publicações em língua inglesa e portuguesa, tendo sido apenas selecionadas fontes bibliográficas escritas em língua inglesa. Inicialmente o limite temporal de pesquisa definido seria entre 1990 e 2023, tendo sido este estendido para o período entre 1985 e 2023, uma vez que foram encontrados artigos de importante relevância e concordantes com a literatura atual, com datação mais antiga.

A seleção dos artigos foi realizada com base nos títulos, seguida pela leitura dos resumos, para determinar a sua relevância para os temas abordados neste estudo. Dos 119 artigos identificados, foram incluídos 34 artigos e, adicionalmente, 8 fontes bibliográficas e duas fontes da internet nesta revisão, após a aplicação de critérios de exclusão pré-definidos. Os critérios de exclusão foram a publicação em língua não inglesa ou portuguesa, a ausência de abordagem ao

tema “transtornos dissociativos”, a ocorrência de estudos de caso isolados sem relevância clínica ampla, ou estudos com viés significativo.

**Resultados:** A análise dos artigos selecionados permitiu confirmar a relação de causalidade entre o abuso infantil e o surgimento do TDI, proporcionando uma compreensão acerca do mecanismo fisiopatológico que interliga estes dois eventos. O abuso infantil grave, juntamente com um estilo de apego desorganizado e a falta de suporte social e familiar, pode anteceder o desenvolvimento do TDI, sendo que a dissociação pode ser uma resposta a ambientes familiares patogênicos, traumas precoces na vida da criança e até mesmo fatores genéticos ou temperamentais.

**Conclusão:** O TDI é um transtorno psiquiátrico complexo e frequentemente incompreendido. A sua associação com o abuso infantil e outras formas de trauma psicológico destaca a importância de uma abordagem holística no diagnóstico e tratamento desses pacientes. Este estudo visa oferecer uma visão abrangente do TDI, fornecendo orientações práticas para profissionais de saúde mental e promovendo uma compreensão mais ampla e precisa em relação a este transtorno. Relativamente à abordagem do TDI, conclui-se que o tratamento mais eficaz é a psicoterapia individualizada, realizada por etapas, com recordação dos eventos traumáticos. A psicofarmacologia é, por si só, insuficiente para a resolução do quadro, não existindo, atualmente, fármacos direcionados especificamente ao mecanismo de dissociação.

## **Abstract**

**Introduction:** Since the 19<sup>th</sup> century, Dissociative Identity Disorder (DID), formerly known as "Multiple Personality Disorder," has been the subject of interest and speculation in the medical and psychological community. The understanding of dissociative disorders has significantly evolved over the past decades, demystifying old concepts and revealing a possible higher prevalence than previously estimated, especially in clinical settings, where many cases may be overlooked or confused with other nosological entities.

Theories have emerged seeking to elucidate the etiology of this disorder. The relationship between DID and childhood abuse has been the focus of studies and debates, with evidence suggesting that traumatic events in childhood may play a crucial role in the development and manifestation of this disorder.

**Objective:** The main objective of this study is to provide a comprehensive analysis of DID, from its clinical phenomenology to its relationship with childhood abuse, aiming to offer practical guidelines for effective diagnosis and treatment for this pathology. Although acknowledging the existence of other dissociative disorders, this work mainly focuses on DID, due to its clinical relevance and significant impact on patients' lives.

**Methodology:** To achieve these objectives, a research was conducted using various databases, including B-On, Medline, Pubmed, Scielo, ScienceDirect, UptoDate, and Google Scholar. Initially, the search was limited to publications in English language, with keywords such as "Dissociative disorder," "Multiple personality," "Dissociative amnesia," and "Psychological trauma," which were later extended to include "Post-traumatic stress disorder" and "Childhood abuse." The search timeframe was initially set between 1990 and 2023, but extended to the period from 1985 to 2023 due to the identification of older articles of significant relevance and consistency with current literature. The selection of articles was based on their titles, followed by reading the abstracts to determine their relevance to the topics addressed in this study. Out of the 119 articles identified, 34 articles were included, along with 8 bibliographic sources and two internet sources in this review, after applying predefined exclusion criteria. The exclusion criteria were publication in a language other than English or Portuguese, the absence of an approach to the topic of "dissociative disorders", the occurrence of isolated case studies without broad clinical relevance, or studies with significant bias.

**Results:** The analysis of selected articles confirmed the causative relationship between childhood abuse and the onset of DID, providing an understanding of the pathophysiological mechanism that links these two events. Severe childhood abuse, along with disorganized attachment style and lack of social and family support, may precede the development of DID, with dissociation being a response to pathogenic family environments, early childhood traumas, and even genetic or temperamental factors.

**Conclusion:** DID is a complex and often misunderstood psychiatric disorder. Its association with childhood abuse and other forms of psychological trauma highlights the importance of a holistic approach in the diagnosis and treatment of these patients. This study aims to offer a comprehensive view of DID, providing practical guidance for mental health professionals and promoting a broader and more accurate understanding of this disorder. Regarding the approach to DID, it is concluded that the most effective treatment is individualized psychotherapy, conducted in stages, with recall of traumatic events. Psychopharmacology alone is insufficient, as there are currently no drugs specifically targeting the mechanism of dissociation.

## Lista de abreviaturas

DSM-V	<i>Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
fMRI	<i>Functional magnetic resonance imaging</i> (Imagem por ressonância magnética funcional)
PET	Tomografia por emissão de positrões
SNRIs	Inibidores seletivos da recaptação da serotonina e noradrenalina
SPECT	<i>Single-photon emission computed tomography</i> (Tomografia computadorizada por emissão de fóton único)
SSRIs	Inibidores seletivos da recaptação de serotonina
TB	Transtorno bipolar
TD	Transtorno dissociativo
TDI	Transtorno dissociativo de identidade
TDP	Transtorno dissociativo de personalidade
TPB	Transtorno de personalidade borderline
TSPT	Transtorno de stresse pós-traumático

## Índice

Agradecimentos .....	i
Resumo.....	ii
<i>Abstract</i> .....	iv
Lista de abreviaturas.....	vi
Lista de tabelas .....	ix
Epidemiologia dos transtornos dissociativos .....	1
Fenomenologia Clínica do Transtorno Dissociativo de Identidade .....	2
Distúrbios dissociativos .....	2
Transtorno Dissociativo de Identidade.....	3
Sintomatologia .....	4
Diagnóstico .....	5
Diagnósticos diferenciais .....	8
Entrevista clínica.....	11
Fenomenologia neurobiológica do TDI .....	11
Fisiopatologia neurológica na resposta desadaptativa ao trauma .....	11
Fisiopatologia neurológica no TDI .....	12
Mecanismos cognitivos no TDI.....	13
Etiologia e relação com o abuso infantil .....	13
Tratamento.....	17
Tratamento psicológico .....	17
Terapia em Grupo .....	18
Terapia Familiar.....	19
Tratamento farmacológico .....	19
Conclusão .....	21

Anexos .....	23
Bibliografia.....	23

## **Lista de tabelas**

Tabela I - Critérios diagnósticos de TDI, segundo o DSM-IV-TR

Tabela II - Estágios na psicoterapia do TDI

## **Epidemiologia dos transtornos dissociativos**

Embora o diagnóstico de personalidade múltipla tenha sido considerado raro por muito tempo, alguns autores afirmam agora que os casos são bastante comuns em ambientes clínicos, embora não diagnosticados, e que a prevalência na comunidade poderia ser tão alta quanto 1%, igual à da esquizofrenia.<sup>1</sup>

Nas décadas de 1980 e 1990 deu-se uma “epidemia” diagnóstica. O aumento nos diagnósticos estava associado ao pressuposto de que a etiologia da condição estava enraizada no abuso infantil.<sup>1</sup>

Foram realizados estudos epidemiológicos sobre os transtornos dissociativos nos Estados Unidos, Canadá, Países Baixos, Alemanha, Suíça, Finlândia, China e Turquia.<sup>2</sup>

Entre os estudos da população em geral, o TD mais grave, o TDI, tem uma prevalência de, aproximadamente, 1% e foi encontrado em 0,4 a 14% dos pacientes psiquiátricos internados e ambulatoriais, dependendo da amostra.<sup>2</sup>

Globalmente, a prevalência dos transtornos dissociativos em pacientes internados e ambulatoriais de psiquiatria parece situar-se em torno de 10%, sendo que aproximadamente metade destes (5%) apresenta TDP. Essas descobertas sugerem que os indivíduos com transtornos dissociativos não apenas constituem uma proporção considerável de pacientes psiquiátricos hospitalizados, como também se aplicam em admissões de urgência que requerem intervenção em crise.<sup>2</sup>

Os resultados de estudos em amostras de pacientes institucionalizados e ambulatoriais em estabelecimentos de saúde mental variam de acordo com o cenário clínico e região geográfica.

Dois estudos transversais da América do Norte descobriram que 4 a 5,4% dos pacientes psiquiátricos internados atenderam aos critérios de DSM-IV para TDP. Na Turquia a taxa de prevalência de TDP é de 5,4% entre os pacientes internados em psiquiatria e 2% a 2,5% entre os pacientes de ambulatório de psiquiatria geral.<sup>3</sup>

As taxas no internamento são de 2% nos Países Baixos, 0,9% na Alemanha e 0,4% na Suíça.<sup>3</sup>

A variação acentuada na prevalência (0,4–14%) é provavelmente devido, pelo menos em parte, a diferenças metodológicas entre estudos e ambientes, podendo, também, estar relacionada com fatores culturais que influenciam tanto o surgimento de TDP, como a interpretação dos sintomas. Por exemplo, os estudos europeus reportam taxas de TDI substancialmente mais baixas do que os

da Turquia ou da América do Norte. Embora cada país europeu possa ser relativamente homogéneo em fatores socioculturais que influenciam a formação da identidade, a América do Norte e a Turquia podem ser caracterizadas por uma diversidade cultural mais acentuada.<sup>3</sup>

No geral, a prevalência transversal de TDI tende a aumentar com o nível de gravidade psiquiátrica, variando de cerca de 2% em clínicas ambulatoriais a cerca de 5% em pacientes internados, com taxas ainda mais altas em ambientes de urgência.<sup>3</sup>

Algumas populações são conhecidas por apresentar um alto risco para desenvolvimento de transtornos dissociativos, como os utilizadores de substâncias. Embora as substâncias possam, por si só, causar experiências dissociativas, os pacientes com transtornos dissociativos também podem tornar-se dependentes de substâncias. Entre pacientes internados numa unidade de tratamento de dependências de um grande hospital psiquiátrico estatal em Istambul, Turquia, a prevalência ao longo da vida dos transtornos dissociativos do DSM-IV foi de 17,2%. Essas taxas foram de 9% para dependência de álcool e de 26% para pacientes com dependência química, variando entre 15% e 39% na América do Norte.<sup>2</sup>

Mulheres em contexto de prostituição também foram identificadas como grupos de risco para transtornos dissociativos. Tal facto parece dever-se ao histórico altamente traumático das participantes.<sup>3</sup>

Estudos em adolescentes também apresentaram pontuações de dissociação mais elevadas do que as obtidas em populações adultas. Tal fenómeno pode ocorrer devido à tendência elevada à dissociação nos primeiros anos de vida.<sup>2</sup>

## **Fenomenologia Clínica do Transtorno Dissociativo de Identidade**

### **Distúrbios dissociativos**

Os distúrbios dissociativos caracterizam-se por uma perturbação e/ou descontinuidade na integração normal da consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação do corpo, controlo motor e comportamento.<sup>4</sup> De um modo geral, os aspetos do funcionamento psicobiológico que deveriam estar associados, coordenados e/ou ligados não o estão. Em

apresentações dissociativas patológicas mais agudas, a dissociação está principalmente relacionada a experiências traumáticas e/ou avassaladoras. Em apresentações dissociativas ao longo da vida, como o TDI, podem ocorrer sintomas dissociativos rotineiramente em circunstâncias que não estão relacionadas a trauma ou a situações avassaladoras. <sup>5</sup>

Os sintomas dissociativos não são meramente falhas na função neurocognitiva normal, são também percebidos como disruptivos - como uma perda de informação necessária, uma descontinuidade na experiência ou como intrusões recorrentes, perturbadoras e involuntárias na função executiva e no sentido de si mesmo. <sup>6</sup>

Os sintomas dissociativos podem perturbar todas as áreas do funcionamento psicológico e geralmente são divididos em dois tipos, os sintomas dissociativos “positivos”, caracterizados por intrusões involuntárias na consciência e no comportamento, com défices na continuidade da experiência subjetiva (por exemplo, *flashbacks* e/ou a interrupção súbita da experiência consciente por um aspeto da identidade que não fazia parte anteriormente da consciência ou interação social da pessoa) e os “negativos”, que se baseiam na incapacidade de aceder a informações ou controlar funções mentais (por exemplo, amnésia, afonia, paralisia). <sup>4</sup>

O DSM-5 aborda três distúrbios dissociativos: o transtorno de identidade dissociativa, a amnésia dissociativa e o transtorno de despersonalização/desrealização, e outros dois distúrbios relacionados, sendo estes o TSPT e o transtorno de conversão (transtorno de sintomas neurológicos funcionais). A literatura estabelece uma estreita relação entre estes dois últimos transtornos, uma vez que ambos contêm sintomas dissociativos, como amnésia, *flashbacks* e amortecimento emocional. Para além disso, no que concerne ao TSPT, foi proposta uma subcategoria dissociativa. Por sua vez, o transtorno de conversão é considerado um transtorno somático de sintomas. Esses transtornos apresentam alta comorbidade com os distúrbios dissociativos e são caracterizados por atividade pseudoconvulsivante e outros sintomas pseudoneurológicos de natureza conversiva, envolvendo interferência com a função sensorial e motora. Ambos envolvem falhas na integração da experiência, traumática ou somática, na consciência. <sup>4</sup>

### **Transtorno Dissociativo de Identidade**

Embora o conceito de dissociação já tivesse sido descrito anteriormente, *Pierre Janet* foi o primeiro a mostrar claramente e de forma sistemática como esta é a defesa psicológica mais direta contra

experiências traumáticas avassaladoras. *Janet* utilizou o termo “desagregação mental” de modo a se referir a uma falha na integração dos componentes da experiência mental, que normalmente funcionam juntos, incluindo alterações pronunciadas na identidade e na memória. <sup>43</sup> O distúrbio está tipicamente associado a um histórico de abuso físico ou sexual severo na infância e manifesta-se com inconsistências na identidade, memória e consciência. <sup>7</sup>

A consciência prejudicada é caracterizada por uma diminuição na responsividade a estímulos externos, e o comprometimento da memória, denominado “amnésia dissociativa”, afeta a capacidade de recordar informações autobiográficas, frequentemente de natureza traumática ou stressante. Além disso, a dissociação pode causar confusão ou descontinuidades na própria identidade, por exemplo, experienciando sensações discretas e discordantes do *self*, referidas como “identidades”, também denominadas por “estados do *self* dissociados”. O comprometimento da consciência do corpo, do *self* ou do ambiente, inclui a despersonalização e a desrealização. A despersonalização pode ser notada como a sensação de entorpecimento, podendo o próprio ter uma visão na terceira pessoa, à distância, de si mesmo. Na desrealização do ambiente, o espaço em volta pode parecer distante ou “enovado”. Os lugares ou pessoas familiares parecem desconhecidos ou estranhos. <sup>7</sup>

## **Sintomatologia**

As manifestações do transtorno podem incluir alterações no afeto, comportamento, consciência, percepção, cognição e/ou funcionamento sensório-motor. <sup>4</sup>

Os estados de personalidade distintos no TDI são relatados pelo paciente ou por outros como tendo diferentes características, como idades, gêneros, orientações sexuais e habilidades. Alguns investigadores sugeriram que o estado de personalidade original frequentemente constitui a presença dominante. <sup>8</sup>

Existem relatos que descrevem apresentações de pacientes com estados de personalidade associados a experiências traumáticas, com os respectivos estados de humor, papéis e comportamentos, como uma identidade correspondente a uma criança aterrorizada e chorosa ou uma figura adulta zangada e persecutória. <sup>9</sup>

Alguns investigadores clínicos sugeriram que o TDI é mais bem conceptualizado como uma fragmentação da identidade ou como descontinuidades na memória e identidade experimentadas

pelo paciente, como intrusões na consciência, devido a sobreposições, mudanças e interferências entre estados, ao contrário das ideias iniciais sobre o TDI, que descreviam "mudanças" mais abruptas entre personalidades distintas. Acredita-se que apenas um subconjunto de indivíduos com TDI possuem as apresentações mais dramáticas, contrariando as representações estereotipadas nos meios de comunicação sobre o transtorno. A grande maioria dos pacientes com TDI apresenta manifestações subtis caracterizadas por uma combinação de sintomas dissociativos e de TSPT, associados a outros sintomas como depressão pós-traumática, abuso de substâncias, sintomas somatoformes, distúrbios alimentares, transtornos de personalidade e comportamentos autodestrutivos e impulsivos. Uma apresentação clássica inclui um histórico de múltiplos esquemas de tratamento, tentativas de suicídio, resultando em hospitalizações repetidas, e ensaios de medicação geralmente com benefício limitado ou nulo. <sup>7</sup>

Os sintomas dissociativos que podem ocorrer no TDI são:

- Amnésia, experimentada recorrentemente por indivíduos com TDI, que geralmente relatam períodos (mais frequentemente horas) dos quais não se conseguem recordar. Segundo relatos secundários, esses períodos podem estar associados a determinados estados de humor ou comportamentos (por exemplo, explosões de raiva). <sup>8</sup>

- Despersonalização, consistindo numa sensação de desligamento ou estranhamento de si mesmo (por exemplo, sentir-se fora do próprio corpo ou observar-se de fora). <sup>8</sup>

- Desrealização, manifestada por uma sensação de que o mundo externo é estranho ou irreal. <sup>8</sup>

- Auto alternância, demonstrada por uma sensação de que uma parte de si mesmo é marcadamente diferente do próprio. <sup>8</sup>

- Estado de transe, sendo que um estado de transe dissociativo envolve uma redução da consciência dos arredores imediatos ou comportamentos ou movimentos estereotipados que são experimentados como estando além do próprio controle. <sup>8</sup>

## **Diagnóstico**

Os critérios diagnósticos de TDI, segundo o DSM-IV-TR, encontram-se na tabela 1. <sup>10</sup>

O distúrbio não deve ser uma parte normal de uma prática cultural ou religiosa amplamente aceita. Conforme observado no “DSM-5-TR”, em muitas culturas, as experiências de possessão são uma parte normal da prática espiritual, não sendo considerados transtornos dissociativos. Tais experiências integram as síndromes culturais, que consistem em grupos de sintomas e atribuições que tendem a ocorrer de forma concomitante entre indivíduos pertencentes a grupos, comunidades ou contextos culturais específicos, e que são reconhecidos localmente como padrões coerentes de experiência, por exemplo, algumas experiências de transe vivenciadas em determinadas tribos.<sup>4</sup>

A atitude e preferências pessoais (por exemplo, sobre comida, atividades, vestuário) de uma pessoa com TDI podem mudar subitamente e depois retornar ao normal.<sup>10</sup>

A mudança de identidades acontece involuntariamente, não é desejada e é causadora de angústia.<sup>10</sup>

É importante ter em consideração que, embora os estados alternativos possam parecer muito diferentes, todos são manifestações de uma única “pessoa inteira”. Outros nomes usados para descrever esses estados alternativos incluem “personalidades alternativas”, “*alter egos*”, “estados de consciência” e “identidades”. Um indivíduo com TDI “sente como se tivesse dentro de si duas ou mais entidades, cada uma com a sua própria forma de conceptualizar o indivíduo e a sua própria vida.”<sup>11</sup>

Embora os “*alters*” descritos no TDI sejam por vezes referidos como “estados do ego”, *Watkins* e *Watkins*<sup>12</sup> propõem uma distinção entre os dois conceitos, definindo “estado do ego” como um “sistema organizado de comportamentos e experiências cujos elementos estão unidos por algum princípio comum, mas que está separado de outros estados semelhantes por fronteiras mais ou menos permeáveis. É diferenciado o conceito de *alters* do conceito de “estados do ego” porque os *alters* no TDI têm “as suas próprias identidades, envolvendo um centro de iniciativa e experiência, têm uma representação característica de si mesmos, que pode ser diferente de como o paciente é geralmente visto ou percebido, têm a sua própria memória autobiográfica e distinguem o que entendem ser as suas próprias ações e experiências, das realizadas e vivenciadas por outros *alters*, possuindo um sentido de propriedade das suas próprias experiências, ações e pensamentos, podendo não ter a noção de propriedade e responsabilidade pelas ações, experiências e pensamentos de outros *alters*.”<sup>13</sup>

Foram levantadas cinco preocupações sobre os critérios do “DSM-IV-TR” para o TDI: A falta de descrição adequada dos fenómenos clínicos complexos do TDI; o facto de os critérios não serem

suficientemente específicos para a utilidade clínica; a raridade na apresentação clínica, na maioria dos pacientes, de um comportamento de alternância prontamente observável de uma identidade alternativa para outra; a existência de taxas relativamente altas de diagnóstico falso negativo de TDI, com uma taxa inaceitavelmente alta de diagnósticos de “Outro Transtorno Dissociativo Não Especificado” (OTD-NE); e a exclusão dos critérios de experiências de possessão patológica, uma forma muito comum de TDI transcultural. <sup>6</sup>

Concluiu-se que os critérios diagnósticos do “DSM-IV-TR” não descrevem adequadamente o domínio dos sintomas dissociativos mais característicos do TDI. Foi documentada a presença repetitiva de oito sintomas dissociativos no TDI, dos quais apenas dois (auto alternância e amnésia) são abordados pelos critérios diagnósticos. Os outros sintomas dissociativos bastante prevalentes são os sintomas de primeira ordem (um termo utilizado principalmente no contexto da esquizofrenia, que inclui alucinações auditivas, inserção, roubo e transmissão de pensamento e percepção delirante), estado de transe, sintomas somatoformes, despersonalização e desrealização. <sup>6</sup>

A questão fundamental abordada pelo grupo de trabalho do DSM-5 envolveu ampliar a abrangência transcultural do transtorno, incluindo referência à possessão patológica. Adicionalmente, foram realizadas outras alterações nos critérios, tais como:

- Incorporação no critério A de descrições clínicas detalhadas do TDI para facilitar a detecção de casos pelos clínicos, especificamente relatos que refletem os sintomas dissociativos mais altamente intercorrelacionados, que rotineiramente caracterizam o TDI. <sup>4</sup>

- Esclarecimento de que a alteração de identidade não necessita de ser testemunhada diretamente por um observador, mas pode ser relatada pelo paciente. <sup>4</sup>

- Especificação adicional do critério de amnésia para incluir a incapacidade de recordar informações cotidianas, bem como traumáticas. <sup>4</sup>

- Adição de critérios que afirmam que os sintomas devem estar associados a sofrimento clinicamente significativo e prejuízo funcional e não podem fazer parte de uma prática cultural ou religiosa. <sup>4</sup>

## Diagnósticos diferenciais

A dissociação é considerada uma estratégia de *coping* utilizada para lidar com estados de ansiedade intensa e experiências traumáticas debilitantes. A dissociação está relacionada a uma variedade de condições psiquiátricas, incluindo TPB, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, esquizofrenia e transtornos afetivos, deste modo deve ser distinguido de outras condições com características sobrepostas. <sup>14</sup>

A intoxicação por certas substâncias pode levar à manifestação de sintomas presentes no TDI. Por exemplo, a intoxicação por álcool ou benzodiazepinas pode levar a episódios de amnésia, e foram encontrados episódios de despersonalização, pelo consumo de cannabis, alucinógenos, cetamina e *ecstasy*. <sup>15</sup>

O TSPT e o TDI podem ocorrer simultaneamente, e ambos podem estar associados a uma história de abuso na infância. O TSPT desenvolve-se após a exposição a um ou mais eventos traumáticos que envolvem morte real ou ameaçada, lesões graves ou violência sexual. De acordo com o DSM-5, o TSPT é caracterizado por quatro tipos de sintomas: intrusões, evitação, alterações negativas no humor e cognição, e alterações na ativação ou reatividade. Esses sintomas devem persistir por mais de um mês e causar prejuízo funcional para que se possa assumir um diagnóstico. Por sua vez, o TDI requer apenas a presença de amnésia e múltiplos estados de personalidade. Os TD encontram-se junto à secção de transtornos relacionados com trauma no DSM-5, indicando ligações entre estas categorias. Esta colocação baseia-se na descoberta de um subtipo dissociativo do TSPT, sendo importante fazer o diagnóstico diferencial entre este último e o TDI. O subtipo dissociativo do TSPT preenche os critérios para TSPT e, adicionalmente, em resposta ao agente causador de stresse, a pessoa vivencia sintomas dissociativos persistentes ou recorrentes, de despersonalização e/ou desrealização. <sup>4</sup>

O TPB e o TDI foram encontrados frequentemente em coocorrência e compartilham uma história de abuso físico e sexual na infância, em muitos casos. A maioria dos sintomas dissociativos em pacientes com TPB parece ser semelhante aos sintomas de pacientes com TDI. No entanto, concluiu-se que muitos dos sintomas dissociativos no TPB são gerados por processos que diferem daqueles subjacentes ao TDI. Os sintomas dissociativos do TDI refletem principalmente as operações adaptativas e defensivas das suas estruturas dissociativas, geralmente bem organizadas, com falhas temporárias nas defesas dissociativas quando estão sob stresse grave. Em contraste, acredita-se que os sintomas dissociativos em pacientes com TPB são principalmente fenómenos de

défice ou desintegração, que são consequências diretas das interrupções que periodicamente afetam a sua fraca capacidade de manter o funcionamento cognitivo e emocional adaptativo. <sup>16</sup>

A correlatividade é tal que já foi proposto que ambas se encontram no mesmo espectro de transtorno de personalidade. *Coons et al* <sup>17</sup> concluíram que o TDI seria uma síndrome que ocorre em pessoas com personalidades perturbadas, especialmente com TPB, sendo o TDI representativo da extremidade mais grave do espectro no qual também pertence o TPB. Os autores argumentaram que o TDI surge de um substrato de traços *borderline* e que a multiplicidade de sintomas associados ao TDI, incluindo a insônia, disfunção sexual, raiva, ideação suicida, o abuso de substâncias, ansiedade e paranoia, a somatização, a dissociação, mudanças de humor e alterações patológicas nos relacionamentos, apoiava sua visão. <sup>13</sup>

As alucinações auditivas e outros sintomas primários de psicose são compartilhados pelo TDI e pela esquizofrenia. As alucinações auditivas no TDI são tipicamente altamente personificadas, ou seja, relacionadas a um estado de identidade específico, e geralmente são experimentadas como uma voz interior. Os indivíduos com TDI geralmente relatam ouvir vozes desde a infância, sendo mais propensos a ouvir mais de duas vozes, incluindo vozes de crianças e adultos, e, embora o transtorno cause desconforto ou prejuízo funcional, o curso geralmente flutua ao longo do tempo. Estes, geralmente, têm uma melhor percepção cognitiva do que pacientes com esquizofrenia, e níveis semelhantes em comparação com aqueles com transtorno obsessivo-compulsivo ou depressão. Pacientes dissociativos também têm capacidades de autorreflexão, indicando uma percepção cognitiva na faixa não psicótica. Por outro lado, os pacientes com esquizofrenia geralmente experienciam alucinações em conjunto com outros sintomas psicóticos, como pensamento delirante, desorganização do discurso, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico e sintomas negativos, sendo que as alucinações auditivas são percebidas como vozes provenientes do exterior. <sup>3,4,18</sup>

Os pacientes com TDI podem descompensar para uma psicose dissociativa, como um estado de crise transitório, que pode ser confundido com esquizofrenia. Os indivíduos com tal psicose dissociativa, anteriormente chamada de histeria, podem parecer funcionalmente “psicóticos”, devido a uma avaliação da realidade temporariamente pobre e um comportamento desorganizado. A etiologia do processo é pós-traumática e dissociativa. <sup>3</sup>

A alternância entre diferentes estados de humor pode remeter o clínico para o diagnóstico de TB, contudo existem diferenças importantes entre as características da alternância de humor entre o TDI e o TB. As alterações no humor causadas pela troca do *status* de personalidade no TDI podem-

se apresentar como depressão ou podem ter características de mania, como hipersexualidade ou agressividade. O TDI é o diagnóstico mais provável se esses estados de humor não durarem mais do que algumas horas e começarem e terminarem abruptamente, muitas vezes em resposta a estímulos ambientais. Um paciente bipolar geralmente não transita da depressão para a mania em períodos breves, o que seria característico das mudanças nos estados comportamentais que ocorrem no TDI. A depressão é uma condição comórbida comum e muitas vezes é vitalícia.<sup>8</sup>

A amnésia pode ser causada por condições médicas orgânicas, incluindo várias formas de demência e crises epiléticas, deste modo, os pacientes devem ser submetidos a uma história clínica completa e a um exame físico, antes de se estabelecer o diagnóstico de TDI. Um paciente com amnésia dissociativa geralmente terá um resultado normal nos testes cognitivos, ao contrário de um paciente com amnésia por causas médicas. Os indivíduos com TDI provavelmente demonstrarão um fundo de conhecimento geral e capacidade de adquirir novas informações factuais bem preservados, mas exibirão défices específicos para informações autobiográficas. Pacientes com demência ou outras amnésias orgânicas geralmente demonstrarão o oposto, com informações autobiográficas preservadas, à medida que outros défices de memória pioram.<sup>8</sup>

Não é incomum que pacientes com TDI atendam aos critérios diagnósticos para vários outros transtornos simultaneamente. A experiência clínica apoia a hipótese de que a maioria desses sintomas frequentemente se relaciona direta ou indiretamente a experiências traumáticas avassaladoras, para as quais, no entanto, a personalidade apresentada pode ser amnésica.<sup>19</sup> O estudo longitudinal de *Kluft*, com mais de 200 pacientes com TDI, mostrou que as tentativas de tratar esses sintomas, sem ter em conta o TDI, parecem falhar.<sup>20</sup>

Apesar de os indicadores clássicos do TDI, múltiplos sintomas dissociativos (por exemplo, *flashbacks*, alucinações auditivas) e não dissociativos (por exemplo, instabilidade afetiva) podem obscurecer da visão clínica a verdadeira natureza da patologia, atrasando assim o diagnóstico preciso de TDI. Contudo, o exercício de uma avaliação cuidadosa da gama de sintomas dissociativos pode distinguir com precisão o TDI de outras condições.<sup>3</sup>

## Entrevista clínica

A apresentação sintomatológica do TDI pode ser vasta e, portanto, a entrevista clínica deve avaliar a presença de sintomatologia pertencente às diferentes categorias possíveis, tais como: sintomas de processamento, como os atributos de alternância, os sintomas de influência passiva/fenômeno de interferência, a presença ou não de alucinações ou pseudoalucinações e a linguagem utilizada; os sintomas de amnésia, como os “apagões”/perdas temporais, comportamentos não recordados, fugas, possessões inexplicáveis, mudanças não compreendidas nas relações, flutuações nas habilidades, hábitos e conhecimentos, recordação fragmentada de toda a história de vida, experiências crônicas de identidade equivocada e “micro”-dissociações; sintomatologia auto-hipnótica (manifestada como alta hipnotizabilidade), como o estado de transe espontâneo, encantamento, regressão espontânea na idade, alucinações, anestesia voluntária, experiências extracorpóreas, estado de transe e desvio do olhar com a alternância de identidade.<sup>21</sup> Se o indivíduo for altamente hipnotizável, este pode, acidentalmente ou não, descobrir um esforço auto-hipnótico mental que o distancie de certas circunstâncias, dissociando-se das mesmas<sup>44</sup>; os sintomas de TSPT, como trauma psicológico, *flashbacks*, pesadelos, hiperreatividade/pânico/ansiedade a *triggers*, estado de alerta, entorpecimento emocional; sintomas somatoformes, como sintomas de conversão, pseudoconvulsões, dor somatoforme, distúrbio da somatização, memória somática; e sintomas afetivos, como humor depressivo, oscilações de humor, sintomas vegetativos, ideação suicida, sentimento de culpa e sensação de desespero.<sup>21</sup>

## Fenomenologia neurobiológica do TDI

### Fisiopatologia neurológica na resposta desadaptativa ao trauma

Foram identificados dois subtipos de dissociação como resposta aguda ao trauma: a dissociação primária e a dissociação secundária. A dissociação primária está associada à reexperiência/hipervigilância, incluindo sintomas clássicos de TSPT como pensamentos intrusivos, *flashbacks* e pesadelos. A dissociação secundária envolve sintomas como entorpecimento, despersonalização, desrealização e respostas analgésicas.<sup>7</sup>

*Lanius et al.* utilizaram um paradigma de provocação de sintomas, dirigido por guião, para estudar o circuito neuronal subjacente a esses dois tipos de dissociação relacionada com o abuso na infância, em pacientes com TSPT, através de ressonância magnética funcional, durante a leitura de narrativas traumáticas por parte dos participantes. Cerca de 70% dos pacientes reviveram os seus traumas com uma resposta de reexperiência/hipervigilância e aumento da frequência cardíaca, enquanto 30% exibiram uma resposta dissociativa secundária, sem aumento da frequência cardíaca.<sup>7</sup>

Os pacientes com resposta de reexperiência mostraram uma menor ativação do tálamo, giro cingulado anterior, giro frontal medial, lobo occipital e giro frontal inferior, em comparação com os controles. A menor ativação do giro cingulado anterior e frontal medial foi consistente com estudos de PET relacionados ao TSPT. Além disso, houve aumento da ativação do sistema límbico, especialmente da amígdala, sugerindo uma falha na inibição da reatividade límbica e submodulação emocional.<sup>7</sup>

Os pacientes com dissociação secundária mostraram maior ativação cerebral nos giros temporais superior e médio, córtex pré-frontal medial, giro cingulado anterior, giro frontal inferior, lobo occipital e lobo parietal. Tais participantes demonstraram uma supermodulação emocional, mediada pela inibição pré-frontal da região límbica. A resposta dissociativa correlacionou-se negativamente com a ativação da ínsula anterior direita e positivamente com a ativação do córtex pré-frontal medial e do córtex cingulado anterior dorsal, fornecendo uma base neurobiológica para o subtipo dissociativo do TSPT.<sup>7</sup>

### **Fisiopatologia neurológica no TDI**

Os estudos de imagem sobre o TDI são limitados, contudo emergiram três hipóteses: a hipótese orbitofrontal, a hipótese cortico-límbica e a hipótese temporal. Estudos de SPECT sugerem uma disfunção orbitofrontal, com hipoperfusão nessa região e aumento da perfusão nas regiões frontal medial e superior e áreas occipitais em pacientes com TDI.<sup>3</sup>

A hipótese cortico-límbica é apoiada por estudos que mostram hipocampos e amígdalas menores em pacientes com TDI. Também foram observadas diferenças significativas na ativação cerebral funcional (PET e fMRI) entre identidades dissociativas, com aumento do fluxo sanguíneo na amígdala, córtex insular e áreas somatossensoriais durante a troca de identidades.<sup>3</sup>

Estudos de fMRI demonstram ativação dos córtices sensoriais e motores primários, regiões frontal e pré-frontal e núcleo accumbens, durante a troca de identidade no TDI, sugerindo que a troca é caracterizada pela ativação e inibição de várias áreas e estruturas neurológicas, dependendo das características psicobiológicas das identidades envolvidas. <sup>24</sup>

### **Mecanismos cognitivos no TDI**

Pesquisas sugerem a existência de uma arquitetura cognitiva no TDI que suporta a vigilância e o viés para estímulos ameaçadores, variando conforme as características psicológicas das identidades dissociativas. <sup>25,26,27</sup> Existem algumas evidências em estudos de caso sobre a amnésia infantil generalizada e a diferença de recuperação da memória entre identidades distintas. Nos adultos com TDI, após o início da dissolução da amnésia, as memórias traumáticas da infância podem retornar inicialmente como fragmentos sensoriomotores, como imagens e sensações corporais, ao invés de uma narrativa verbal. <sup>28</sup>

A codificação e recuperação dentro de uma identidade podem diferir para estímulos de medo *versus* neutros, com recuperação mais eficiente para informações de "essência" do que para detalhes específicos. Os estudos também indicam transferência de informações semânticas autobiográficas entre identidades dissociativas, desafiando a compartimentalização completa da informação. <sup>29</sup>

A amnésia no TDI parece operar de forma metacognitiva, na qual a pessoa acredita não ter consciência da informação, apesar de existirem evidências laboratoriais em contrário. Este padrão é semelhante à sintomatologia de outros transtornos, como a percepção de excesso de peso na anorexia. <sup>3,30</sup>

### **Etiologia e relação com o abuso infantil**

O abuso infantil grave, um estilo de apego desorganizado e desorientado, e a ausência de suporte social e familiar parecem anteceder o desenvolvimento de TDI. <sup>37</sup> A tendência à dissociação parece estar relacionada tanto a uma estrutura familiar patogénica e transtorno de apego adquirido precocemente na vida da criança quanto ao temperamento original ou genética. <sup>1</sup>

A associação do TDI com o abuso infantil e a teoria de que as memórias de experiências traumáticas durante a infância podem ser esquecidas ao serem reprimidas ou dissociadas têm contribuído para o interesse em torno do TDI entre clínicos, pacientes e público em geral. Deste modo, a recuperação de memórias traumáticas tornou-se uma intervenção terapêutica comum para muitos defensores do diagnóstico.<sup>1</sup>

Estudos prospectivos sobre abuso infantil mostram que, embora haja um risco aumentado de sintomas psicológicos, a maioria dos afetados mostra altos níveis de resiliência.<sup>1</sup> No entanto, a associação entre trauma na infância e dissociação pode ser mediada pela presença de condições comórbidas, como o TPB.<sup>38</sup>

O trauma, especialmente quando relacionado ao abuso na infância, está associado a dificuldades na regulação emocional e ao desenvolvimento TSPT. Pesquisadores encontraram uma ligação entre dificuldades na regulação emocional e o TSPT. Além disso, alguns estudos sugerem que a dissociação pode servir como proteção contra o afeto avassalador relacionado ao trauma. No entanto, poucos estudos examinaram empiricamente a relação entre trauma, dissociação e regulação emocional.<sup>39</sup>

Constatou-se que a desregulação afetiva e sintomas de stresse pós-traumático foram os únicos preditores significativos da dissociação numa amostra de indivíduos traumatizados, concluindo-se que fatores de risco como alto stresse pós-traumático e habilidades deficientes de regulação afetiva, podem determinar se indivíduos traumatizados desenvolvem dissociação patológica.<sup>39</sup>

Em relação ao TDI, os profissionais atribuem-no aos efeitos da exposição a situações de extrema ambivalência e abuso na infância, levando a uma identidade dissociada. Este transtorno pode surgir como uma forma elaborada de negação em resposta ao abuso na infância.<sup>13</sup>

Além disso, a capacidade de dissociação não é determinada apenas pelo ambiente adverso, mas também possui uma componente hereditária, sugerindo um modelo interativo de stresse-diátese.<sup>40</sup>

Há também a teoria de que as memórias traumáticas podem ser reprimidas ou dissociadas, tornando-as indisponíveis para a consciência, embora haja pouca evidência experimental para apoiar.<sup>1</sup>

A dissociação estrutural da personalidade pode ocorrer como uma resposta à traumatização precoce, afetando os sistemas psicofisiológicos inatos que estruturam a personalidade e regulam o comportamento. O abuso e a negligência crônicos na infância comprometem a capacidade

integrativa e o desenvolvimento do apego seguro, sendo que a desregulação nos padrões de apego durante a infância também pode contribuir para o desenvolvimento da dissociação.<sup>13</sup>

Os sistemas psicofisiológicos inatos estruturam a personalidade em grande medida e organizam e regulam funções importantes em termos de atenção, emoção, fisiologia, neurofisiologia e, acima de tudo, comportamento. O seu propósito é direcionar a ação mental e comportamental adaptativa numa ampla gama de situações de vida, sendo denominados como sistemas de ação. Os sistemas de ação tornam-se disponíveis ao longo do desenvolvimento e requerem maturação e experiências suficientemente satisfatórias para um funcionamento máximo. Na traumatização precoce, os sistemas de ação podem evoluir com uma organização disfuncional, que persiste, mesmo se houver uma melhoria da vida pessoal. Os padrões de ação mal adaptativos inibem a coordenação e integração entre diferentes sistemas de ação, deixando-os sem organização equilibrada e, portanto, vulneráveis à dissociação.<sup>28</sup>

No caso da dissociação estrutural da personalidade relacionada ao trauma, a coordenação e coesão dos sistemas de ação parecem ser interrompidas, de modo que as ações dos sobreviventes não estão bem adaptadas às circunstâncias prevalentes. A traumatização envolve essencialmente um grau de divisão dissociativa da personalidade, que provavelmente ocorre ao longo das linhas dos sistemas de ação inatos da vida cotidiana. A dissociação da personalidade desenvolve-se quando crianças ou adultos são expostos a eventos potencialmente traumáticos e quando a sua capacidade integrativa é insuficiente para integrar (totalmente) essas experiências, dentro dos limites de uma personalidade relativamente coerente.<sup>28</sup>

Com o tempo, se os componentes dos sistemas de ação não forem adequadamente coesos e coordenados, estes podem desenvolver formas mais ou menos separadas e habituadas de funcionar, ou seja, partes dissociativas da personalidade. O facto de os pacientes não reexperimentarem incessantemente eventos traumáticos e alguns não apresentarem sintomas por um período após um evento traumático indica que as partes dissociativas podem permanecer latentes, conforme confirmam observações clínicas.<sup>28</sup>

Para fins de clareza heurística e diagnóstica, distingue-se três níveis prototípicos de dissociação estrutural, embora na realidade clínica pareça ocorrer mais ao longo de um continuum.<sup>28</sup>

O padrão básico de resposta ao stresse pós-traumático pode ser descrito como uma alternância entre uma única parte dissociativa da personalidade, mediada por sistemas de ação da vida cotidiana, e uma segunda parte (bastante limitada e rudimentar), mediada pela defesa. Quando a principal parte dissociativa de indivíduos traumatizados está separada do trauma e mediada pelos

sistemas de ação da vida cotidiana, o indivíduo pode parecer bastante funcional. No entanto, essa normalidade é apenas aparente, porque essa parte da personalidade evita fisicamente e mentalmente os sinais relacionados ao trauma, incluindo o seu mundo intrapsíquico, resultando numa existência "vívida na superfície da consciência". As partes fixadas nos sistemas de ação de defesa tendem a interferir ou a tornar-se dominantes quando o indivíduo é confrontado com grandes sinais de ameaça. Tal fenómeno denomina-se dissociação estrutural primária.<sup>28</sup>

A dissociação da personalidade além de uma única "personalidade aparentemente normal" pode-se estender a uma divisão adicional entre dois ou mais subsistemas de defesa. A "personalidade emocional" sofre recorrentemente experiências sensoriomotoras vívidas e carregadas com afetos dolorosos que, pelo menos subjetivamente, correspondem de perto ao trauma original. Essa divisão adicional da personalidade emocional é conceptualizada como dissociação estrutural secundária. A dissociação estrutural secundária pode caracterizar transtornos relacionados ao trauma mais complexos e crónicos.<sup>28</sup>

A divisão adicional da "personalidade aparentemente normal" e a elaboração da "personalidade emocional" são chamadas de dissociação estrutural terciária, determinada pela divisão entre múltiplos subsistemas de defesa, que caracteriza o TDI. Tal fenómeno ocorre quando a capacidade integrativa de um indivíduo é insuficiente para desenvolver ou manter uma única "personalidade aparentemente normal". Assim, pode haver, por exemplo, uma parte dissociativa que é sexual (reprodução), uma parte que é maternal (cuidado) e uma parte que trabalha (exploração). A componente emocional da personalidade num indivíduo traumatizado assimila novas experiências, tornando-se mais elaborada quando os aspetos inevitáveis da vida cotidiana se tornam estímulos condicionados que reativam memórias traumáticas. No transtorno simples de trauma, a "personalidade emocional" é tipicamente bastante rudimentar, não ativa na vida cotidiana e limitada a reexperiências traumáticas, enquanto a "personalidade aparentemente normal" é bastante complexa, com funcionamento multifacetado. Num transtorno de trauma mais complexo, a "personalidade emocional" pode ser cada vez mais elaborada e autónoma, enquanto a personalidade funcional pode ser restrita a funções dentro de certos sistemas de ação da vida cotidiana.<sup>28</sup>

As partes separadas do ego ou *self* parecem ter surgido como reações pós-traumáticas ou adaptações. Incapazes de serem gerenciadas, metabolizadas ou até mesmo pensadas, as experiências traumáticas são isoladas num outro local do *self*, numa ou mais partes traumatizadas do *self* que se tornaram separadas do *self* cotidiano.<sup>41</sup>

Para resumir a essência da teoria da dissociação estrutural da personalidade, argumenta-se que as experiências traumáticas, especialmente quando ocorrem precocemente na vida e envolvem ameaças graves à integridade do corpo, podem ativar sistemas de ação psicobiológicos que foram desenvolvidos pela evolução, e que, devido aos níveis extremos de stresse e ao condicionamento clássico e avaliativo às memórias traumáticas, esses sistemas podem permanecer não integrados, em graus variados.<sup>41</sup>

## **Tratamento**

### **Tratamento psicológico**

No que concerne aos transtornos dissociativos, há um consenso de que o TDI é uma psicopatologia dissociativa crônica, polissintomática e pleiomórfica, caracterizada pela presença de múltiplas identidades e amnésia, que requer, para o seu tratamento definitivo, uma psicoterapia que se conforme ao tratamento orientado por estágios de trauma, primeiramente descrito por *Janet* e elaborado na literatura contemporânea por *Herman*.<sup>31</sup>

A maioria das pesquisas atuais sugere que o tratamento para indivíduos com trauma complexo e dissociação moderada a grave deve ser organizado de modo a que as habilidades de regulação emocional e o manejo dos sintomas dissociativos sejam ensinados antes do processamento do trauma.<sup>7</sup> *Herman* observou que no tratamento do indivíduo traumatizado, é pressuposto existir uma fase em que a segurança é estabelecida, seguindo-se de uma fase em que são recordados os eventos traumáticos, e lamentados os respetivos efeitos, terminando numa etapa em que são feitas as reconexões e é alcançada a recuperação. Estas fases denominam-se segurança, rememoração e luto, e reconexão, respetivamente.<sup>31</sup>

Por sua vez, *Kluft*, estabeleceu novos estágios na psicoterapia.<sup>42</sup> Na visão de *Kluft*, as identidades ou estados de personalidade alternativos são fenómenos centrais do TDI, não os percecionando como obstáculos, distrações ou artefactos a serem contornados ou suprimidos. *Kluft* não encontrou evidências de melhoria se o terapeuta não trabalhar com esses estados de personalidade alternativos.<sup>32</sup> É frequentemente recomendada uma abordagem de terapia cognitivo-comportamental, incorporando uma comunicação eficaz com os *alters* e ajudando o paciente a encontrar estratégias de *coping* mais adaptativas do que a alternância entre identidades. Tal

estratégia pode ser aprimorada através do ensinamento de exercícios de relaxamento, sugerindo pausas no ambiente por alguns minutos e ajudando o paciente a ganhar controle sobre as distorções cognitivas do “eu” e do mundo. O terapeuta tenta modelar um relacionamento apropriado e demonstrar reações apropriadas, calmas e ponderadas às crises.<sup>13</sup>

Os estágios da psicoterapia do TDI, segundo *Kluft*<sup>32</sup>, encontram-se na Tabela II.

Este modelo é consistente com uma abordagem de tratamento projetada para trazer a completa resolução da psicopatologia do TDI. No entanto, existem pacientes que não são candidatos a esse tipo de tratamento, pois não progredem com esse modelo ou mostram-se incapazes de tolerar o trabalho com o material traumático. Tais doentes colaboram melhor com um tratamento de suporte que visa a diminuir o seu desconforto, manter ou aumentar seu nível de funcionamento e facilitar a sua adaptação às questões cotidianas e de relacionamento. As tentativas de tratar tais pacientes como se fossem candidatos a um tratamento definitivo, podem ser causadoras de angústia para os mesmos. O tratamento deste grupo de pacientes com TDI é menos familiar e não foi abordado na literatura.<sup>32</sup>

As diferenças na gravidade da dissociação e do trauma contribuem para as diferenças nos resultados observados. Em apoio a essa possibilidade, vários estudos descobriram que pacientes traumatizados com o nível mais elevado de dissociação não respondem tão bem ao tratamento quanto aqueles com níveis mais baixos de dissociação. No entanto, mesmo níveis muito elevados de dissociação não impediram a melhoria numa variedade de resultados.<sup>7</sup> Ao longo do tempo, os pacientes apresentaram reduções estatisticamente significativas na dissociação, PTSD, angústia, depressão, hospitalizações, tentativas de suicídio, automutilação, comportamentos perigosos, uso de drogas e dor física, bem como pontuações mais altas na Avaliação Global do Funcionamento.<sup>3</sup>

### **Terapia em Grupo**

Pacientes com TDI têm, frequentemente, dificuldade em participar em terapias de grupo tradicionais porque, muitas vezes, são percebidos como disruptivos para esses grupos. Nos últimos anos, têm sido conduzidas por vários clínicos abordagens em grupo para pacientes com TDI, que se mostraram úteis. Em tais configurações, o paciente com TDI não é visto como anômalo nem é excluído. Estes grupos funcionam de forma mais eficaz quando se concentram em objetivos psicoeducacionais, na adaptação ao momento presente e resolução de problemas, em vez de se focarem no passado traumático.<sup>32</sup>

## Terapia Familiar

O tratamento familiar com a família de origem do paciente com TDI pode não ser seguro se os membros da família forem acusados de terem sido abusivos. Os confrontos sobre abuso nesse contexto podem ser disruptivos para a família e para o paciente, e podem levar o terapeuta a ser responsabilizado pelas consequências do confronto para os membros da família. Por outro lado, o trabalho familiar com o paciente com TDI e outras pessoas preocupadas, assim como os filhos do paciente, pode ajudar essas pessoas a lidar com o indivíduo.<sup>32</sup>

## Tratamento farmacológico

Relatos de diversos ensaios clínicos sugerem que, em muitos casos, os sintomas do TDI podem ser atenuados por um tratamento adequado com psicoterapia intensiva, orientada dinamicamente, com hipnoterapia adjunta. No entanto, não há uma farmacoterapia definitiva conhecida para os sintomas "centrais" do TDI.<sup>34</sup>

Embora a maioria dos sintomas dissociativos pareça relativamente resistente à intervenção farmacológica com os agentes atuais, muitos clínicos tentaram a administração de farmacoterapia adjunta para sintomas afetivos, de ansiedade, somatoformes, pseudoconvulsivantes e TSPT em pacientes com TDI. Em ensaios clínicos, foi relatado um sucesso esporádico em casos individuais com uma variedade de agentes, incluindo antidepressivos, benzodiazepínicos, betabloqueadores, clonidina e outros. O "sucesso" geralmente significou a melhoria de algum sintoma ou conjunto de sintomas, permitindo que a psicoterapia avançasse de forma mais produtiva. Por exemplo, embora o processo de troca de identidade no TDI pareça resistente a qualquer agente psicofarmacológico conhecido, a redução da ansiedade, hiperexcitação autonômica e/ou sintomas de TSPT com farmacoterapia permitiram uma diminuição na troca disfuncional rápida em alguns casos, observando-se um padrão semelhante em relação aos sintomas do transtorno afetivo.<sup>34</sup>

Os fármacos antipsicóticos atípicos (ou de segunda geração), que bloqueiam tanto os recetores de dopamina (D2) quanto os recetores de serotonina (5-HT2A), podem ser úteis no tratamento de casos de trauma complexo com características psicóticas, embora seja necessário distinguir alucinações auditivas, que têm origem num locus externo, *versus* "vozes" internas. Esta classe farmacológica também tem sido usada para estabilização do humor, ansiedade avassaladora e sintomas intrusivos do TSPT em pacientes com TDI, sendo, geralmente, mais eficaz e mais bem

tolerada do que os antipsicóticos típicos (ou de primeira geração). Os antagonistas de opióides, como a naltrexona, também têm mostrado algum potencial no tratamento de sintomas dissociativos. Embora os antidepressivos e ansiolíticos sejam úteis na redução da depressão e ansiedade e na estabilização do humor, o psiquiatra deve ser cauteloso ao usar benzodiazepínicos para reduzir a ansiedade, pois estes também podem exacerbar a dissociação. No tratamento de pacientes com TDI, há relatos de algum sucesso com ISRS, antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoamina oxidase, betabloqueadores, clonidina, anticonvulsivantes e benzodiazepínicos na redução de sintomas intrusivos, *hiperarousal*, ansiedade e instabilidade de humor. Outras sugestões possíveis para intervenções farmacológicas para o TDI incluem o uso de prazosina na redução de pesadelos, carbamazepina para reduzir a impulsividade e naltrexona para a melhoria de comportamentos autolesivos recorrentes.<sup>35</sup>

Não há uma base sólida para qualquer prescrição feita para um paciente com TDI e cada prescrição é um teste empírico sem fundamento científico. Deste modo, é importante não fazer afirmações exageradas sobre a eficácia ou a nocividade da farmacoterapia no TDI, na ausência de dados.<sup>36</sup>

Há um consenso de que os alvos legítimos para a farmacoterapia no TDI devem consistir em conjuntos de sintomas observados em todo o "ser humano" em oposição a sintomas aparentemente localizados em personalidades isoladas. Por outro lado, há relatos frequentes na literatura de efeitos da medicação dependentes do estado entre diferentes personalidades alternativas no TDI. Esse fenômeno pode representar um aspecto de importantes mudanças psicofisiológicas dependentes do *alter* no TDI. Infelizmente, apesar dos frequentes relatos empíricos, há poucos dados concretos para documentar a resposta à medicação dependente do *alter*, os seus possíveis mecanismos ou o seu impacto no tratamento medicamentoso, em pacientes com TDI.<sup>34</sup>

Permanece incerto qual poderia ser o mecanismo para tais efeitos da medicação dependentes do *alter*. Desconhece-se se consiste numa função apenas do metabolismo ou da depuração periférica alterados, uma ativação/desativação relativa de agregados neuronais específicos em estados comportamentais diferentes, uma variação no ambiente neuroendócrino dos recetores de fármacos no sistema nervoso central consoante o *alter*, com diferentes conformações dos recetores ou afinidades de ligação, a existência de alterações nas emissões de mensageiros secundários ou mais de um desses processos.<sup>34</sup>

As manifestações de excitação psicofisiológica global, como a frequência cardíaca, pressão arterial, tensão muscular, nível de ativação central, *etc.*, podem ser marcadores periféricos para os efeitos

farmacológicos dependentes do *alter* nos transtornos dissociativos. Por outro lado, a interferência crónica e a sobreposição, entre os *alters*, no TDI, pode tornar o estudo de efeitos específicos da medicação em *alters* bastante desafiador.<sup>34</sup>

Muitos pacientes com TDI não terão uma resposta robusta aos medicamentos, apesar dos sintomas graves e causadores de disfunção. Por isso, deve haver um conhecimento amplo, por parte do clínico, sobre manobras hipnoterapêuticas e psicoterapêuticas que visam reduzir os sintomas em pacientes com TDI. Em muitas situações clínicas, essas abordagens são mais eficazes do que qualquer intervenção farmacológica atualmente conhecida para o TDI. A maioria dos medicamentos (por exemplo, antidepressivos, ansiolíticos) é prescrita para sintomas ansiosos e de humor comórbidos, mas esses fármacos não tratam especificamente a dissociação. Atualmente, nenhum tratamento farmacológico foi encontrado para reduzir a dissociação.<sup>34</sup>

Infelizmente, as pesquisas significativas sobre intervenções psicofarmacológicas no TDI podem ser bastante difíceis. Tal facto deve-se à variabilidade de sintomas em pacientes com TDI, à probabilidade de existirem subgrupos de pacientes dissociativos que podem ter padrões diferentes de resposta à medicação e à possibilidade de os efeitos farmacológicos serem pouco significativos.<sup>34</sup>

Concluindo, as intervenções psicofarmacológicas podem ser úteis como complemento ao tratamento de alguns pacientes com TDI. A abordagem psicofarmacológica ao paciente com TDI deve basear-se na compreensão clara da fenomenologia, psicodinâmica e tratamento geral do TDI. Desta forma, o clínico deve compreender que o tratamento medicamentoso bem-sucedido para esta patologia será, na maioria dos casos, parcial e não curativo.<sup>34</sup>

## **Conclusão**

A crescente compreensão dos transtornos dissociativos tem promovido o desenvolvimento de intervenções mais eficazes para o seu tratamento, além de aprimorar a visão dos clínicos sobre como abordar questões específicas, como a regulação afetiva em pacientes com várias psicopatologias dissociativas.

Os estudos indicam que o TDI é influenciado por uma combinação complexa de fatores. Os traumas ligados à infância emergem como um componente universal nesse contexto, no qual os fatores ligados ao desenvolvimento, interpessoais e culturais subtis e evidentes desempenham papéis

significativos.

Apesar da complexidade do TDI em diferentes níveis, desde a neurobiologia até à clínica, as intervenções consistentes com diretrizes de especialistas têm mostrado resultados positivos.

A pesquisa sobre o TDI tem avançado, oferecendo *insights* valiosos sobre a resiliência da mente perante o trauma e sobre as perturbações de apego. O trauma psicológico, em particular, proveniente de abuso físico e/ou sexual, desempenha um papel fundamental na ativação de mecanismos de defesa dissociativos.

Para compreender plenamente esse fenómeno complexo é essencial a realização de uma abordagem teórica integradora, que incorpora várias influências, desde teorias biogenéticas, até teorias psicológicas e sociais.

O tratamento deve visar a análise das defesas dissociativas dentro de um contexto mais amplo, considerando outros mecanismos de defesa inconscientes e perturbações da personalidade.

A abordagem terapêutica deve ser sensível aos estágios do trauma, onde a segurança, rememoração, luto e reconexão são fundamentais para alcançar a recuperação completa. É essencial reconhecer que o tratamento psicoterapêutico deve ser individualizado a cada paciente, visto que nem todos os pacientes responderão da mesma forma ao tratamento orientado pelo trauma.

Apesar dos avanços na compreensão, as intervenções psicofarmacológicas para o TDI ainda representam um desafio devido à variabilidade de sintomas e respostas ao tratamento. No entanto, espera-se que os próximos anos tragam avanços nesse campo, à medida que o conhecimento sobre dissociação e trauma continue a evoluir. Deste modo, é crucial investigar sobre intervenções psicofarmacológicas que visem diretamente os processos de dissociação, contribuindo para uma estabilização eficaz do estado e auxiliando na recuperação do trauma psicológico.

Em suma, a pesquisa contínua e a abordagem integrativa são essenciais para avançar no entendimento sobre a etiologia e tratamento dos transtornos dissociativos, oferecendo esperança para aqueles que sofrem com essas condições complexas.

## Anexos

1. A presença de duas ou mais identidades ou estados de personalidade distintos (cada um com seu próprio padrão relativamente duradouro de perceber, relacionar-se e pensar sobre o ambiente e o “eu”).
2. Pelo menos dois desses estados de identidade ou personalidade assumem recorrentemente o controle do comportamento da pessoa.
3. Incapacidade de lembrar informações pessoais importantes que são demasiadamente extensas para serem explicadas por esquecimento comum.
4. O distúrbio não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, apagões ou comportamento caótico durante a intoxicação alcoólica) ou a uma condição médica geral (por exemplo, crises parciais complexas).

Observação: Em crianças, os sintomas não são atribuíveis a amigos imaginários ou outros tipos de fantasia.

*Tabela 1*

1. Estabelecimento dos objetivos da psicoterapia para a criação de uma atmosfera empática de segurança.
2. Realização de intervenções preliminares, que envolvem esforços para fortalecer o paciente como um todo e através dos *alters*, estabelecer as habilidades de enfrentamento necessárias para iniciar o trabalho difícil que pode seguir e lidar com quaisquer problemas na colaboração entre o paciente e o terapeuta.
3. Investigação dos *alters* em profundidade, através do colecionamento de histórico e mapeamento.
4. Efetuação de intervenções associadas ao acesso e processamento dos eventos avassaladores associados às origens e manutenção da psicopatologia do paciente com TDI.
5. Execução do movimento em direção à integração/resolução, sendo uma etapa em que são feitos esforços para alcançar o trabalho através do material traumático em todos os *alters*.
6. Estabelecimento da integração/resolução, que consiste em o paciente chegar a uma postura viável, seja como uma única identidade ou como uma colaboração estável entre *alters*, em relação a si mesmo e ao mundo.
7. Aprendizagem de novas habilidades de enfrentamento, auxiliando o paciente a lidar com circunstâncias de forma mais construtiva.
8. O acompanhamento envolve a avaliação da estabilidade e profilaxia contra recaídas, o que é especialmente importante para pacientes que optam pela resolução em vez da integração. Além disso, podem ser encontradas camadas adicionais de *alters*.

Tabela II

## Bibliografia

1. Paris J. The Rise and Fall of Dissociative Identity Disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2012; 200:1076-1079.
2. Sar V. Epidemiology of Dissociative Disorders: An Overview. *Epidemiol Res Int.* 2011; 2011:404538
3. Dorahy MJ, Brand BL, Şar V, et al. Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48(5):402-417
4. American Psychiatric Association. *Dissociative Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision.* Washington DC. American Psychiatric Association, 2023
5. Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R, et al. Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety.* 2011;28:824-852.
6. Dell PF, O'Neil JA. The Phenomena of Pathological Dissociation. In: Dell PF, O'Neil JA, editors. *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond.* Routledge; 2010.
7. Brand BL, Lanius RA. Chronic complex dissociative disorders and borderline personality disorder: disorders of emotion dysregulation? *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2014;1:13.
8. Foote B. Dissociative identity disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis (Internet). UpToDate. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/dissociative-identity-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?source=history\\_widget](https://www.uptodate.com/contents/dissociative-identity-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?source=history_widget). Consultado pela última vez em 2024/01/01.
9. Blizard RA. Therapeutic alliance with abuser alters in dissociative identity disorder: The paradox of attachment to the abuser. *Dissociation.* 1996; 9(1):38-47
10. American Psychiatric Association. *Dissociative Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision.* Washington DC. American Psychiatric Association, 2000
11. American Psychiatric Association; What Are Dissociative Disorders? (Internet); <https://www.psychiatry.org/patients-families/dissociative-disorders/what-are-dissociative-disorders>. Consultado pela última vez a 2022/10
12. Watkins JG, Watkins HH. The management of malevolent ego states in multiple personality disorder. *Dissociation Prog Dissociative Disord.* 1988;1(1):67-72.
13. Gillig PM. Dissociative Identity Disorder: A Controversial Diagnosis. *Psychiatry (Edgemont).* 2009; 6(3):24-28.
14. Hariri, A. G., Gulec, M. Y., Orengul, F. F. C., Sumbul, E. A., Elbay, R. Y., & Gulec, H. Dissociation in bipolar disorder: Relationships between clinical variables and childhood trauma. *J Affect Disord,* 2015; 184, 104–110.
15. Simeon, D., Kozin, D. S., Segal, K., Lerch, B., et al.). Is depersonalization disorder initiated by illicit drug use any different? A survey of 394 adults. *J Clin Psychiatry,* 2009; 70(10), 1358-1364.
16. Laddis, A., Dell, P. F., Korzekwa, M., et al. Comparing the Symptoms and Mechanisms of "Dissociation" in Dissociative Identity Disorder and Borderline Personality Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation,* 2016; 17(4), 399-418.
17. Coons PM, Sterne AL. Initial and follow-up psychological testing on a group of patients with multiple personality disorder. *Psychol Rep.* 1986; 58:43-49
18. Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., et al. Differences between Multiple Personality Disorder and Other Diagnostic Groups on Structured Interview. *The Journal of Nervous and Mental Disease,* 1989; 177(8), 487-491.
19. Boon S, Draijer N. Multiple personality disorder in The Netherlands: a clinical investigation

- of 71 patients. *Am J Psychiatry*. 1993; 150(3):489-94.
20. Kluft, R. P. The natural history of multiple personality disorder. In: *American Psychiatric Publishing. Childhood Antecedents of Multiple Personality*. Washington DC: American Psychiatric Pub.; 1985
  21. Loewenstein RJ. An Office Mental Status Examination for Complex Chronic Dissociative Symptoms and Multiple Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1991 Sep;14(3):567-604.
  22. Forrest KA. Toward an etiology of dissociative identity disorder: a neurodevelopmental approach. *Conscious Cogn*. 2001 Sep;10(3):259-93.
  23. Vermetten E, Schmahl C, Lindner S, Loewenstein RJ, Bremner JD. Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry*. 2006 Apr; 163(4):630-6.
  24. Savoy RL, Frederick BB, Keuroghlian AS, Wolk PC. Voluntary switching between identities in dissociative identity disorder: A functional MRI case study. *Cogn Neurosci*. 2012; 3(2):112-9.
  25. Dale KY, Flaten MA, Elden A, Holte A. Dissociative identity disorder and prepulse inhibition of the acoustic startle reflex. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008 Jun;4(3):653-62.
  26. Dorahy, M. J., Middleton, W., & Irwin, H. J. The effect of emotional context on cognitive inhibition and attentional processing in dissociative identity disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2005; 43(5), 555–568.
  27. Hermans EJ, Nijenhuis ER, van Honk J, Huntjens RJ, van der Hart O. Identity state-dependent attentional bias for facial threat in dissociative identity disorder. *Psychiatry Res*. 2006 Feb 28;141(2):233-6
  28. van der Hart O, Nijenhuis ER, Steele K. Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2005 Oct;18(5):413-23.
  29. Barlow MR. Memory for complex emotional material in dissociative identity disorder. *J Trauma Dissociation*. 2011;12(1):53-66.
  30. Huntjens RJ, Verschuere B, McNally RJ. Inter-identity autobiographical amnesia in patients with dissociative identity disorder. *PLoS One*. 2012;7(7): e40580.
  31. Herman JL. *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books/Hachette Book Group; 1992.
  32. Kluft RP. An overview of the psychotherapy of dissociative identity disorder. *Am J Psychother*. 1999; 53(3):289-319.
  33. Kluft RP. Dissociative Disorders. In: Kluft RP, editor. *Handbook of Aggressive and Destructive Behavior in Psychiatric Patients*. Springer My Copy UK; 1994.
  34. Loewenstein RJ. Rational psychopharmacology in the treatment of multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1991 Sep;14(3):721-40.
  35. Gentile JP, Dillon KS, Gillig PM. Psychotherapy and pharmacotherapy for patients with dissociative identity disorder. *Innov Clin Neurosci*. 2013 Feb;10(2):22-9.
  36. Ross CA. Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality. In: *Dissociative Identity Disorder*. 2nd Edition. Wiley; 1996.
  37. Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W W Norton & Co. 2006.
  38. Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J. Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*. 1994 Jun;39(5):259-64.
  39. Briere J. Dissociative Symptoms and Trauma Exposure. *J Nerv Ment Dis*. 2006 Mar;194(2):78-82
  40. Jang KL, McCrae RR, Angleitner A, Riemann R, Livesley WJ. Heritability of facet-level traits in a cross-cultural twin sample: support for a hierarchical model of personality. *J Pers Soc Psychol*. 1998 Jun;74(6):1556-65.
  41. Nijenhuis E, van der Hart O, Steele K. Trauma-related structural dissociation of the personality. *Activ Nerv Super* 2010;52(1):1-23

42. Kluft RP (1991). Multiple personality disorder. In A. Tasman & S. Goldfinger (Eds.), *Annual review of psychiatry*, vol. 10 (pp. 161-188). Washington, DC: American Psvchiatric Press; 1991
43. Van der Hart O, Horst R. The Dissociation Theory of Pierre Janet. *J Trauma Stress*. 1989;2(4):437-451.
44. Dell PF. Reconsidering the autohypnotic model of the dissociative disorders. *J Trauma Dissociation*. 2019; 20(1):48-78.

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR**

