

## **TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Thaís Bruschi Signorini<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Psicologia, Universidade de Rio Verde.

**Recebido em: 02/08/2021 – Aceito em: 30/09/2021**

**Resumo:** Denominado anteriormente como distúrbio de personalidade múltipla, o Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) é um transtorno mental de difícil diagnóstico e sintomatologia diversificada. Atualmente alguns desses transtornos são visto como um tabu, e são rodeados de preconceitos e ideias errôneas. Um dos transtornos mentais e de comportamento mais incompreendidos é o Transtorno Dissociativo de Identidade. Desse modo, o objetivo da presente revisão narrativa da literatura foi descrever as principais características do Transtorno Dissociativo de Identidade.

**Palavras-chave:** Personalidade Múltipla. Transtorno Mental. Transtorno Dissociativo de Identidade. Psicopatologia.

**Abstract:** Previously known as multiple personality disorder, Dissociative Identity Disorder (DID) is a mental disorder that is difficult to diagnose and has diverse symptoms. Currently, some of these disorders are seen as taboo, and are surrounded by prejudices and erroneous ideas. One of the most misunderstood mental and behavioral disorders is Dissociative Identity Disorder. Therefore, the objective of this narrative review of the literature was to describe the main characteristics of Dissociative Identity Disorder.

**Keywords:** Multiple Personality. Mental Disorder. Dissociative Identity Disorder. Psychopathology.

### **1. INTRODUÇÃO**

Os transtornos mentais são disfunções cerebrais, cognitivas, afetivas e comportamentais associados a sofrimento psíquico, incapacidade de desempenhar uma ou mais funções psicológicas e prejuízo psicossocial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1994). Segundo Reis, Reisdorfer e Donato (2013), no ano de 2001, cerca de 450 milhões de pessoas sofriam de transtornos mentais, resultados de fatores genéticos e ambientais.

Atualmente alguns desses transtornos são visto como um tabu, e são rodeados de preconceitos e ideias errôneas. Um dos transtornos mentais e de comportamento mais incompreendidos é o Transtorno Dissociativo de Identidade.

Desse modo, o objetivo da presente revisão narrativa da literatura é descrever as principais características do Transtorno Dissociativo de Identidade.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **2.1. Definições e história do estudo do Transtorno Dissociativo de Identidade**

Antigamente, o Transtorno Dissociativo de Identidade era conhecido como dupla personalidade, transtorno de múltiplas personalidades e afins. Foi definido então pelo DSM III como distúrbio de personalidade múltipla. Apenas em 1994, com o DSM IV, que houve a mudança na nomenclatura para Transtorno Dissociativo de Identidade que continua vigente atualmente.

O Transtorno Dissociativo de Identidade é de difícil diagnóstico, sua principal característica é a existência de duas ou mais personalidades diferentes em um mesmo indivíduo, cada um dominando em momentos diferentes. Esse transtorno afeta a memória, deixando o indivíduo incapacitado de lembrar-se de informações pessoais.

Segundo a Classificação Internacional das Doenças- CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1994), o Transtorno Dissociativo de Identidade, também chamado de Transtorno de personalidade múltipla, é raro e existem controvérsias em relação a extensão em que ele é iatrogênico (causado por medicação ou tratamento médico) ou especificamente cultural. Entretanto a característica principal é a existência aparente de duas ou mais personalidades distintas dentro de um indivíduo, com apenas uma delas evidenciando-se a cada momento.

Já de acordo com O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), o Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) tem como um dos critérios de diagnósticos a ruptura da identidade que tem como característica dois ou mais estados de personalidade distintos, visto em algumas culturas como uma experiência de possessão. Essa ruptura envolve descontinuidade acentuada no senso de si mesmo e no domínio das suas ações, tendo alterações em relação ao afeto, consciência, memória, nos comportamentos, percepção,

cognição e no funcionamento sensório-motor (noção do “eu” e o mundo externo do seu corpo).

Ainda em relação ao DSM-V, o TDI está associado a experiências devastadoras, eventos traumáticos e/ou um abuso ocorrido na infância, sendo visto que o abuso sexual e físico está associado a um maior risco de TDI com base em estudos realizados.

Segundo Spiegel (2015), estudos norte-americanos mostraram que 97% a 98% dos adultos que tem o TDI relataram abuso durante a infância, e que esse abuso pode ser documentado em 85% dos adultos e 95% das crianças e adolescentes com outras formas de transtornos dissociativos. No Brasil, segundo Morgado e Coutinho (1985), foi verificada a prevalência dos transtornos de personalidade de 0,9% ao longo da vida e predominância de indivíduos do sexo feminino entre os acometidos pela doença.

Os primeiros artigos científicos sobre o que consideramos hoje como TDI foram publicados no século XIX. Segundo Nascimento, Santos e Lourenço (2017), em 1880, Pierre Janet descreve o distúrbio de personalidade múltipla como estados múltiplos de consciência, criando assim o termo dissociação. Já em 1887 o cirurgião francês Eugene Azam documenta as personalidades de Felida X. Em 1906, o psiquiatra americano Morton Prince descreve o caso de Beauchamp em “The dissociation of personality” e, em 1970, a psiquiatra Cornelia Wilbur relata o caso de Sybil Isabel Dorsett que foi adaptado pelo cinema em uma obra chamada “Sybil”, em 1976, e o remake de mesmo nome em 2007, associando definitivamente o TDI ao abuso sexual. Então, em 1980, a Associação Americana de Psiquiatria publica a terceira edição do DSM- III e somente em 1994 o TDI é chamado como distúrbio de identidade dissociativa, anos depois rebatizado como transtorno dissociativo de identidade.

Ono e Yamashiro (2004) explicam o TDI como um mecanismo de defesa na qual a pessoa cria personalidades alternativas na intenção de enfrentar situações que não seriam suportadas, a considerada “personalidade original” pode ser geralmente vítima de abusos físicos ou sexuais que na infância colocam sua vida em risco.

Segundo Sadock e Sadock (2007) o transtorno de personalidade constitui um padrão de vivência íntima ou comportamento destoante das normas sociais e da cultura vigente, geralmente se inicia na adolescência ou até no começo da vida adulta e provocam sofrimento e prejuízos.

De acordo com Hacking (1995) dentro das características da síndrome, a essencial é a existência dentro do indivíduo de duas ou mais personalidades diferentes, cada qual

dominante num momento específico, encontrando as chamadas personalidades alternativas, múltiplas ou alters.

Rodrigues (2016) argumenta que ainda se tem uma difícil compreensão em relação a dissociação como fenômeno psicológico, isso se dá por ser de elevada prevalência com outras patologias e seu termo ser vastamente empregado por profissionais, sendo bastante complexo determinar a sua etiologia e abrangência, o que pode resultar dificuldades na sua avaliação e tratamento. As experiências dissociativas podem adotar diversos nomes como desrealização, que é quando a experiência em que as ocorrências e eventos ao seu redor são irreais, existe também a absorção que é o ato de concentração profunda em uma tarefa ou ação, já a despersonalização presente quando o sujeito se sente desprendido das suas ações, pensamentos e emoções, finalizando a amnésia que seria a perda parcial ou completa das memórias de curto ou longo prazo.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) define a dissociação como uma perturbação e/ou descontinuidade da integração normal de consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controle motor e comportamento. A manifestação mais evidente dos sintomas varia em função da motivação, nível de stress, cultura, conflitos internos, dinâmicos e resiliência emocional.

Segundo Nascimento, Santos e Lourenço (2017) nos últimos anos o TDI vem sendo alvo de diferentes estudos após muitos anos de negligência, isso se dá devido a fatores como a desconsideração dos efeitos das experiências traumáticas da vida e o que elas acarretam na psicopatologia do transtorno. O TDI sendo uma condição mental recorrente de um trauma sofrido se difere de outras condições mentais justamente por ter a dissociação como fuga necessária, surgindo como forma de lidar com eventos traumáticos, fragmentando seu próprio self.

## **2.2. Manifestações clínicas do TDI**

Segundo Ono e Yamashiro (2004), as manifestações clínicas do TDI se dividem em várias correntes, porém as duas hipóteses mais discutidas na comunidade científica são: Perspectiva clássica e perspectiva sócio cognitiva. Na perspectiva clássica, algumas desordens da mente tem sintomas similares ou até iguais ao TDI, é tarefa do terapeuta diferenciar outros tipos de distúrbio como stress pós-traumático ou até mesmo efeitos

de drogas ou medicamentos, para que o diagnóstico seja preciso. Alguns aspectos únicos são: o paciente ter pelo menos duas identidades distintas, as quais tem seu próprio modo de se relacionar com o ambiente e de pensar, pelo menos duas personalidades assumem o domínio do corpo do paciente com frequência e o uso de substâncias químicas como álcool ou medicamentos não é causador direto dos comportamentos.

Ono e Yamashiro (2004) ainda ressalta que as identidades podem ser de diferentes sexos, idades, sotaques, ser fluente em outras línguas, ter estilos de escrita diferentes, ser canhota enquanto a outra é destra, podendo algumas identidades possuírem nomes e outras não. O paciente pode apresentar depressão, mudanças abruptas de sono, ataques de pânico e fobias, abuso de drogas, convulsões, alucinações visuais e ou auditivas, tendências de autoperseguição e violência. Já em relação as causas, quando confrontamos com situações de trauma extremo em que não se vê escapatória, literalmente o indivíduo abandona sua mente, no intuito de preservá-la intacta, geralmente utilizado por crianças na defesa extremamente efetiva contra a dor tanto física quando emocional. Através desse processo os sentimentos, pensamentos, memórias e até percepções de experiências traumáticas podem ser psicologicamente separados, permitindo acreditar que o trauma nunca aconteceu. Porém, repetições podem transformar esse mecanismo de defesa em um distúrbio dissociativo, a dissociação defensiva crônica pode levar a serias disfunções podendo resultar em uma série de diferentes entidades, ou seja, estados mentais, os quais podem assumir eventualmente a forma de identidades próprias, podendo se tornar estados de personalidade do TDI.

Já na perspectiva sócio cognitiva, definida por Ono e Yamashiro (2004), existe um consenso geral que uma das principais causas do TDI é a repressão de memórias sobre abuso sexual durante a infância, acreditando que os especialistas criaram a cura e a doença, isso não significa a sua não existência, mas sua origem e desenvolvimento podem ser explicados sem o modelo da personalidade alternativa.

No modelo sócio cognitivo crenças como rituais sociais apresentando bases que pareciam validar a sugestão da possessão demoníaca eram tomadas por corretas e reforçadas pela tradição. A presença de múltiplos eus remontam de outras culturas sem serem relacionados a distúrbios mentais. Podendo se desenvolver através de vários contextos sócio culturais, pessoas podem aprender que possuem mais de uma

identidade, desde que sua cultura apresente modelos da múltipla identidade possa ser extraída e aplicada.

### **2.3 Diagnóstico do TDI**

Muitos indivíduos com o transtorno dissociativo de identidade passam anos da sua vida sem saber do seu verdadeiro diagnóstico, muitas vezes até recebem diagnósticos errados, isso se dá por causa da sobreposição dos sintomas comorado com outros transtornos mentais, o TDI é uma dissociação de difícil diagnóstico. Faria (2017) coloca que o diagnóstico é constituído de ideias fundamentais para o desenvolvimento do trabalho médico, as quais são baseadas em fenômenos que ocorrem com as pessoas e que são agrupados e classificados conforme especificidades, porém, como tais agrupamentos se dão por traços ou sinais que tem alguma semelhança entre si, muitas vezes patologias podem ser confundidas no diagnóstico, ocorre por exemplo com a esquizofrenia e o TDI, pois os sinais tem suas semelhanças, principalmente em aspectos conceituais. Alguns sintomas como inserção do pensamento, percepção delirante, alucinações auditivas e outros, não são só da esquizofrenia, mas também característicos do TDI.

Segundo Mari e Kieling (2013) a maioria das pessoas com o transtorno são mulheres que possuem marcantes histórias de abusos na infância, tanto sexual quanto físico, e também apresentam comorbidade com outros transtornos, como o transtorno de humor, transtornos dissociativos e por uso de drogas.

Freud (1923) apresentou descrições clínicas que estão em conformidade com os critérios diagnósticos atuais do TDI e afirmou que, em uma mesma pessoa, são possíveis vários agrupamentos mentais que podem se alterar entre si e que podem ficar mais ou menos independentes, sem que um saiba da existência do outro. Talvez o segredo dos casos de TDI seja as diferentes identificações apoderam-se sucessivamente da consciência, podendo ocorrer a ruptura do ego, como consequência as diferentes identificações se tornarem separadas umas das outras através de resistências.

### **2.4. Tratamento do TDI**

De acordo com Gabbard (2009), o terapeuta é aconselhado a desenvolver uma busca cuidadosa por manifestações das diferentes personalidades baseando em indicadores de suas atividades, a psicoterapia do paciente com TDI requer um

tratamento que respeite as personalidades e suas dificuldades ao mesmo tempo desencorajando sua autonomia e sempre indicando que elas são partes de uma única pessoa, além disso, deve envolver os alter egos diferentes personalidades, em benefício do processo terapêutico e o acesso á eles além de permitir que o terapeuta trabalhe diretamente para aliviar os sintomas e evitar o sofrimento por danos narcisistas que podem ser vivenciados por esses alter egos ao se sentirem tratados como insignificantes, e ainda se torna útil na prevenção de reencenações de experiências de negligências. Ainda há os preceitos básicos da terapia como empatia, apoio, tentativas de redução de vergonha, que são trabalhados pelo psicoterapeuta em qualquer processo terapêutico, se tornam mais efetivos quando direcionados para as diferentes personalidades em um contato direto com cada.

Ainda segundo Gabbard (2009) o principal objetivo no tratamento com pacientes com TDI é a integração de todos os alter egos em um só, que seria o original, porém o tratamento é ainda relutante para ambos, terapeuta e paciente, pois: a intensidade, custo e duração na busca de integração é um trabalho intensivo durante um longo período de tempo e que requer um alto valor econômico. A relutância do paciente é algo rotineiro nesse processo porque muitos não estão dispostos a empreender a descoberta, processar experiências dolorosas e a exploração que envolve esse tratamento, isso também está relacionado ao medo das consequências de abandonar a dissociação e as defesas, até medo da descoberta de informações sobre sua vida e percepção persistente dos alter egos da integração com morte é presente nesse processo. E também as considerações teóricas, terapeutas que tem orientações a certos modelos de análise racional e a terapia de estado de ego, acreditam que a nossa mente consiste de múltiplos selfs o que torna a integração um objetivo conceitualmente impossível e obsoleto.

Já na visão de Mari e Kieling (2013), devem ser tomados alguns cuidados psicoterapêuticos, pois deve ser centrado na construção de vínculos estáveis com o terapeuta, disponibilizando em suporte explicativo compatível com a capacidade de entender do paciente e modelos explicativos culturais, pensando na sua compreensão do processo de adoecimento e sua autoestima, tendo como parte fundamental do tratamento a conscientização dos recursos intrínsecos, rede de suporte social e a construção de processos diagnósticos e terapêuticos de caráter integral.

Ono e Yashimiro (2004) sugerem que, entre os distúrbios mais severos da psiquiatria, o TDI pode ser considerado uma das condições que carrega melhores

prognósticos caso o tratamento seja empregado corretamente desde o início do diagnóstico, ou seja, tem uma grande chance de tratamento se dado a devida atenção, sendo tratado com psicoterapia, incluindo também no tratamento o uso de medicações, ciente que é um tratamento de longo prazo, intenso e possivelmente doloroso, já que está ligado a lembranças e confrontos com experiências traumáticas e dissociadas.

### 3. CONCLUSÃO

O interesse em estudar o tema do TDI surgiu em função da carência de pesquisas sobre esse transtorno no Brasil. É notório o grande número de artigos, dissertações e teses em língua estrangeira sobre a temática e a grande escassez de pesquisas nacionais. Espera-se que o presente estudo possa favorecer a sociedade em geral a ampliar seus conhecimentos sobre o TDI. Afinal, acredita-se na importância do esclarecimento do TDI a fim de que sejam compreendidas as vivências de pessoas com o transtorno, trazendo aspectos importantes e relevantes para a sociedade.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

FREUD, S. O Ego e o ID. Em. J. Strachey (Org. e Trad.), **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. (Vol. XIX)**. Rio de Janeiro: Imago. 1923/1996. (Original publicado em 1923).

GABBARD, G.O. **Tratamentos dos transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HACKING, I. **Múltipla Personalidade e as Ciências da Memória**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

MARI, J.J.; KIELING, C. (2013). **Psiquiatria na prática clínica**. São Paulo: Manole, 2013.

NASCIMENTO, A. V.; SANTOS, I.A.; LOURENÇO, L.B.; FREIRE, A.D. **Transtorno dissociativo de identidade (múltiplas personalidades): introdução e reflexões**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, 1. Centro Universitário do Vale do Ipojuca. Caruaru, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10: Classificação Internacional de Doença**. São Paulo: EDUSP, 1994.

ONO, M.K., YASHIMIRO, F.M. (2004). **Múltiplas personalidades: o distúrbio dissociativo da identidade.** 2004. Disponível em:

[http://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/906/trabalhos/mc906\\_artigo\\_multiplas\\_personas\\_lidades\\_011738\\_008623.pdf](http://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/906/trabalhos/mc906_artigo_multiplas_personas_lidades_011738_008623.pdf) Acesso: 9 de Novembro de 2018.

REIS, L.N; REISDORFER, E.; DONATO, E.C.S.G. (2013). Perfil dos usuários com diagnóstico de transtornos de personalidade de um serviço de saúde mental. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, v.9, n.2, p.70-5, 2013. Acessado em 11 de novembro de 2018, disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v9n2/pt\\_04.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v9n2/pt_04.pdf)

RODRIGUES, M.A.D.E. **A dissociação e integração nos sonhos: um estudo de caso com perturbação de identidade dissociativa.** Tese (Doutorado), Universidade de Lisboa, Lisboa, 2016. Disponível em: << <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/27553>>>. Acesso em 9 de novembro de 2018.

SADOCK, B.; SADOCK, V. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SPIEGEL, D. **Dissociative identity disorder. Merck Manuals.** Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA, 2015.