

Transtorno Dissociativo de Identidade em um paciente com 12 personalidades: um relato de caso

Dissociative Identity Disorder in a patient with 12 personalities: a case report

Trastorno de Identidad Disociativo en un paciente con 12 personalidades: informe de un caso

DOI:10.34119/bjhrv7n2-397

Originals received: 03/15/2024

Acceptance for publication: 04/01/2024

Bruno Barreira Cardoso

Residente em Psiquiatria

Instituição: Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi

Endereço: Campinas, São Paulo, Brasil

E-mail: brunocardoso96@hotmail.com

Eduardo Mendes Ferreira da Cunha

Residente em Psiquiatria

Instituição: Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi

Endereço: Campinas, São Paulo, Brasil

E-mail: edmfc1921@gmail.com

Roberto Akira Ikemoto

Especialista em Psiquiatria

Instituição: CAPSIJ Travessia

Endereço: Campinas, São Paulo, Brasil

E-mail: robertoikemoto@gmail.com

Julia Duarte

Residente em Psiquiatria

Instituição: Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi

Endereço: Campinas, São Paulo, Brasil

E-mail: duarteju9@gmail.com

Patrícia Soares Bernardes

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade Atenas – campus Passos

Endereço: Passos, Minas Gerais, Brasil

E-mail: patriciasoaresbernardes@hotmail.com

Marco Aurélio Muniz Moreira

Especialista em Psiquiatria

Instituição: Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi

Endereço: Campinas, São Paulo, Brasil

E-mail: marco.aum99@gmail.com

RESUMO

O mecanismo traumático está relacionado concretamente com os transtornos dissociativos de um modo geral. Dentre esses, importância ímpar deve ser atribuída ao transtorno dissociativo de identidade, cujo trauma na infância é fortemente citado como fator causal associado. Apesar de possuir guidelines específicos para auxiliar na sua avaliação, investigação e tratamento, ainda é bastante subdiagnosticado, sendo muitas vezes tardiamente abordado por especialistas. Esse artigo descreve o caso de um paciente de 15 anos diagnosticado com esse transtorno e comenta sobre critérios diagnósticos, epidemiológicos e o manejo desse tipo de transtorno dissociativo.

Palavras-chave: Transtorno Dissociativo, múltiplas personalidades, Transtorno Dissociativo de Identidade.

ABSTRACT

The traumatic mechanism is specifically related to dissociative disorders in general. Among these, unique importance must be attributed to dissociative identity disorder, whose childhood trauma is strongly cited as an associated causal factor. Despite having specific guidelines to assist in its evaluation, investigation and treatment, it is still largely underdiagnosed, often being approached late by specialists. This article describes the case of a 15-year-old patient diagnosed with this disorder and comments on diagnostic and epidemiological criteria and the management of this type of dissociative disorder.

Keywords: Dissociative Disorder, multiple personalities, Dissociative Identity Disorder.

RESUMEN

El mecanismo traumático está concretamente relacionado con los trastornos disociativos en general. Entre ellos, el trastorno de identidad disociativo, cuyo trauma infantil se cita con insistencia como factor causal asociado, reviste una importancia singular. A pesar de contar con directrices específicas para ayudar a su evaluación, investigación y tratamiento, sigue estando en gran medida infradiagnosticado y los especialistas suelen abordarlo tarde. En este artículo se describe el caso de una paciente de 15 años diagnosticada de este trastorno y se comentan los criterios diagnósticos y epidemiológicos y el manejo de este tipo de trastorno disociativo.

Palabras clave: Trastorno Disociativo, personalidades múltiples, Trastorno de Identidad Disociativo.

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos dissociativos são caracterizados por perturbação e/ou descontinuidade da integração normal de consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controle motor e comportamental². Dentre esses transtornos dissociativos, o Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI), é um transtorno mental de difícil diagnóstico devido a sintomatologia diversificada e a forte comorbidade.

O interesse pelo TDI iniciou-se em meados de 1800, quando esse fenômeno era associado aos estados de possessões²⁹. No entanto, foi catalogado pela primeira vez no ano de 1980, como “distúrbio de personalidade múltipla” no manual diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria terceira edição (DSM-III), sendo reconhecido formalmente como um distúrbio da saúde mental¹.

Como demonstrado pela Sociedade Internacional de Estudo de Trauma e Dissociação, o mecanismo traumático é uma peça-chave no desenvolvimento de dissociações de identidade, onde a dissociação acaba funcionando como uma defesa adaptativa para preservar o indivíduo de um fator estressor, servindo como uma espécie de “mecanismo de desligamento” ou “defesa de emergência”. O diagnóstico de TDI possui associação quase invariável com uma história prévia de trauma significativo, que ocorre frequentemente na infância, sendo muito comum história de abuso sexual ou outros tipos de abuso¹⁸. Além do aspecto traumático, fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento do transtorno, fatores ambientais e a falta de apoio externo, como figuras de apego seguro tem relevância no desenvolvimento desse transtorno²⁹.

No que diz respeito a evidência neuroestrutural, Chalavi e colaboradores referem que um menor volume hipocampal é o correlato neuroanatômico mais consistentemente relatado com trauma na infância, sendo esse achado particularmente importante porque é improvável que dados neuroanatômicos estejam sujeitos a manipulação cognitiva. Os mesmos pesquisadores apontam que esse tipo de transtorno dissociativo não é um distúrbio do neurodesenvolvimento, mas que fatores ambientais, como trauma na primeira infância, têm impacto na morfologia do cérebro no TDI⁸.

Dorahy e colaboradores mostraram que pacientes com TDI são condicionados a 'não contar' sobre seu trauma, o que se refere a fatores intrapsíquicos (autonegação, vergonha), ameaças de perpetradores e/ou experiências de serem desacreditados¹¹. Com o tempo, esse fenômeno culminará com a formação de estados dissociativos distintos (alters) que passarão a representar identidades diferentes, executando funções exclusivas de cada uma, o que reflete um ponto central necessário para o diagnóstico de TDI que será melhor abordado futuramente.

O TDI, contrariando mitos que dizem que é algo raro, apresenta uma prevalência estimada que varia de 1% a 5% na população em geral²⁸. Especificamente, em uma amostra representativa de 658 indivíduos do estado de Nova York, 1,5% preencheram os critérios para TDI quando avaliados com questionários para transtorno dissociativo¹⁹. Da mesma forma, um grande estudo de mulheres da comunidade na Turquia (n = 628) encontrou que 1,1% das mulheres tiveram TDI³¹. De modo geral, a prevalência de TDI tende a aumentar com o nível de

gravidade psiquiátrica, variando de cerca de 2% em ambulatórios a cerca de 5% em unidades de internação, com taxas ainda maiores em ambientes de emergência¹¹.

Este transtorno geralmente tem início antes dos 5 ou 6 anos de idade, como estratégia de enfrentamento a uma situação violenta e/ou traumática que provocou significativo sofrimento ao indivíduo²⁰, porém, o TDI costuma ser mais diagnosticado entre a terceira e quarta década de vida. Apresenta uma prevalência maior em mulheres do que em homens¹⁰.

O DSM-V descreve cinco critérios para o diagnóstico de TDI da seguinte forma²:

- A. Ruptura da identidade caracterizada pela presença de dois ou mais estados de personalidade distintos, descrita em algumas culturas como uma experiência de possessão. A ruptura na identidade envolve descontinuidade acentuada no senso de si mesmo e de domínio das próprias ações, acompanhada por alterações relacionadas no afeto, no comportamento, na consciência, na memória, na percepção, na cognição e/ou no funcionamento sensório-motor. Esses sinais e sintomas podem ser observados por outros ou relatados pelo indivíduo.
- B. Lacunas recorrentes na recordação de eventos cotidianos, informações pessoais importantes e/ ou eventos traumáticos que são incompatíveis com o esquecimento comum.
- C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. A perturbação não é parte normal de uma prática religiosa ou cultural amplamente aceita. Nota: Em crianças, os sintomas não são mais bem explicados por amigos imaginários ou outros jogos de fantasia. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., apagões ou comportamento caótico durante intoxicação alcoólica) ou a outra condição médica (p. ex. convulsões parciais complexas).

O artigo em questão tem como objetivo discutir e descrever o caso de um paciente com esta hipótese diagnóstica.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 15 anos, cristão, estudante do 1º ano do ensino médio; solteiro; natural de São Paulo-SP; deu entrada no serviço do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Travessia (CAPS IJ Travessia), Campinas-SP, em 23/09/22 após ser encaminhado por psicólogo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de sua unidade de

atenção primária. Iniciou acompanhamento no Centro de Saúde Valença, em 2021, com o psicólogo, após ser encaminhado pela escola à pediatria. Na época, o motivo do encaminhamento foi um quadro de agressividade, tendo agredido um colega em ambiente escolar.

Seu primeiro contato com a psiquiatria foi aos 6 anos, ao iniciar acompanhamento no serviço de saúde mental da PUC Campinas, sendo visto por médico psiquiatra e psicólogo regularmente. Nessa época, apresentava comportamentos agressivos na escola. No serviço ambulatorial, diz ter feito uso de Risperidona, sem saber especificar as doses, entretanto, refere que lhe foi indicado atividades como “Kung Fu” como forma de dar vazão ao seu sofrimento psíquico na época, o que refere como uma boa “válvula de escape”. Não possuía históricos prévios de internação ou seguimento na especialidade. Fez acompanhamento no serviço até por volta dos 11 anos, referindo melhora em seu quadro.

Em meio a esse contexto, paciente nos apresenta que sofria bullying na sua escola, sendo chamado de “orelhudo” por outras crianças, além de sofrer agressões físicas de colegas. Somado a isso, nos traz relatos de que já teria sofrido agressão física por parte do pai que era etilista, por volta dos 4-5 anos. Conta que guardava muito as coisas para si, tentando não chorar, mas por vezes “explodindo”. Sem relatos de outro tipo de agressão ou abuso físico, sexual ou psicológico.

Durante um momento, ainda em seu primeiro atendimento junto ao CAPS, informa a equipe que possui 09 personalidades. Alega que elas começaram ainda na infância, mais especificamente após períodos em que sofreu bullying em sua escola. Descreve o momento em que as personalidades surgiram em sua vida como um momento triste, onde não queria lidar com sentimentos, mas que elas foram surgindo. Conta para membros do serviço que, em parte, se beneficia disso, pois se protege através de suas personalidades. Apesar disso, reconhece que a longo prazo pode causar prejuízo, caso perca o controle.

Em atendimento compartilhado com a equipe do Centro de Saúde, diz sentir uma energia incontrolável e que corre pela casa para exteriorizá-la. Além disso, não se enxerga como uma pessoa normal.

Em primeira conversa com mãe, realizada no ambiente do CAPS, a mesma conta que na gestação de seu filho, foi feito pré-natal corretamente, sendo ele nascido de parto cesárea e a termo, com descrição de engatinhar aos 4 meses, andar por volta de 9 meses e controle esfinteriano diurno e noturno aos 2 anos. Frente a normalidades em seu crescimento e desenvolvimento, mãe acredita que quadro do paciente pode ter relação com idas e vindas do seu pai durante a infância. Aponta que ela e seu filho foram abandonados pela figura paterna

do paciente em dois momentos: na primeira quando ele tinha apenas 1 mês de vida, quando o marido retornou para Pernambuco após uma discussão, e a segunda quando tinha entre 4 e 5 anos de idade. Mãe comenta sobre sentimento de revolta do filho com o pai e descreve isso como um possível “gatilho” para problemas psicológicos envolvidos no caso.

Genitora descreve que o adolescente apresentou, por volta dos 6 anos de idade, comportamentos agressivos e impulsivos. Além disso, ficava andando de um lado para o outro, gesticulando, verbalizando e apresentando risos imotivados. Comenta que o que levou o filho a atendimento médico aos 5 anos foram: retraimento, falar que via coisas (bichos, pessoas peladas, etc.), medo dessas visões e o fato de por vezes falar sozinho. Hoje, aponta: caminhar sem propósito e episódios de irritabilidade. Mãe conta que, na época em que filho sofria bullying na escola, paciente apresentou episódios de perda de memória.

Em primeiras avaliações semanais com psicóloga, há uma maior descrição das personalidades. O jovem informa que sente as outras personalidades como partes de si, como outras possibilidades do que pode ser. Todas as personalidades representam sentimentos e modos de agir que ele reprime ou quer expressar. Sobre seu pai, comenta sobre sentir falta e que gostaria de mais proximidade com ele, não mais trazendo sentimento de revolta/raiva em relação à figura paterna. Diz ter amigos, mas só fala de um amigo que mora perto de sua casa. Sobre episódios de agressividade em sua escola, atribui isso a uma de suas personalidades, relatando que não tem nada contra escola e que gosta do local. Fala sobre apresentar momentos de desatenção e perda de foco, contando que fica andando pela casa para “focar mais”, o que tem incomodado sua mãe.

Sobre personalidades, adolescente descreve como 09 personalidades (incluindo a dele próprio), todas do sexo masculino, contando que são “ele mesmo”, mas com mudança em alguns detalhes e que não possui controle sobre elas. Refere sofrimento diante dessa situação de outras personalidades, pois não se recorda de algumas situações, dizendo que faz coisas as quais não se lembra de como fez, e fica confuso, reforçando ideia de falhas na memória trazidas anteriormente por sua mãe. Fala sobre confundir a realidade com sonho. Sobre esse tipo de vivência, reconhece que precisa de ajuda pois sente que há um sofrimento diante dessa experiência incompreendida por ele.

Em nova consulta com psicóloga, para atendimento em terapia, jovem traz relato confuso que havia viajado para nordeste e visto o pai. Diz ter vários amigos e aponta que resolve as dificuldades e desavenças com brigas físicas. Cita conflitos eventuais com outras personalidades, por desacordo de opiniões. Há períodos em entrevistas em que o mesmo, de maneira súbita, se mostra confuso, chegando a questionar o que estava fazendo e sobre o que

conversava, não se recordando de acontecimentos prévios a isso. Conta que momentos em que fala sozinho representam situação em que interage com outra personalidade e que isso assusta as pessoas próximas a ele.

Em atendimento individual de referência, mãe reforça que filho tem apresentado lapsos de memória, com falas confusas, relatando que ele está esquecendo as coisas. Com isso, é solicitada tomografia de crânio para investigação de diagnósticos diferenciais. Paciente relata que muitas vezes não sabe quem ele é, referindo episódios de choro e lapsos de memória. Traz sofrimento sobre o que vem sentindo e que disse para mãe que teme se perder, passando a ter medo de ficar sozinho em casa por isso. Se sente angustiado em diversos momentos e fala sobre se sentir melhor quando está com outras pessoas. Teme fazer algo contra outros e diz não querer ficar fora de controle. Mãe traz momentos em que o filho acorda de madrugada, suando e gritando que não quer ser assim. Se mostra bastante angustiado e apresenta momentos de choro junto à figura materna.

Durante avaliação em dinâmica de grupo com outra paciente e profissionais, o paciente se mostra solícito e interessado em jogar jogo de tabuleiro, inclusive se dispondo a assumir papel de líder no jogo, com boa dinâmica em atividade, amigável com todos envolvidos em atendimento. Apresentava falas debochadas e por muitas vezes utilizava palavrões em seu vocabulário. Em determinado momento, apresentou período de silêncio e posterior confusão, questionando o que estava fazendo naquele local e quem eram as pessoas próximas dele. A partir desse momento, passou a agir de forma desinteressada, passando a falar com outras gírias e com uma postura que divergia da de quando iniciou a dinâmica.

Em outro dia, em atendimento médico com psiquiatra, citou episódio em que apresentou cefaleia na casa de sua tia, associado a fraqueza, episódio de vômito e posterior abolição da força em membros inferiores e perda de consciência. Foi encaminhado ao pronto-socorro onde ficou por dias, sem alterações em exames. Conta com detalhes o que aconteceu na sua cabeça, descrevendo que enquanto não tinha controle do seu corpo, estava em um sonho, na cidade de Petrolina-PE, onde interagia com suas outras personalidades em um ambiente próximo a um rio. Levantada a hipótese de episódio conversivo.

Mais recentemente, em atendimento realizados por residentes de psiquiatria do CAPS, o paciente nos descreve de forma mais detalhada o surgimento de suas identidades. Diz que começou na infância, primeiramente com um sentimento de “vazio”, “falta de sentimentos”. Posteriormente descreve “lapsos de memória”: esquecia seu nome, nome dos outros, fisionomia de conhecidos e até realizações do seu cotidiano. Refere que já se encontrou parado na rua e

não se lembrava porque estava lá, além de esquecer, em alguns momentos, operações básicas de matemática como divisão. Apenas depois desses eventos surgiram as personalidades.

Atualmente são 12 personalidades (11 alternativas +1 a sua própria). Conta que o número de personalidades foi progredindo, inicialmente eram 2, depois 9 (momento do seu acolhimento no CAPS) e posteriormente 12. Se denomina como a personalidade número 1. Comenta sobre as personalidades inicialmente se parecerem como parte dele, como aspectos de sua personalidade. Atualmente, entretanto, descreve como seres diferentes; com opiniões próprias, cores favoritas diferentes, atração sexual e medos distintos. São numeradas de 0 a 11, todas do sexo masculino, e foram descritas da seguinte maneira:

- 0 - Vinicius: é um ser de olhos vermelhos, cabelo branco, aparência semelhante à dele, 15 anos. Descreve ele como uma pessoa sádica, com desejo de morte;
- 1 - Sua própria personalidade. Se descreve como uma pessoa tranquila e preguiçosa.
- 2 - Alvin: 20 anos, olhos verdes, cabelo escuro cacheado, utiliza casaco corta-vento. Visto como alguém elétrico, apreciador de esportes, desinteressado por estudos e desatento.
- 3 - Alexandre: irmão gêmeo Alvin. Utiliza roupas pretas e aprecia o rock. Apresenta “pavio curto” e é detalhista, com bom entendimento e leitura do ambiente.
- 4 - Atreus: 18 anos, olhos laranja, cabelo castanho. Descreve como uma pessoa narcisista e que não se importa com a opinião dos outros e se acha superior. Gosta de fazer outras pessoas sofrerem.
- 5 - Jason: 15 anos, olhos prateados. Tem desejo de ser do BOPE, gostando de armamentos. Descontraído e que gosta de estar entre amigos. Não gosta do número 4 por ter personalidade distinta, conflituosa com a dele.
- 6 - Bruno: 18 anos, inteligente, bom em matérias da área de exatas, perfeccionista
- 7 - Felipe: sente atração por homens e mulheres. Adora ler livros e romances.
- 8 - Thomas: é uma personalidade “depressiva”. Possui desejo de morte, baixa autoestima. Apesar disso, é alguém empático. Possui boa relação com religião.
- 9 - Jeqe: mais velho que os outros, 23 anos. Mais responsável entre todos, “pé no chão”.
- 10 - Personalidade com gagueira e que tem comportamento mais sedutor, hiper sexualizado. Age de forma impulsiva, sem planejar seus atos.
- 11 - Apresentou apenas uma aparição. Não sabe muito sobre ele.

Não relaciona gatilhos para trocas de personalidades e não descreve padrões físicos ou comportamentais sugestivos de uma troca – “switch” - de personalidade. Diz que, desde 2021,

seus 11 personagens, fazem uso de seu corpo, cerca de 3 vezes ao dia, em média 3 personalidades distintas. Conta que tudo isso o incomoda, pois são 12 personalidades conflitantes e que ele não possui controle. Em função disso, conta que já teve prejuízo em ações na escola, como realizações de provas e atividades. Necessitou de 15 dias de afastamento da escola em função desse problema de saúde.

Realizada avaliação para depressão com instrumento “PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)”, com pontuação de 17 no score total. Através dessa ferramenta, juntamente com avaliação de quadro de angústia, humor deprimido e baixa autoestima, foi introduzido Sertralina 50 mg/dia, que seria progredida para 150 mg/dia posteriormente.

Descreve episódio de pensamento de morte, mas sem entrar em detalhes. Já se autoagrediu em função de conflitos com outras personalidades. Associado a esse quadro de características dissociativas, relatava ansiedade, com tremores, inquietação, sudorese, sensação de pânico e dificuldade para respirar. Refere melhora após introdução da Sertralina.

Em acompanhamento também foi instituída terapêutica com Risperidona 3 mg/dia, inicialmente pensando em um possível quadro psicótico. No entanto, não foi constatado benefício com o tratamento e, com o progredir do caso, após descrição de possível quadro conversivo, além de utilização de ferramentas para o diagnóstico, foi optado por retirada do antipsicótico.

Além disso, foi realizado encaminhamento ao serviço de neurologia para avaliação da especialidade e levantamento de diagnósticos diferenciais. Apesar disso, não foi possível até o momento esse atendimento com o especialista.

Foram realizados exames gerais, solicitadas sorologias e tomografia de crânio, todos com resultados normais, sem alterações que pudessem ser relacionadas com quadro de nosso paciente.

Por fim, paciente comenta que após acompanhamento em CAPS, com atendimentos semanais com psicólogo e mensais com médico, a convivência com as personalidades tornou-se mais saudável, menos conflituosa e menos desgastante. Expõe também que o fato de ter um ambiente para falar sobre o que sente e quais suas angústias têm sido fundamental para o seu acompanhamento e tratamento.

3 DISCUSSÃO

Embora o TDI esteja presente em manuais há mais de quarenta anos e possua ferramentas que auxiliem a sua investigação^{12; 30}, seu diagnóstico ainda ocorre em idades

tardias⁹ em relação a outros transtornos mentais, com indivíduos que preenchem os critérios sendo tratados por cerca de 6-12 anos no sistema de saúde antes de terem seu diagnóstico corretamente fechado²⁶. Esse tipo de dificuldade também esteve presente na história clínica do nosso paciente, o qual o passou cerca de cinco anos acompanhado por psiquiatra, fez uso de antipsicóticos pois apresentava sintomas sugestivos de um quadro psicótico, não apresentando melhora clínica. Apenas com o decorrer do tempo e o auxílio de uma equipe multidisciplinar, foi possível o diagnóstico de TDI após elencar características e histórico. Como refinamento, foi utilizado ferramentas como a Escala de Experiência Dissociativa (DES), escore de 56,7, e Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D), pontuando em tópicos equivalentes a queixas somáticas, episódio depressivo maior, sintomas positivos de esquizofrenia, distúrbios de despersonalização e distúrbios dissociativos de identidade. No contrário, paciente não pontuou em tópicos que envolveram por exemplo abuso de substâncias e histórico de abuso infantil.

Somado as definições do DMS-V, é fundamental destacar a Escala de Experiência Dissociativa (DES), um instrumento composto por 28 itens que abrangem principalmente absorção, envolvimento imaginativo, despersonalização, desrealização e amnésia¹². Apesar de a escala não ser utilizada como instrumento diagnóstico, o escore de 30 é considerado como ponto de corte no qual pode-se identificar os pacientes com transtornos dissociativos. Na investigação de FISZMAN e colaboradores, ao utilizar a DES, 74% dos pacientes com TDI e 80% daqueles com outro transtorno dissociativo foram corretamente identificados por esse ponto de corte¹⁶. Boon e colaboradores reforçam que a SCID-D foi um instrumento importante na busca do diagnóstico de transtornos dissociativos após a investigação clínica de 71 pacientes⁴.

A gravidade do transtorno e das perdas na vida do paciente se agravam com a demora do tratamento adequado. Uma amostra aleatória de adolescentes e adultos jovens na Holanda mostrou que jovens com transtornos dissociativos tinham o nível mais alto de comprometimento funcional de qualquer transtorno estudado, mas as taxas mais baixas (2,3%) de encaminhamento para tratamento de saúde mental¹⁵.

Nosso paciente foi encaminhado pelo psicólogo do da unidade básica por difícil manejo no centro de saúde de referência. Com essa medida, foi possível investir em tratamento para esse jovem que, devido seu quadro, já apresentou prejuízo em atividades inerentes ao estudo, por exemplo, uma vez que nos foi descrito episódios de violência em escola e necessidade de se ausentar em aula quando possuía episódios de piora em seu quadro, como quando apresentou quadro sugestivo de um episódio conversivo.

Fica o questionamento, por qual o motivo o TDI é tão pouco diagnosticado e tratado? A falta de treinamento, conhecimento de entrevistas guiadas e escalas, além de uma visão com ceticismo pode contribuir para o menor reconhecimento e diagnóstico mais tardio²². O distúrbio permanece pouco compreendido entre os profissionais de saúde mental e consideravelmente mais entre o público em geral²⁵. A descrição do quadro e apresentação muitas vezes pode parecer algo teatral, em parte devido ao modo como esse transtorno é relatado na mídia, o que acaba reduzindo o número de avaliadores que sustentam essa opção como principal hipótese diagnóstica.

Com base na sua presença cada vez mais evidente em estudos, é fundamental que esse transtorno saia das “sombras” e ganhe mais destaque. O seu impacto na saúde é notório, uma vez que se trata de um distúrbio com altas taxas de comorbidades graves e cujos pacientes muitas vezes apresentam comportamentos autoagressivos e tentativas de suicídio de forma recorrente²¹.

Em nossa avaliação, o paciente apresenta de forma comorbida um transtorno ansioso, no qual sintomas como mal-estar, vômitos e “crises de pânico” apresentaram melhora parcial com o uso de Sertralina. Com relação as tentativas de suicídio, entretanto, é algo que não avaliamos como fator importante no caso, uma vez que é negado qualquer histórico por parte de nosso paciente, fato também negado por seus familiares.

Sobre as comorbidades associadas, A depressão e os sintomas associados (labilidade, ideiação suicida) estão entre os mais frequentes. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) está frequente na maioria dos casos. O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é o transtorno de personalidade mais comum e está tipicamente presente entre metade e dois terços dos casos²³. Entre os transtornos ansiosos, o transtorno de pânico é o mais associado e o transtorno de ansiedade generalizada o menos comum²⁷. Transtornos por uso de substâncias também possuem relação comórbida comum. Como dito anteriormente, o transtorno de pânico está presente no nosso relato e é um dos motivos de maior queixa por parte de nosso paciente. Com relação ao uso de substâncias, não é algo descrito por nosso paciente, que apenas citou um uso pontual de cigarro (tabaco), não podendo ser caracterizado como um padrão de uso danoso ou dependência de substâncias psicoativas.

De modo que a dissociação frequentemente ocorre concomitantemente com ansiedade importante e sintomas depressivos, é compreensível que o psiquiatra possa se concentrar no acompanhamento dessas outras patologias e inadvertidamente omitir ou deixar de considerar o diagnóstico de TDI¹⁰. No nosso caso, com relação as comorbidades envolvidas, optamos por

tratar o transtorno de humor, fazendo uso de Sertralina, e obtendo relatos de melhora clínica por parte de nosso paciente, que continuou realizando seguimento com psicoterapia semanal.

Um ponto que sempre é levantado como hipótese por grande parte dos médicos que abordam um possível caso de TDI seria sobre se tratar de um quadro de simulação. Pensando nisso, fica claro que se deve ficar atento a claros ganhos secundários. Entre os distúrbios neurológicos a serem considerados no diagnóstico diferencial, a epilepsia parcial complexa é a que tem maior probabilidade de se assemelhar aos sintomas do TDI²⁹. Não avaliamos nenhuma possibilidade de ganho secundário envolvendo a descrição do nosso paciente, o qual nos descreve sim um grande sofrimento envolvendo sua patologia mental e as consequências dela no seu dia a dia. Com relação ao diagnóstico diferencial com os distúrbios da neurologia, realizamos encaminhamento para que fosse agendada consulta com neurologista via centro de saúde, para que também fosse realizado eletroencefalograma, mas não houve êxito na marcação com o especialista até a publicação deste artigo.

Outros diagnósticos diferenciais podem ser feitos com quadros de esquizofrenia pois, segundo estudos, pacientes com transtorno dissociativo de identidade podem apresentar alucinações auditivas em mais de 80% dos casos. Apesar disso, o TDI não apresenta quaisquer sintomas negativos ou distúrbios formais do pensamento¹⁷. Também há um grande número de diagnósticos de TAB em pacientes que na verdade são casos de TDI. Pacientes com transtorno bipolar são episódicos e apresentam mudanças de humor mais lentas; de outro modo, pacientes com TDI mostram mudanças rápidas e subjetivas de humor em seus estados dissociativos. Não menos importante é a diferenciação com TEPT, que pode ter características em comum com o TDI, em especial o mecanismo do trauma envolvido e sintomas como intrusão e esquiva, mas não cursa com identificação de identidades distintas².

Em transtorno factício associado a quadros dissociativos há dissociações teatralizadas e radicais. Trata-se de perdas de consciência agudas e com muitos detalhes, apresentando um envolvimento emocional intenso. Para uma dissociação de identidade factícia, as diferentes personalidades podem ser radicalmente opostas, ou não ocorrer compartilhamento de características entre elas. No TDI, entretanto, na maioria das vezes as personalidades são apenas parcialmente independentes²⁴. Nosso caso descreve 12 personalidades que guardam algumas semelhanças entre si e que, segundo relato do paciente, em alguns casos, possuem certa ligação, como o caso de uma personalidade que é fisicamente gêmea de outra.

Em mídias populares, personagens com TDI são descritos como indivíduos violentos ou profundamente perturbados que são incapazes de levar qualquer aparência de uma vida “normal” e produtiva, como já foi exposto em filmes como Clube da Luta (1999) e Fragmentado

(2016). Esse tipo de ideia reforça um senso comum que acaba cada vez mais estigmatizando esses pacientes. Contrariando esses dados, temos um paciente que, apesar de certo prejuízo funcional envolvendo seu quadro, é capaz de frequentar a escola, obter boas notas; tem bom vínculo e frequência no CAPS e apresenta boa interação com funcionários e familiares. Em nosso período de avaliação no campo referente ao CAPS, por exemplo, não foi constatado nenhum episódio de violência.

É preciso destacar que a maioria dos indivíduos com transtorno dissociativo de identidade que não envolve possessão não exibe abertamente a descontinuidade da identidade por períodos prolongados; apenas uma minoria se apresenta ao atendimento clínico com alternância observável de identidades². Essa alternância de identidade foi observada durante entrevista com nosso avaliado, onde um “switch” foi constatado, apresentando clara alteração em linguajar e modo de se portar enquanto era avaliado pela equipe médica.

Essas personalidades alternativas podem ser de ambos os sexos, de diferentes idades, orientações sexuais e raças, com histórias pessoais e de famílias diferentes. De modo geral, cada uma possui um conjunto extremamente complexo de memórias, atitudes, relações pessoais e padrões de comportamentos característicos. Isso é observável em nosso paciente, o qual cita presença de identidades numeradas de 0 a 11 e que possuem características particulares e distinguem fatores como opção sexual, traços de personalidade e até aspectos físicos.

Cada identidade é propícia a ter o controle do corpo de um modo um pouco recorrente e alternado, ainda que os efeitos indiretos da presença subentendida de outra personalidade sejam percebidos em alguns sintomas no momento em que uma determinada personalidade assume o controle. O momento durante o processo de mudança entre uma identidade e outra é denominado de “switching”, podendo durar apenas alguns segundos, sendo imperceptível, em alguns momentos, em resposta a fatos de alto estresse ou até mesmo a estímulos provocadores de lembranças que ocasionaram traumas³. “Switching” foram observados em ocasiões como em prática de jogo, em terapia em grupo, no qual nosso paciente liderava a organização e, como citado anteriormente, durante entrevista envolvendo médicos residentes.

As identidades alternativas podem ter alguma consciência uma da outra. É comum que um alter apresente um papel central e esteja ciente e familiarizado com todos os outros¹⁰. Isso é presente no nosso caso, no qual uma personalidade lidera a maior parte do tempo e tem ciência de suas outras alternativas, servindo em grande parte para nossa avaliação e documentação de características distintas entre elas. Um estudo que envolveu 100 pacientes apontou um número médio de 13 alters entre os casos, número que supera em um a quantidade citada pelo nosso

paciente. Destes, 85% apresentavam ao menos uma das personalidades referentes a uma criança, representatividade de figura infantil que também está presente no relato descrito¹³.

Além da presença de ruptura de identidade (Critério A), a recorrência de amnésias dissociativas (Critério B) é parte importante para o diagnóstico. Essa amnésia pode se manifestar como lacuna na memória de eventos da vida pessoal; lapso em memórias confiáveis (exemplo: habilidades como usar um computador, dirigir) ou descobertas de feitos ou eventos cujo paciente não se recorda de ter realizado. Pacientes com TDI podem, por exemplo, relatar que se encontraram em algum lugar, mas sem recordar como chegaram ao local. Relativo ao nosso caso, é trazido desde os primeiros atendimentos, pelo paciente e por sua mãe, relatos de “amnésias” apresentados em diversos momentos. Inclusive tal fato foi presenciado em abordagens psicoterápicas em CAPS, conforme citado anteriormente em evento de jogo no qual o paciente não se recordava do que estava fazendo ou quem eram as pessoas envolvidas na dinâmica em que ele estava participando.

Os pacientes com TDI geralmente mostram poli sintomatologia, junto com sintomas somatoformes e depressivos, além de muitos sintomas psicóticos, como ouvir vozes, supostamente relacionada à ação não consciente das partes decompostas da personalidade. Indivíduos com TDI apresentam dentro das experiências de confusão e modificação da identidade, relatos de flashbacks de vivências traumáticas da infância, que normalmente vêm à tona de forma fragmentada e diante de modalidades sensoriais (alucinações auditivas, táteis, olfativas etc.)⁵.

Ainda sobre o caso, é preciso destacar o evento no qual o paciente necessitou de encaminhamento para UPA por possível quadro convulsivo, que posteriormente foi levantada a hipótese diagnóstico de quadro conversivo. Esse é um dado de fundamental relevância, destacado pela 5ª edição do DSM, que diz respeito a possibilidade apresentação de convulsões não epiléticas e sintomas conversivos no quadro clínico desse grupo de pacientes².

Reforçando informação anteriormente citada nessa discussão, em nosso caso foram utilizadas duas escalas, a DDIS³⁰ e a DES¹², que auxiliaram no diagnóstico de TDI quando somadas a história clínica e critérios elencados no DSM-V. A aplicação da escala DES em nosso paciente obteve um resultado de 56 pontos no score, o que reforça a nossa hipótese de TDI no caso. Na DDIS obteve, em pontuação, critérios diagnósticos para perturbação de somatização, episódio depressivo maior e distúrbio dissociativo de identidade. Somado a isso, foram realizados exames de tomografia de crânio e exames laboratoriais gerais que não apresentaram anormalidades.

Em síntese, a sequência obrigatória para o desenvolvimento da Personalidade Múltipla (atualmente catalogada como Transtorno Dissociativo de Identidade) é: 1º Trauma Real – 2º Dissociação – 3º Alters – 4º Personalidade Múltipla – Integração. Este esquema estabelece que fatores traumáticos reais geram processos dissociativos. Estes, por sua vez, fazem emergir alters, característica maior da Personalidade Múltipla. Esta sequência irá resultar em uma busca pela terapia, fundamentada por um processo reverso, ou seja, num tratamento curativo para o transtorno, alcançado com a integração da fragmentação do eu, pela fusão das identidades que foram dissociadas¹⁴. Como trauma real, em nosso exemplo, podemos destacar bullying sofrido na infância e ausência da figura paterna na infância como desencadeadores da cascata que culminará com o mecanismo de dissociação de identidade.

O padrão atual de tratamento para o tratamento do TDI é descrito nas Diretrizes de Tratamento da Sociedade Internacional para o Estudo de Trauma e Dissociação para Transtorno Dissociativo de Identidade em Adultos. Consiste em uma recomendação de psicoterapia dividida nas seguintes fases:

1. Estabelecimento de segurança, estabilização e redução dos sintomas;
2. Confrontar, elaborar e integrar memórias traumáticas;
3. Integração e reabilitação da identidade.

No primeiro estágio, os médicos se concentram em questões de segurança, estabilização dos sintomas e estabelecimento de uma aliança terapêutica. No segundo estágio do tratamento, seguindo a capacidade de regular o afeto e administrar seus sintomas, os pacientes começam a processar, lamentar e resolver o trauma. No terceiro e último estágio do tratamento, os pacientes integram estados de self dissociados e tornam-se mais engajados socialmente⁷.

Estudos apontam um maior benefício em psicoterapia individualizada como principal modalidade de tratamento. Diretrizes destacam que indivíduos com TDI não costumam se adequar à psicoterapia em grupos. Grande parte desses pacientes possuem dificuldades em tolerar a carga gerada nesses grupos, a partir de discussões relacionadas a experiências traumáticas de outros participantes. O tratamento de pacientes com TDI ocorre geralmente em um longo prazo, atingindo anos de duração¹⁸. No nosso caso, em primeiro momento, foi tentado avaliação de terapia em grupo, como citado em jogos e dinâmicas envolvendo outros pacientes. Nessa forma de avaliação, foram constados momentos de alternância de identidade. Posteriormente, foi optado por acompanhamento individual em psicoterapia semanal, o que culminou com uma maior vinculação entre terapeuta e paciente.

O TOP DD, estudo internacional longitudinal, vem fornecendo uma nova compreensão do tratamento. O estudo avaliou prospectivamente a resposta ao tratamento de 230 pacientes e

seus terapeutas de 19 países, em quatro pontos de coleta de dados ao longo de 2 anos e meio. Durante esse tempo, foi demonstrado que os pacientes mostraram reduções estatisticamente significativas na dissociação, TEPT, angústia, depressão, hospitalizações, tentativas de suicídio, autoagressão, comportamentos perigosos, uso de drogas e dor física, bem como pontuações mais altas na Avaliação Global de Funcionamento⁶.

O tratamento deve levar o paciente a um melhor funcionamento integrado sempre que possível. No serviço de integração gradual, o terapeuta pode, às vezes, reconhecer que o paciente experimenta as identidades alternativas como se estivessem separadas. No entanto, um princípio fundamental da psicoterapia de pacientes com TDI é promover um maior grau de comunicação e coordenação entre as identidades. Ajudar as identidades a terem consciência umas das outras como partes legítimas do self e a negociar e resolver seus conflitos está no centro do processo terapêutico¹⁸.

Um ponto de fundamental importância no tratamento psicoterápico do transtorno dissociativo de identidade diz respeito a necessidade de integridade entre todos os alters. O paciente deve ser estimulado a assumir responsabilidade por tudo que for executado por cada uma de suas partes.

Grande parcela dos medicamentos (por exemplo, ansiolíticos, antidepressivos) é prescrita para ansiedade comorbida e sintomas de humor, mas esses medicamentos não tratam especificamente a dissociação. Atualmente, nenhum tratamento farmacológico foi encontrado para reduzir a dissociação³². As terapias medicamentosas podem ajudar a diminuir o mal-estar do paciente, ou seja, são recursos mais adaptativos, funcionando de maneira rápida e auxiliando na estabilização do paciente. Portanto, o uso de fármacos pode ser útil como um auxiliar à psicoterapia, sendo essa a principal forma de tratamento²⁹.

4 CONCLUSÕES

Durante a prática clínica é muito provável que nos deparemos com pacientes cujo envolvimento traumático seja gatilho para desenvolvimento de alterações psíquicas. Frente a isso, é fundamental que exista uma boa escuta e que o atendimento desse tipo se pautar na coleta de uma entrevista detalhada, guiada sempre que possível com critérios diagnósticos de manuais e ferramentas como escalas diagnósticas. Com isso, hipótese como a de transtorno dissociativo de identidade, diagnóstico que está relacionado a intenso sofrimento psíquico, histórico traumático, múltiplas comorbidades, uso de substâncias e tentativas de suicídio pode ser mais bem conduzida pelo profissional da saúde, em especial o médico psiquiatra.

Reiteramos que se trata de um diagnóstico que não é raro e que, apesar de bastante subjugado e estigmatizado, está presente globalmente e em uma parcela significativa da população, sendo responsável por prejuízos sociais, ausências em trabalho e escolas e menor qualidade de vida. Apesar disso, possui diretrizes atualizadas que servem como meio orientador para um tratamento pautado principalmente na psicoterapia em longo prazo e tratamento de comorbidades associadas, garantindo assim um benefício substancial para os detentores desse transtorno tão desafiador.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders-DMS III**. American Psychiatric Association, 1980.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, D. et al. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. Washington, DC: American psychiatric association, 2013.
3. ARAÚJO, Maria de Fátima. Estrategias de diagnostico y evaluacion psicologica. **Psicologia: teoria e prática**, v. 9, n. 2, p. 126-141, 2007.
4. BOON, Suzette; DRAIJER, Nel. **Multiple personality disorder in the Netherlands: A study on reliability and validity of the diagnosis**. Swets & Zeitlinger Publishers, 1993.
5. BOYSEN, Guy A.; VANBERGEN, Alexandra. A review of published research on adult dissociative identity disorder: 2000–2010. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 201, n. 1, p. 5-11, 2013.
6. BRAND, Bethany L. et al. A longitudinal naturalistic study of patients with dissociative disorders treated by community clinicians. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 5, n. 4, p. 301, 2013.
7. BRAND, Bethany L. et al. Separating fact from fiction: An empirical examination of six myths about dissociative identity disorder. **Harvard review of psychiatry**, 2016.
8. CHALAVI, Sima et al. Abnormal hippocampal morphology in dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder correlates with childhood trauma and dissociative symptoms. **Human brain mapping**, v. 36, n. 5, p. 1692-1704, 2015.
9. CHU, James A. Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults (2005)–International Society for Study of Dissociation. **J Trauma Dissociation**, v. 6, n. 4, p. 69-149, 2005.
10. COONS, Philip M. The dissociative disorders: Rarely considered and underdiagnosed. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 21, n. 3, p. 637-648, 1998.
11. DORAHY, Martin J. et al. Dissociative identity disorder: An empirical overview. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 5, p. 402-417, 2014.
12. ESPIRITO SANTO, Helena; ABREU, José Luís Pio. Validação portuguesa da escala de experiências dissociativas (DES). **Journal of trauma & dissociation**, v. 10, n. 1, pág. 69-82, 2009.
13. FAHY, Thomas. Multiple personality disorder: where is the split?. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 83, n. 9, p. 544-546, 1990.
14. FARIA, Marcello de A. O Teste de Pfister e o transtorno dissociativo de identidade. **Avaliação psicológica**, v. 7, n. 3, p. 359-370, 2008.

15. FERDINAND, Robert F. et al. Assessment of the prevalence of psychiatric disorder in young adults. **The British Journal of Psychiatry**, v. 166, n. 4, p. 480-488, 1995.
16. FISZMAN, Adriana et al. The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Dissociative Experiences Scale for screening and quantifying dissociative phenomena. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 26, p. 164-173, 2004.
17. FOOTE, Brad; PARK, Jane. Dissociative identity disorder and schizophrenia: Differential diagnosis and theoretical issues. **Current psychiatry reports**, v. 10, n. 3, 2008.
18. INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF TRAUMA AND DISSOCIATION. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. **Journal of Trauma & Dissociation**, v. 12, n. 2, p. 115-187, 2011.
19. JOHNSON, Jeffrey G. et al. Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. **Journal of psychiatric research**, v. 40, n. 2, p. 131-140, 2006.
20. KOHLENBERG, Robert J. et al. **The Self**. Springer US, 1991.
21. LANGELAND, Willemien et al. The economic burden of dissociative disorders: A qualitative systematic review of empirical studies. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 12, n. 7, p. 730, 2020.
22. LEONARD, David; BRANN, Susan; TILLER, John. Dissociative disorders: Pathways to diagnosis, clinician attitudes and their impact. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 39, n. 10, p. 940-946, 2005.
23. MIDDLETON, Warwick; BUTLER, Jeremy. Dissociative identity disorder: an Australian series. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 32, n. 6, p. 794-804, 1998.
24. MIGUEL FILHO, Eurípedes Constantino et al. **Clínica psiquiátrica: as grandes síndromes psiquiátricas**. 2021.
25. MOHR, Wanda K. Learning from extremism in the history of mental health. **Journal of psychosocial nursing and mental health services**, v. 40, n. 5, p. 22-33, 2002.
26. PUTNAM, Frank W. et al. The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. **The Journal of clinical psychiatry**, 1986.
27. RODEWALD, Frauke et al. Axis-I comorbidity in female patients with dissociative identity disorder and dissociative identity disorder not otherwise specified. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 199, n. 2, p. 122-131, 2011.
28. RUBIN, Eugene H.; ZORUMSKI, Charles F. **Adult psychiatry**. Blackwell Publishing, 2005.
29. SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Artmed Editora, 2016.

30. SAR, Vedat et al. Dissociative identity disorder among adolescents: prevalence in a university psychiatric outpatient unit. **Journal of Trauma & Dissociation**, v. 15, n. 4, p. 402-419, 2014.
31. ŞAR, Vedat; AKYÜZ, Gamze; DOĞAN, Orhan. Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. **Psychiatry Research**, v. 149, n. 1-3, p. 169-176, 2007.
32. STERN, Theodore A. et al. **Massachusetts general hospital comprehensive clinical psychiatry**. Elsevier Health Sciences, 2008.