



TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE PARCIAL: UM RELATO DE CASO

IGOR FERREIRA DE JESUS; MARCELO TRINDADE JUNIOR; LORENA DIAS E SILVA; ISABELLA MIRANDA ARAUJO; MARCOS JOSÉ FERNANDES

RESUMO

O Transtorno Dissociativo de Identidade Parcial é caracterizado por uma perturbação da identidade na qual ocorrem duas ou mais personalidades distintas (identidades dissociativas) associadas a descontinuidades acentuadas nas sensações e na capacidade de agência de si. Um estado de personalidade é dominante e normalmente funciona na vida diária, mas é invadido por um ou mais estados de personalidade não dominantes (intrusões dissociativas). Essas intrusões podem ser cognitivas, afetivas, perceptuais, motoras ou comportamentais e geralmente são experienciadas como aversivas. Os estados de personalidade não dominantes não tomam periodicamente o controle executivo da consciência e do funcionamento do indivíduo. Neste estudo, apresentamos o caso de uma adolescente de 17 anos diagnosticada com Transtorno Dissociativo de Identidade Parcial. A paciente em questão relata início dos sintomas aos 6 anos de idade, ao ver uma “mulher esquisita”, que se dirigia a paciente com palavras depreciativas, levando a mesma a desenvolver sentimento de inferioridade persistente, principalmente concernente a sua capacidade cognitiva e funcional, baixa autoestima, além de relato crônico de medo, alta impressionabilidade e posteriormente, aos 12 anos de idade, início de crises de paroxísticas de ansiedade com sintomas paniformes, e recentemente início de tristeza, retraimento social, piora da concentração, motivação e perda de interesse em coisas que gosta. Para embasar essa investigação, revisamos artigos relacionados ao caso, coletados em diversas plataformas acadêmicas, permitindo uma análise aprofundada do tema. O objetivo central do caso apresentado é explorar as complexidades e experiências associadas a esse raro diagnóstico, além de destacar a importância da discussão terapêutica, bem como da interseção entre a Psicologia e a Psiquiatria.

Palavras-chave: Dissociação; Psiquiatria da Infância; Saúde Mental; Psicanálise

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI), anteriormente denominado como "Personalidade Múltipla", é uma condição altamente complexa, crônica e frequentemente associada a várias comorbidades. Seu diagnóstico é desafiador e acarreta significativos prejuízos em diversas áreas da vida do indivíduo, incluindo aspectos pessoais, sociais e profissionais. Embora o interesse por esse fenômeno tenha surgido no início do século XIX, sua classificação oficial como um transtorno só ocorreu em 1980, quando foi reconhecido pela American Psychiatric Association.

Apesar de ser considerado relativamente raro em comparação com outros transtornos psiquiátricos, há indícios de que os casos de TDI possam ser mais numerosos do que se imagina. Esse cenário se deve, em parte, ao fato de que os indivíduos afetados, devido às comorbidades frequentemente associadas, muitas vezes não recebem um diagnóstico específico para o TDI.

Em vez disso, seus sintomas são agrupados sob a classificação de suas condições comórbidas, o que pode levar a uma subestimação significativa da prevalência do TDI.

A aceitação do TDI como um diagnóstico válido passou por um longo processo marcado por negação e classificação em subgrupos de transtornos considerados estranhos e extremamente raros. O transtorno apresenta uma sintomatologia diversificada e é frequentemente acompanhado por várias comorbidades psiquiátricas. Somente em 1980, na terceira edição do DSM da Associação Americana de Psiquiatria, o TDI foi oficialmente reconhecido como diagnóstico, ainda sob a antiga denominação de "Personalidade Múltipla", e foi aprofundada nas classificações seguintes.

Conforme definido pela CID-10, o TDI é uma condição rara e controversa caracterizada pela aparente presença de duas ou mais personalidades distintas em um único indivíduo. Em um dado momento, apenas uma dessas personalidades se manifesta, e cada uma delas é completa, com suas próprias memórias, comportamentos e preferências específicas. Em casos com duas personalidades predominantes, uma delas geralmente assume a predominância, enquanto nenhuma delas possui acesso às memórias da outra. Na maioria das vezes, essas personalidades coexistem sem conhecimento mútuo de sua existência.

No CID-11, ainda sem tradução oficial para o português, ele caracteriza ainda o Transtorno Dissociativo de Identidade Parcial em tradução livre que é codificado em 6B25. Ao se avaliar o Transtorno Dissociativo de Identidade temos que pelo menos dois estados de personalidade distintos tomam periodicamente o controle executivo da consciência e do funcionamento do indivíduo ao interagir com outras pessoas ou com o ambiente. Já quando se avalia o Transtorno Dissociativo de Identidade Parcial um estado de personalidade é dominante e normalmente funciona na vida cotidiana, mas é invadido por um ou mais estados de personalidade não dominantes (intrusões dissociativas). Essas intrusões podem ser cognitivas, afetivas, perceptuais, motoras ou comportamentais. Elas são experienciadas como interferências no funcionamento do estado de personalidade dominante e geralmente são aversivas. Os estados de personalidade não dominantes não tomam periodicamente o controle executivo da consciência e do funcionamento do indivíduo.

O objetivo central do caso apresentado é explorar minuciosamente as complexidades e experiências associadas a um diagnóstico relativamente recente, o Transtorno Dissociativo de Identidade Parcial (TDIP). Além disso, o propósito deste estudo é ressaltar a relevância da abordagem pioneira, buscando estimular discussões em torno de um diagnóstico emergente que pode lançar luz sobre a realidade de numerosos outros pacientes enfrentando desafios semelhantes.

Este relato de caso também se propõe a destacar a importância da discussão terapêutica, bem como da interseção entre a Psicologia e a Psiquiatria. Através da narrativa deste caso, almeja-se fornecer uma visão sobre a experiência de conduzir uma intervenção clínica nessa condição específica, com o intuito de estimular discussões construtivas nesse contexto.

2 RELATO DE CASO

JLSR, 17 anos, moradora de Goiânia, reside com seu pai e dois irmãos, Cristã. Traz como queixa principal “eu vejo uma mulher esquisita”. Diz que desde os 6 anos de idade vê uma mulher com roupa preta e rosto deformado, com tranças. Diz que chegava a vê-la o tempo todo, mas recentemente diminuiu para cerca de 4 vezes ao dia, sendo que eventualmente essa mulher diz palavras de menos valia para paciente, e em uma situação aos 8 anos de idade a paciente quase tentou suicídio devido a visão. Recentemente, por influência do seu namorado, optou por buscar ajuda, considerando que essa visão não é normal, mas que antes relacionava ao “dom de visão” que sua avó também tem. Esta influenciou muito a paciente pois ajudou

muito em seus cuidados até os 9 anos de idade, e via recorrentemente pessoas mortas que atribui a questões religiosas.

A paciente ainda apresenta sintomas fóbicos com medo de sair na rua e ficar sozinha. Diz que ao trabalhar na feira, eventualmente sente como se visse a vida como se “fosse um filme e estou de fora vendo”. Iniciou com ataques de pânico desde os 12 anos de idade, que acontecem principalmente após conflitos com seu pai. Também não consegue dormir sozinha, sendo que se mudou para o quarto de seus irmãos. Sentia que ao dormir havia alguém que a observava e inclusive já sentiu arranhar sua pele.

Também começou a ter piora importante do humor há 2 semanas do atendimento, com piora da tristeza, concentração e motivação. Começou também a ter perda de interesse em atividades que gosta.

Nasceu de parto normal, não houve problemas em seu desenvolvimento neuropsicomotor, costumava ser mais tímida apesar de ter amigos, sofreu muito bullying devido ao seu peso. Diz que tem muitas lacunas em sua história pregressa que não consegue se lembrar, sendo que se angustia com isso. Teve pais pouco presentes até os 9 anos, por isso quase morava com sua avó. Aos 13 anos teve grande conflito com seu pai que se separou de sua mãe, mas que retornou um ano depois, e desde então começaram conflitos recorrentes. Nega histórico de epilepsia, COVID. Nega antecedentes psiquiátricos prévios. Nega história de abusos ou violências.

A partir da história psiquiátrica e discussão com equipe da psicologia, foi feito diagnóstico de Transtorno Dissociativo de Identidade Parcial (CID-11 6B65) e Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único moderado (CID-11 6A70.1), sendo iniciado tratamento psicoterápico semanal e tratamento medicamentoso com Escitalopram 15mg/dia. Considera-se um bom prognóstico para a paciente.

Durante acompanhamento psicoterapêutico, JLSR apresenta como queixa principal seu sentimento de insuficiência e inutilidade diante das pessoas, principalmente em relação ao namorado e ao pai, figuras importantes. Refere uma percepção corporal negativa e baixa autoestima. Frequentemente, revela concordar com as falas depreciativas que a mulher que ela vê dirige a ela, fazendo com que ela fique cada vez mais deprimida.

A paciente relata episódios em que deitada em sua cama sentia-se observada e tinha a sensação de que alguém estava passando a mão nela. Ao recordar de uma lembrança durante as sessões psicoterapêuticas, ela revela que já aconteceu de algumas vezes o cunhado passar a mão nela, fazendo com que ela sentisse muito medo dele e de possíveis assédios.

Apesar de estar no início do tratamento, a paciente demonstra boa adesão e interesse em compreender sobre seus sintomas, levando perguntas para as sessões. Apesar de mostrar-se aberta para falar, eventualmente, fica triste e chorosa por lembrar de histórias de seu passado e ao falar da mulher que vê. A proposta psicoterapêutica tem como técnica a associação livre e o estabelecimento da transferência.

3 DISCUSSÃO

A seguir se aborda questões fundamentais relacionadas ao Transtorno de Identidade Dissociativo Parcial (TIDP), baseando-se nas informações disponíveis e nas características clínicas desse transtorno.

É importante destacar, em primeiro lugar, as dificuldades encontradas na busca de bibliografia específica sobre o TIDP, que é uma categoria predominante no Manual Diagnóstico de 2022, conhecido como CID-11.

A falta de informações detalhadas nessa classificação nos leva a extrapolar as evidências disponíveis a partir de um transtorno amplamente reconhecido, o Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI), que é discutido de maneira mais abrangente nas categorias

diagnósticas do DSM-5, CID-10 e CID-11.

No contexto do TIDP, observamos a presença de um estado de personalidade dominante que funciona efetivamente na vida diária, desempenhando papéis, por exemplo, na parentalidade e no ambiente de trabalho. No entanto, esse estado é ocasionalmente invadido por um ou mais estados de personalidade não dominantes, conhecidos como intrusões dissociativas. Essas intrusões podem se manifestar de diversas maneiras, incluindo aspectos cognitivos, afetivos, perceptuais, motores e comportamentais. É importante ressaltar que essas experiências são percebidas como interferências no funcionamento do estado de personalidade dominante e geralmente são aversivas.

No caso da paciente, é possível observar que sua percepção contínua de uma mulher peculiar pode ser interpretada como um sintoma dissociativo, principalmente em relação ao seu aspecto perceptual, que parece ser recorrente tanto em termos de visões quanto de vozes. A descrição detalhada e bem definida de sua característica corpórea inicialmente pode induzir a confusões com quadros de psicoses primárias. No entanto, a exclusão do diagnóstico se deve à ausência de sintomas negativos, alteração formal do pensamento e delírios típicos dessas condições psicopatológicas.

Podemos caracterizar o fenômeno vivenciado pela paciente como "alucinações dissociativas", as quais compartilham características visuais semelhantes às de alucinações genuínas, mas estão mais relacionadas ao domínio representacional do que à percepção direta. Essas alucinações dissociativas exibem uma intencionalidade involuntária e inconsciente, o que acrescenta complexidade à sua compreensão. Além disso, é relevante destacar que o conteúdo e o significado previamente atribuídos a essas alucinações podem ser influenciadas por fatores culturais, o que também contribui para a experiência da paciente.

Vale ressaltar que o Transtorno Dissociativo de Identidade Parcial geralmente está associado a eventos traumáticos graves ou crônicos, incluindo abuso físico, sexual ou emocional. Embora não tenhamos identificado uma história de trauma evidente no caso da paciente, é crucial continuar investigando ativamente essa questão para uma avaliação clínica mais abrangente.

No entanto, é importante destacar que o Transtorno Dissociativo de Identidade Parcial também está fortemente associado a experiências traumáticas, em particular ao abuso físico, sexual e emocional, além da negligência na infância. Neste caso específico, a paciente vivenciou negligência por parte de seus pais até os nove anos de idade, o que pode ter contribuído para o desenvolvimento da condição.

Além disso, é relevante discutir a concorrência frequente do Transtorno Dissociativo de Identidade Parcial com outros transtornos mentais. Essas alterações de identidade podem influenciar a apresentação dos sintomas dos transtornos coexistentes. É notável que, com base nos critérios do DSM-5, a paciente também apresenta episódio depressivo, o que desempenha um papel essencial na compreensão de sua experiência e na manifestação dos sintomas.

Outro aspecto a ser considerado é como as características do Transtorno Dissociativo de Identidade Parcial podem ser influenciadas pela origem cultural do indivíduo. No caso relatado, é interessante observar a presença de um contexto cultural significativo, com fortes vínculos religiosos relacionados à avó da paciente e uma significativa semelhança entre suas visões ao longo da maior parte de sua vida, o que pode ter influenciado a manifestação dos sintomas.

Além disso, é relevante notar que as mulheres parecem ter uma maior probabilidade do que os homens de experimentar intrusões na identidade, o que pode fornecer insights adicionais sobre a natureza do Transtorno Dissociativo de Identidade Parcial e sua manifestação em diferentes grupos demográficos. Essas considerações culturais e de gênero desempenham um papel importante na compreensão mais completa desta complexa condição psicológica.

No contexto do Transtorno Dissociativo de Identidade Parcial, é relevante observar que os estados de personalidade não dominantes não são elaborados na mesma extensão que no Transtorno Dissociativo de Identidade. Além disso, a descontinuidade do senso de agência não é tão pronunciada. Por exemplo, esses estados de personalidade podem não estar orientados para o presente e podem assumir a identidade de uma criança, indicando uma complexidade na manifestação dos sintomas.

Em relação ao tratamento, é fundamental destacar a importância do vínculo psicoterapêutico e do acompanhamento cuidadoso do paciente. A comunicação eficiente entre a equipe de Psicologia e Psiquiatria é crucial para o manejo adequado dessa condição. Recomenda-se abordar diretamente as outras identidades do paciente e, em fases mais avançadas do tratamento, lidar com possíveis eventos traumáticos que possam ser identificados. O objetivo final do tratamento é a unificação desses estados dissociados do Eu. É importante notar que não existem medicamentos específicos associados à melhora dos sintomas dissociativos, mas pode ser necessário o tratamento de comorbidades, se presentes.

No caso da paciente relatada, também foi identificado um episódio depressivo comórbido, para o qual foi proposto o tratamento com um Inibidor de Recaptação de Serotonina, o Escitalopram, na dose de 15mg/dia, que é considerado a primeira linha de tratamento para esse quadro.

Dentro da abordagem psicanalítica que tem guiado o tratamento psicoterapêutico enquadra-se a paciente na estrutura psicose pensada por Freud. Tanto a neurose quanto a psicose são a expressão da defesa do Id contra o mundo exterior e seu desprazer. No entanto, o que difere a psicose da neurose é que na psicose a realidade não somente é recusada, como é substituída e reestruturada. Nesse sentido, coloca-se para a psicose a tarefa de procurar para si percepções que correspondem à nova realidade, o que é alcançado fundamentalmente por via da alucinação e do delírio.

Lacan afirma que a psicose surge a partir da forclusão do Nome-do-Pai, sendo o Nome-do-Pai uma interdição, feita não necessariamente pelo pai real, entre criança e mãe, instaurando o sujeito no nível simbólico da linguagem. No entanto, o que está foracluído no simbólico retorna no real sob a forma de alucinação. As alucinações que a paciente JLSR possui são um retorno no real de palavras que outrora não passaram pela dimensão simbólica pela ausência do Nome-do-Pai que norteia os significantes em uma cadeia, promovendo sentidos e dando contorno ao traumático do real.

Além disso, o sujeito da psicose não apenas acredita nas vozes, como também lhes dá crédito⁶. No caso apresentado a paciente não somente acredita no que diz a mulher que vê como também refere a si mesma com as mesmas palavras alucinadas. Nesse sentido, o afeto insuportável, provavelmente sobre si mesma, que em algum momento surgiu na consciência da paciente não foi simbolizado, ressurgindo invariavelmente nas alucinações auditivas depreciativas posteriores.

Um outro tipo de experiência desprazerosa que de alguma maneira insiste em retornar no real é a sensação de estar sendo tocada quando dormia em seu quarto. Anterior a esses episódios a paciente vivenciou a experiência de ter sido acariciada pelo cunhado, o que pode ter-lhe causado um afeto insuportável, impossível de ser simbolizado já que não possui a inscrição do Nome-do-Pai. Pela falta de possibilidade de metaforização, de mediação pela linguagem, o sujeito psicótico sente literalmente no corpo a recordação da experiência traumática.

Por fim, é crucial ressaltar a importância da discussão de um diagnóstico relativamente novo, proposto pela CID-11, que se alinha com a história e os sintomas da paciente. Essa discussão contribui para o desenvolvimento de abordagens mais eficazes para lidar com pacientes que apresentam essa condição, que, embora sejam difíceis de identificar, vivenciam um significativo sofrimento que merece uma compreensão mais profunda e uma atenção

clínica adequada.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que é de suma importância a discussão aprofundada sobre o Transtorno Dissociativo de Identidade Parcial, principalmente no que concerne ao correto reconhecimento dessa condição e manejo, destacando-se aqui a relevância do seguimento psicoterápico e tratamento das possíveis comorbidades. Neste contexto, abordamos essa questão em conjunto com a avaliação psicopatológica, que desempenha um papel crucial na busca por diagnósticos mais eficazes e precoces.

É importante reconhecer as limitações inerentes a um estudo de caso, uma vez que este se restringe à apresentação e discussão de um caso específico. No entanto, enfatizamos a necessidade de buscar evidências mais robustas por meio de pesquisas adicionais, visando estabelecer uma condução mais sólida para a abordagem estruturada de pacientes com características semelhantes às do caso relatado.

REFERÊNCIAS

FREUD, S. A dinâmica da transferência. In: FREUD, S. Obras completas: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("o caso Schreber"), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). Tradução de Paulo Cesar Lima de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v. 10, p. 133-146.

FREUD, S. As neuropsicoses de defesa. In: FREUD, S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Tradução de J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 3, p. 51-74. (Obra original publicada em 1894).

FREUD, S. Neurose e psicose. In: FREUD, S. Obras completas, volume 16: O ego e o Id, "autobiografia" e outros textos (1923-1925). Tradução de P. C. Coelho. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. v. 16, p. 158-164. (Obra original publicada em 1924a).

GULISZ, I. C.; DE MELLO VIEIRA, F. Um estudo de revisão sobre o transtorno dissociativo de identidade: características e direções de tratamento. Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental, v. 11, n. 1, p. 71-82, 2022.

HASLER, R.; PACHE, J.; KÖHL, J.; SOLDATI, L. Partial dissociative identity disorder and gender incongruence: a case report. Sex Med, v. 11, n. 2, p. qfad018, 13 maio 2023. DOI: 10.1093/sexmed/qfad018.

LACAN, J. O Seminário, livro 3: As psicoses. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1985.

LACAN, J. Ornicar? Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2015.

MIGUEL, E. C. et al. Clínica psiquiátrica: as grandes síndromes psiquiátricas. 2. ed., ampl. e atual. Barueri, SP: Manole, 2021.

ROSS, C. A. Dissociative identity disorder: diagnosis, clinical features and treatment of multiple personality. New York: Wiley, 1997.

TRICKETT, P. K.; NOLL, J. G.; PUTNAM, F. W. The impact of sexual abuse on female

development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Dev Psychopathol*, v. 23, n. 2, p. 453-476, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f988400777> [recurso eletrônico]. Acesso em: 10 de setembro de 2023.