

Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Psicologia
Psicopatologia I
Amanda Macário de Almeida, Arieli Belloli Ribeiro, Laura Benedetti

**TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE: UM MECANISMO DE
PROTEÇÃO COMPLEXO**

Resumo: Este documento se propõe a caracterizar e refletir sobre o Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI), realizando uma revisão histórica, biológica e social desta doença categorizada no DSM-V. Isto foi realizado através de um resgate histórico, de análise neuroanatômica do transtorno e da reunião de relatos de indivíduos com TDI encontrados na literatura e em redes sociais. O TDI, anteriormente chamado de Transtorno de Personalidades Múltiplas, é um tipo de transtorno dissociativo caracterizado por dois ou mais estados de identidades que se alternam. Além da ruptura na identidade, indivíduos com TDI experimentam amnésias dissociativas e episódios de despersonalização e desrealização persistentes e recorrentes. Várias regiões cerebrais foram implicadas na fisiopatologia do transtorno, incluindo o córtex orbitofrontal, o hipocampo e a amígdala. A história do TDI é marcada por controvérsias e discordâncias científicas no que diz respeito à origem e aos critérios diagnósticos. Entretanto, a literatura atual mostra que há evidências biológicas e sociais que fortalecem esse transtorno dissociativo, sendo associado a traumas na infância. É ainda um transtorno que necessita de maior discussão e aprofundamento teórico, dada a complexidade tanto do transtorno quanto da subjetividade e comportamento humanos.

Palavras-chaves: Transtorno Dissociativo; Múltiplas Identidades; Dissociação;

1. Introdução

O Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) é conhecido como uma doença mental em que há mais de um estado de personalidade em um mesmo sujeito — pessoas com TDI experienciam um “self múltiplo”. Muito representado midiaticamente pela fragmentação identitária e pela “troca” agressiva de uma personalidade para a outra, esse transtorno é bastante estereotipado. Ainda, na comunidade científica encontra-se muitos impasses e discordâncias sobre sua origem e critérios diagnósticos. É englobado pela categoria de Transtornos Dissociativos, os quais incluem também o transtorno de despersonalização ou desrealização, a amnésia dissociativa e os chamados transtornos dissociativos não especificados. A dissociação, entendida atualmente como um dos sintomas indispensáveis para o diagnóstico do TDI, pode ser descrita como uma descontinuidade ou perda da consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controle motor e comportamento, as quais podem ser temporárias ou permanentes (APA, 2013). Além disso, a dissociação pode se dar através de estados de transe, amnésia e fuga dissociativas, e também do que é relatado como a divisão do sujeito em mais de uma identidade, como no TDI. Cada uma das personalidades de alguém com TDI possui as próprias características e atitudes. Em alguns casos, essa distinção entre identidades aparece até mesmo em alergias alimentares e de pele apresentadas por uma personalidade, mas não por outra (Maraldi, 2019). No presente trabalho, utilizaremos as denominações “hospedeiro” para referir-nos ao indivíduo com TDI e *alters* para suas personalidades. Além disso, chamaremos o processo de transição entre as identidades como *switching* ou troca. Esse trabalho tem como objetivo explorar o Transtorno Dissociativo de Identidade, conhecendo, na medida do possível, suas características históricas, biológicas e sociais.

2. Resgate Histórico

O transtorno dissociativo de identidade é controverso e teve sua autenticidade contestada através da história. Os primeiros relatos de personalidades múltiplas (através da perspectiva médica) surgiram no final do século XIX, com o caso de Lurancy, uma jovem americana. Alegadamente, a menina havia sido possuída por vários espíritos, inclusive de uma moça falecida que morava relativamente próximo à sua família. Opondo-se às tradicionais leituras religiosas/espiritualistas, o caso foi discutido por cientistas da época, inclusive pelo psicólogo e filósofo William James. Todavia, o debate sobre TDI só surgiu mais intensamente durante os anos 1990 (Maraldi, 2019).

Alguns estudiosos postulam sobre a veracidade do transtorno como uma resposta ao trauma na infância (o modelo pós-traumático), enquanto outros viam a doença como um fenômeno sócio-cultural (modelo sociocognitivo). O primeiro modelo relata a TDI como uma reação a traumas em que o indivíduo não pôde responder ou escapar; de acordo com este modelo, a maioria dos casos de TDI estão associados a abuso severo na infância. Já o modelo sociocognitivo coloca que, sem intenção, algumas pessoas agem como se tivessem várias personalidades. Segundo os estudiosos, este comportamento seria mais resultado de um papel social designado do que de trauma, e que essa simulação não seria como uma mentira consciente, podendo tomar diversas formas: hipnoses, mediunidades e possessões espirituais. A própria representação cultural do TDI poderia influenciar indivíduos a tomarem esse papel como seus (Boysen & VanBergen, 2013). Boysen e VanBergen (2014), ao revisarem os estudos sobre simulação de TDI, chegam à conclusão de que os sintomas do transtorno não são passíveis de imitação plena. Todavia, há relatos onde o grupo de simuladores não se diferenciou dos pacientes diagnosticados, indicando que houve erro por parte do avaliador; além disso, havia falhas metodológicas significativas (amostras insuficientes para uma estatística robusta), o que evidencia a necessidade de maiores investigações.

Hodiernamente, há reconhecimento do TDI como um fenômeno complexo e multifacetado, bem como da insuficiência de critérios e abordagens sustentados predominantemente na identificação de personalidades distintas no interior do indivíduo. Contrariando o senso comum, Maraldi relata que, hoje, os pesquisadores não defendem necessariamente uma marcação de identidades por:

“não ser tão simples, e muitos menos útil, distinguir marcadamente uma personalidade da outra, considerando-se 1) as muitas nuances do processo de alteração/troca de identidades, 2) a tendência apressada e entusiasta de alguns terapeutas em interpretar certos comportamentos como indícios necessários da presença de uma segunda personalidade, sugestionando, assim, seus pacientes, 3) bem como a elevada susceptibilidade hipnótica de pacientes com TDI” (Putnam & Carlson, 2005, como citado em Maraldi, 2019, p. 9).

O autor também pontua que reforçar os *alters* poderia fortalecê-los, e compara essa atitude com contextos religiosos como os de possessões. Originalmente chamada de Transtorno de Múltiplas Personalidades, mudou-se o nome para Transtorno Dissociativo de Identidade justamente para referenciar os sintomas de dissociação, ultrapassando o antigo critério fundamental de personalidades distintas. Há, ainda, contestações sobre a última denominação, tendo pesquisadores que entendem os nomes “Transtorno Dissociativo Maior”, “Transtorno Dissociativo Pervasivo” ou “Transtorno Dissociativo Complexo” como mais adequados. Como supracitado, o TDI é um transtorno altamente controverso no meio científico, e ainda há discordâncias e fragmentações sobre a conceituação deste. Há pesquisadores que localizam o transtorno como um de autoconceito, por exemplo (Maraldi, 2019).

Alguns pesquisadores associam o *switching* e a busca incessante pelos *alters* mais como consequência de uma imagem criada e veiculada a respeito do diagnóstico do que do transtorno em si. Cada vez mais, e apesar das discordâncias epistemológicas e metodológicas na comunidade científica, o TDI tem sido enxergado ultrapassando a apresentação desses sintomas. Considerando que indivíduos com o transtorno dispõem de um leque de sintomas dissociativos, o TDI tem se evidenciado, então, como um transtorno dissociativo crônico multideterminado e complexo (Boysen e VanBergen, 2013, 2014; Maraldi, 2019).

3. Sintomas

Como já discutido anteriormente, os transtornos dissociativos afetam diversas funções mentais como consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controle motor e comportamento. Segundo Cardeña (1997) dissociação pode ser definida como uma desconexão entre o “self” e seus processos psicológicos ou uma desconexão entre o “self” e o mundo externo, resultando em um sentimento de irrealidade/sonho.

Segundo o DSM-5 (2013) os sintomas dissociativos são vivenciados como:

a) intrusões espontâneas na consciência e no comportamento, acompanhadas por perdas de continuidade na experiência subjetiva (esses seriam os sintomas dissociativos “positivos”, como fragmentação da identidade, despersonalização e desrealização)

e/ou

b) incapacidade de acessar informações e de controlar funções mentais que normalmente são de fácil acesso ou controle (esse seriam os sintomas dissociativos “negativos”, como amnésia).

De forma mais simplificada os sintomas dissociativos (Stone, 2006) podem ser separados por:

Experienciar com baixa intensidade - se sentir emocionalmente ou fisicamente dormente, esquecer eventos e conhecimentos já adquiridos.

Experienciar com alta intensidade - ter pensamentos, sentimentos, impulsos e comportamentos intrusivos. Experienciar flashbacks.

Despersonalização - se sentir desconectado do próprio corpo, não se reconhecer no espelho, sentir que seu corpo não é seu. “Eu conseguia escutar e ouvir tudo mas não conseguia responder.” “Me sentia como um telespectador me assistindo por uma televisão.” “Parecia que eu estava desaparecendo.” “Parece que não existo.” (Stone, 2006, p. 310)

Desrealização - se sentir desconectado do mundo, como se estivessem sonhando e o exterior não fosse real. “Era como ver o mundo por meio de um véu ou um vidro.” “Os objetos pareciam mudar de tamanho, eram planos e artificiais.” (Stone, 2006, p. 310)

Distorções temporais - experienciar o tempo de forma confusa, sentir que o tempo está passando rapidamente ou lentamente. Sentir que poucas horas equivalem a um dia inteiro.

Amnésia - incapacidade de recordar informações importantes, experienciar grandes vazios na sua memória, encontra-se em lugares sem entender como foram parar ali.

Agora, de forma mais específica, quando se discute sobre o **transtorno dissociativo de identidade** ele é caracterizado pelo DSM-5 (2013) por:

a) presença de dois ou mais estados distintos de personalidade ou uma experiência de possessão.

e

b) episódios recorrentes de amnésia.

Indivíduos com o transtorno dissociativo de identidade sofrem intrusões recorrentes inexplicáveis em seu funcionamento consciente e no senso de identidade própria (vozes; ações e fala dissociadas; pensamentos, emoções e impulsos intrusivos), alterações do senso de identidade própria (atitudes, preferências, sentir como se o corpo ou as ações não lhes

pertencessem), mudanças bizarras da percepção (despersonalização ou desrealização, como sentir-se distanciado do próprio corpo enquanto se corta) e sintomas neurológicos funcionais intermitentes. Também podem relatar alucinações visuais, táteis, olfativas, gustativas e somáticas, geralmente relacionadas a fatores pós-traumáticos e dissociativos, como flashbacks parciais.

Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade podem apresentar-se com sintomas e comportamentos similares a convulsões que se assemelham a convulsões parciais complexas com focos no lobo temporal. Esses sintomas e comportamentos incluem déjà vu, jamais vu, despersonalização, desrealização, experiências extracorporais, amnésia, fragmentações da consciência, alucinações e outros fenômenos intrusivos de sensação, afeto e pensamento.

Os indivíduos com o TDI podem relatar o sentimento de serem observadores despersonalizados de suas próprias falas e ações, também podem relatar a escuta de vozes (em alguns casos essas vozes são vivenciadas como fluxos de pensamentos múltiplos e incontroláveis). Os pacientes podem experimentar de forma repentina emoções fortes, impulsos, fala e ações sem possibilidade de controle. Essas emoções e impulsos costumam ser descritos como egodistônicos e enigmáticos.

Atitudes, opiniões e preferências pessoais podem mudar subitamente repetidas vezes. Os indivíduos podem relatar que sentem seus corpos diferentes (p. ex., como uma criança pequena, como o gênero oposto, grandes e musculosos). Alterações no senso de si mesmo e de perda de domínio das próprias ações podem ser acompanhadas por um sentimento de que tais atitudes, emoções e comportamentos – até mesmo o próprio corpo – “não são meus” e/ou “não estão sob meu controle”.

Sobre a amnésia dissociativa de indivíduos com TDI, ela manifesta-se de três formas principais:

- 1) lacunas na memória remota de eventos da vida pessoal (períodos da infância, adolescência, alguns eventos de vida importantes.
- 2) lapsos na memória normalmente confiável (o que aconteceu hoje, habilidades bem aprendidas como ler e dirigir)
- 3) descoberta de evidências de tarefas cotidianas que não lembrar terem feito (encontrar escritos/desenhos que devem ter criado, descobrir ferimentos, “voltar a si” no meio de algo que estava fazendo.

É comum que indivíduos com transtorno dissociativo de identidade relatem que se encontraram de repente na praia, no trabalho, em uma boate ou em algum lugar em casa sem lembrar como aí chegaram. A amnésia em indivíduos com transtorno dissociativo de identidade não se limita a eventos estressantes ou traumáticos; essas pessoas com frequência também não conseguem recordar os eventos cotidianos.

Finalmente, sobre o aspecto de “possessão” do TDI, em que os *alters* se manifestam, são observados comportamentos que surgem como se uma entidade externa tivesse assumido o controle, de tal forma que o indivíduo começa a falar e agir de forma muito diferente da habitual. A manifestação das identidades (*alters*) varia em função da motivação psicológica, do nível de estresse, de conflitos, de dinâmicas internas e da resiliência emocional do indivíduo.

É importante ter consciência do aspecto cultural envolvido visto que a maioria dos estados de possessão no mundo inteiro é normal, geralmente parte de práticas espirituais e não satisfaz os critérios de transtorno dissociativo de identidade. As identidades que surgem durante o transtorno na forma de possessão apresentam-se de maneira recorrente, são indesejadas e involuntárias, causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos e não são parte normal de uma prática cultural ou religiosa amplamente aceita.

Mulheres com o transtorno apresentam com mais frequência estados dissociativos agudos como flashbacks, amnésia, fuga, alucinações e automutilação. Já os homens exibem

comumente mais comportamento criminoso ou violento do que as mulheres e entre eles os desencadeantes comuns de estados dissociativos agudos incluem participação em combate, condições de encarceramento e agressões físicas ou sexuais.

3.1 Critérios diagnósticos do DSM-5

A característica definidora do transtorno é a presença de 2 ou mais estados de personalidades distintos ou uma experiência de possessão. O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais estabelece cinco critérios diagnósticos para o transtorno:

“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 sensorio-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.*

E. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (apagões ou comportamento caótico durante intoxicação alcoólica) ou a outra condição médica como convulsões parciais complexas” (APA, 2013, p. 292).

4. Consequências Funcionais

O prejuízo varia bastante, desde aparentemente mínimo a profundo. Independentemente do nível de incapacidade, indivíduos com transtorno dissociativo de identidade costumam minimizar o impacto de seus sintomas dissociativos e pós-traumáticos. Os sintomas de indivíduos de alto nível funcional podem comprometer suas funções relacionais, conjugais, familiares e parentais mais do que a vida ocupacional ou profissional. Embora muitas pessoas apresentem melhora acentuada no funcionamento profissional e pessoal depois do tratamento, algumas permanecem bastante comprometidas na maioria das atividades da vida. Essas pessoas podem responder ao tratamento apenas muito lentamente, com redução gradual dos sintomas ou melhor tolerância aos próprios sintomas dissociativos e pós-traumáticos. O tratamento de apoio prolongado pode aumentar lentamente a capacidade desses indivíduos de controlar os sintomas e diminuir o uso de cuidados de saúde de níveis mais restritivos, como internações (APA, 2013).

Segundo o DSM-5, indivíduos com TDI sofrem altíssimos riscos de suicídio e de comportamentos autoagressivos, situação que é ainda mais complexa quando existe amnésia em relação ao comportamento suicida. Existe também o risco de a identidade que se apresenta (na consulta/na terapia) não se sinta suicida ou não tenha consciência de que outras identidades dissociadas se sentem suicidas.

Existem poucos estudos sobre os efeitos de longa data do transtorno dissociativo de identidade, as consequências mais conhecidas se misturam um pouco com os próprios

sintomas: dificuldade na integração da memória, senso de identidade distorcido, entre outros aspectos da consciência. O site Learn about DID (<https://www.learnaboutdid.com/dissociative-identity-disorder/the-long-term-effects-of-the-formation-of-dissociative-identity-disorder/>) se aprofunda nos outros impactos desse transtorno sobre a vida do indivíduo. Primeiramente, por ser um transtorno com grande base em experiências traumáticas, os impactos emocionais são tremendos, sendo assim, não é raro que um indivíduo com TDI também apresente depressão, ansiedade e/ou baixa auto-estima.

Pensando na vida social, vários adultos com o transtorno sofreram de maus-tratos ou negligência durante a sua infância e isso resulta em vários problemas de relacionamento, normalmente permeados por problemas de confiança e dificuldade em se aproximar de outros.

Alguns indivíduos também apresentam sua vida sexual afetada, principalmente aqueles que sofreram algum abuso, resultando em um medo ou bloqueio nessa dimensão da vida. Em geral, é muito difícil para sobreviventes de um abuso sexual para não ligarem as relações sexuais a esses sentimentos negativos, mesmo depois de muitos anos do acontecimento. Do outro lado do espectro, às vezes indivíduos apresentam hipersexualidade ou promiscuidade.

Os sintomas dissociativos do TDI, como por exemplo a desconexão e o estranhamento com o próprio corpo, muitas vezes repercutem em sentimentos de dismorfismo corporal, que se muito intensos podem levar à automutilação. Além de que os alters do indivíduo podem possuir imagens corporais diferentes daquelas vistas no espelho, eles podem ter diferentes idades, gêneros, etnias ou em alguns casos até serem alters animais ou místicos.

Por esse prisma, e levando em consideração os tópicos 3, 6 e 7, a dimensão das consequências do TDI é imensurável. Mesmo que o transtorno se diferencie de indivíduo para indivíduo, muitas dimensões da vida do indivíduo se afetam tanto pelo trauma disparador dos sintomas quanto pelos próprios sintomas.

5. Comorbidades e Diagnóstico Diferencial

Como já explorado, o Transtorno Dissociativo de Identidade é um transtorno mental de diagnóstico complexo e de sintomatologia diversificada. Além disso, geralmente, muitos dos pacientes com TDI apresentam outros transtornos comórbidos. A importância da discussão acerca das comorbidades do transtorno diz respeito a dificuldade em diagnosticar os indivíduos que, muitas vezes, acabam recebendo tratamento apenas para o diagnóstico comórbido ou até mesmo errôneo, retardando o tratamento.

Indivíduos com TDI apresentam-se geralmente com ansiedade, depressão, abuso de substâncias, automutilação, convulsões não-epilépticas e outros sintomas comórbidos. Alterações dissociativas na identidade, memória e consciência ainda podem afetar a apresentação sintomática do transtorno. Com frequência, entre os transtornos comórbidos, inclui-se transtornos depressivos, transtornos relacionado a trauma e a estressores, transtornos de personalidade, transtorno conversivo, transtorno de sintomas somáticos, transtornos alimentares, transtornos relacionados a substâncias, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de sono (APA, 2013).

A sintomatologia de alguns desses diagnósticos se aproximam mais do Transtorno Dissociativo de Identidade gerando confusão no diagnóstico devido sua proximidade. Dentre eles, o DSM-5 (2013) destaca:

Transtornos Bipolares: Esse transtorno é uma condição crônica causada pela mudança grave no humor, energia e comportamento. Os indivíduos com esse transtorno oscilam entre períodos de depressão e períodos de humor expansivo e eufórico, conhecidos como mania e hipomania. Essas oscilações variam na intensidade e frequência. As mudanças de humor encontradas em indivíduos com TDI, em geral são mais rápidas do que vistas em transtornos

bipolares. Ademais, as flutuações de humor no TDI podem ser exibidas em conjunto com *alters* específicos.

Transtornos de Personalidade: Transtornos de personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Esse padrão se manifesta em disfunções persistentes na cognição, afetividade, funcionamento interpessoal e controle de impulsos. Já no TDI, às variações nas personalidades se deve às diferentes identidades do hospedeiro.

Transtornos Psicóticos: Devido às experiências dissociativas de fragmentação da identidade, perda do controle de pensamentos e, em alguns casos relatos de alucinações visuais, táteis, auditivas e somáticas, o TDI pode ser confundido com esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos. No TDI, esses sintomas, causados por identidades alternativas, não têm explicações delirantes e com frequência são descritos de maneira personificada.

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT): Indivíduos com TDI geralmente desenvolvem transtorno de estresse pós-traumático. Ambos os transtornos contém sintomas dissociativos, como amnésia, flashbacks, despersonalização e desrealização. No entanto, algumas características destes sintomas diferem na manifestação: 1) No TEPT, a amnésia geralmente ocorre em relação ao trauma enquanto no TDI ocorre para muitos eventos cotidianos; 2) os flashbacks dissociativos que ocorrem no TEPT, normalmente são seguidos pela amnésia do conteúdo dos flashbacks no TDI; 3) as instruções, que geralmente são relacionadas ao trauma no TEPT, no TDI são por estados de identidade dissociados no senso si. Ademais, no TDI ocorre mudanças completas entre estados de identidades.

6. Influências Sócio-ambientais

O transtorno dissociativo de identidade, em sua complexidade, admite também plasticidade no que se diz respeito ao meio cultural em que surge. Isso não muda, e muito menos nega, a existência do TDI e seus padrões transculturais. Apesar de entender que a relação trauma-dissociação não é linear, a evidência científica aponta para uma associação entre indivíduos com TDI e o trauma na infância, especialmente o trauma de traição (Chu & DePrince, 2006; Maraldi, 2019).

O fator causal clássico no diagnóstico do TDI é a presença de algum abuso físico ou sexual na infância, especialmente quando o agressor é um familiar. A criação dos *alters* e a manutenção deles seria um mecanismo de defesa, no qual a identidade dominante reprimiria e negaria o evento, esquecendo-se dele (amnésia), mas deixando-o “preso” com outro(s) *alter*(s).

“Em termos simbólicos, seria o equivalente a dizer: “isso não ocorreu comigo, mas com outra pessoa”. A divisão interna da identidade é também considerada resultante do próprio impacto da experiência traumática, observada geralmente em tenra infância, o que viria a prejudicar o desenvolvimento posterior de uma identidade e autoconceito relativamente estáveis” (Maraldi, 2019, p. 7).

A dissociação tem sido associada à exposição ao trauma crônico e inevitável, bem como a rupturas no desenvolvimento, como ter testemunhado violência física e/ou sexual de familiares, uma configuração familiar disfuncional (a retirada da criança de casa, ausência da mãe biológica, presença de padrastos), parentalidade ausente emocionalmente (evitante, sem apego emocional e desorganizada, disciplina inconsistente) e histórico de abuso sexual. Além disso, se este trauma for causado por alguém em quem a vítima confia, a dissociação e outras disfunções cognitivas acontecem numa tentativa de manter algum apego, ainda que este seja abusivo — chamando-se, assim, teoria da traição. Assim, a teoria implica a dissociação como um mecanismo de bloqueio de informações relacionadas ao trauma (ou seja, eventos perpetrados por alguém de quem a vítima é dependente). Vários estudos demonstraram que o

abuso físico e sexual por membros da família está significativamente relacionado ao aumento dos sintomas de dissociação, enquanto o abuso não familiar não (Chu & DePrince, 2006).

6.1 Relato de caso

A fim de ilustrar melhor a teoria discutida nesse documento, dois relatos de indivíduos com o transtorno dissociativo de identidade serão explorados abaixo.

O primeiro relato foi fornecido por David Spiegel da Universidade de Medicina de Stanford, e foi retirado do site da American Psychiatric Association. (<https://www.psychiatry.org/patients-families/dissociative-disorders/patient-story>). Uma mulher com o nome fictício Sandra, de 25 anos, foi hospitalizada devida a mudanças bruscas em seu comportamento e episódios de memória prejudicada. Os diagnósticos iniciais consideraram esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno de personalidade anti social e abuso de substância. Sandra foi receitada ao uso de calmantes porém não mostrou bons resultados.

Durante sua estadia no hospital foi descoberto que ela sofria de vazios na memória havia alguns anos, e também demonstrou significativas mudanças na sua expressão de emoções e comportamento. Existiam momentos que Sandra - normalmente calma e cooperativa - se tornava hostil e surpreendia a equipe médica. A paciente explicava que várias vezes fora acusada erroneamente de ações que não havia cometido, pois não tinha memória desses acontecimentos. Uma dessas ocasiões se deu quando foi admitida à emergência por conta de um corte profundo na coxa; Sandra alegou que estava correndo em um campo e caiu, porém os médicos perceberam que esta explicação era vaga e inconsistente para esse tipo de machucado. Durante uma sessão de hipnose, uma identidade autodenominada Mary surgiu no lugar de Sandra, e Mary explicou calmamente que havia feito o corte profundo na coxa com uma faca e que fez isso para punir Sandra por ter “permitido” ser abusada na infância.

Sandra começou a fazer psicoterapia, o que a ajudou a reconhecer essas diferentes identidades como partes mal integradas de sua mente em vez de personalidades distintas. Ela foi encorajada para integrá-las e aprendeu a apreciar a cooperatividade de Sandra e a assertividade de Mary. A paciente disse “Eu comecei a entender Mary como eu, e Sandra como eu. Antes eu não queria, porque então eu teria que ser responsável”. Durante a terapia Sandra explorou alguns traumas do seu passado, seus pais se divorciaram quando ela tinha seis anos e sua mãe se envolveu com um homem que começou a abusar sexualmente de Sandra quando ela tinha 11 anos. Sandra aprendeu a reestruturar sua memória do abuso de forma que tivesse mais controle sobre o acontecido e começou a tomar antidepressivos para depressão comórbida. Ela respondeu bem ao tratamento, dissociava raramente e começou a desenvolver relacionamentos mais saudáveis e estáveis.

O segundo caso faz parte de um estudo dirigido por Webster, Michalowski e Hranilovich (2018). A paciente de 39 anos do estudo sofre de transtorno dissociativo de identidade, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno depressivo maior. Quando tinha 29 anos ela tentou cometer suicídio e seu marido a encorajou para procurar ajuda. Assim, foi inicialmente diagnosticada com transtorno depressivo maior severo acompanhado de sintomas psicóticos e também com transtorno de estresse pós-traumático acompanhado de sintomas dissociativos. O diagnóstico inicial de TEPT foi fornecido em razão da história de abuso físico familiar da paciente.

Depois de anos de consultas psiquiátricas e psicológicas, a paciente admitiu que existiam vozes vivendo em sua cabeça que às vezes tomavam conta de sua consciência, e portanto foi diagnosticada com o transtorno dissociativo de identidade. Descobriu-se que ela sofreu repetidos abusos psicológicos, físicos e sexuais nas mãos de diferentes membros da família, amigos da família e estranhos, começando quando ela estava aprendendo a caminhar e durando até sua adultez emergente. Duas dessas instâncias de abuso sexual foram

documentadas em hospital e levaram seu tio à cadeia. A paciente admitiu que sua mãe sabia dos abusos que ela sofreu quando criança, mas decidiu não reportá-la e manter esse segredo dentro da família. Como consequência de ser instruída pela sua família a guardar segredos durante toda a sua vida, a paciente demorou para entender e compartilhar a existência de seus *alters*. Finalmente ela conseguiu se abrir com sua psicóloga depois que uma relação de confiança havia se formado. A paciente se abriu também sobre a presença de sintomas psicóticos: ela enxergava demônios que falavam para ela se suicidar e também tinha alucinações visuais do seu tio em seu quarto durante a noite.

A personalidade da hospedeira foi difícil de identificar e inicialmente acreditava-se ser um alter. A hospedeira não gostava de ser chamada pelo seu nome de nascimento, ela preferia um nome que foi dado pelos seus alters. No dia-a-dia, a hospedeira e os alters todos respondiam ao nome de nascimento da paciente, mesmo todos possuindo nomes diferentes. A identidade da hospedeira é a única que envelheceu junto com o corpo físico e têm a idade da paciente.

Durante a psicoterapia foram descobertos 4 *alters*, todos surgiram por traumas repetidos e todos possuem diferentes nomes, características, memórias, emoções e habilidades. *Alter* número 1 nasceu para proteger a paciente de um trauma quando ela tinha 3 anos de idade e o abuso pelo seu tio piorava significativamente, é o *alter* mais tímido e segura todas as memórias e emoções ligadas aos traumas que a paciente sofreu entre seus 3 e 8 anos de idade, essa identidade parou de envelhecer quando a paciente tinha 8 anos e quando a *alter* 2 surgiu.

Alter número 2 surgiu quando a paciente revelou o abuso sofrido pelo seu tio, esse *alter* protegeu a paciente do trauma de falar sobre seus abusos, de testemunhar contra seu tio, de ser forçada a visitá-lo na prisão e de ser obrigada pela sua família a escrever cartas de desculpas ao seu tio por ter “mentido” sobre os abusos. Esse *alter* envelheceu junto com a paciente até seus 10 anos de idade, quando o *alter* 3 surgiu, e continua se identificando com essa idade até hoje. Depois do encarceramento de seu tio, foi requerido pela justiça que a paciente fizesse terapia porém sua mãe a retirou da terapia depois de algumas sessões.

Alter número 3 surgiu quando o tio da paciente entrou em liberdade condicional, o alter 3 protegeu a paciente até seus 12 anos de idade. Esse *alter* tomava controle da consciência da paciente quando ela tinha relações sexuais ou quando ficava bêbada. O *alter* número 4 surgiu quando a paciente tinha 12 anos e trocava sexo por drogas e álcool. Este último *alter* segura memórias e traumas desses eventos, abuso físico de seu padrasto, e tendências agressivas que a paciente internalizou advindas do seu pai biológico. O #4 parou de envelhecer quando a paciente tinha 16 anos e conheceu seu marido, esse *alter* toma controle quando a paciente se sente vulnerável, assustada, ameaçada ou quando o *alter* acredita que a paciente está em perigo. Por exemplo, a paciente tentou se matar com overdose todos as noites durante os primeiros 18 meses de terapia, mas sem a paciente saber, a *alter* número 4 fazia a paciente vomitar toda a noite, deixando a paciente acreditar que ela havia falhado na tentativa de suicídio.

Dentro de mais de 450 sessões, foram também descobertos *alters* com identidade “incompleta”, sendo vagos em aparência e manifestação, e não desenvolveram uma personalidade própria. Eles surgiram durante eventos traumáticos para segurar a dor e a emoção do evento e deixaram de existir assim que o paciente obteve acesso a essas memórias reprimidas.

A paciente explica que todos os *alters* existem em um espaço dentro da sua mente e lá eles interagem. Nesse espaço existe uma sala de conferência, onde os *alters* conversam sobre como iriam agir e quem iria tomar controle. Existia também o Quarto Vermelho, que têm “sangue descendo pelas paredes”, é “preto por dentro” e guarda alguns dos traumas mais severos, que ficam repassando em loop dentro desse quarto. Depois de bastante tempo em terapia, foi descoberto que o *alter* número 4 faz o hospedeiro e os outros alters irem até o Quarto Vermelho quando está descontente com eles.

Depois do uso de mais de 16 diferentes tipos de medicamento a fim de reduzir sua ideação suicida, sua psiquiatra a recomendou testar a eletroconvulsoterapia. Durante os meses de 2016 em que ela recebia esses eletrochoques uma vez a cada duas semanas, ela relatou estar experienciando flashbacks da sua infância. Durante essa época a hospedeira estava completamente sozinha, ela não conseguia ver, ouvir e nem se comunicar com os *alters*.

Ela conseguiu ouvir o seu *alter* mais forte, número #4, em fevereiro de 2017 mas não o enxerga mais. Todos os outros *alters* desapareceram desde 2016. Foi aí que os estudantes do caso acreditam ter começado sua integração de identidades. A paciente admitiu finalmente entender e conhecer o sentimento de seus *alters* pela primeira vez na sua vida, ela estava entendendo melhor seu passado traumático. Os flashbacks foram ficando mais fortes, durando de minutos a horas pelo menos 3 vezes ao dia, com cada flashback ela recuperava mais memórias e detalhes adicionais de traumas passados.

Até o ano deste estudo de caso (2018), a paciente não havia mais visto ou escutado as identidades desaparecidas desde 2016, ela só conseguia ouvir o *alter* #4. O humor depressivo da paciente foi estabilizado com o uso de alguns medicamentos e ela continuou fazendo a eletroconvulsoterapia uma vez por mês. O tratamento demonstrou melhoria nas suas ideações suicidas, embora a paciente às vezes tenha recaídas quando aprende mais sobre os traumas que antes eram protegidos por seus *alters*.

7. Bases Neurobiológicas do Transtorno

Embora os estudos sobre as bases neurobiológicas do TDI estejam na sua infância, diversas diferenças estruturais comparando pacientes com TDI e pacientes neurotípicos foram encontrados em estudos de ressonância magnética. Por ser um diagnóstico complexo e controverso, o transtorno foi atormentado por uma história de descredibilidade dos sintomas (Blihar, Delgado, Buryak, Gonzalez & Waechter, 2020). Por essa razão, embora os marcadores neurobiológicos não precisem estar presentes para o diagnóstico, eles fornecem evidências físicas para a existência do transtorno. Além disso, fornece uma base mais sólida para o desenvolvimento de estudos futuros e diagnósticos mais confiáveis. Importante destacar que não há um consenso na literatura se esses achados neurobiológicos são a causa ou a consequência do transtorno.

Pacientes com DID, demonstraram tamanhos menores de várias regiões frontais do cérebro, incluindo a área de Broca, córtex cingulado anterior e regiões cinguladas profundas, apoiando a ideia de que o trauma influencia negativamente as áreas frontais (Blihar et al., 2020). Essa área está ligada às funções executivas (inibição, tomada de decisão, regulação emocional, resolução de problemas abstratos e racionais, etc.) e controle motor (desejo de mover, programação de movimento, coordenação de movimento fino e grosso, etc.). As modificações nessa região explicam sintomas comuns de dissociação, múltiplas personalidade e dissonância cognitiva (Siegel & Sapru, 2015). O volume reduzido de substância cinzenta (corpos de neurônios) na Área de Broca, especificamente na Giro Opercular pode estar associada ao embotamento afetivo (Fanti, Panayiotou, Lombardo & Kyranides, 2016), sintomas comuns em pacientes com DID.

Nas regiões motoras do tronco encefálico e no hemisfério direito, foi encontrada uma maior quantidade de substância branca (fibras nervosas) em comparação aos grupos controle (Reinders et al., 2019). O aumento da matéria branca no hemisfério direito pode explicar os diferentes maneirismos, destreza manual e níveis de habilidades físicas que *alter* e hospedeiros possuem. É teorizado que as identidades dissociativas ativam diferentes circuitos entre o córtex motor primário, centro de saída das fibras motoras, e outras áreas de associação (Blihar et al., 2020).

O córtex órbito frontal desempenha um importante papel no circuito do medo e vincula a percepção à emoção (Siegel & Sapru, 2015). Em pacientes com DID, foram encontrados uma menor área dessa região, associando à uma resposta anormal ou prolongada ao medo (Reinders et al., 2019). Dissociações e desrealização são mecanismos de defesa utilizados por pacientes com DID para processar eventos traumáticos (APA, 2013).

Outra área significativamente menor em pacientes com DID é o Córtex Cingulado Anterior (Reinders et al., 2019). Sua conexão com a amígdala e a ínsula anterior, atua na avaliação de motivações e emoções. Estudos sugerem que essa área é responsável pela associação ação-resultado necessária para motivação, por meio da avaliação de pistas emocionais (Lockwood & Wittmann, 2018). Outra função importante é sua relação com a modificação da memória do medo (Lawless, 2017). Pacientes com TDI costumam ter problemas com regulação emocional (Reinders, Willemsen, Vos & den Boer, 2012), processamento e aprendizagem do medo (Vermetten, Schmahl, Lindner, Loewenstein & Bremner, 2006) e interpretação da emoção (Schlumpf et al., 2013).

O Córtex Parietal desempenha a função de percepção e processamento de eventos somatossensoriais. O Giro Pós-Central é a principal área receptora de informações somestésicas do corpo (Chalavi et al., 2014). Estudos demonstraram que a estimulação nessa área pode induzir a reações somatossensoriais sem que a área do corpo correspondente esteja sendo estimulada (Siegel & Sapru, 2015). Em pacientes com TDI, foram encontrados volumes menores do Córtex Parietal, principalmente no lobo inferior, nos giros angular e supramarginal (Reinders et al., 2019), responsáveis pelo esquema corporal (percepção do corpo no espaço). Isso sugere o papel do Córtex Parietal em sintomas comuns do TDI, como despersonalização e dissociação (Blihar et al., 2020).

Volumes menores foram encontrados no Córtex Temporal de pacientes com TDI (Reinders et al., 2019). O Giro Temporal Médio atua na percepção visual de objetos em movimento enquanto o giro temporal superior na percepção auditiva. Já o giro temporal inferior funciona no reconhecimento geral de objetos e formas e o giro fusiforme está envolvido no reconhecimento visual (Siegel & Sapru, 2015). A estimulação elétrica dessas áreas, provoca estados dissociativos, como alucinações visuais, auditivas, vertiginosas ou gustativas (Irle, Lange, Weniger & Sachsse, 2007), potencialmente explicando a desrealização do hospedeiro (Blihar et al., 2020).

Estudos demonstraram volumes menores, ou funcionamento alterados em importantes estruturas do sistema límbico, envolvidas no processamento de memórias e emoções (Chalavi et al., 2014). Especula-se uma correlação negativa entre o grau do trauma e o tamanho do hipocampo em pacientes com TDI. Assim, um evento traumático mais intenso resultaria em um menor volume hipocampal. A literatura hipotetiza a exposição em quantidades aumentadas de glicocorticóides no hipocampo alteraria a estrutura (Chalavi et al., 2015). Já a amígdala, apesar de não ser um dado tão consistente quando comparado ao hipocampo, em alguns estudos mostraram tamanho e formato menor em pacientes com TDI (Chalavi et al., 2014). A estrutura, com sua ligação ao hipocampo, está envolvida na regulação emocional e condicionamento do medo. Diante de um trauma, a criação de novas personalidade para lidar com o medo é um mecanismo de defesa de pacientes com TDI. Diante disso, uma amígdala menor pode ser mais propensa a utilizar mecanismos de defesa dissociativos (Blihar et al., 2020).

Outras estruturas cerebrais exploradas pelos estudos de TDI são os Gânglios Basais, um grupo de estruturas altamente interconectadas entre si e com outras estruturas. Eles desempenham papel em muitas funções, como motivação, movimentos, tomada de decisão e memória. Dentre eles, o putamen e o pálido demonstraram um volume significativamente maior em pacientes com TDI. Esse aumento se relaciona com o grau de despersonalização e sintomas dissociativos (Reinders et al., 2019). Além disso, pode estar também associado a padrões de movimentos e hábitos únicos observados em diferentes *alters* (Blihar et al., 2020).

Embora esse campo de investigação ainda esteja começando, as alterações neuroanatômicas contribuem para a evidência de um transtorno real. No entanto, os autores apontam algumas limitações para os estudos. Além do número de estudos encontrados ser relativamente pequeno, todos os estudos consultados incluíram apenas participantes do sexo feminino, destacando a necessidade de pesquisas futuras que questionem a diferença de gênero entre os pacientes com TDI. Por fim, esses resultados são limitados visto que a ressonância magnética é uma medida indireta das estruturas (Bilhar et al., 2020).

8. Tratamento

O tratamento do Transtorno Dissociativo de Identidade costuma ser longo e complexo, a remissão espontânea não ocorrerá. Segundo a Sociedade Internacional para o Estudo de Trauma e Dissociação, os tratamentos para o transtorno dissociativo de identidade são: uma forte relação terapêutica, um ambiente terapêutico seguro, desenvolvimento de acordos para prevenir a auto-agressão, um trabalho que perpassasse as situações traumáticas do paciente, o desenvolvimento de fortes defesas psicológicas e finalmente a integração máxima possível das identidades. A hipnose pode auxiliar os pacientes no ganho de controle sobre os episódios dissociativos e também na integração de memórias. (<https://www.isst-d.org/resources/dissociation-faqs/>)

Segundo Stone (2006), o entendimento do que são sintomas dissociativos, que não indicam loucura ou doença iminente pode ajudar muito o paciente e trazê-lo grande alívio. Sobre medicamentos, no tratamento das comorbidades (ansiedade, depressão, entre outros) eles ajudam muito a saúde mental do paciente, porém os sintomas dissociativos parecem ser resistentes ao tratamento com remédios, especialmente para pessoas com o transtorno de despersonalização.

No tratamento psicoterápico, a Sociedade Internacional para o Estudo de Trauma e Dissociação (2011), reitera que o objetivo final deve ser uma melhor integração funcional das identidades com o paciente com TDI. Durante esse processo o terapeuta pode reconhecer os *alters* como entidades separadas, porém é importante lembrar que a função principal da terapia é a aproximação de comunicação e coordenação entre as identidades. Ajudando as identidades a se tornarem conscientes umas das outras é fundamental para que o paciente consiga negociar e resolver conflitos consequentes de suas identidades.

É importante lembrar que a criação das identidades em um paciente com TDI é um método de enfrentamento de problemas e traumas que o indivíduo sofreu em sua vida. O terapeuta deve ter muita sensibilidade ao trabalhar com um paciente com TDI já que seus *alters* de certa forma protegem a saúde mental do paciente.

Tratamentos alternativos como o EMDR (dessensibilização e reprocessamento através de movimentos oculares) também podem ser utilizados, porém sua eficácia ainda está sendo estudada. No tratamento de EMDR você faz movimentos com os olhos enquanto conversa sobre seus traumas e alguns pacientes que sofrem de sintomas dissociativos se beneficiaram com esse método. (<https://www.rethink.org/advice-and-information/about-mental-illness/learn-more-about-conditions/dissociation-and-dissociative-identity-disorder-did/>)

No estudo dirigido por Webster, Michalowski e Hranilovich (2018), a paciente sofria de TDI, TEPT e transtorno depressivo maior, e demonstrou melhoria quando utilizou a eletroconvulsoterapia (ECT) durante vários meses. Ela apresentou enfraquecimento da sua ideia suicida, desaparecimento de vários *alters* e consequente integração melhor de sua identidade. Importante lembrar que todas essas melhoras foram acompanhadas de um processo conjunto de psicoterapia e medicamentos.

9. Considerações finais

O Transtorno Dissociativo de Identidade é um fenômeno complexo e entre os especialistas há uma correlação entre a dissociação e as experiências traumáticas, principalmente na infância. A controvérsia existente em torno do tema não é algo maléfico, visto que a discussão ao redor do transtorno contribui para o aprofundamento do assunto, abrangendo diferentes realidades do transtorno. A subjetividade e o comportamento humanos não se adequam a causalidades simplórias e unilaterais, superando esse simplismo cartesiano. A discussão sobre as causas da dissociação deve se manter ativa e dinâmica, de modo a alcançar essa complexidade.

Referências

- APA. (2013). In: S Schultz, E Kuhl, (Eds.), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*. Fifth edition. Arlington: American Psychiatric Association. Chapters: Bipolar and Related Disorders (p. 161–193), Trauma and Stressor Related Disorders (p. 302–328), Dissociative Disorders (p. 328–345).
- Blihar, D., Delgado, E., Buryak, M., Gonzalez, M., & Waechter, R. (2020). A systematic review of the neuroanatomy of dissociative identity disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(3), 100148. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100148>
- Boysen, G. A., & VanBergen, A. (2013). A review of published research on adult dissociative identity disorder: 2000–2010. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(1), 5-11.
- Boysen, G. A., & VanBergen, A. (2014). Simulation of multiple personalities: A review of research comparing diagnosed and simulated dissociative identity disorder. *Clinical psychology review*, 34(1), 14-28.
- Cardeña, E. (1997). The etiologies of dissociation. Broken images, broken selves: dissociative narratives in clinical practice. (pp. 61-65)
- Chalavi, S., Vissia, E. M., Giesen, M. E., Nijenhuis, E. R. S., Draijer, N., Cole, J. H., Dazzan, P., Pariante, C. M., Madsen, S. K., Rajagopalan, P., Thompson, P. M., Toga, A. W., Veltman, D. J., & Reinders, A. A. T. S. (2014). Abnormal hippocampal morphology in dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder correlates with childhood trauma and dissociative symptoms. *Human Brain Mapping*, 36(5), 1692–1704. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/hbm.22730>
- Chalavi, S., Vissia, E. M., Giesen, M. E., Nijenhuis, E. R. S., Draijer, N., Barker, G. J., Veltman, D. J., & Reinders, A. A. T. S. (2015). Similar cortical but not subcortical gray matter abnormalities in women with posttraumatic stress disorder with versus without dissociative identity disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 231(3), 308–319. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2015.01.014>
- Chu, A., & DePrince, A. P. (2006). Development of dissociation: Examining the relationship between parenting, maternal trauma and child dissociation. *Journal of trauma & dissociation*, 7(4), 75-89.
- Fanti, K. A., Panayiotou, G., Lombardo, M. V. & Kyranides, M. N. (2016). Unemotional on all counts: Evidence of reduced affective responses in individuals with high callous-unemotional traits across emotion systems and valences. *Social Neuroscience*, 11(1), pp. 72-87. Recuperado de: [10.1080/17470919.2015.1034378](https://doi.org/10.1080/17470919.2015.1034378)
- Irle, E., Lange, C., Weniger, G., & Sachsse, U. (2007). Size abnormalities of the superior parietal cortices are related to dissociation in borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 156(2), 139–149. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2007.01.007>
- International Society for Trauma and Dissociation (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*. Recuperado

de: https://www.isst-d.org/wp-content/uploads/2019/02/GUIDELINES_REVISIED2011.pdf

Lawless, C. (2017). The role of basal forebrain cholinergic projections to the anterior cingulate cortex in cued and contextual fear conditioned suppression paradigms. *Office of Laboratory Animal Medicine*. Recuperado de: <http://udspace.udel.edu/handle/19716/23567>

Lockwood, P. L. & Wittmann, M. K. (2018). Ventral anterior cingulate cortex and social decision-making *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 92, pp. 187-191. Recuperado de: 10.1016/j.neubiorev.2018.05.030

Maraldi, E. O. (2019). Transtorno dissociativo de identidade: aspectos diagnósticos e implicações clínicas e forenses. *Revista Fronteiras Interdisciplinares do Direito*, 2(2), 32.

Reinders, A. A. T. S., Marquand, A. F., Schlumpf, Y. R., Chalavi, S., Vissia, E. M., Nijenhuis, E. R. S. & Veltman, D. J. (2019). Aiding the diagnosis of dissociative identity disorder: pattern recognition study of brain biomarkers. *British Journal of Psychiatry*, 215 (3), pp. 536-544. Recuperado de: 10.1192/bjp.2018.255

Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T. M., Vos, H. P. J. & den Boer, J. A. (2012) Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *Plos One*, 7 (6). Recuperado de: 10.1371/journal.pone.0039279

Schlumpf, Y. R., Nijenhuis, E. R. S., Chalavi, S., Weder, E. V., Zimmermann, E., Luechinger, R., La Marca, R., Reinders, A. A. T. S., & Jäncke, L. (2013). Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. *NeuroImage: Clinical*, 3, 54–64. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2013.07.002>

Siegel, A. & Sapru, H. N. (2015). *Essential Neuroscience* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.

Stone, J. (2006). Dissociation: what is it and why is it important?. *Practical Neurology*. (pp. 308-313)

Vermetten, E., Schmahl, C., Lindner, S., Loewenstein, R. & Bremner, J. D. (2006). Hippocampal and Amygdalar Volumes in Dissociative Identity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163 (4), pp. 630-636. Recuperado de: 10.1176/appi.ajp.163.4.630.Hippocampal

Webster, K. D., Michalowski, S. & Hranilovich, T. E. (2018). Multimodal treatment with ECT for identity integration in a patient with dissociative identity disorder, complex post-traumatic stress disorder, and major depressive disorder: A rare case report. Recuperado em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6021517/>