

## TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE: ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E FORENSES

**EVERTON DE OLIVEIRA MARALDI**

PSICÓLOGO E PROFESSOR DO PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM CIÊNCIA DA RELIGIÃO, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO. MESTRE E DOUTOR PELO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP, COM ESTÁGIO NAS UNIVERSIDADES DE OXFORD E COVENTRY (REINO UNIDO)

**RESUMO:** O transtorno dissociativo de identidade ou TDI (historicamente conhecido como “transtorno de múltiplas personalidades”) compreende uma classificação psicopatológica controversa em relação à sua validade transcultural. Ao longo da história, aquilo que chamamos de TDI adquiriu facetas muito diferentes conforme a época analisada, indo desde a possessão demoníaca até o diagnóstico de histeria e múltiplas personalidades no século XIX. No Brasil, poucos casos de TDI foram reportados na literatura científica. Contudo, tem-se observado, ainda que informalmente, um significativo aumento no interesse pelo tema e no número de relatos veiculados pela imprensa brasileira nos últimos anos. O presente artigo tem como propósito apresentar, para o público brasileiro, as controvérsias teóricas em torno do diagnóstico de TDI, bem como suas implicações clínicas e forenses. O texto avalia a metodologia dos estudos nessa área, a validade transcultural do TDI e os modelos teóricos existentes. O artigo conclui com recomendações para investigações futuras e sugestões de ordem prática para os profissionais de saúde mental (psiquiatras, psicólogos clínicos e forenses) e profissionais do Direito.

**Palavras chave:** transtorno dissociativo de identidade, psicopatologia, psicologia forense.

**ABSTRACT:** Dissociative Identity Disorder or DID (historically known as “multiple personality disorder”) comprises a controversial psychopathological classification in terms of its cross-cultural validity. Throughout history, what we now call DID has acquired very different facets according to the historical period, ranging from demonic possession to the diagnosis of hysteria and multiple personalities in the nineteenth century. In Brazil, few cases of DID were reported in the scientific literature. However, there has been a significant increase in interest and the number of reports published by the media in the last few years. This paper aims to present, for the Brazilian public, the theoretical controversies surrounding the diagnosis of DID, as well as its clinical and forensic implications. The article evaluates the methodological aspects of research in this area, the cross-cultural validity of DID, and the existing theoretical models. The paper concludes with recommendations for future research and practical suggestions for mental health professionals (psychiatrists, clinical and forensic psychologists) and legal professionals.

**Keywords:** dissociative identity disorder, psychopathology, forensic psychology.

## 1. INTRODUÇÃO

A dissociação pode ser definida como uma perda temporária ou persistente de informação ou controle sobre processos mentais ou psicomotores que se acham ordinariamente sob o domínio voluntário da consciência, do repertório comportamental usual ou do autoconceito (CARDEÑA; CARLSON 2011). Trata-se de fenômeno multifacetado que inclui desde os estados de transe, amnésia e fuga dissociativas (com a formação de lacunas mais ou menos significativas na memória), até a alegada divisão do Eu em identidades distintas e conflitantes, como no chamado transtorno dissociativo de identidade (TDI), originalmente conhecido como “transtorno de múltiplas personalidades”.

Uma das principais contribuições ao estudo da dissociação – no que tange os autores clássicos – foi o trabalho de Janet (1889/2003) sobre a desagregação (*désagrégation psychologique*), referente a toda uma série de fenômenos nos quais duas ou mais ideias, ações ou estados de consciência atuam independentemente uns dos outros, de maneira fragmentária, fato observado por ele entre pacientes psiquiátricos, mas também na hipnose e em certas experiências místicas ou religiosas. Em função de seus estudos sobre a desagregação e os automatismos psicológicos, Janet veio a ser considerado pelos historiadores como o principal precursor da pesquisa sobre dissociação.

O conceito de dissociação tem servido de base para muitas reflexões teóricas em torno da formação da identidade. Para Myers (1903/2001, p. 63), por exemplo, as experiências dissociativas mostram que “a personalidade humana constitui um complexo muito mais modificável do que se reconhece em geral”. Para Janet (1889/2003), o automatismo psicológico constituiria, inicialmente, uma consciência apenas rudimentar, capaz de evoluir, contudo, para personalidades mais complexas e conflitantes no interior de um mesmo indivíduo, desenvolvendo-se de modo subjacente à corrente habitual de pensamentos e em sentido oposto ou complementar ao padrão usual de funcionamento da consciência.

A dissociação pode ocorrer em circunstâncias adaptativas e saudáveis (como experiências de transe em contexto religioso em que uma pessoa experimenta alterações

da consciência e da percepção do corpo, mas sem perder contato com sua identidade usual ou cotidiana). Todavia, acredita-se que, em suas expressões mais acentuadas e patológicas, a dissociação possa configurar determinados transtornos dissociativos, cuja classificação consta de manuais médicos como o CID (Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde) e o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria). O transtorno dissociativo de identidade ou TDI constitui a classificação psicopatológica mais controversa de toda a série de fenômenos dissociativos. Sua autenticidade tem sido contestada há longo tempo. Várias evidências científicas relevantes parecem confirmar a existência dessa patologia (GLEAVES; MAY; CARDEÑA, 2001), embora a hipótese de iatrogenia e de construção sociocultural acabe sempre por retornar, pondo em debate, de tempos em tempos, a sua validade nosológica (SPANOS, 1994; SPANOS; GOTLIEB, 1979).

Segundo o DSM-5, o TDI pode ser descrito como uma...

Ruptura da identidade caracterizada por dois ou mais estados de personalidade distintos, que podem ser descritos em algumas culturas como uma experiência de possessão. A ruptura na identidade envolve uma descontinuidade acentuada no senso do Eu e no senso de controle, acompanhada de alterações relacionadas no afeto, comportamento, consciência, memória, percepção, cognição e / ou funcionamento sensorio-motor. Esses sinais e sintomas podem ser observados por outros ou relatados pelo próprio indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 292).

Ao longo da história, aquilo que chamamos de TDI adquiriu facetas muito diferentes conforme a época analisada, indo desde a possessão demoníaca até o diagnóstico de histeria e múltiplas personalidades no século XIX (ELLEMBERGER, 1970). Sabe-se que nos períodos históricos em que o tema das múltiplas personalidades esteve em voga (como no final do século XIX ou a partir das décadas de 70-80 do século XX), um número muito maior de diagnósticos desse tipo foi levantado do que durante outras épocas em que o TDI caíra em descrédito ou fora admitido como caso raro (HACKING, 2000). Isso sem contar sua recorrente confusão com outros transtornos, como a esquizofrenia e o transtorno de personalidade borderline (GLEAVES; MAY; CARDEÑA, 2001). Também se discute o fato de o TDI ser um fenômeno tipicamente norte-americano, apesar de evidências apontarem para a

existência de casos em outras culturas (GLEAVES; MAY; CARDEÑA, 2001; FAN et al., 2011; MALCOLM, 2003; GINZBURG et al., 2010). Não sabemos até que ponto isso poderia constituir um efeito da crescente globalização e até que ponto representaria a constatação tardia de um fenômeno sempre presente, mas anteriormente olvidado pelos profissionais de saúde mental.

No Brasil, poucos casos de TDI foram relatados na literatura científica (MARALDI et al., 2017). Contudo, tem-se observado, ainda que informalmente, um significativo aumento no interesse pelo tema e no número de relatos veiculados pela imprensa brasileira nos últimos anos (BELLONI, 2017; GOUSSINSKY, 2019; ANDRETTA; DELUCA, 2019). Segundo uma revisão da literatura conduzida por Boysen e VanBergen (2013, p. 7): “Apesar de existirem casos transculturais, os países ocidentais respondem por 82% de todos os recentes casos identificados de TDI. Aproximadamente 50% de todos os casos emergiram dos Estados Unidos e do Canadá”. Também há evidências de que muitos desses casos são catalogados e publicados “por um pequeno número de centros, mormente nos Estados Unidos, especializados em transtornos dissociativos” (PARIS, 2012, p. 2012), o que sugeriria algum conflito de interesses – cf. também Boysen e VanBergen (2013). Tais conflitos se estenderiam até à própria classificação estabelecida no DSM, uma vez que os capítulos do manual são geralmente produzidos por quem possui uma postura favorável à existência do transtorno (PARIS, 2012).

Além das implicações clínicas (médicas e psicológicas), o TDI possui implicações jurídicas e criminais. Não são raros em outros países (como Estados Unidos e Reino Unido) os casos de pessoas que, alegando possuir mais de uma personalidade, atribuem crimes, comportamentos impulsivos e antissociais a uma personalidade secundária, sobre a qual afirmam não ter pleno controle ou mesmo memória / registro de suas ações. Em que medida o fenômeno dissociativo pode ser aferido e verificado nesses casos e quais as implicações de tal avaliação para decisões a serem tomadas quanto à determinação da responsabilidade do portador em relação aos seus próprios atos?

O presente artigo tem como propósito apresentar as controvérsias teóricas em torno do diagnóstico de Transtorno Dissociativo de Identidade, bem como suas implicações clínicas e forenses. O texto avalia a metodologia dos estudos nessa área, a validade transcultural do TDI e os modelos teóricos existentes. O artigo conclui com recomendações para investigações futuras e sugestões de ordem prática para os profissionais de saúde mental (psiquiatras, psicólogos clínicos e forenses) e profissionais do Direito.

## **2. AS ORIGENS HISTÓRICAS DO TDI**

Os primeiros casos de personalidade múltipla avaliados sob uma perspectiva médico-psicológica guardavam ainda muitas das características da possessão demoníaca. O caso de Lurancy, ocorrido na cidade norte-americana de Watseka é historicamente intermediário entre a crença na possessão por demônios e as teorias contemporâneas acerca do TDI. A jovem Lurancy teria sido possuída por vários espíritos, dentre eles o de uma moça falecida, Mary Roff, que morava há certa distância da família de Lurancy. Durante vários dias, Lurancy agiu como Roff, tendo a família desta última inclusive permitido que Lurancy se mudasse para a casa deles, tal era sua convicção de que a garota fosse possuída por sua filha Roff. As manifestações só teriam cessado plenamente após o casamento de Vennum. O caso foi discutido por diversos estudiosos da época, incluindo o filósofo e psicólogo William James (1890), e muitas das interpretações disponíveis se opunham a uma explicação espiritualista, tentando aproximar o fenômeno em questão da múltipla personalidade.

A popularidade das narrativas sobre personalidades múltiplas no cinema e na literatura – com, por exemplo, “As três faces de Eva”, “Sybil” e “Fragmentado” – foi apontada por Spanos (1994) e outros críticos do diagnóstico de TDI como um indício de seu caráter socialmente construído. Há também relatos de fraude e iatrogenia. Paris (2012) fornece uma análise do caso Sybil que sugere ter havido um conluio entre os terapeutas envolvidos e a paciente na produção dos sintomas. O artigo crítico de Paris (2012), publicado no *Journal of Nervous and Mental Disease*, suscitou uma série de

críticas por parte dos defensores do diagnóstico de TDI. O leitor pode acompanhar as respostas aos argumentos de Paris nas publicações de Martinez-Taboas et al. (2013), Brand, Lowenstein e Spiegel (2013), Ross (2013), bem como as réplicas de Paris (2013) e McHugh (2013).

### **3. ASPECTOS GERAIS DO DIAGNÓSTICO DE TDI**

Durante muito tempo, assumiu-se que o aspecto mais saliente do critério diagnóstico para o TDI era a presença de duas ou mais personalidades (frequentemente referidas como *alters*, em inglês), em um mesmo indivíduo, cada uma distinta, isto é, com suas próprias características e atitudes. Em alguns casos, tal diferenciação de personalidades chegaria ao extremo de reações fisiológicas particulares, como alergias alimentares e de pele apresentadas por uma personalidade, mas não por outra (LEVIN, 1997). Segunda essa classificação, cada personalidade tende a tomar o controle do corpo de forma mais ou menos recorrente e alternada, embora efeitos indiretos da presença subjacente de outra personalidade possam ser notados em alguns sintomas, enquanto uma determinada personalidade assume o controle. O processo de transição entre uma e outra identidade é comumente denominado de “*switching*” ou troca e pode durar algo em torno de segundos – sendo às vezes imperceptível. O processo de *switching* ocorreria em resposta a eventos estressantes ou a estímulos eliciadores de lembranças traumáticas consideradas determinantes na causação desse transtorno. É comum que, em função das alterações de identidade experimentadas, a pessoa seja incapaz de se lembrar de uma parte extensiva de suas vivências relacionadas aos períodos em que se achava sob o domínio de uma personalidade alternativa (amnésia), vindo a se surpreender, depois, com anotações, objetos e situações que não consegue se recordar, respectivamente, de ter produzido, obtido ou participado.

Pacientes com TDI frequentemente apresentam polisintomatologia, incluindo sintomas somatoformes e depressivos, além de diversos sintomas psicóticos (como ‘ouvir vozes’) presumivelmente associados à ação inconsciente das partes dissociadas da personalidade. Sintomas presentes em outros transtornos dissociativos

são também muito comuns, como despersonalização e desrealização (i.e., alterações na percepção de si mesmo e do meio ambiente). Parte das experiências de confusão e alteração da identidade apresentadas por essas pessoas incluem também relatos de *flashbacks* de vivências traumáticas infantis, que geralmente reemergem de maneira fragmentária e sob as mais diversas modalidades sensoriais (alucinações auditivas, táteis, olfativas etc.). Considera-se que a prevalência de TDI na população – com base, fundamentalmente, em pesquisas norte-americanas e europeias – gira em torno de 1% a 5% (MALCOLM, 2003; ROSS, 1991). Dentre os que foram diagnosticados com algum transtorno dissociativo, os casos de TDI variam, em diferentes amostras, de 11 a 77% (GLEAVES; MAY; CARDEÑA, 2001).

#### **4 ABUSOS NA INFÂNCIA**

O fator etiológico clássico no diagnóstico do TDI é a presença de algum abuso físico ou sexual na infância, postulado como o disparador dos sintomas, e possivelmente associado a tendências dissociativas inatas. Eventos traumáticos durante a vida adulta, tais como reportados por sobreviventes de desastres ou guerras, também são considerados como disparadores de sintomas dissociativos (CARDEÑA, 1997; GLEAVES; MAY; CARDEÑA, 2001). A criação e manutenção das personalidades alternativas constituiria um mecanismo complexo de defesa contra o trauma, em que a personalidade biograficamente dominante negaria e reprimiria o evento, dele se esquecendo (amnésia), mas deixando-o cativo, no entanto, com outras personalidades. 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 (ROSS, 1989). Para muitos, o TDI resultaria, dessa forma, de um quadro de estresse pós-traumático (GLEAVES; MAY; CARDEÑA, 2001).

Como se não bastassem as dificuldades prévias na validade nosológica do TDI, a associação do transtorno com abusos físicos e sexuais na infância acabou por

gerar outra série enorme de controvérsias, talvez ainda mais acirradas do que aquelas que já cercavam seu diagnóstico. Para alguns, não haveria evidência suficiente de traumas em muitos desses casos, e as alegações de abuso advindas dos pacientes constituiriam, na verdade, exemplos daquilo que ficou conhecido na literatura como a “epidemia das falsas memórias”: supostas lembranças criadas e sugestionadas em terapia (por meio de hipnose e outras técnicas) e posteriormente assumidas pelos pacientes como verdadeiras. O fenômeno adquiriu tamanha repercussão nos Estados Unidos que acabou por levar a julgamento dezenas de pais acusados de estupro. Surpreendentemente, até mesmo os *alters* chegaram a depor no tribunal enquanto testemunhas, cada qual com seu presumido pacote de “lembranças” do ocorrido (APPIGNANESI, 2011). É notório, a esse respeito, o espaço que o tema veio a tomar entre as feministas, as quais sugeriram que a recusa em aceitar a existência do transtorno equivalia a abafar o incesto e o abuso contra as mulheres (APPIGNANESI, 2011).

Em função da controvérsia gerada nos tribunais, vários pesquisadores insurgiram no sentido de questionar a evidência existente a respeito das memórias reprimidas e recuperadas em terapia, questionando, ainda, o relacionamento entre TDI e trauma (LYNN et al., 2004). Apesar disso, Dalenberg e colaboradores (2012) fizeram referência a estudos em que o abuso teria sido constatado e documentado antes do diagnóstico ter sido feito, sugerindo haver evidências confiáveis da relação entre TDI e trauma.

## **5. A COMPLEXIDADE DO DIAGNÓSTICO**

Na história mais recente do TDI, tem havido reconhecimento crescente da complexidade do transtorno e da insuficiência de critérios e abordagens sustentados predominantemente na identificação de personalidades distintas no interior do indivíduo. Ao contrário do que popularmente se concebe, os pesquisadores defendem hoje 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). Destarte, o risco de nomear e tratar diferentemente alterações diversas de identidade como se fossem, de fato, outras “pessoas”, substancializando-as e reforçando-as, à maneira do que fazem muitos exorcistas diante de seus “possuídos”, constitui um sério problema que torna a questão do diagnóstico diferencial delicada, e tende a favorecer a controvérsia em torno do assunto. A mudança do termo original (Transtorno de Múltiplas Personalidades) para o atual (Transtorno Dissociativo de Identidade) teve como objetivo fazer jus aos diversos sintomas dissociativos característicos desse transtorno, para além da mera identificação de personalidades – critério assumido, no passado, como fundamental. Muitos autores sugeriram, assim, que o TDI fosse mais uma vez renomeado, agora como “Transtorno Dissociativo Maior”, “Transtorno Dissociativo Pervasivo” ou “Transtorno Dissociativo Complexo”. Para Dell (2009), por exemplo, o processo de *switching* não seria essencial para o diagnóstico, e a ênfase na identificação de outras personalidades deveria ser grandemente atenuada. Para o autor, a procura incessante pelos “alters” representaria muito menos um problema diagnóstico e mais uma consequência da imagem popularesca e midiática criada a respeito do assunto.

Ao longo das últimas décadas, tornou-se cada vez mais claro que o TDI é caracterizado por muito mais do que os “alters”. Pessoas com TDI rotineiramente exibem uma gama variada de sintomas dissociativos. Em outras palavras, TDI é mais do que um transtorno de identidades múltiplas; é um transtorno dissociativo complexo e crônico (DELL, 2009, p. 392).

Dalenberg et al. (2012) preferem definir o TDI como um transtorno do autoconceito, em que uma pessoa mantém a crença metacognitiva de que é “mais do que uma [única] pessoa”, crença essa alimentada por sintomas dissociativos diversos e por fragmentações na narrativa da história de vida. Novamente, sob essa perspectiva, a amnésia *entre* identidades e o processo de *switching*, outrora tão essenciais na tentativa de classificação das personalidades, não seriam imprescindíveis ou decisivos. O modelo

fenomenológico defendido pelos autores “[...] contrasta com a definição clássica de identidades bem definidas com características que podem ser reproduzidas ao longo de entrevistas clínicas e ensaios de investigação” (p. 568). Os autores também revisam estudos sugerindo que a relativa compartimentalização de certas características das identidades estaria relacionada a uma memória dependente de estado (*state-dependent memory*), isto é, lembranças que só podem ser acessadas quando a pessoa passa de um estado de consciência para outro (como quando alguém se esquece do que ocorreu enquanto estava embriagado, mas é capaz de recordar os eventos assim que adentra um estado de consciência similar). A compartimentalização, nesse caso, não seria rígida, mas variável em função do estado. Pessoas com TDI circulariam muito mais facilmente entre esses estados, transmitindo a impressão de manifestarem personalidades distintas. Porém, Merckelbach, Devilly e Rassin (2002) chegam a ir mais longe que os autores supracitados, definindo os *alters* simplesmente como metáforas ou representações dramáticas de variações emocionais.

## **6. A SIMULAÇÃO DOS SINTOMAS**

O problema da simulação dos sintomas é questão antiga no diagnóstico do TDI. Spanos (1994) cita estudos em que as principais características fenomenológicas do TDI teriam sido reproduzidas experimentalmente, uma vez estabelecidas as mesmas condições contextuais presentes, por exemplo, em situações de entrevista clínica. Para Cardeña (1997, p. 80), no entanto, não existiria “boa evidência de que o TDI é uma condição criada de forma iatrogênica [...] apesar do erro de um terapeuta poder formatar ou exacerbar essa e outras condições psiquiátricas em indivíduos muito sugestivos”. Kluff (1987) defendeu o argumento de que em muitos experimentos realizados na tentativa de emular o TDI, as semelhanças efetivas com o transtorno seriam apenas superficiais, não havendo parâmetros seguros para afirmar que o TDI possa ser plenamente reproduzido sob condições artificiais. Alguns estudos, no entanto, mostraram evidências de não haver diferença significativa entre simuladores e pacientes em uma bateria de testes usuais para rastreamento de experiências dissociativas e

variáveis relacionadas, incluindo a Escala de Experiências Dissociativas. Parte das pesquisas, porém, foi capaz de diferenciar um grupo do outro recorrendo a medidas mais objetivas, como exames de eletroencefalograma (BOYSEN; VANBERGEN, 2013).

Em uma revisão sistemática dos estudos sobre simulação do TDI, Boyesen e Vanbergen (2014) concluem que as características do transtorno não podem ser plenamente imitadas ou simuladas. Por outro lado, há muitas circunstâncias em que os simuladores não diferiram dos pacientes diagnosticados, indicando, assim, o fato de que a confiança excessiva no autorelato do indivíduo pode induzir o avaliador a erro. Por sua vez, os estudos avaliados continham importantes falhas metodológicas (como amostras pequenas e poder estatístico reduzido), sendo necessárias mais investigações.

Levin (1997), por sua vez, contesta a suposição dos críticos de que haveria uma epidemia iatrogênica de TDI e conclui a favor da existência desse transtorno, salientando que, mesmo quando a influência das circunstâncias e da dramatização foi removida, algo restou da múltipla personalidade que não poderia ser reduzido a esses fatores. É também possível que os limites entre o “fazer de conta” e a experiência dissociativa propriamente dita sejam muito mais variáveis e complexos do que se supõe. Um exemplo interessante disso, de caráter possivelmente intermediário entre a simulação e o fenômeno autêntico, é o caso do transtorno denominado *folie à deux*, em que duas pessoas compartilham exatamente os mesmos sintomas, de forma concomitante ou não, e geralmente sem explicação médica ou fisiológica discernível (CHAPMAN; SILVA, 1998). Em muitos casos, o sintoma advém em grande parte da observação do comportamento do outro, muito embora contenha elementos (como sofrimento, prejuízos ocupacionais e sociais) que justificam o fato de se tratar de um transtorno e não de mera simulação inócua. Uma tal necessidade de reprodução da sintomatologia alheia representa, por si só, uma condição digna de atenção clínica, principalmente quando alguma recompensa (financeira, social, jurídica ou outra) não é identificada como resultante da imitação.

De qualquer modo, trata-se de um consenso entre os vários teóricos da dissociação, favoráveis ou não à existência de algo como o TDI e de outros transtornos

dissociativos, que a existência de *fenômenos* dissociativos é algo bastante difícil de se questionar. Que as pessoas possam se esquecer de eventos importantes em suas vidas enquanto acreditam estar sob a ação de uma outra identidade, agir (e sentir) como se fossem outra pessoa ou apresentar alterações na autoimagem (despersonalização), todos sintomas característicos de TDI, são coisas que poucos pesquisadores duvidam, mesmo admitindo a possibilidade de fingimento. O maior (e verdadeiro) problema parece ser o de verificar se os critérios para as *categorias diagnósticas* da dissociação são universalmente consistentes e empiricamente verificáveis e se os fatores etiológicos concebidos como decisivos na emergência do TDI (a exemplo do trauma) realmente possuem a relevância que lhes é atribuída. Isso pode auxiliar o debate sobre a avaliação de simulação dos sintomas (voltaremos a essa questão no tópico “implicações forenses”).

## 7. ASPECTOS CULTURAIS E TRANSCULTURAIS

O reconhecimento da complexidade do TDI parece acompanhar, igualmente, um reconhecimento crescente de sua natureza grandemente plástica em termos culturais e históricos. Mas isso não vem invariavelmente a negar a existência do transtorno ou ao menos de certos padrões aparentemente transculturais, apesar de sua elevada maleabilidade contextual. Em um projeto no qual pesquisadores norte-americanos treinaram psiquiatras chineses para que fossem capazes de identificar casos de transtorno dissociativo em uma amostra de sua população, 28 pacientes de 96 casos foram identificados como tendo algum transtorno dissociativo, incluindo TDI. Os números também revelaram, em termos estatisticamente significantes, uma boa concordância entre o diagnóstico dos norte-americanos e o dos chineses. Embora alguém possa alegar que os psiquiatras chineses foram simplesmente submetidos, durante o treinamento, a um processo parcialmente semelhante ao da *enculturação* – tendo assimilado com sucesso os critérios norte-americanos de avaliação e os projetado em seus próprios dados –, outras investigações em populações distintas foram igualmente capazes de identificar a presença de transtornos dissociativos, incluindo o

TDI, sem que os pesquisadores envolvidos tivessem necessariamente recebido treinamento específico para isso (FAN et al. 2001).

Em um dos muitos exemplos que pudemos levantar, Dorahy et al. (2006) relataram casos de transtorno dissociativo em uma amostra randomizada de pacientes psiquiátricos da Irlanda do Norte com sintomas complexos, sem diagnóstico previamente definido. Os psiquiatras e psicólogos que participaram da avaliação não possuíam prática em avaliação de transtornos dissociativos e chegaram ao diagnóstico por meio de instrumentos padronizados e de critérios diagnósticos retirados do DSM-IV para a identificação de transtornos dissociativos. Possíveis casos de TDI foram avaliados de forma conservadora, considerando como essenciais o fenômeno de *switching* e a presença de personalidades com características e nomes distintos. 13 de 20 pacientes apresentaram algum transtorno dissociativo, tendo apenas um sido diagnóstico com TDI. Houve casos de “transtorno dissociativo sem outra especificação” que pareciam indicar TDI, mas não foram diagnosticados como tal em função do critério conservador supracitado. Dois problemas que podemos apontar na pesquisa acima foram: a pequena amostra estudada e o fato, um tanto curioso, de os pesquisadores terem avisado de antemão os pacientes de que o estudo “estava acessando a experiência psicológica da dissociação” (DORAHY et al., 2006, p. 175). Embora essa informação pudesse ser inócua, dependendo do grau de conhecimento dos pacientes acerca desses transtornos, o procedimento em questão não deixa de ser pouco recomendável, já que poderia aumentar a propensão de respostas favoráveis ao critério diagnóstico, caso os pacientes tivessem uma ideia aproximada do que se tratava e quisessem corresponder às presumidas expectativas dos avaliadores.

Mas se a influência das expectativas diagnósticas pode conduzir a uma avaliação tendenciosa da presença de sintomas de TDI, não se pode afirmar, por outro lado, que sua confirmação transcultural esteja para sempre perdida. Ginzburg, Somer, Tamarkin & Kramer (2010) encontraram casos não diagnosticados de TDI e “transtorno dissociativo sem outra especificação” em pacientes israelenses com diagnóstico prévio de transtorno de personalidade e outros transtornos geralmente confundidos com TDI, como a esquizofrenia. Interessantemente, a severidade dos sintomas dissociativos era

maior nos casos de comorbidade (em que a pessoa havia sido diagnosticada antes com mais de uma patologia), sugerindo que, na ausência de conhecimento adequado sobre transtornos dissociativos, os clínicos teriam diagnosticado condições comórbidas. Malcolm (2003) realizou um estudo com 12 pacientes japoneses diagnosticados com TDI, seguindo os mesmos critérios norte-americanos de avaliação. Ele observou que, nesses pacientes, havia marcada ausência de casos de abuso físico e sexual. O início e o curso da doença apresentavam muito mais um caráter agudo do que crônico. Havia também menor número de *alters* nos casos estudados, se comparados às pesquisas estadunidenses. Os achados mostraram que, apesar do TDI ser encontrado no Japão, os fatores etiológicos e a maneira do sintoma se apresentar seguiam padrões específicos ao autoconceito dos japoneses. O autor questiona, assim, o emprego de critérios centrados na doença, ao invés de na mediação cultural dos sintomas.

A mediação da cultura nos casos de TDI não é ignorada, embora os defensores do diagnóstico raramente assumam a possibilidade de que os sintomas sejam totalmente construídos em termos sociais. Pode-se dizer que variações como as que Malcolm (2003) observou entre os japoneses são, até certo ponto, esperadas. Ross (1989), por exemplo, insiste no fato de que, apesar da personalidade múltipla ter historicamente surgido da possessão demoníaca, muitas pessoas, ainda hoje, interpretariam os sintomas da doença como um sinal da intervenção de forças sobrenaturais ou espirituais, sempre de acordo com o seu sistema de crenças e o contexto a que pertencem. Personalidades alternativas que afirmam ser familiares já falecidos do paciente ocorrem em uma porcentagem significativa dos casos (20,6%). Todavia, personalidades que se identificam como demônios são ainda mais frequentes, e ocorreram em 28,6% dos casos estudados (ROSS; NORTON; WOZNEY, 1989). Ao discutir esses resultados, Ross (1989) salienta que os demônios respondem de acordo com as suposições culturais implícitas em seu contexto de pertencimento, o que pode parecer óbvio a um cientista social, mas não necessariamente ao leitor leigo. Um demônio numa comunidade cristã reagirá negativamente ao ser mencionado o nome de Jesus Cristo, o que não ocorrerá em regiões não cristãs ou que desconheçam a figura de Jesus. Nos casos contemporâneos de TDI, os tipos de personalidades mais comuns são

geralmente crianças, pessoas com idade diferente da personalidade biograficamente dominante e indivíduos do sexo oposto. Alguns possuem uma função protetora, mas outros são contrários à personalidade dominante e buscam agredi-la ou prejudica-la de diversas formas. Há situações em que é ordinariamente difícil distinguir qual das personalidades é, de fato, a “original” – dadas as substituições e intercalações que passam a ocorrer ao longo do desenvolvimento do fenômeno.

A identificação de padrões similares em contextos culturais e históricos diversos não constitui, porém, a única forma de acessar o TDI. Talvez as pesquisas neurofisiológicas sejam ainda mais promissoras a esse respeito, ao confirmarem, pela avaliação do funcionamento cerebral, os elementos fenomenológicos básicos do TDI, ao menos no que tange a forma de compartimentalização das memórias autobiográficas ou às variações drásticas de estado emocional. Assim, Reinders et al. (2003, 2006) foram capazes de demonstrar alterações no fluxo sanguíneo cerebral associadas ao nível de conhecimento que as diferentes “identidades” alegavam ter de certas lembranças traumáticas. A “identidade” ou *alter* que afirmava se lembrar da experiência de abuso manifestava elevada ativação de áreas como a amígdala e a ínsula, enquanto outra identidade ou estado do eu, que dizia nada lembrar acerca do evento traumático, apresentava um padrão de ativação autonômica bem mais baixo ou inexistente, semelhante ao de sobreviventes de trauma e pacientes com despersonalização, em que se observa inibição de áreas cerebrais relativas à emoção ou à associação de ideias.

É importante lembrar, contudo, que os estudos neurofisiológicos não nos livram facilmente dos problemas culturais e sociais que temos de enfrentar na investigação da dissociação. O cérebro não é uma estrutura universalmente estática, mas sim plástica, e está em constante interação com estímulos ambientais, dependendo do ambiente para a sua própria manutenção. A constatação de um padrão particular de funcionamento do cérebro não justifica imediatamente a sua generalização ao nível de um padrão universal; trata-se apenas do modo como determinadas funções e atividades cerebrais se manifestaram num dado grupo de indivíduos, dadas circunstâncias pessoais e sociais particulares, considerando-se a estrutura básica do cérebro e, mais ainda, o tipo de experimento realizado. Em outras palavras, somente a replicação dos estudos

neurofisiológicos em outras culturas permitiria uma generalização transcultural segura do padrão de ativação encontrado inicialmente pelos pesquisadores – cf. também o artigo de Merckelbach, Devilly e Rassin (2002) para outras críticas a esses experimentos. Mas devemos admitir, afinal, que essa discussão toda sobre o cérebro talvez se baseie em uma lógica parcialmente equivocada. O fato de a múltipla personalidade ser um fenômeno cultural e historicamente demarcado não faz dela um transtorno menos “válido” ou “real”. Como bem defendeu Hacking (2000, p. 21):

A múltipla personalidade é um distúrbio real em oposição a um produto de circunstâncias sociais, uma forma culturalmente permissível de expressar desespero ou infelicidade? Essa pergunta cria uma pressuposição que devemos rejeitar. Implica que há um importante contraste entre ser um distúrbio real e ser um produto de circunstâncias sociais. O fato de certo tipo de doença mental aparecer apenas em contextos históricos ou geográficos específicos não implica que ela seja produzida, artificial, ou de alguma outra forma, não real. [...] [Deve-se] permitir um lugar para a doença historicamente constituída.

## **8. MODELOS ETIOLÓGICOS**

O diagnóstico de TDI é desafiante não apenas em relação à sua validade transcultural, mas também no que diz respeito à sua etiologia. Nesse sentido, há dois grandes modelos explicativos: o modelo do trauma e o modelo da fantasia. Os proponentes do modelo do trauma entendem que o TDI é real e identificável e que não se limitaria apenas à cultura norte-americana (ROSS et al., 2008). O modelo do trauma defende que a dissociação é um aspecto filogeneticamente importante da resposta psicobiológica à ameaça e ao perigo, o qual permitiria a automatização do comportamento, analgesia, despersonalização e isolamento funcional de experiências catastróficas (amnésia). Todavia, em excesso, tal mecanismo acabaria por gerar desvantagens posteriores, pelo próprio prejuízo causado às funções cognitivas e emocionais que teve de atingir para evitar ou diminuir o nível de sofrimento e o impacto do trauma (DALENBERG et al., 2012; KLUFT, 1985; SPIEGEL, 1984). Os estudiosos do modelo do trauma estão interessados em saber quais fatores estão implicados na manutenção disfuncional desses sintomas e quais formas de trauma ou aspectos subjacentes ao acontecimento (e.g., ambientes familiares disfuncionais) poderiam

explicar o quadro patológico em seus vários detalhes (CARLSON; ARMSTRONG, 1994; CHU; DEPRINCE, 2006; MALDONADO; SPIEGEL, 1994). Há também grande interesse em investigar os correlatos neurofisiológicos do trauma e da dissociação (BREMNER, 2009; NIJENHUIS; DEN BOER, 2009).

Os autores do modelo da fantasia, por outro lado, entendem que as evidências disponíveis sobre o relacionamento entre dissociação e trauma não são confiáveis ou não sustentam uma origem traumática necessária para tais manifestações (LYNN ET AL., 2004; TILLMAN. NASH; LERNER, 1994). A premissa básica do modelo da fantasia é de que os relatos de experiências traumáticas compartilhados por pacientes diagnosticados com transtornos dissociativos resultariam, em sua maior parte, da ação combinada de variáveis como tendência à fantasia, confabulação, sugestionabilidade e distorções cognitivas diversas, incluindo o fenômeno das falsas memórias (MERCKELBACH; MURIS; RASSIN, 1999; MERCKELBACH et al., 2000; MERCKELBACH; MURIS et al., 2000; MERCKELBACH et al., 2005; GIESBRECHT et al., 2008). Os teóricos do modelo da fantasia costumam enfatizar o quanto a nossa memória está sujeita a distorções diversas, salientando o fato de as lembranças não serem meros conteúdos registrados e armazenados tal como foram inicialmente percebidos, mas construções cognitivas complexas nas quais a fantasia e as expectativas sociais desempenham um papel proeminente. Do ponto de vista desse modelo, é ainda mais inconcebível que se possa extrair do sujeito, por meio de hipnose, uma descrição precisa ou confiável do que ocorreu. Há inclusive evidências de que a hipnose exacerbaria o uso da fantasia, tornando mais laboriosa (e não mais fácil) a tarefa de diferenciar o que é verdadeiro e o que é fictício (LYNN ET AL., 1997). O mecanismo das falsas memórias não se circunscreve a casos de narrativas claramente fantásticas, mas constitui, ao contrário, um aspecto bastante comum da maneira como a nossa memória funciona, de um modo geral (NEUFELD, BRUST & STEIN, 2010). Isso é particularmente relevante para o modelo da fantasia se considerarmos que a predisposição para a dissociação parece correlacionada com o desenvolvimento das falsas memórias (HYMAN & BILLINGS, 1998; PLATT et al., 1998). Nesse sentido, embora os defensores do modelo da fantasia não neguem a existência de processos ou

fenômenos dissociativos, eles negam, por outro lado, que muitas categorias de transtornos dissociativos (especialmente o TDI) se refiram a doenças “reais”, de origem traumatogênica. Há, no entanto, um reconhecimento de que esses pacientes sofreriam de outros transtornos (depressão e personalidade borderline, por exemplo) ou sintomas difusos posteriormente interpretados como advindos da ação de personalidades secundárias:

Parece plausível imaginar que influências iatrogênicas e socioculturais frequentemente operem na base de psicopatologias pré-existentes e exerçam seu impacto primariamente sobre indivíduos que estão em busca de uma explicação causal (“esforço após a interpretação”) para sua instabilidade, problemas de identidade, impulsividade, e comportamentos aparentemente inexplicáveis. É possível que a tendência à fantasia [...] e a falta de habilidade para distinguir sonho de realidade [...] também aumentem a vulnerabilidade ao TDI (LYNN et al., 2004, p. 171)

Em sua ampla revisão da literatura concernente às evidências disponíveis para os dois modelos, Dalenberg et al. (2012) rebatem as críticas anteriores e defendem que a relação entre trauma e dissociação é consistente e moderada ao longo de uma série de estudos, e permanece constante e significativa mesmo quando medidas objetivas para avaliação da ocorrência do trauma são empregadas. A dissociação teria permanecido preditiva do histórico de traumas apesar do controle estatístico da tendência à fantasia. Os autores também afirmam que não haveria evidência suficiente de uma relação entre dissociação e sugestibilidade. Mais do que isso: memórias reprimidas e depois recuperadas teriam se mostrado geralmente acuradas; nesse sentido, as lembranças recuperadas do abuso seriam tão confiáveis quanto as memórias contínuas, muito embora devam ser colocadas sob suspeita em contextos fortemente sugestivos (e.g., terapeutas tendenciosos e que desejariam convencer o paciente de sua crença na existência de um trauma). Essas análises foram posteriormente rebatidas por Lynn et al. (2014) – ver também réplica de Dalenberg et al. (2014).

O debate entre os modelos da fantasia e do trauma promete ainda muitas discussões ao longo dos próximos anos, e não há indícios de que a controvérsia venha a se esgotar em um curto prazo, a não ser que evidências novas e insuspeitadas emergjam e apontem para outros caminhos ou decidam o debate em favor de um dos lados, o que parece pouco provável no momento.

## 9. IMPLICAÇÕES FORENSES

Os modelos do trauma e da fantasia, entretanto, não possuem apenas uma utilidade teórica. Enquanto conjuntos de hipóteses a serem testados empiricamente, os dois modelos fornecem pouca preocupação para além das indagações dos pesquisadores. Mas o fato é que muitos clínicos são treinados em uma dessas duas abordagens. Decisões tomadas em psicoterapia e em outros contextos, como o contexto jurídico e criminal, frequentemente se baseiam em um dos dois modelos, revelando, assim, suas implicações práticas. São muitos os casos na literatura psiquiátrica e psicológica de pessoas que cometeram algum tipo de violência a outrem alegando depois amnésia dissociativa para o evento ocorrido ou a ação de uma personalidade alternativa (em algumas culturas, ou dependendo do referencial religioso do indivíduo, tal personalidade pode ser descrita como o demônio ou outro ser espiritual/sobrenatural). Também se observam casos em que pessoas se dizem vítimas de abuso sexual ou físico após terem sido submetidas a hipnose ou outro procedimento que teria revelado uma memória reprimida do evento, casos esses que geralmente culminam na acusação de alguém como tendo sido o(a) perpetrador(a) do abuso. Scott (2015, p. 116) também observa que:

O diagnóstico de TDI tem sido normalmente usado para questionar a competência do julgamento em duas situações: (1) o réu não pode controlar suas personalidades e, portanto, seu comportamento é imprevisível e prejudica sua capacidade de participar do processo do julgamento ou de testemunhar; e / ou (2) a personalidade do acusado que esteve envolvida no suposto crime não está presente de forma consistente ou não se lembra do crime, prejudicando a capacidade do indivíduo de ajudar na sua própria defesa

Scott (2015) comenta que uma avaliação rigorosa do quadro clínico deve ser realizada antes de se chegar a uma conclusão acerca do diagnóstico de TDI. Há muitas situações em que a alegação de uma divisão da identidade/personalidade é mais bem explicada pelas crenças culturais do indivíduo e não pela presença de um transtorno mental. Assim, “se forem apresentadas alegações de TDI, o examinador forense deve revisar cuidadosamente não apenas a alegação, mas provar que os sintomas causam

sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos. A avaliação de fingimento será particularmente relevante para esse diagnóstico” (SCOTT, 2015, p. 117). Scott observa, ainda, que há grande variação na maneira como os tribunais nos Estados Unidos avaliam a responsabilidade criminal em casos de pessoas com alegações de TDI, não havendo consenso entre os estados. Mas alguns critérios de ordem geral podem auxiliar na avaliação de simulação dos sintomas. Scott afirma que indivíduos que fingem um diagnóstico de TDI relatam sintomas bem conhecidos, como perda de memória, embora não relatem sintomas menos comuns, como depressão. Além disso, o DSM-5 indica que indivíduos que fingem TDI parecem gostar de ter o distúrbio, em forte contraste com o fato de que o transtorno implica em sofrimento e prejuízo clinicamente significativos. Por fim, o indivíduo que não sofre de TDI frequentemente apresenta variações de identidade extremadas (por exemplo, personalidades muito boazinhas versus muito más), às vezes com perda de memória fingida, como um meio de obter um objetivo específico (por exemplo, evitar punições criminais). Como em todo fingimento, estabelecer se há (e qual é) o incentivo externo é fundamental (SCOTT, 2015).

Os psicólogos forenses se deparam por vezes com a tarefa de educar o juiz, o júri ou advogados sobre a evidência científica a respeito dos sintomas de transtornos mentais – podendo-se incluir aqui os transtornos dissociativos – de modo a auxiliar na tomada de decisões em processos criminais. Nesse sentido, em um ensaio de duas partes, Brand et al. (2017a, 2017b) fornecem informações e conselhos a especialistas em transtornos dissociativos sobre como avaliar os sintomas de TDI e sua relação com abusos de que o réu seja acusado, por exemplo. Os autores defendem a importância de se investigar um histórico de traumas na infância e ao longo da vida da vítima, bem como seu histórico de sintomas e episódios dissociativos. Salientam também a importância de se reconhecer a dificuldade que algumas pessoas possuem de assumir que tenham sofrido abusos ou que sejam portadoras de um transtorno. Defendem que a falta de informações por parte do juiz ou do júri podem levar a decisões equivocadas, baseadas no estereótipo de que a vítima esteja inventando uma doença quando, na verdade, seu quadro é real e pode ser diagnosticado por um especialista. Para os autores, é essencial discutir os aspectos neurológicos do TDI e, por conseguinte, seus danos à

saúde e à vida social da vítima, com ênfase no prognóstico desses casos e nos custos advindos do tratamento de um quadro geralmente crônico como é o TDI. Por outro lado, reconhecem que a mídia e as narrativas fictícias em livros e filmes sobre múltiplas personalidades tendem a perpetuar falsas concepções acerca do TDI, como a ideia de que os portadores do transtorno seriam violentos e antissociais ou que os sintomas são evidentes e intensos, quando, na verdade, os episódios de violência seriam infrequentes e, em muitos casos, os sintomas do transtorno seriam sutis ou mesmo imperceptíveis a um observador externo. Brand et al. enfatizam a necessidade de o psicólogo forense conhecer questionários, inventários e outras medidas de avaliação do TDI para uma análise adequada do caso. Os autores concluem, ainda, com uma série de outras informações acerca do diagnóstico diferencial entre transtornos dissociativos e outros transtornos ou condições semelhantes – como falhas de memória decorrentes de estresse, não atribuíveis a um quadro dissociativo – exemplificando as evidências discutidas com uma série de estudos de casos.

O ensaio expandido de Brand et al. (2017a, 2017b) recebeu críticas de Merckelbach e Paithis (2018). Esses últimos alegam que Brand et al. enfatizam o modelo do trauma como a única explicação plausível para o TDI e ignoram outras hipóteses científicas, a exemplo do modelo da fantasia. Merckelbach e Paithis chamam atenção para os muitos vieses que podem afetar a confiabilidade dos testemunhos das vítimas, especialmente quando há incentivos em jogo (ganho financeiro, vingança etc.). Os autores apresentam evidências indicando, por exemplo, que indivíduos que relatam amnésia dissociativa costumam exagerar seus sintomas de um modo geral, talvez na expectativa de convencer o avaliador de que possuem um transtorno mental. Isso não significa dizer que toda alegação de amnésia dissociativa é falsa, mas sim que deve ser recebida com cautela. Com base na literatura científica relevante, Merckelbach e Paithis estimam que a porcentagem de falsos positivos para o diagnóstico de TDI se situe entre 10% a 30% dos casos. Segundo os autores, “dadas essas estatísticas, seria ingênuo iniciar o exame forense de requerentes que relatam sintomas dissociativos com a suposição de que esses sintomas devem ser genuínos e que a falha em um teste de exagero dos sintomas pode ser explicada por estresse extremo ou comprometimento

cognitivo” (p. 373). Uma forma de diminuir tais vieses e distorções na avaliação consiste no emprego de diferentes fontes de informação para cada aspecto acessado, incluindo o autorelato, mas em combinação com dados provenientes de testes psicológicos, entrevistas adicionais com familiares e outros informantes e toda documentação relevante a que se tiver acesso, como prontuários médicos, registros policiais etc. Os pesquisadores concluem o artigo apontando para as muitas causas por trás do TDI, desde experiências traumáticas até transtornos do sono, dificuldades de regulação emocional e simulação da doença, apontando a necessidade de que essas várias possibilidades explicativas sejam igualmente consideradas e investigadas. Brand et al. (2018) publicaram uma resposta aos comentários de Merckelbach e Paithis em que criticam os argumentos dos dois autores e revisam outros estudos em favor do modelo do trauma.

## CONCLUSÃO

A proposição de que a dissociação é causada por experiências traumáticas (geralmente ocorridas em tenra infância) tornou-se lugar comum entre os especialistas no tratamento dos transtornos dissociativos e constitui uma convicção difícil de ser abalada. De nossa parte, entendemos que a controvérsia em torno do tema é mais benéfica do que prejudicial, justamente pelo fato de impedir o esgotamento do assunto em estereótipos equivocados. A subjetividade e o comportamento humanos são complexos demais para permitirem causalidades simplórias e unilaterais, e o debate sobre as origens da dissociação *deve* se manter dinâmico, de modo a fazer jus a essa complexidade. Não se pode negar que exista *alguma* relação entre dissociação e trauma, e mesmo estudos no Brasil sustentam parcialmente essa aproximação (MARALDI; ZANGARI, 2016; MARALDI et al., 2017). Mas é preciso convir com os defensores do modelo da fantasia que a natureza dessa relação é ainda largamente incompreendida, e a concepção do que é uma experiência traumática varia muito de cultura para cultura e de indivíduo para indivíduo. Esses autores prestaram um importante serviço ao mostrarem as deficiências de nossa memória e o cuidado que devemos ter com esse tipo de relatos e com os usos e abusos que se fazem deles. Vimos anteriormente como muitos pais de

foram injustamente acusados de abusarem sexualmente de suas filhas apenas com base na emergência de supostas lembranças de abuso por meio de hipnose. Trata-se de tema com sérias implicações clínicas, jurídicas e sociais. Verdade seja dita, os proponentes do modelo do trauma têm em seus antagonistas teóricos não inimigos, mas parceiros que os auxiliaram a aclarar seus pontos cegos e melhorar a abordagem do assunto, na busca por evidências mais rigorosas, mais imparciais e de aplicabilidade mais confiável. As críticas de autores do modelo da fantasia também foram importantes para que os instrumentos empregados na pesquisa da dissociação fossem aperfeiçoados, e para que a interpretação dos resultados advindos dessas medidas fosse mais precisa (WRIGHT; LOFTUS, 1999; GIESBRECHT; MERCKELBACH; GERAERTS, 2007). Por fim, essas investigações também nos fizeram procurar por novas causas e explicações para os fenômenos dissociativos, onde antes apenas a causalidade traumatogênica parecia possível.

Há certa tendência hoje para que o estudo das relações entre dissociação e trauma se concentre mais em casos de comprometimento severo das experiências dissociativas (STEELE; VAN DER HART; NIJENHUIS, 2009) ou na relação entre trauma e dissociação peritraumática, isto é, a dissociação que se dá imediata ou proximamente a um evento traumático (MARMAR et al., 1994), o que abre caminho, assim, para o campo ainda vastamente inexplorado da dissociação normal ou não patológica (ALVARADO, 2005; DALENBERG; PAULSON, 2009), tal como observada em rituais ou contextos religiosos, por exemplo (MARALDI et al., 2017).

Para a ciência forense e profissionais do Direito é fundamental compreender as controvérsias nesse campo. Não há, ainda, um consenso acerca da etiologia do TDI e mesmo acerca de sua validade transcultural. No Brasil, o número de casos reportados na literatura científica é extremamente pequeno (apenas dois até o último levantamento publicado em 2017) e nenhuma pesquisa nacional foi realizada com psiquiatras e psicólogos para saber com que frequência diagnosticam o TDI ou tratam pessoas diagnosticadas com esse transtorno. Várias explicações foram sugeridas para esse estado de coisas. Pode ser que o transtorno não seja diagnosticado ou estudado aqui porque há desconhecimento sobre o tema, mesmo por parte dos profissionais de saúde

mental. A falta de treinamento ou formação no assunto é outro fator que se adiciona ao desconhecimento em si. Podemos também pensar em diferenças culturais na forma como os sintomas dissociativos são identificados. É possível, por exemplo, que pessoas com TDI no Brasil estejam recebendo ajuda em contextos religiosos, onde suas experiências são interpretadas como possessão demoníaca ou outros fenômenos espirituais (MARALDI et al., 2017). Há muito ainda a ser compreendido sobre o TDI antes que possamos atestar com segurança sua validade no Brasil. Em função disso, relatos de casos na mídia e nas redes sociais devem ser analisados com cautela por psiquiatras e psicólogos clínicos e forenses (BELLONI, 2017; GOUSSINSKY, 2019; ANDRETTA; DELUCA, 2019).

Cabe finalizar salientando a importância de que todas as hipóteses disponíveis sejam levadas em conta. Sintomas dissociativos podem ser influenciados por uma série de fatores além das experiências traumáticas, como transtornos do sono e uso de substâncias (MARALDI, 2019). Como vimos, muitos autores da área sugerem que o TDI não se caracterizaria tanto pela divisão objetiva da personalidade em subpersonalidades mais ou menos completas, mas pela *crença* do indivíduo de que ele/ela é mais de uma pessoa, crença essa reforçada por uma série de sintomas dissociativos, como sintomas de despersonalização, falhas de memória e alucinações, bem como pelo contexto cultural e grupos de referência. Isso não significa negar, por outro lado, que tais experiências causem sofrimento. Também não significa que sejam resultado exclusivamente de engodo e simulação. O fato de serem formatadas culturalmente não nega seu impacto na vida das pessoas, mas nos deixa alertas, por outro lado, à possibilidade de que concepções populares acerca do TDI, fomentadas pela mídia e pelo mundo do entretenimento, não correspondam sempre à maneira como esses casos se apresentarão e podem até mesmo influenciar negativamente a confiabilidade da avaliação clínica ou forense.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

ALVARADO, Carlos. Research on non-pathological dissociation. *Ciências de la conducta*, v. 20, n.1, 2005, p. 31-56.

ANDRETTA, Felipe., DELUCA, Naná. Traumas podem levar ao transtorno dissociativo de identidade: TDI é reconhecido mundialmente, mas há poucos casos diagnosticados no Brasil. *Folha de São Paulo*, edição especial “Cabeça de adolescente”, 24 de Jun. 2019. Extraído de:

APPIGNANESI, Lisa. *Tristes, loucas e más: a história das mulheres e seus médicos desde 1800*. Trad. Ana Maria Mandim. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BOYSEN, G. A., VANBERGEN, A. A review of published research on adult dissociative identity disorder, 2000-2010. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v.201, n.1, 2013, p. 5-11.

BELLONI, Luiza. Sim, é possível ter 23 personalidades: Explicamos o Transtorno Dissociativo de Identidade. *Huffpost*, 10 de abril de 2017. Extraído de <https://www.huffpostbrasil.com/2017/04/10/sim-e-possivel-ter-23-personalidades-explicamos-o-transtorno-d-a-22027407/>

BOYSEN, G. A., VANBERGEN, A. Simulation of multiple personalities: A review of research comparing diagnosed and simulated dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review*, v. 34, n. 2014, 2014, p. 14–28.

BRAND, Bethany, LOWENSTEIN, Richard J., SPIEGEL, David. Disinformation about dissociation: Dr. Joel Paris’s notions about dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 201, n. 4, 2013, p. 354-356.

BRAND, B. L., SCHIELKE, H. J., & BRAMS, J. S. Assisting the courts in understanding and connecting with experiences of disconnection: Addressing trauma-related dissociation as a forensic psychologist, part I. *Psychological Injury and Law*, v. 10, 2017a, p. 283–297.

BRAND, B. L., SCHIELKE, H. J., BRAMS, J. S., & DICOMO, R. A. Assessing trauma-related dissociation in forensic contexts: Addressing trauma-related dissociation as a forensic psychologist, part II. *Psychological Injury and Law*, v. 10, 2017b., p. 298–312.

BRAND, Bethany, DALENBERG, C. J., FREWEN, P. A., LOEWENSTEIN, P. J., SCHIELKE, H. J., BRAMS, J. S. & SPIEGEL, D. Trauma-related dissociation is no

fantasy: Addressing the errors of omissions and errors commission in Merckelbach and Patihis (2018). *Psychological Injury & Law*, v. 11, 2018, p. 377–393.

BREMNER, J. D. Neurobiology of dissociation: a view from the trauma field. In: DELL, P. F. & O'NEIL, J. A. (Eds.). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge, 2009, p. 329-336.

CARDEÑA, Etzel. The etiologies of dissociation. In: KRIPPNER, Stanley., POWERS, S. M. (Eds.). *Broken images, broken selves: dissociative narratives in clinical practice*. Washington: Brunner / Mazel, 1997, p. 61-87.

CARLSON, Eve. B., ARMSTRONG, J. The diagnosis and assesment of dissociative disorders. In: LYNN, Steven Jay, RHUE, J. W. (Eds.). *Dissociation: clinical and theoretical perspectives*. New York: Guilford Press, 1994, p. 159-174.

CHAPMAN, A. H., SILVA, D. V. Folie à deux, desordem dissociativa em crianças antes da puberdade: relato de dois casos com EEG. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 56(3B), 1998, p. 646-649.

CHU, A., DEPRINCE, A. P. Development of dissociation: examining the relationship between parenting, maternal trauma and child dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, v. 7, n. 4, 2006, p. 75-89.

DALENBERG, C. J., PAULSON, K. The case for the study of “normal” dissociation processes. In: DELL, Paul. F. & O'NEIL, J. A. (Eds.). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge, 2009, p. 145-154.

DALENBERG, C. J. et al. Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, v. 138, n. 3, 2012, p. 550-588.

DALENBERG, C. J. et al. Reality versus fantasy: reply to Lynn et al. (2014). *Psychological Bulletin*, v. 140, n. 3, 2014, p. 911-920.

DELL, Paul. The long struggle to diagnose multiple personality disorder (MPD): MPD. In: Dell, P. F. & O'Neil, J. A. (Eds.). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge, 2009, p. 383-402.

DORAHY, M. J. et al. Do dissociative disorders exist in Northern Ireland? Blind psychiatric – structured interview assessments of 20 complex psychiatric patients. *European Journal of Psychiatry*, v. 20, n. 3, 2006, p. 172-182.

ELLEMBERGER, Henri. *The Discovery of the Unconscious: the history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books, 1970.

FAN, Q. et al. Teaching chinese psychiatrists to make reliable dissociative disorder diagnoses. *Transcultural Psychiatry*, v. 48, n. 4, 2011, p. 473-483.

GIESBRECHT, T., MERCKELBACH, H., GERAERTS, E. The Dissociative Experiences Taxon is related to fantasy proneness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2007, v. 195, n. 9.

GIESBRECHT, T., LYNN, S. J., LILIENFELD, S. O. & MERCKELBACH, H. Cognitive processes in dissociation: an analysis of core theoretical assumptions. *Psychological Bulletin*, v. 134, 2008, p. 617-647.

GINZBURG, K., SOMER, E., TAMARKIN, G. & KRAMER, L. Clandestine psychopathology: unrecognized dissociative disorders in inpatient psychiatry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v.198, n. 5, p. 378-381.

GLEAVES, D. H. & MARY, C. M. & CARDEÑA, E. An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review*, v. 21, n. 4, 2001, p. 577-608.

GOUSSINSKY, Eugênio. Mulher abusada pelo pai na infância desenvolveu 2,5 mil personalidades. *R7 internacional*, 28 de maio de 2019. Extraído de: <https://noticias.r7.com/internacional/mulher-abusada-pelo-pai-na-infancia-desenvolveu-25-mil-personalidades-28052019>

HACKING, I. *Múltipla personalidade e as ciências da memória*. Trad. Vera Whately. Rio de Janeiro: José Olympio, 2000.

HYMAN, I. E. & BILLINGS, F. J. Individual differences and the creation of false childhood memories. *Memory*, v. 6, n. 1, 1998, 1-20.

JAMES, William. (1890). *The principles of psychology*. Massachusetts: Harvard University Press, 1983.

JANET, Pierre. (1889). *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Versão eletrônica para a coleção "Les classiques des sciences sociales". Québec (Chicoutimi): L'Université du Québec à Chicoutimi, 2003.

KLUFT, Richard. *Childhood antecedents of multiple personality*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1985.

KLUFT, Richard. The simulation and dissimulation of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, v. 30, 1987, p. 104-118.

LEVIN, R. The body and modernity in MPD/DID. In: KRIPPNER, Stanley, POWERS, S. M. (Eds.). *Broken images, broken selves: dissociative narratives in clinical practice*. Washington: Brunner / Mazel, 1997, p. 136-162.

LYNN, S. J., LOCK, T. G., MYERS, B., PAYNE, D. G. Recalling the unrecallable: should hypnosis be used to recover memories in psychotherapy? *Current directions in psychological Science*, v. 6, n. 3, 1997, p. 79-83.

LYNN, S. J., KNOX, J. A., FASSLER, O., LILIENFELD, S. O. & LOFTUS, E. E. Memory, trauma and dissociation. In: ROSEN, G. M. (Ed.). *Posttraumatic Stress Disorder: Issues and controversies*. New York: John Wiley and Sons, Ltd, 2004, p. 163-186.

LYNN, S. J. et al. The trauma model of dissociation: inconvenient truths and stubborn fictions. Comments on Dalenberg et al. (2012). *Psychological Bulletin*, 2014, v. 140, n. 3, p. 896-910.

MALCOLM, L. S. *A study on dissociative identity disorder in Japan*. 170f. Tese (Doutorado). Graduate School of Professional Psychology, John F. Kennedy University, 2003.

MALDONADO, J. R. & SPIEGEL, D. The treatment of post-traumatic stress disorder. In: LYNN, S. J., RHUE, J. W. (Eds.). *Dissociation: clinical and theoretical perspectives*. New York: Guilford Press, 1994, p. 215-241.

MARALDI, E. O. (2019). The complex interrelationship between dissociation and anomalous sleep experiences. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 46, n. 1, p. 25-26.

MARALDI, E. O., KRIPPNER, S., BARROS, M. C. M., CUNHA, A. Dissociation from a cross-cultural perspective: implications of studies in Brazil. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 205, n. 7, 2017, p. 558-567.

MARALDI, E. O. & ZANGARI, W. Evidências de validade da escala de experiências dissociativas em uma amostra não clínica. *Avaliação Psicológica*, v. 15, n.1, 2016, p. 93-104.

MARMAR, C., WEISS, D., SCHLENGER, W., FAIRBANK, J., JORDAN, K., KULKA, R. et al. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theatre veterans. *American Journal of Psychiatry*, v. 151, 1994, p. 902-907.

MARTÍNEZ-TABOAS, A., DORAHY, M., SAR, V., MIDDLETON, W., KRÜGER, C. Growing, not dwindling: international research on the worldwide phenomenon of dissociative disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2013, v. 201, n. 4, p. 353.

MCHUGH, P. Do fads ever die? *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 201, n. 4, 2013, p. 357-358.

MERCKELBACH, H., MURIS, P., RASSIN, E. Fantasy proneness and cognitive failures as correlates of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences*, v. 26, p. 961-967.

MERCKELBACH, H., MURIS, P., HORSELENBERG, R., STOUGIE, S. Dissociative experiences, response bias, and fantasy proneness in college students. *Personality and Individual Differences*, v. 28, 2000, p. 49-58.

MERCKELBACH, H., MURIS, P., RASSIN, E. & HORSELENBERG, R. Dissociative experiences and interrogative suggestibility in college students. *Personality and Individual Differences*, v. 29, 2000, p. 1133-1140.

MERCKELBACH, H., DEVILLY, G. J. & RASSIN, E. Alters in dissociative identity disorder: metaphors or genuine entities? *Clinical Psychology Review*, v. 22, 2002, p. 481-497.

MERCKELBACH, H., CAMPO, J., HARDY, S. & GIESBRECHT, T. Dissociation and fantasy proneness in psychiatric patients: a preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, v. 46, 2005, p. 181-185

MERCKELBACH, H., PAITHIS, L. Why Trauma-Related Dissociation<sup>^</sup> Is a Misnomer in Courts: a Critical Analysis of Brand et al. (2017a, b). *Psychological injury and law*. Online first, 2018.

MYERS, F. H. W. (1903). *Human personality and its survival of bodily death*. Hampton Roads Publishing Company Inc, Charlottesville, 2001.

NEUFELD, C. B., BRUST, P. G. & STEIN, L. M. Compreendendo o fenômeno das falsas memórias. In: STEIN, L. M. (Ed.). *Falsas memórias: fundamentos científicos e suas aplicações clínicas e jurídicas*. São Paulo: Artmed, 2010, p. 21-41.

NIJENHUIS, E. R. S. & DEN BOER, J. A. Psychobiology of traumatization and trauma-related structural dissociation of the personality. In: Dell, P. F. & O'Neil, J. A. (Eds.). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge, 2009, p. 337-366.

PARIS, Joel. The rise and fall of dissociative identity disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 200, n.12, 2012, p. 1076-1079.

PARIS, Joel. Response to Dissociative Identity Disorder letters from Martínez-Taboas et al. and Brand et al. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 201, n. 4, 2013, p. 356-357.

PLATT, R. D., LACEY, S. C., IOBST, A. D. & FINKELMAN, D. Absorption, dissociation, and fantasy-proneness as predictors of memory distortion in

autobiographical and laboratory-generated memories. *Applied Cognitive Psychology*, v. 12, 1998, p. 77-89.

PUTNAM, F. W. & CARLSON, E. B. Hypnosis, dissociation, and trauma: myths, metaphors, and mechanisms. In: BREMNER, J. D. & MARMAR, C. R. (Ed.). *Trauma, memory, and dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2005.

REINDERS, A. A. T. S. et al. One brain, two selves. *Neuroimage*, v. 20, n. 4, 2003, p. 2119-2126.

REINDERS, A. A. T. S. et al. Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: a symptom provocation study. *Biological Psychiatry*, v. 60, n. 7, 2006, p. 730-740.

ROSS, Colin. *Multiple Personality Disorder: diagnosis, clinical features and treatment*. New York: John Wiley and Sons, 1989.

ROSS, Colin. Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 14, n. 3, 1991, p. 503-517.

ROSS, Colin, NORTON, G. R. & WOZNEY, K. Multiple personality disorder: an analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 34, 1989, p. 413-418.

ROSS, Colin et al. A cross-cultural test of the trauma model of dissociation. *Journal of Trauma and dissociation*, v. 9, n. 1, 2008, p. 35-49.

SCOTT, Charles. *DSM-5 and the law: changes and challenges*. New York: Oxford University Press, 2015.

SPANOS, Nicholas. *Multiple identity enactments and multiple personality disorder: a sociocognitive perspective*, 1994.

SPANOS, Nicholas, GOTLIEB, J. Demonic possession, mesmerism and hysteria: a social psychological perspective on their historical interrelations. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 88, n. 5, 1979, p. 527-546.

SPIEGEL, David. Multiple personality as a post-traumatic stress disorder. *Psychiatric clinics of North America*, v. 7, 1984, p. 101-110.

STEELE, K., VAN DER HART, O. & NIJENHUIS, E. R. S. The theory of trauma-related structural dissociation of the personality. In: DELL, P. F., O'NEIL, J. A. (Eds.). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge, 2009, p. 239-258.

TILLMAN, J. G., NASH, M. R. & LERNER, P. M. Does trauma cause dissociative pathology? In: LYNN, S. J., RHUE, J. W. (Ed.). *Dissociation: clinical and theoretical perspectives*. New York: Guilford Press, 1994, p. 395-414.

WRIGHT, D. B. & LOFTUS, E. F. Measuring dissociation: comparison of alternative forms of the dissociative experiences scale. *The American Journal of Psychology*, v. 112, n. 4, 1999, p. 497-519.