

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO**

**Curso de Biomedicina**

**Wanessa Dayanne dos Santos**

**A NEUROCIÊNCIA DO TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE E SUAS  
INFERÊNCIAS JURÍDICAS**

**São Paulo**

**2022**

**Wanessa Dayanne dos Santos**

**A NEUROCIÊNCIA DO TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE E SUAS  
INFERÊNCIAS JURÍDICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Biomedicina do Centro Universitário São Camilo, orientado pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Beatriz Duarte Palma Xylaras, como requisito parcial para obtenção do título de Biomédico.

**São Paulo**

**2022**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Inocente Radrizzani**

Santos, Wanessa Dayanne dos

A neurociência do transtorno dissociativo de identidade e suas inferências jurídicas / Wanessa Dayanne dos Santos. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2022.

61 p.

Orientação de Beatriz Duarte Palma Xylaras.

Trabalho de Conclusão de Curso de Biomedicina (Graduação), Centro Universitário São Camilo, 2022.

1. Diagnóstico 2. Neurobiologia 3. Neuroimagem 4. Transtorno dissociativo de identidade I. Xylaras, Beatriz Duarte Palma II. Centro Universitário São Camilo III. Título

CDD: 612.8

**Wanessa Dayanne dos Santos**

**A neurociência do Transtorno Dissociativo de Identidade e suas Inferências  
Jurídicas**

**São Paulo, 10 de maio de 2022**

---

**Professor Orientador (Prof.<sup>a</sup> Dra. Beatriz Duarte Palma Xylaras)**

---

**Professor Examinador (Prof. Tatiana Iuriko Kawasaki Nakabayashi)**

---

**Professor Examinador (Prof. Lia Saito)**

**São Paulo**

**2022**

## AGRADECIMENTOS

*Aos meus pais, por todo apoio e sacrifícios que fizeram ao longo de suas vidas para que eu tivesse a oportunidade de realizar este trabalho.*

*À minha namorada, que esteve ao meu lado me aconselhando e dando suporte para que eu nunca desistisse.*

*Aos meus colegas universitários, por todos os anos de cuidado, companheirismo e por estarem ao meu lado nos momentos mais difíceis.*

*Aos professores do Centro Universitário São Camilo, pela dedicação ao ensinar e pelos conhecimentos transmitidos, tanto pessoais, como acadêmicos.*

*Aos pesquisadores citados neste estudo, pela incansável dedicação em prol do avanço científico e desenvolvimento da humanidade.*

*À professora Beatriz, por toda atenção à orientação deste trabalho.*

## RESUMO

O Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) pode ser descrito como uma disfunção ou alteração na integração normal da consciência, memória, e, principalmente, identidade. É definido pela existência de dois ou mais estados de personalidade, dos quais possuem características individuais podendo se relacionar e interagir com o ambiente e o próprio Eu de maneiras distintas. Esta revisão tem como objetivo analisar e discutir informações que englobam as dificuldades na compreensão da origem do TDI, visando novas alternativas que auxiliem na incrementação do diagnóstico através de conhecimentos prévios da neurociência, além de discorrer sua complexidade e importância para áreas jurídicas. Para tanto, foi utilizado como método a coleta de dados, por meio de levantamentos referenciais teóricos e empíricos. Somente na década de 80 o TDI se tornou um diagnóstico oficial da Associação Americana de Psiquiatria, e até momento não há uma explicação definida para o seu desenvolvimento, porém nos últimos anos, estudos clínicos conseguiram colher dados que apontaram traumas na infância como um fator determinante. Os principais sintomas observados além da falta de integração da identidade são a amnésia dissociativa, despersonalização e desrealização, porém muitas manifestações comórbidas podem ser observadas, o que impossibilita ainda mais obter um diagnóstico assertivo. À vista disso, novas possibilidades estão sendo pesquisadas, principalmente com o auxílio da neuroimagem, para aquisição de materiais neurobiológicos, consequentemente achados como alterações na amígdala, hipocampo e no processamento da memória foram reportados. Com o aumento do interesse pelo TDI, muito incentivado pela mídia cinematográfica, tornou-se importante enfatizar seu papel na área jurídica, posto que muito criminosos alegam sofrer amnésia dissociativa ou até mesmo que outra identidade teria cometido a ação, isso para que não seja acusado. Diante disso, percebe-se que o transtorno é complexo e de difícil identificação e, toda via, precisa de mais atenção ao ser avaliado.

**Palavras-chave:** Transtorno Dissociativo de Identidade. Neurobiologia. Diagnóstico. Neuroimagem.

## **ABSTRACT**

Dissociative Identity Disorder (DID) can be described as a dysfunction or alteration in the normal integration of consciousness, memory, and, most importantly, identity. It is defined by the existence of two or more personality states, which have individual characteristics and can relate and interact with the environment and the person's self in various ways. This review aims to analyze and discuss information that encompass the difficulties in understanding the origin of DID, aiming at new alternatives that help to improve the diagnosis through prior knowledge of neuroscience, in addition to discussing its complexity and importance for legal areas. To this end, data collection was used as a method, through surveys of theoretical and empirical references. It was not until the 1980s that DID became an official diagnosis of the American Psychiatric Association and, to date, there is no definitive explanation for its development. However, in recent years, clinical studies have collected data that point to childhood trauma as a determining factor. The main symptoms observed, besides the lack of identity integration, are dissociative amnesia, depersonalization and derealization. However, many comorbid manifestations can be observed, which makes it even more labored to obtain an assertive diagnosis. Thus, new possibilities are being researched, mainly with the aid of neuroimaging, for the acquisition of neurobiological materials, supporting findings such as alterations in the amygdala, hippocampus and in memory processing have been reported. With the increasing interest in DID, greatly encouraged by the cinematographic media, it has become important to emphasize its role in the legal area, since many criminals claim to suffer from dissociative amnesia or even that another identity would have committed the crime, in order not to be accused. Therefore, it is clear that the disorder is complex and difficult to identify, so it requires more attention when being evaluated.

**Keywords:** Dissociative Identity Disorder. Neurobiology. Diagnosis. Neuroimaging.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Características dos Transtornos Dissociativos.....	19
Figura 2 – Traumas de infância em adolescentes com TDI.....	22
Figura 3 – Operação dos sistemas de memória por sequência de etapas.....	29
Figura 4 – Processamento de informações da memória.....	30
Figura 5 – Memória declarativa e não declarativa.....	32
Figura 6 – Diminuições relativas no metabolismo regional da glicose cerebral.....	35
Figura 7 – Formação Hipocampal e Amígdala.....	37
Figura 8 – Estruturas atreladas a sensação de familiaridade da memória.....	37
Figura 9 – Atividade da fase de codificação.....	39
Figura 10 – A liberação de neurotransmissores na fenda sináptica.....	41
Figura 11 – Liberação do glutamato na fenda sináptica.....	42
Figura 12 – Sinalização para os mecanismos de memória e aprendizado.....	43
Figura 13 – Volumes do hipocampo e da amígdala em pacientes com TDI e grupo controle.....	45
Figura 14 – Mapa 3D de diferenças regionais de formato do hipocampo.....	46
Figura 15 – Atividade do fluxo sanguíneo cerebral em regiões encefálicas.....	47

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Critérios diagnósticos do DMS-5 para transtornos dissociativos.....	17
Quadro 2 - Principais regiões cerebrais envolvidas no processo de memória.....	38

## LISTA DE SIGLAS

CA1	Região 1 do Corno de Amon
CA2	Região 2 do Corno de Amon
CA3	Região 3 do Corno de Amon
CA4	Região 4 do Corno de Amon
Ca <sup>2+</sup>	Cálcio
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CAM	Calmodelina
CAV	Canal de Calcio Dependente de Voltagem
DBP	Transtorno de Personalidade Borderline
DDIS	Entrevista Dos Distúrbios Dissociativos
DSM-V	Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais
FDG-18F	Tomografia por Emissão de Pósitrons - 18F-Fluorodesoxiglicose
fMRI	Ressonância Magnética Funcional
MLP	Memória de Longo Prazo
MA	Memória Autobiográfica
Na <sup>+</sup>	Sódio
Mg <sup>2+</sup>	Magnésio
NMDA	N-metil D-Aspartato
PET	Tomografia por Emissão De Pósitrons
MR	Ressonância Magnética

TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
TDI	Transtorno Dissociativo de Identidade
SCID-D	Síndrome da Imunodeficiência Combinada Grave
SDQ-20	Questionário de Capacidades e Dificuldade
SME	Efeitos de Memória Subsequentes

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivos gerais .....	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
3 METODOLOGIA.....	15
4 DESENVOLVIMENTO.....	16
4.1 O Transtorno Dissociativo de Identidade.....	16
4.2 Exposição ao Trauma.....	20
4.3 Modelos Diagnósticos.....	23
4.3.1 Dificuldades Diagnósticas.....	25
4.3.2 Possíveis Tratamentos.....	27
4.4 A Memória.....	28
4.4.1 Amnésia.....	33
4.4.2 Mecanismos neuroanatômicos envolvidos no processamento de memória.....	36
4.4.3 Importantes processos fisiológicos da memória.....	40
4.5 Achados Neurobiológicos.....	44
4.6 Inferências Jurídicas.....	48
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	54
ANEXOS.....	60



## 1 INTRODUÇÃO

No decorrer da história, o transtorno dissociativo de identidade adquiriu inúmeras particularidades, indo desde a possessão demoníaca até o diagnóstico de histeria e múltiplas personalidades no século XIX (ELLEMBERGER, 1970). Hoje, o TDI pode ser descrito como uma perturbação e/ou descontinuidade da integração normal de consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal e comportamento. Sobretudo, é reconhecido pela presença de duas ou mais identidades, cada uma com sua individualidade (PEREIRA et al, 2019).

De forma geral, pode-se dizer que as causas associadas a sustentação do desencadeamento do TDI, podem estar correlacionadas à traumas durante a infância, sendo eles a violência, o abuso físico ou psíquico, assim relacionado com a dissociação patológica da consciência (HADDOCK, 2001; PUTNAM, 1989). Porém, os mecanismos neuronais exatos que levam a esses diferentes sintomas ainda não são precisos.

Diante disso, é certo afirmar que o diagnóstico para o transtorno dissociativo de identidade não é preciso, podendo ocorrer, em média, de seis a oito anos após o surgimento dos sintomas (HUYNH, 2016). Um diagnóstico é feito por ideias fundamentadas, essas baseadas em fenômenos que ocorrem com os pacientes e que são especificadas conforme as classificações e os aglomerados de informações. Esses são justificados por sintomas ou sinais que possuem uma semelhança entre si e, por essa razão, quando esse conceito é aplicado ao TDI, faz com que as patologias possam ser confundidas, como ocorre com a esquizofrenia, psicose ou borderline (LOUSÃ, 2019). Adicionalmente, também existe os sintomas encobertos e à dissimulação dos pacientes para encobri-lo, além da suspeita de apresentação polissintomática (LEONARD, 2016).

Contudo, nos últimos anos, estudos tem demonstrado que indivíduos com transtorno dissociativo de identidade apresentam volumes menores do hipocampo e da amígdala em pacientes do sexo feminino em comparação com mulheres saudáveis. Os pacientes com transtorno dissociativo de identidade em nosso estudo apresentaram um volume do hipocampo 19,2% menor e um volume da amígdala 31,6% menor. Essas proporções foram maiores no grupo com TDI que no grupo de comparação saudável (VERMETTEN, 2006).

Em conformidade com essa informação, é possível traçar um paralelo entre os pacientes com TDI e seus constantes lapsos de memória, em razão de que tanto o hipocampo quanto a amígdala são estruturas imprescindíveis para o processamento de memórias. Tendo como exemplo a subárea hipocampal (CA1), que forma um circuito integrado ao córtex entorrinal e a duas subáreas hipocâmpais: o giro denteado e a subárea CA3 (GUSEV, 2001), aqui há a emissão e recebimento das fibras de vários núcleos da amígdala, do septum, do córtex pré-frontal ântero-lateral, do córtex parietal associativo e do córtex sensorial (LÖRINCZ, 2000). Além do mais, descobriram que a substância cinzenta total do lobo frontal, em especial a do lobo frontal direito, é significativamente menor em pacientes com TDI em comparação com o grupo controle (CHALAVI et al., 2015).

Frente ao conhecimento do TDI, especialmente pelas representações cinematográfica, tornou-se importante analisá-lo no contexto jurídico, visto que há casos de pessoas que cometem delitos e afirmam terem feito tal ato proveniente de outra personalidade (MARALDI, 2019). Deste modo, o Código Penal considera que os transtornos de personalidade se encaixam como transtornos mentais, gerando assim dificuldades no entendimento e controle de seus atos, mas não o incapacitando, logo o Título III - Da Imputabilidade descreve que as pessoas portadoras desse estado são responsabilizadas por suas ações, portanto julgadas como semi-imputáveis. Destarte, a pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o autor não for completamente capaz de compreender a ilegalidade do fato (artigo 26 a Lei nº 7209).

Em suma, pode-se dizer que os números de indivíduos diagnosticados no Brasil são escassos, ficando evidente que o TDI levanta dúvidas entre a população em geral e até no meio científico, especialmente se tratar de uma condição rara, o que produz desconfiança, dúvidas e desconforto sobre as causas. No geral, os transtornos mentais são negligenciados, como exemplo, um estudo realizado com homens em regime fechado dos três presídios com maior população no Estado de Minas Gerais, este mostrou que 56% dos indivíduos apresentavam algum transtorno de personalidade não diagnosticado. Atestando então, que não há uma tratativa assertiva dos casos e que é necessária mais atenção, principalmente para o TDI que é um quadro de difícil identificação, por mais que o transtorno não seja a causa dos crimes, é um fator agravante e que precisa ser identificado (CHAVES, 2016).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivos gerais**

O objetivo geral deste trabalho de conclusão de curso foi descrever o TDI e as bases neurocientíficas que sustentam sua validade diagnóstica, bem como sua importância jurídica.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Descrever os critérios para a classificação e o diagnóstico do TDI.
- Abordar as características predominantemente disparadores para o desenvolvimento do transtorno.
- Verificar as hipóteses e teorias centrais que fundamentam veracidade do transtorno dissociativo de identidade.
- Expor pesquisas neurobiológicas que ressaltam alterações morfológicas na neuroanatomia de indivíduos com TDI.
- Analisar o papel do TDI para áreas jurídicas.

### 3 METODOLOGIA

Refere-se a uma revisão literária elaborada mediante o acesso de bancos de dados, bem como PubMed, Google Acadêmico, Medline, Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) e ScienceDirect. O estudo foi norteado pelos descritores que partiram de transtorno dissociativo de identidade, dissociativo, neuroanatomia, neuroimagem, transtorno dissociativo e sistema judiciário. Complementarmente, foram utilizados livros com títulos pertinentes ao tema para pesquisas bibliográficas do acervo da Biblioteca Padre Inocente Radrizzani do Centro Universitário São Camilo.

Como critério de inclusão, selecionou-se artigos publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola, independente do seu ano de publicação. Foi então definido o uso de termos livres relacionados aos descritores e a tópicos como neuropsicologia e aspectos neurofisiológicos, assim ampliando o número de referências de acordo com os critérios. Para filtrar os resultados, os critérios de exclusão levaram em consideração a ausência de enfoque no ponto central do tema, artigos que não estavam cadastrados nos bancos de dados já citados e estudos sem uma metodologia precisa.

## 4 DESENVOLVIMENTO

### 4.1 O Transtorno Dissociativo de Identidade

O Transtorno Dissociativo de Identidade é caracterizado pela existência de dois ou mais estados de personalidade. De acordo com Maldonado (2007) o Transtorno Dissociativo de Identidade pode ser definido como uma falha ao integrar aspectos da identidade, memória e consciência, podendo ser definido pela presença de uma ou mais identidades diferentes ou estados de personalidade. Usualmente existe uma personalidade primária ou hospedeira que seria a portadora do nome do indivíduo, tendo em vista que muitas vezes ele não está completamente ciente da presença de outras identidades, principalmente devido à presença de barreiras amnésicas.

Os episódios descritos no transtorno dissociativo de identidade eram chamados de personalidade dupla ou múltipla, o que foi alterado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, para enfatizar que o que define essa condição não são as muitas personalidades e sim a dificuldade em integrar os aspectos de um indivíduo em uma única identidade. Desta forma, a alteração da terminologia infere que a personalidade unificada é uma construção obtida e alternada não algo já adquirido, sendo assim, o tratamento atual visa a unificação dos estados de identidade do paciente, para que seja possível encontrar controle e uma memória comum (CARDEÑA, 2017).

É interessante, portanto, dizer que a convergência dessas memórias é necessária, pois o indivíduo que possui dificuldade em fazer essa integração pode ter como consequência uma disfunção nos aspectos fundamentais do cérebro, fator que coloca o paciente em sofrimento psiquiátrico. Vale refletir, que ainda há mudança de uma personalidade para outra, que é habitualmente abrupta e ligada a situações estressantes. Por conseguinte, alguns dos sintomas apresentados por esses pacientes incluem amnésias lacunares, alucinações auditivas e outras manifestações dissociativas (NEGRO, 1999).

Para Paraventi (2016), o TDI não deve ser visto como um fenômeno raro ligado a uma sintomatologia exuberante e dramaticamente clara. O autor deixa claro que seria um erro, já que os pacientes que apresentam essa mistura de sintomas dissociativos com sintomas psiquiátricos, costumam, com frequência, gerar erros

diagnósticos e tratamentos ineficazes. É imprescindível, portanto, reconhecer a distinção entre as principais comorbidades e os diagnósticos diferenciais, por exemplo, transtornos psicóticos, transtorno de personalidade borderline e simulação.

Conforme o autor Maldonado esclarece, as identidades podem ser alvo de distúrbios de memória e amnésia. Neste caso, é interessante afirmar que o grau de amnésia experienciado no TDI não é sempre o mesmo, porque irá depender das diferentes áreas de informação autobiográfica, ou seja, dos estados de identidade. Neste contexto, é plausível referir que confusões podem ocorrer ao identificar o transtorno, por isso fica claro o motivo de Paraventi enfatizar a observação cuidadosa desses pacientes tornando-a imprescindível, pois segundo ele “suas sintomatologias podem se assemelhar muito às dos transtornos dissociativos” (PARAVENTI, 2016). Uma forma de subdividir os transtornos dissociativos é de acordo com o quadro 1, daí a importância da compreensão de cada divisão para que não haja divergência no diagnóstico.

#### **Quadro 1 – Critérios diagnósticos do DMS-5 para transtornos dissociativos**

<p><b>Transtorno Dissociativo de Identidade</b></p> <p>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.</p> <p>B. Lacunas recorrentes na recordação de eventos cotidianos, informações pessoais importantes e/ou eventos traumáticos que são incompatíveis com o esquecimento comum.</p> <p>C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p> <p>D. A perturbação não é parte normal de uma prática religiosa ou cultural amplamente aceita.</p> <p>E. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por ex., apagões ou comportamento caótico durante intoxicação alcoólica) ou a outra condição médica (por ex., convulsões parciais complexas).</p>
<p><b>Amnésia Dissociativa</b></p> <p>A. Incapacidade de recordar informações autobiográficas importantes, geralmente de natureza traumática ou estressante, incompatível com o esquecimento normal. Nota: A amnésia dissociativa consiste mais frequentemente em amnésia localizada ou seletiva de um evento ou eventos específicos ou amnésia generalizada da identidade e da história de vida.</p> <p>B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes do funcionamento.</p> <p>C. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por ex., álcool ou outra droga de abuso, um medicamento) ou a uma condição neurológica ou médica (por ex., convulsões complexas parciais, amnésia global transitória, sequelas de traumatismo craniano/lesão cerebral traumática).</p> <p>D. A perturbação não é mais bem explicada por transtorno dissociativo de identidade, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de estresse agudo, transtorno de sintomas somáticos ou transtorno neurocognitivo maior ou menor.</p>

<b>Transtorno de Despersonalização/Desrealização</b>
--

<p>A. Presença de experiências persistentes ou recorrentes de despersonalização, desrealização ou ambas: 1. Despersonalização: Experiências de irrealidade, distanciamento ou de ser um observador externo dos próprios pensamentos, sentimentos, sensações, corpo ou ações (por ex., alterações da percepção, senso distorcido do tempo, sensação de irrealidade ou senso de si mesmo irreal ou ausente, anestesia emocional e/ou física). 2. Desrealização: Experiências de irrealidade ou distanciamento em relação ao ambiente ao redor (por ex., indivíduos ou objetos são vivenciados como irreais, oníricos, nebulosos, inertes ou visualmente distorcidos).</p> <p>B. Durante as experiências de despersonalização ou desrealização, o teste de realidade permanece intacto.</p> <p>C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p> <p>D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (por ex., convulsões).</p> <p>E. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como esquizofrenia, transtorno de pânico, transtorno depressivo maior, transtorno de estresse agudo, transtorno de estresse pós-traumático ou outro transtorno dissociativo.</p>
--

Fonte: Adaptado do DSM-5, 2014.

Nota: Em crianças, os sintomas não são mais bem explicados por amigos imaginários ou outros jogos de fantasia.

Ora, em tese, pode-se dizer que a dissociação desempenha um papel de defesa mental, como um mecanismo de “desligamento” protetivo individual, em consequência de que o indivíduo pode se mostrar incapaz de lidar com o trauma de em algum momento de sua vida e, por isso, tem-se como alternativa o aparecimento de outras identidades. Mesmo com características que julgamos serem passíveis de fácil reconhecimento, o transtorno não apresenta uma sintomatologia tão óbvia.

Mordini (2012) relata que:

É provável que o DPM ocorra como uma tentativa de integrar as consequências de experiências traumáticas em indivíduos com alta sugestibilidade. A exposição a um trauma físico ou mental grave e emocionalmente avassalador pode, de alguma forma, provocar transtornos dissociativos, como se o indivíduo fosse incapaz de lidar com o trauma de manter sua própria personalidade.<sup>1</sup>

Segundo Forrest (2001), as construções e teorias de desenvolvimento, incluindo estados psicobiológicos, imaginação, fantasia, teoria do apego e processos integrativos do self<sup>2</sup>, podem estar subjetivamente ao desenvolvimento do TDI. Entretanto, na literatura atual ainda sabe-se relativamente pouco sobre os processos neurais e psicológicos de evolução subjacentes ao transtorno.

<sup>1</sup> MPD is likely to occur as an attempt to integrate the consequences of traumatic experiences in individuals with high suggestibility. The exposure to a severe and emotionally overwhelming physical or mental trauma could somehow provoke dissociative disorders, as if the individual is unable to cope with the trauma of maintaining unit his own personality.

<sup>2</sup> Self é o que irá definir uma pessoa em sua individualidade e subjetividade, ou seja, a sua essência.

Com base neste ponto, pode-se analisar algumas características sintomáticas dos transtornos dissociativos. Steinberg (1995) desenvolveu a Entrevista Clínica Estruturada para Transtorno Dissociativos, para que desta forma, a avaliação da dissociação ficasse mais clara. Como mostra a figura 1, essa descrição utiliza a combinação da amnésia, despersonalização, desrealização, confusão de identidade e alteração da identidade.

**Figura 1 – Características dos Transtornos Dissociativos**

Os 5 principais componentes dos Transtornos Dissociativos



Fonte: Adaptado de Steinberg, 1995.

A maioria apenas mostra de forma evidente sintomas dissociativos isolados ou sintomas comórbidos, como ansiedade, depressão ou abuso de substâncias. O TDI é um transtorno crônico, com manifestações às vezes sutis e intermitentes (KLUFT, 2003). É oportuno resgatar que a sintomatologia mais relevante pode permanecer dissimulada e oculta durante uma entrevista clínica habitual. Uma das características que podem estar presentes é a simulação, por conseguinte, os pacientes não informam os sintomas intrusivos sutis característicos do transtorno, relatando então, de forma exagerada, os sintomas já descritos na literatura, como a amnésia dissociativa, ao mesmo tempo que relatam bem menos sintomas comórbidos menos divulgados, como a depressão. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade simulado tendem a não estar perturbados pelo transtorno e até mesmo gostar de “tê-lo” (DSM-V, 2014).

Daí a percepção de que, diversos autores estão se empenhando para elaborar conceitos para os transtornos, verificando as variantes atípicas, alterações do estado de ego, isomorfismo ou até mesmo as fragmentações. Juntamente com isso, investiga-se como a idade, gênero e experiências anteriores influenciam a expressão dos sintomas durante entrevistas (KIHLLSTROM, 1994). Neste cenário temos Kluff (1984), que exhibe um modelo da etiologia do TDI, no qual quatro fatores devem estar presentes no indivíduo para que ele o desenvolva esse transtorno, podendo ser a predisposição à hipnose, a presença de um mecanismo de defesa adaptativo dissociativo para eventos traumático, a junção dos substratos psicológicos que contribuem para o desenvolvimento de personalidades substitutas específicas e que resultam em divergência das estruturas cognitivas, e a ausência de carinho para com experiências restauradoras que não permitem à criança se recuperar de traumas.

Citando caso análogo, Braun (1990) sustenta determinadas etapas no desenvolvimento do transtorno, sendo igualmente a capacidade biopsicológica de dissociar frente a exposição da criança a um local que pode ter ocorrido um abuso imprevisível por cuidadores primários, um episódio traumático que aponta aparição primária de dissociação como fuga, e a separação de memórias como resultado de contínuos fenômenos abusivos. Nesse ritmo, o paciente expõe-se a vivenciar histórias de vida divergentes para os respectivos complexos de memória.

Está claro que, é fundamental levarmos em consideração as dificuldades para consolidar um diagnóstico de TDI, portanto, diante desse fato, fica evidente a importância de compreender o máximo de aspectos que envolvem o transtorno para diminuir essa margem de erro. Como esclarece Gonzalez (2013), é notório que os pacientes entrevistados nas últimas décadas podem não estabelecer os sintomas de forma objetiva, características isoladas de dissociação ou manifestações comórbidas.

## **4.2 Exposição ao Trauma**

O abuso infantil mais grave e precoce parece diferenciar o TDI de outros transtornos. Gentile (2013) considera que esse é o transtorno dissociativo mais complicado e teoricamente desafiador, já que ele engloba diversos fenômenos dissociativos. Em consequência de que, não é causado pelo uso de substâncias exógenas ou até mesmo por condições médicas, mas sim por sintomas pós-

traumáticos, somatoformes, depressivos e dissociativos, ademais os efeitos do trauma são diversos.

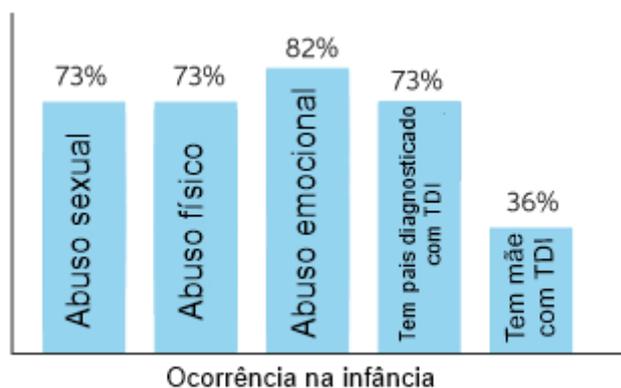
É preciso, porém, ir mais além, posto que em um desenvolvimento normal a formação de uma identidade integrada é fundamentada através das diversas experiências vivenciadas, principalmente durante a primeira infância. Em contrapartida, a criança que está sobrecarregada e em constante tensão, talvez tenha os diversos elementos e informações que precisariam ser incorporados e integrados no decorrer do crescimento, desconectados. Os resultados de ações, como o abuso e o desamparo físico ou emocional grave, têm potencial para desencadear um transtorno dissociativo de identidade.

De fato, o abuso infantil mais grave e precoce parece diferenciar o TDI de outros transtornos. Aliás, trabalhos clínicos e epidemiológicos realizados em países como Estados Unidos, Austrália, Turquia, Porto Rico, Holanda, Alemanha e Canadá exibiram reiteradamente que o TDI tem relação com experiências abusivas crônicas anteriores na infância, sendo frequentemente por pessoas próximas. Os dados levantados levaram em consideração 994 mulheres da população geral da Turquia, nas quais foram colhidos autorrelatos e verificado comportamentos condizentes com uma dissociação, para avaliar da veracidade das informações os pesquisadores avaliaram em escores altos e baixos, desta forma foi identificado 4 casos de TDI, e em todos apresentou-se um histórico de abuso e/ou negligência ainda na infância (SAR, 2017).

Certamente a realidade do abuso e da negligência provocam sentimentos de alienação, isolamento e solidão, os frutos desse processo agravam a repercussão do trauma, bem como a evolução e a persistência do TDI. Quando não há assistência que permita enfrentar e resistir os processos particulares das violações experienciadas, a criança se torna impossibilitada de construir sentidos para os eventos abusivos por meio destes estados afetivos, destarte ela acaba por inibir a integração do abuso com outras memórias autobiográficas. Por conseguinte, o conteúdo dessas experiências traumáticas fica em segundo plano e não acontece a unificação das lembranças. À medida que, há ocorrências frequentes e o isolamento, a criança não inicia um sistema de senso comum de si e acerca do outro, dado que

existe uma separação de suas experiências, deste modo pode ser observado a formação de identidades dissociativas (SAR, 2017).

**Figura 2 – Traumas de infância em adolescentes com TDI.**



Fonte: Adaptado de Dell, 1990.

Uma avaliação clínica descrita por Dell (1990) com pacientes diagnosticados com Transtorno Dissociativo de Identidade, constatou que todos tinham um histórico de trama na infância. Houve então, uma organização em percentual para representar os principais dados colhidos nesta pesquisa (Figura 2). Sob essa ótica, foram expostos abuso sexual, abuso físico, e abuso emocional, além da verificação de dos pacientes que já tinham um dos pais diagnosticado com transtorno dissociativo e que possuíam mães com TDI.

Ainda que seja difícil explicar, é sabido que as crianças não nascem com um senso de uma identidade unificada, ela irá se desenvolver a partir de diversas fontes e experiências. Estudos norte-americanos informaram que 97 a 98% dos adultos com Transtorno Dissociativo de Identidade sofreram abuso enquanto criança. Para Spiegel (2015) “tal abuso pode ser documentado em 85% dos adultos e 95% das crianças e adolescentes com outras formas de transtornos dissociativos”. Não obstante, o material adquirido demonstrou que o abuso infantil é uma realidade norte-americana, sendo a principal razão entre os pacientes estes dados estabeleçam o abuso infantil como grande causa entre pacientes norte-americanos (SPIEGEL, 2015).

Do ponto de vista de Uchitel (2004), a correlação entre trauma e dissociação é exemplificada quando um trauma não é compreendido e processado pelos demais materiais psíquicos. Esse mecanismo, que acarreta um enorme sofrimento, produz a fragmentação do ego, e desse modo, afasta os acontecimentos e não permite que a

forma consciente os revivencie novamente. Espera-se, desta forma, obter um indivíduo mais “saudável” e capaz de lidar com toda dor que lhe foi causada.

Fica evidente, diante desse quadro, que os indivíduos que sofreram traumas interpessoais ininterruptas vezes no início da infância até o crescimento conseguem ser consideravelmente sujeitos à deterioração, principalmente se o tratamento não estiver adequado as gamas de dificuldades individuais. Entre essas, podem estar incluídas a dissociação, desregulação afetiva, transtornos de humor, problemas de identidade, somatização e sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), tal qual abuso de substâncias, automutilação e dificuldades interpessoais (COURTOIS, et al, 2012).

### **4.3 Modelos Diagnósticos**

Conforme verificado, o diagnóstico do TDI não é comumente realizado anteriormente a idade adulta, ainda que os traumas relacionados, como abuso físico e/ou sexual constante, tenham ocorrido muito anteriormente ao desenvolvimento do transtorno (LEWIS, 1997). Sabe-se de antemão, que a identificação de uma doença ou de um transtorno é o objetivo diagnóstico, e neste ponto, essa identificação pode ser julgada como indispensável pela psiquiatria já nos anos 50, valendo ressaltar que sua elaboração vem avançando significativamente desde então. Porém, além disso, a importância de determinar um diagnóstico psiquiátrico é relevante quando há pretensão de reconhecer as causas, os mecanismos, a evolução de doenças e até mesmo criar hipóteses. Por isso, é indiscutível ser uma das mais favoráveis maneiras de estabelecer uma conduta terapêutica e preventiva (ABREU et al., 2006).

Percebe-se desde já, que o TDI é um obstáculo para a neurociência desde sua nomenclatura até o entendimento em totalidade. A princípio chamado de Transtorno de Personalidade Múltipla, como já relatado anteriormente, é um transtorno mental de difícil diagnóstico devido à sintomatologia diversificada e à sua comorbidade. Apenas em 1980 se tornou um diagnóstico oficial da Associação Americana de Psiquiatria, e atualmente possui critérios diagnósticos estabelecidos categoricamente pelo DSM-V-TR e pela CID-10, que são utilizados para pesquisa e clínica.

Pode-se afirmar que a avaliação de um paciente potencial para um quadro dissociativo precisa superar obstáculos que visam a exclusão de uma condição

médica primariamente, como o uso de substâncias exógenas ou uma doença neurológica que fundamente de forma tangível os sintomas expressados. Resumidamente, procura-se alteração escalares que costumam envolver a morfofisiologia do paciente e/ou agentes para que, só então, inicie a investigação de fatores psíquicos (KLUFT, 2003).

É de salientar que o TDI foi apenas, superficialmente, retratado na 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças em conjunto com outros transtornos dissociativos, ao passo que no DSM-V é muito mais estruturado. O problema, contudo, é que essa divergência de critérios complica os avanços internacionais de pesquisas, bem como encarece ainda mais os recursos diagnósticos. Vale esclarecer que esses pacientes usualmente já exibem vários sintomas diferenciados, e este perfil polissintomático pode prejudicar a avaliação o TDI, a menos que os sintomas dissociativos sejam sistematicamente avaliados (BRAND, et al., 2016).

Os sintomas dissociativos de confusão de identidade, alteração de identidade e amnésia. Formam os sintomas centrais que diferenciam TDI de outros transtornos no DSM-V, sendo apenas os dois últimos exigidos na CID-10 (DORAHY, 2014). Dell (2001) relata que:

A crescente tendência da confiabilidade diagnóstica não é o que evidencia o TDI. É verdade que, quando utilizados por pesquisadores e clínicos treinados, a Entrevista Clínica Estruturada para Distúrbios Dissociativos do DSM-IV R (SCID-D) e o esquema de Entrevista Dos Distúrbios Dissociativos (DDIS) têm excelente confiabilidade para o diagnóstico. Há pouca evidência, no entanto, de que o diagnóstico de TDI é confiável quando é feito, ou não, pelo clínico médio que usa apenas DSM-IV ou DSM-IV-TR<sup>3</sup>.

Ao mesmo tempo que percebemos essas contradições a respeito da confidencialidade diagnóstica, é constatado que nas últimas duas décadas novos instrumentos de avaliação estão sendo desenvolvidos para análise de sintomas e até mesmo das experiências dissociativas (RUNTZ, 2005). Neste contexto avaliativo, descreve-se as entrevistas clínicas estruturadas como métodos padronizados para

---

<sup>3</sup> DID has not been lifted by the rising tide of diagnostic reliability; the everyday reliability of the diagnosis of DID is abysmal. It is true that, when used by trained re searchers and clinicians, the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders Revised (SCID-D-R) and the Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS) have excellent reliability for the diagnosis of DID. There is little evidence, however, that the diagnosis of DID is reliable when it is made (or not made) by the average clinician who uses (only) DSM-IV or DSM-IV-TR.

levantamento do histórico clínico da doença, ao passo que as entrevistas semiestruturadas possibilitam ao avaliador adaptar-se as questões da linguagem do doente e questionar sobre suas inconsistências mais intimamente (MCINTOSH, 2015).

Os critérios analisados no DSM-V-R baseiam-se nas entrevistas semiestruturadas, logo utilizam-se questões de acordo com os devidos critérios e que permitam discuti-las diretamente com o paciente. Depois, o entrevistador precisará explicar a sua análise clínica sobre a presença ou não dos critérios correspondentes, não sendo delimitados só pelas respostas do paciente. Porém, cabe ao entrevistador ter indicadores precisos e com os padrões necessários, assim como especificado no DSM-V-R (ARNTZ, 1992).

É certo que as ferramentas de triagem não são capazes de estabelecer um diagnóstico de Transtorno Dissociativo de Identidade, por outro lado, podem excluir pessoas que têm uma pequena possibilidade de apresentá-lo, e também evidenciar os que devem ser encaminhados para as entrevistas clínicas a fim de fornecer um diagnóstico absoluto. A Escala de Experiências Dissociativas e o SDQ-20 são geralmente utilizados para a realização dessas triagens, diferentemente das entrevistas clínicas, que podem ser classificadas como padrão-ouro. Deste modo, a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos Dissociativos (SCID-D) tornou-se definitiva como um padrão, sendo ela uma entrevista clínica semiestruturada que dispõe da observação de um entrevistador clínico para aplicá-la (ROSS et. al, 1989).

#### **4.3.1 Dificuldades Diagnósticas**

Em congruência com o que foi dito anteriormente, reafirma-se que o diagnóstico de transtorno dissociativo de identidade é contraditório, em adição a propensão de erros e subdiagnósticos. A contar do momento em que se procura um tratamento adequado dos sintomas até um diagnóstico preciso, os indivíduos costumam receber vários diagnósticos errôneos com uma média de 7 a 12 anos (REINDERS et al., 2018).

A partir desta sondagem, observamos clínicos e cientistas duvidando da veracidade do TDI e, inclusive, de sua existência. Múltiplos motivos estão atrelados a essa invalidação, como a desvalorização de estudos epidemiológicos, a incompreensão do espectro dos transtornos dissociativos, a crença na simulação, tal

como a resistência dos pacientes para enfrentar a sensação de vergonha e expressar sua sintomatologia. Consequentemente, essas condições podem induzir a erros e prolongar ainda mais a atenção adequada para a vítima (REINDERS et al., 2018).

É tão forte a imagem que se tem do transtorno dissociativo de identidade que, a menos que o paciente se apresente com outro nome e explique claramente que é uma parte distinta de sua própria personalidade, é difícil encaixá-lo nesses critérios. Apesar da clareza com a qual estes estados mentais alternam, e juntamente com o auxílio do DSM-V, os pacientes tendem a receber outro diagnóstico (GONZALEZ, 2014).

Como já discutido, as comorbidades são usualmente observadas entre indivíduos com transtorno dissociativo de identidade, já que frequentemente também apresentavam outros transtornos psiquiátricos. Em pacientes admitidos em departamentos de emergência psiquiátrica, é observada uma alta prevalência de comorbidades como a depressão maior, transtorno de somatização e transtorno de personalidade limítrofe.

O transtorno de personalidade borderline (TPB) e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) são outro exemplo dessa confusão, uma vez que os grupos de diagnóstico podem expressar várias similaridades descritivas, por mais que apresentem processos psicológicos diferentes. Ainda que, a dissociação e TPB tenha um vínculo tão grande ao ponto de terem sido classificados como o mesmo transtorno, os estudos que visam encontrar técnicas que diferem os dois são limitados (LOUZÃ, 2020).

Fica evidente, diante desse quadro, que novos métodos diagnósticos devem ser indicados para uma avaliação neuropsicológica definitiva. Especialmente quando a atenção e a memória estão alteradas, assim como a regulação do próprio comportamento, o que prejudica as funções decorrentes desse padrão de funcionamento. Para mais, a existência da presença de confusão mental, impulsividade e perturbação, acabam se tornando características que impossibilitam uma busca apropriada de outras funções cognitivas e uma avaliação concreta e segura através dos meios disponíveis (MIOTTO, 2015).

Após anos de negligência, na última década, o TDI está sendo alvo de diversas pesquisas científicas que buscam entender melhor a psicopatologia do transtorno e definir melhores formas de tratamento (NASCIMENTO et al., 2017). No que se refere à Psicologia, diversas alternativas vêm sendo estudadas, e mesmo não havendo um consenso acerca da intervenção ideal, há algumas descrições sobre como deve acontecer o projeto terapêutico desses pacientes (MELO, 2022).

#### **4.3.2 Possíveis Tratamentos**

O tratamento de transtornos traumáticos complexos geralmente é baseado em uma mistura eclética de teorias e intervenções. Cada uma dessas teorias tenta explicar as raízes da dissociação de uma maneira diferente e oferece abordagens de tratamento igualmente dissemelhante (STEELE, 2005). Ainda assim, as principais alternativas são a terapia cognitiva comportamental, terapia psicossocial, aconselhamento em terapia da fala e hipnose.

Em adição, a psicoterapia individual ambulatorial de longo prazo tem se mostrando ser o tratamento de escolha para o TDI. Neste, há 3 aspectos principais, sendo a construção de um vínculo seguro, o firmamento dos sintomas e um trabalho diário para obter um processamento das memórias traumáticas para de desintegrar a hiperexcitação aos estímulos remanescentes, e a procura para integrar as identidades através da reabilitação. Cabe lembrar que seus traumas causam muito sofrimento, e ter mais de 1 identidade pode ser um grande desafio para a realidade na qual estamos inseridos, por isso, a atenção e empatia com o paciente é essencial (PEZZINI, 2022).

Sendo assim, uma consideração importante, é que os indivíduos diagnosticados com TDI tendem a possuir extrema sensibilidade a questões de confiança e rejeição interpessoal, o que dificulta o tratamento breve em um ambiente de atenção gerenciada. Os terapeutas que comumente tratam pacientes com TDI, os veem como pacientes ambulatoriais semanalmente ou quinzenalmente por anos, com o objetivo de fusão dos estados de personalidade (GILLIG, 2009).

Os modelos de traumas ressaltam que a causa da dissociação patológica é uma falha na função integrativa normal desenvolvida, devido aos impactos cognitivos e neurobiológicos advindos do abuso precoce e crônico, e tem como objetivo estabelecer a integração e reduzir as dissociações das partes do self. Entre as

técnicas utilizadas está a Hipnose, que permite o fortalecimento da habilidade de enfrentar o estresse emocional, fazendo com que o paciente relaxe e foque em sua própria mente. Os terapeutas do Modelo de Trauma utilizam ainda outras técnicas criativas para processar memórias e diluir divisões, como a Reprogramação de Dessensibilização por Movimentos Oculares (MELO, 2022).

No que se refere à farmacoterapia, atualmente, não há medicamentos que reduzam a dissociação, mas alguns deles são utilizados para diminuir os sintomas comórbidos do TDI, como antidepressivos, ansiolíticos, estabilizadores de humor, antipsicóticos e outros a depender da característica desenvolvida por cada indivíduo (GENTILE et al., 2013).

#### **4.4 A Memória**

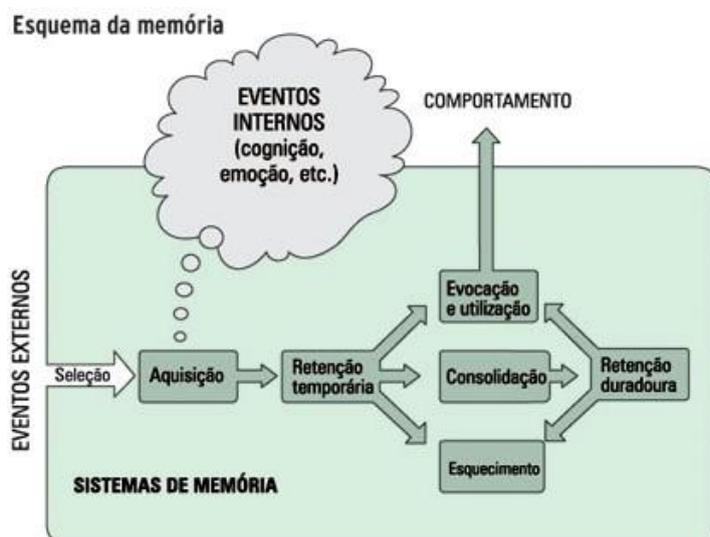
A melhor maneira de compreender o transtorno é considerar o funcionamento da memória, visando destacar que ela é o principal fator existencial, pois além de promover a percepção de tempo e espaço, fornece o sentido de continuidade e identidade. Conforme dito anteriormente, o TDI afeta diretamente a construção da autoidentidade, estes são processos cognitivos, e que se mostram nitidamente irregulares, de tal maneira que os sintomas característicos são a amnésia para os eventos autobiográficos (ŞAR, 2017).

Neste ponto, a memória autobiográfica pode ser entendida como aquela que relaciona às memórias que conservamos referente a nós mesmo e ao nosso vínculo com o meio externo. Sobretudo, ela pode ser dividida em quatro, sendo a diretiva, social, autorrepresentativa e adaptativa. A função da MA diretiva inclui a capacidade de utilizar as experiências passadas enquanto referência para haja solução de problemas atuais, bem como orienta as ações do futuro. No entanto, a função social está intimamente ligada com o desenvolvimento, a manutenção e o melhoramento das redes sociais, estando definida pelas trocas de eventos pessoais com outras pessoas. A função autorrepresentativa informa a capacidade das memórias pessoais em criar e conservar logicamente uma identidade no decorrer do tempo. Em síntese, a função de adaptação transparece o quanto tal sistema pode ser impulsionado para preservar ou modificar padrões de humor esperados ou inesperados (WILLIAMS, CONWAY, & COHEN, 2008).

Definida como um processo cognitivo, a memória é organizada por meio de um agrupamento de procedimentos que atendem a regras de interação com o meio externo e com substratos neurais específicos. A metodologia de integração tem como decorrência o registro de uma experiência duradoura ou não, pois é remodelada mediante o tempo e as alterações de comportamento relativamente perdurável. Juntamente, a memória possibilita a constância do ser humano, preservando sua identidade, ao longo das variações que constituem os eventos do dia a dia (FRANK, 2002).

Provavelmente, há inúmeros tipos de memória, assim como tipos de experiência, e não obstante, diversos autores as rotulam de distintas formas. Neste ponto, podemos considerar o processo de armazenamento como três subprocessos, os quais são a aquisição, consolidação e evocação. A aquisição seria o momento no qual as informações chegam até o sistema nervoso central, e ocorre através das estruturas sensoriais que levam as instruções recolhidas até o encéfalo por meio dos nervos sensitivos logo após o estímulo ser recebido pelos órgãos receptores. O armazenamento de informações irá ocorrer na consolidação e, no que se refere ao regresso, voluntário ou espontâneo, do conteúdo armazenado é executado durante a evocação das memórias. É curioso considerar que a repetição de estímulos interfere no processo de memorização, por consequência, a evocação das informações armazenadas se torna mais fácil (KANDEL, 2006).

**Figura 3 – Operação dos sistemas de memória por sequência de etapas.**

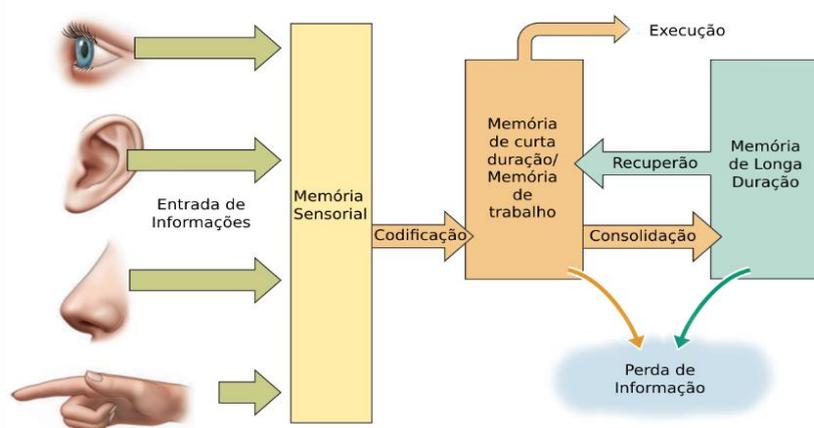


Fonte: Adaptado de Lent, 2010.

Sob essa ótica, explica-se os processos complexos de registro, retenção e recuperação como elementos constituintes da memória, o quais podem ser separados em memórias de curto prazo, de médio prazo e de longo prazo. Por essa ordem, as de curto prazo permanecem por segundos ou um máximo minuto, quando não transformadas em memórias de longo prazo, as de médio prazo, intrinsecamente perduram por dias e semanas, porém acabam por desvanecer, e por fim as memórias de longo prazo, que uma vez armazenadas conseguem ser restaurá-las por muitos anos. Outrossim, é que esta classificação generalizada das memórias, também pode ser dividida em memória de trabalho, que engloba a curto prazo no decurso do raciocínio intelectual extinguindo-se conforme há a resolução dos problemas, em memória declarativa, que foca nos detalhes de pensamentos integrados, e em a memória procedural que está a relacionada a execução de movimentos corporal (GUYTON, 2021).

Baddeley et al. (2010), organiza e estrutura as distinções entre os tipos de memória em sensorial, curta duração e longa duração (Figura 4). E ainda afirma que “[...] o nosso conhecimento do mundo, armazenado na memória de longa duração, pode influenciar o nosso foco de atenção, que então determinará o que é alimentado para os sistemas de memória sensorial, como isto é processado e se será evocado”. Esta memória sensorial é definida por ser de curta duração, sobretudo no caso de estímulos não recuperados, ela proporciona a retenção das informações que se apresentam pelos sentidos, sendo esses estímulos gustativos, proprioceptivos, auditivos, táteis, olfativos ou visuais.

**Figura 4 – Processamento de informações da memória**



Fonte: Adaptado de Baddeley, Alan, et al., 2010.

De acordo com Schunk (1996), as imagens são armazenadas como códigos verbais e só em seguida serão traduzidas em elementos visuais se uma imagem for requisitada. A memória de longo prazo é a que retém de forma definitiva a informação, permitindo sua recuperação ou evocação, nela estão contidos todos os nossos dados autobiográficos e nosso conhecimento. É significativo considerar que não existe um limite estabelecido para diferenciar as extensões da memória de médio e de longo prazo. No entanto, é possível que as memórias de longo prazo, em geral, resultem de alterações estruturais reais (SCHUNK, 1996).

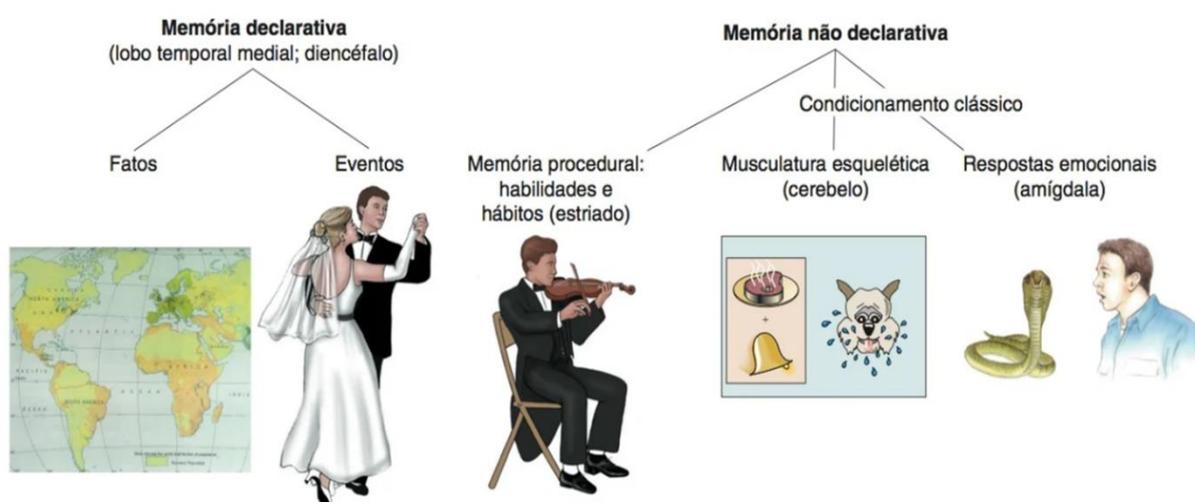
Não menos importante que essa consideração, é também fundamental frisar as propriedades da memória de longa duração, assim como a sua capacidade ilimitada, provem de uma enorme rede de interconexões frente os inúmeros materiais armazenados e, como sua nomenclatura já anuncia, uma longa duração. Contudo, a generalidade de profissionais clínicos cognitivos determina três divisões de memória de longo prazo, a semântica, episódica e processual (BANIKOWSKI & MEHRING, 1999).

Dalgalarrondo (2019) comenta que a memória semântica seria aquela que retem e registra os conteúdos armazenados em concordância com o seu significado, além de estar relacionada com o aprendizado, conservação e uso do “inventário” total das concepções e conhecimentos de uma pessoa. Já a episódica refere-se à memória explícita, de médio e longo prazos, estando associada aos eventos característicos da experiência pessoal que foram definidos de acordo com o ambiente que o indivíduo estava inserido. E, por fim, a processual, que estaria associada as habilidades visuoespaciais, de percepção moderadamente complexas, as motoras, e também as memórias implícitas que englobam a capacidade automática de aprendizado das línguas.

É importante ressaltar que existem dois tipos de MLP, a implícita ou não declarativa e a explícita ou declarativa (Figura 5) (IZQUIERDO, 2002). A memória explícita é relacionada ao conhecimento consciente, obtido geralmente com algum esforço. Esse tipo de memória é adquirida e evocada com plena intervenção da consciência incluindo as lembranças de fatos autobiográficos da memória autobiográfica. Por outro lado, a utilização e obtenção da memória implícita não é percebida, ocorrendo sem esforço e de modo não consciente, sendo assim, pode ser

estabelecida de maneira automática e espontânea. Outrossim, é que ela inclui sistemas e conhecimentos gerais fundamentados em palavras, melhor dizendo, compõem o aprendizado e o falar da língua materna (DALGALARRONDO, 2010).

**Figura 5 – Memória declarativa e não declarativa**



Fonte: Adaptado de Bear, 2017.

Dado isso, cabe recapitular que a dissociação está atrelada a falta de integração da consciência, memória e do comportamento. Portanto, quando se apresentam os sintomas dos distúrbios de memória provenientes da dissociação, as interrupções nas funções cognitivas, que prejudicam a memória, a atenção e o funcionamento executivo tornam-se marcáveis (MCKINNON, 2016).

A hipótese de especificidade de codificação na memória humana normal, que explica os achados sobre memória dependentes do estado, sugere que a recuperação será impedida se as condições dentre a codificação e a recuperação posterior diferirem consideravelmente (TULVING; THOMSON, 1973). Em memórias de trauma, essa diferença, sob diversos aspectos contextuais e psicológicos, é significativa especialmente se a identidade dissociativa que tenta recuperar a informação diferir, em sua composição emocional e cognitiva, da identidade dissociativa codificadora da informação.

Do conceito memória, fica claro que pacientes portadores do TDI possuem dificuldades de fazer a integração entre as conexões da memória, por isso estudar o fluxo completo de processamento de informações e recuperação de memória no TDI permitirá uma maior compreensão da origem dos sintomas de memória.

No que concerne a amnésia, ela pode estar relacionada a déficits nas operações desses processos de memória, como codificação, armazenamento e recuperação, por exemplo. É imprescindível, portanto, destacar que a amnésia também pode ocorrer durante a memória operacional, caso os mecanismos de pré-atenção ou de atenção impeçam que as informações cheguem aos processos de memória. Alternativamente, essas operações podem ocorrer na presença da recuperação efetiva da memória, que desvia a atenção ou influencia a interpretação de certas informações recuperadas, criando assim a experiência de amnésia. (HELENE; XAVIER, 2003).

Com isso em mente, presentemente, o enfoque de algumas pesquisas empíricas relacionadas a memória, tem como objetivo discutir os estados de atenção e a memória de trabalho, avaliando os estágios iniciais do processamento da informação (HELENE; XAVIER, 2003). Portanto, tais conhecimentos são essenciais para o fornecimento de uma base compatível com o entendimento inicial do desenvolvimento dessas amnésias.

#### **4.4.1 Amnésia**

O fato é que os casos de TDI são muito diversos e possuem suas singularidades, porém a amnésia e a fuga dissociativa são características marcantes e relevantes para o diagnóstico. O problema, contudo, é que essas propriedades são os principais sintomas que afetam áreas indispensáveis da vida do indivíduo, como o desempenho nas atividades sociais e profissionais (MARTINEZ, 2018).

Primeiramente, é verdade que a amnésia é um grave comprometimento da memória, e geralmente é decorrente de acidentes ou doenças. Concomitantemente, é indispensável entender que as amnésias podem ser diferentes em sua essência, por exemplo, a perda de memórias que se formaram antes de um evento é chamada de amnésia retrógrada, e não costuma ser incomum. Aliás, regularmente após um acidente que gera dano ao cérebro, as pessoas costumam ter amnésia retrógrada em relação a eventos que aconteceram algumas horas, dias e até anos antes do acidente. Por outro lado, existe a incapacidade de formar novas memórias após um evento, e neste caso a amnésia é anterógrada, aqui, a maioria das memórias antigas permanecem ilesas, porém há dificuldade de recordar o que aconteceu logo após o acontecimento (BREEDLOVE, 2017).

Os indivíduos com TDI podem desenvolver uma amnésia dissociativa, que irá se expressar com a ausência de acontecimentos importantes da vida individual, práticas e atos durante o dia podem ser esquecidos de terem sido desempenhados, além de fissuras na memória relacionada a fuga dissociativa, que seria o deslocamento externamente voluntário do paciente para longe de onde está localizado (PARAVENTI, 2016).

Comumente, nas amnésias dissociativas ou psicogênicas presentes no TDI há perda de elementos mnêmicos seletivos, os quais podem ter um valor psicológico específico. O resultado, contudo, é que o indivíduo pode esquecer, por exemplo, de uma fase ou um evento de sua vida, mas consegue lembrar primordialmente o que ocorreu à sua volta. O que ocorre é quase sempre uma amnésia retrógrada, e por isso, a amnésia dissociativa pode aparecer em sequência a um episódio de trauma emocional, da mesma forma que é capaz de se associar a fuga dissociativa. Ligado à amnésia dissociativa, pode ocorrer a chamada fuga dissociativa, como já citando anteriormente, o indivíduo perambula sem rumo, por horas ou dias, em estado parcialmente alterado da consciência, chamado de estado crepuscular da consciência (DALGALARRONDO, 2019).

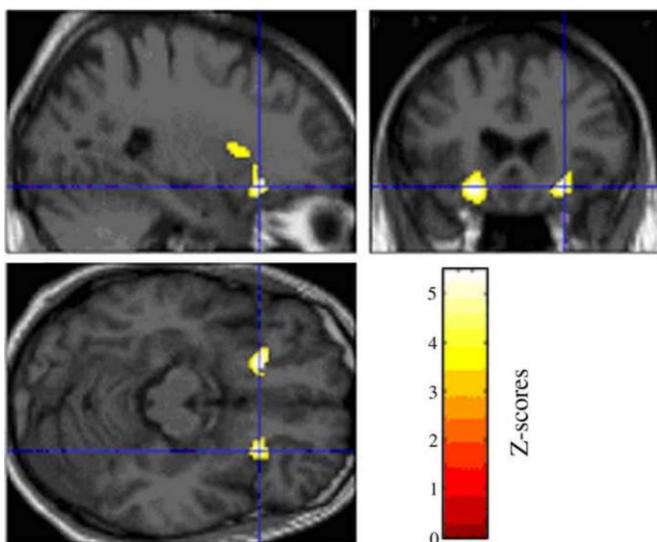
No transtorno dissociativo de identidade, as lacunas recorrentes na recordação de eventos vivenciados e as informações pessoais são um critério diagnóstico central. Deste jeito, podem se apresentar como amnésia bidirecional, ou seja, sem transferência de informações relatadas entre identidades ou amnésia unidirecional, com apenas uma identidade relatando acesso as memórias do outro. Não é incomum que adultos com TDI apresentem identidades que relatam plena consciência de experiências traumáticas do passado e outros que relatam pouca ou nenhuma lembrança de eventos traumáticos anteriores (MARSH et al., 2021).

Perante a perspectiva sociocultural, existe um extenso realce da memória, seja para sua fragilidade ou capacidade. Dito isso, vale frisar que os eventos traumáticos podem produzir uma amnésia extensa, mas as descrições na literatura focam em traumatismos psicológicos isolados que estabelecem amnésias retrógradas para eventos traumáticos e não-traumáticos. Contudo, não sugerem com clareza a possibilidade de bloquear experiências traumáticas repetidas e prolongadas no caso de pacientes com abuso na infância, assim como ocorre no TDI (NEGRO, 1999).

É indiscutível que muitos estudos indicam que a amnésia está relacionada a áreas danificadas do lobo temporal medial e hipocampo (SIMÃO, 2017). Esses trabalhos incluíram pacientes com danos em regiões específicas do cérebro, mais precisamente no hipocampo, os quais foram fundamentais para esclarecer a organização do sistema de memória, expondo que ela não é apenas um fenômeno unitário (CLARK; MAGUIRE, 2016).

A título de exemplo, foi realizado um estudo com 14 pacientes portadores de amnésia dissociativa decorrida de eventos estressantes ou traumáticos, além de terem perda da memória autobiográfica. Como resultado, constatou-se alterações nas imagens funcionais e dos dados neuropsicológicos adquiridos. Então, ao acompanhar as alterações cerebrais funcionais, que foram medidas pela tomografia por emissão de pósitrons (PET) utilizando o 18F-fluorodesoxiglicose (FDG-18F), encontrou-se uma diminuição significativa da utilização de glicose no córtex pré-frontal inferolateral direito nos pacientes (BRAND, 2009).

**Figura 6 – Diminuições relativas no metabolismo regional da glicose cerebral**



Fonte: Adaptado de Brand, 2009.

Notas: Visões sagital, frontal e horizontal com mapa de escores Z. A cruz indica o locus do único ponto significativamente desativado no córtex pré-frontal inferolateral direito.

Vê-se pois, que o hipometabolismo nesta região do cérebro, conhecido por estar envolvido na recuperação de memórias autobiográficas e no processamento autorreferencial, pode ser correspondente a área cerebral funcional da amnésia. A localização deste hipometabolismo no córtex pré-frontal inferolateral direito entre os

casos é um achado interessante, uma vez que, enfatiza os relatos anteriores sobre o córtex pré-frontal direito ser uma estrutura essencial no desencadeamento de informações relacionadas ao *self*. Desta maneira, seu mau funcionamento atrapalha o acesso às memórias autorrelacionadas, assim como a avaliação de si mesmo, os processos autorregulatórios, a regulação emocional e a discriminação entre mentira e verdade. Além disso, a região inferolateral está ligada à recuperação de conteúdo autobiográfico emocional com predominância de eventos negativos ou tristes (BRAND, 2009).

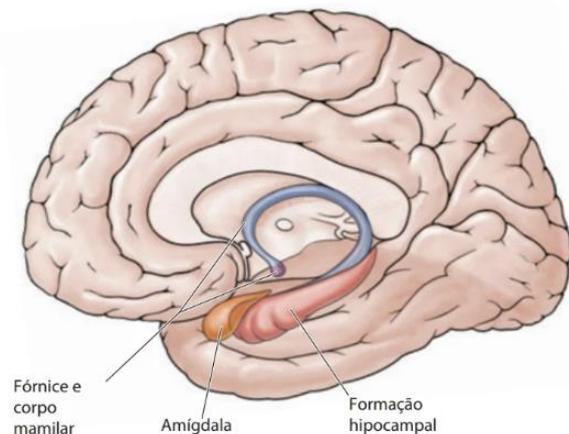
Esse fato reforça, ainda mais, a importância de gerar uma forte base empírica que nos permita compreender melhor os mecanismos de memória, sobretudo aqueles envolvidos na lembrança e no esquecimento de memórias traumáticas (MANZANERO, 2010). Visto que, desta maneira, o saber acerca das alterações desses processos presentes nos indivíduos com TDI, pode servir como uma estratégia preventiva para o desencadeamento de alterações posteriores.

#### **4.4.2 Mecanismos neuroanatômicos envolvidos no processamento de memória**

Diante do exposto, pode-se inferir que a memória humana tem funções de codificação, armazenamento e, posteriormente, de recuperação. No TDI, algumas dessas funcionalidades estão comprometidas, como exemplo, as memórias de eventos passados e específicos. Por isso, para localizar essas alterações, primeiramente, é pertinente reconhecer como ocorre o desenvolvimento do processamento dessas memórias, já tendo como concepção que os processos são dependentes de uma rede neural multicomponente que envolvem interações entre estruturas corticais e subcorticais do encéfalo (BAUER, 2020).

A partir desse conceito, considera-se que a formação hipocampal é essencial para a memória, assim como a amígdala, que participa da aquisição, consolidação e recordação de memórias emocionais. Como resultado, prejuízos à memória após um dano à formação hipocampal ou outras estruturas corticais adjacentes, podem ser determinantes para as memórias declarativas. Deve-se chamar atenção para a consolidação de ambas as formas de memórias explícitas, a memória semântica e episódica, que uma vez prejudicadas irão, respectivamente, impactar no conhecimento de fatos, pessoas, objetos, significado de uma nova palavra, e então nos eventos de contexto espacial e temporal (MARTIN, 2014).

**Figura 7 – Formação Hipocampal e Amígdala**



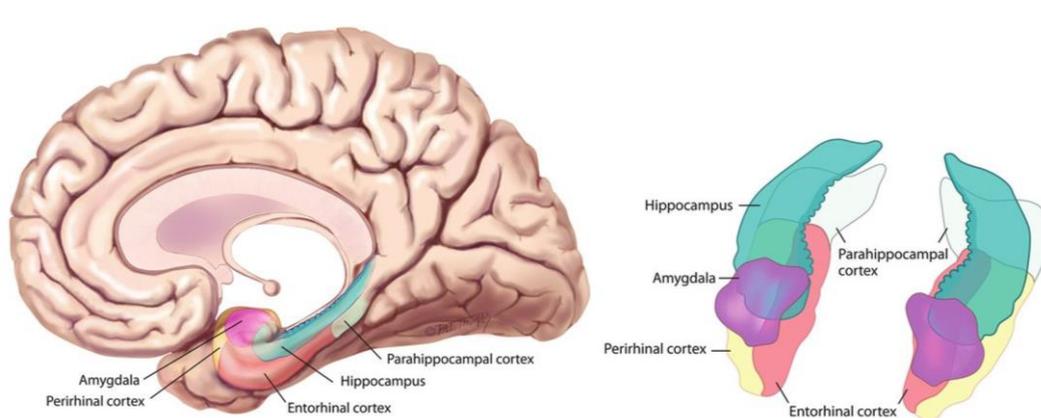
Fonte: Martin, 2014.

Nota: O fórnice é a via de saída da formação hipocampal.

Conforme descrito por Breedlove (2017), estruturas como tálamo e hipotálamo que possuem conexão com o hipocampo, tálamo dorsomedial, e ambos os corpos mamilares participam na formação de memórias de longo prazo declarativas. Alguns estudos de pessoas com lesões cirúrgicas do fórnice, que interliga o hipocampo e os corpos mamilares, confirmam e ampliam essa ideia, pois tais indivíduos apresentam dificuldade seletiva para formar novas memórias declarativas (TSIVILIS et al., 2008).

Conjuntamente, acredita-se que o córtex perirrinal seja responsável pela sensação de familiaridade na memória, enquanto a recordação do item é função do hipocampo. O processamento de aspectos contextuais da memória parece depender especialmente do córtex parahipocampal, ao passo que o hipocampo atua como estágio final de convergência para regiões adjacentes do córtex, ocasionando o armazenamento de memórias declarativas no córtex (BREEDLOVE, 2017).

**Figura 8 – Estruturas atreladas a sensação de familiaridade da memória.**



Fonte: Adaptado de Purves, 2008

Ao que tudo indica, a memória semântica está habitualmente associada com a atrofia nos lobos temporais, sendo que o hemisfério esquerdo, o lobo inferior e a parte anterior do lobo são as mais afetadas. É oportuno enfatizar que a memória sensorial entra através dos órgãos dos sentidos e lá pode ser codificada implicitamente como informação pré-ativada abrangendo o córtex sensorial ou como memória procedural, a qual depende dos núcleos da base e possivelmente do cerebelo. À vista disso, fica indispensável afirmar que a maioria das estruturas límbicas estão envolvidas na consolidação e armazenamento, assim como o córtex frontotemporal acaba sendo essencial para a evocação (PURVES, 2008).

Afirmando as informações anteriores Morris & Maistro (2015), declaram que:

As memórias de curto prazo parecem estar localizadas principalmente no córtex pré-frontal e no lobo temporal. As memórias de longo prazo parecem envolver estruturas subcorticais e corticais. As memórias semânticas e episódicas parecem estar localizadas principalmente nos lobos frontal e temporal do córtex, e as memórias processuais parecem estar localizadas principalmente no cerebelo e no córtex motor. Uma estrutura cerebral chamada hipocampo parece especialmente importante na consolidação de memórias semânticas, episódicas e processuais. As memórias emocionais são dependentes da amígdala.<sup>4</sup>

## Quadro 2 – Principais regiões cerebrais envolvidas no processo de memória.

Região Cerebral	Localização da Região	Localização da Região
Amígdala	Formação de novas memórias emocionais e adição do conteúdo às memórias declarativas.	Acima e interconectado com o hipocampo no lobo temporal medial.
Cerebelo	Armazena memórias processuais de habilidades motoras aprendidas que tem como requisito coordenação muscular.	Base do encéfalo, na parte posterior.
Córtex Motor	Envolvido em armazenar memórias processuais.	Entre os sulcos central e pré-central.
Córtex Pré-frontal	Envolvido no armazenamento de memórias de curto prazo.	Lobo frontal
Hipocampo	Desempenha um papel fundamental na formação de novas memórias semânticas e episódicas de longo prazo.	Lobo temporal medial, logo abaixo da superfície do córtex cerebral.

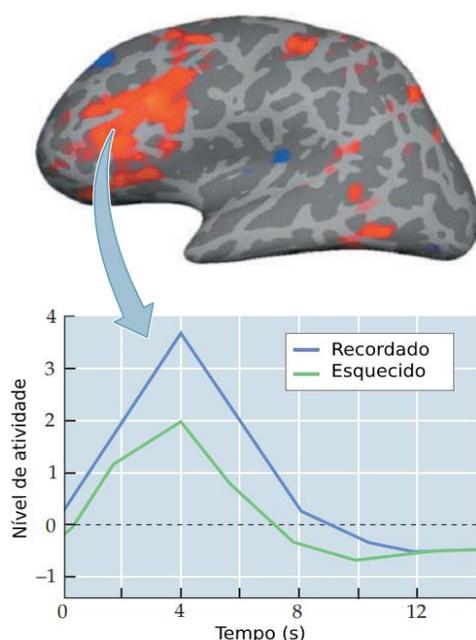
<sup>4</sup> Short-term memories seem to be located primarily in the prefrontal cortex and temporal lobe. Long-term memories seem to involve both sub-cortical and cortical structures. Semantic and episodic memories seem to be located primarily in the frontal and temporal lobes of the cortex, and procedural memories appear to be located primarily in the cerebellum and motor cortex. A brain structure called the hippocampus seems especially important in the consolidation of semantic, episodic, and procedural memories. Emotional memories are dependent on the amygdala.

Lobo Frontal	Armazena memórias semânticas e episódicas.	Corresponde ao osso frontal anterior ao lobo parietal e súpero-anterior ao lobo temporal.
Lobo Temporal	Envolvido na formação e armazenamento de memórias semânticas e episódicas de longo prazo e contribui para o processamento de novos materiais na memória de curto prazo.	Corresponde ao osso temporal; ínfero-posterior ao lobo frontal

Fonte: Adaptado de Morris & Maisto, 2005.

É inegável que o conhecimento das bases neuroanatômicas são de extrema importância para averiguação de alterações cerebrais. Por exemplo, uma maneira poderosa de isolar os correlatos neurais da codificação episódica é o paradigma de memória subsequente, em inglês *subsequent memory paradigm*. Este método compara a atividade da fase de codificação de conteúdo que são lembrados versus aqueles esquecidos. Os resultados dos estudos de linguagem sugerem que o SME na parte anterior do giro frontal inferior esquerdo provavelmente reflete no processamento semântico aprimorado, enquanto o SME na parte posterior é mais propenso a refletir processamento fonológico (PURVES, 2012).

**Figura 9 – Atividade da fase de codificação**



Fonte: Adaptado de Purves, 2012.

Existem achados de neuroimagem estruturais e funcionais que demonstram diferenças entre pacientes dissociativos e populações sem transtornos. No entanto, a

especificidade desses achados para TDI depende de comparações futuras com pacientes com outros transtornos psiquiátricos, além da verificação de que as anomalias estruturais são uma causa ou consequência do TDI. Em um estudo, dados obtidos através da tomografia por emissão de pósitrons (PET), foi comparado as atividades cerebrais entre controles e as identidades dissociativas, essas direcionadas as tarefas cotidianas e memórias de traumas. Os resultados mostraram o aumento do fluxo sanguíneo cerebral na amígdala, córtex insular, áreas somatossensoriais no parietal córtex e os gânglios da base, enfatizando a existência das diferenças psicobiológicas entre indivíduos (SAR, 2017; REINDERS, 2006).

Tendo como base os conhecimentos prévios do funcionamento dos processamentos da memória e das áreas encefálicas. Faz-se mais transparente apurar as modificações neuroanatômicas nos pacientes já diagnosticados, para que em um futuro próximo, seja plausível utilizar esse princípio em pacientes que ainda estão em análise. Por essa razão, as evidências mais solidas são notáveis no que tange a vulnerabilidade biológica do TDI, mesmo que seja difícil apontá-la.

#### **4.4.3 Importantes processos fisiológicos da memória**

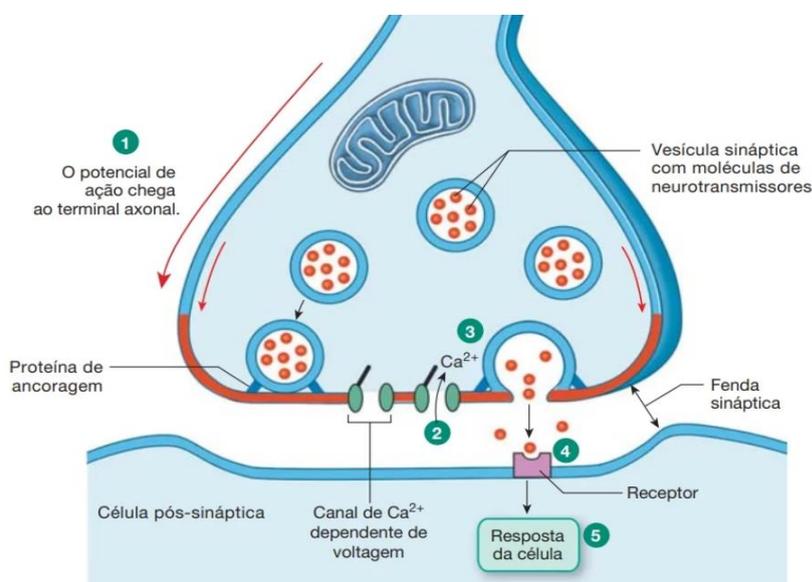
Ao longo dos últimos anos, vários avanços significativos no meio científico mudaram completamente a compreensão acerca dos mecanismos celulares e subcelulares subjacentes às alterações das conectividades sinápticas que auxiliam na formação da memória. Surgiu então, a Teoria da Plasticidade Sináptica e Memória, que reuniu um rico suporte experimental de diferentes áreas da neurociência para se tornar a principal descrição fenomenológica da memória no nível comportamental (MERLO et al., 2015).

O ponto crucial é que a plasticidade neural corresponde a uma qualidade adaptativa do sistema nervoso, que consiste na capacidade de desenvolver alterações perduráveis da função sináptica com o objetivo de prolongar ou facilitar a transmissão de um estímulo através da geração de traços de memória que consistem em novas conexões neurais. Dessa forma, as sinapses não são estáticas, podendo modificar-se com o objetivo de se tornarem compatíveis com a resposta e atividade, mas tal condição só possível devido às propriedades estruturais e moleculares que possibilitam tornar a força sináptica cada vez mais forte (SILVÉRIO, 2006).

Cabe então dizer que a memória provém de mudanças na transmissão sináptica mediante as interações dos neurônios, que ocorrem como resposta de uma atividade neural prévia. Assim, essas alterações fazem com que novas vias, sejam elas facilitadas ou inibidas, se amplifiquem quando estiverem em um circuito neural adequado, desde modo, são formados os traços de memórias (fenômenos bioquímicos), que derivam de alterações ou criação dessas vias (HALL, 2017).

Em conformidade com o analisado, os fenômenos bioquímicos da memória contemplam as modificações estruturais e as funcionais. As estruturais compõem a construção de novas espinhas dendríticas, essas irão possibilitar que um dado neurônio receba mais aferências dos demais neurônios, ou que haja a formação de outros prolongamentos axonais, isso resultará em um neurônio propenso a propagar mais sinais para aqueles que forem captar essas informações. Assim, circuitos que antes não existiam passam a se formar, progressivamente, por meio das modificações morfológicas. Em suma, quando há alterações funcionais, formam-se diferentes canais iônicos ou proteínas sinalizadoras, o que irá potencializar a transmissão sináptica (PURVES et al., 2010).

**Figura 10 – A liberação de neurotransmissores na fenda sináptica.**



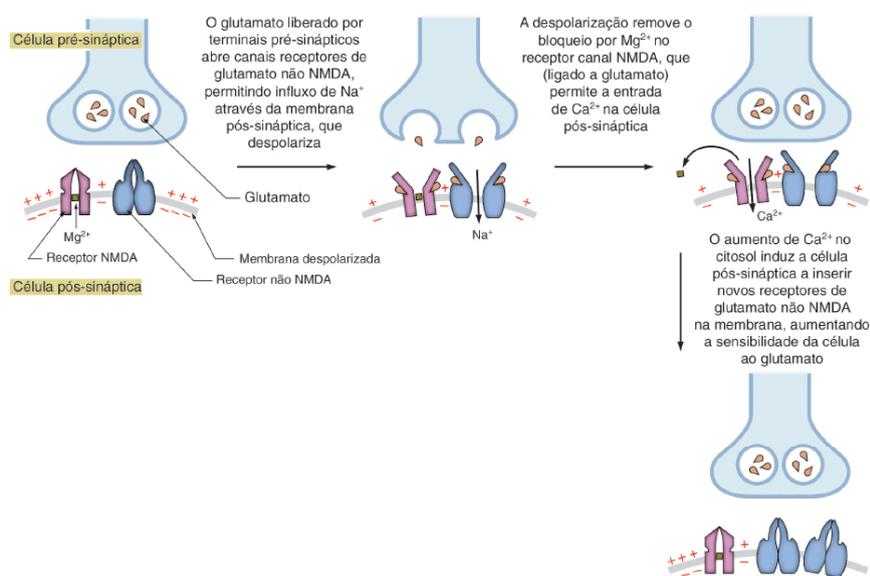
Fonte: Adaptado de Silverthorn, 2017.

É viável considerar que as variações entre curta e longa duração na função sináptica acontecem consequência dos disparos em uma sinapse, podendo essa ser reforçada ou enfraquecida de acordo com eventos vividos anteriormente. Para que essa condução possa ser realizada, acontecerá uma despolarização e um potencial

de ação até que chegue no terminal axonal, desta forma a mudança no potencial a membrana do terminal axonal faz com que os CAV abram e os íons cálcio se desloquem para o interior da célula, ligando-se as proteínas reguladoras e começando a exocitose, assim os neurotransmissores irão se mover de dentro da vesícula para a fenda sináptica (SILVERTHORN, 2017).

Vale, então, destacar que a formação da memória e do aprendizado provém de um evento denominado potenciação de longo termo, esse processo depende dos canais receptores de glutamato. O glutamato liberado pelo neurônio pré-sináptico liga-se aos dois receptores canais, o não NMDA e o NMDA, que se abrem. Logo, o não NMDA permite influxo de  $\text{Na}^+$ , o que despolariza a membrana do neurônio pós-sináptico. Toda essa mudança de voltagem da membrana expelle os íons  $\text{Mg}^{2+}$  que bloqueiam o canal NMDA, fazendo com que este permita o influxo de íons  $\text{Ca}^{2+}$ . O aumento de  $\text{Ca}^{2+}$  citoplasmático ocasiona no acréscimo de mais receptores não NMDA na membrana e ativa a síntese de óxido nítrico no neurônio pós-sináptico, desta forma, retroalimentando positivamente o neurônio pré-sináptico, estimulando então a liberação de mais glutamato (AIRES, 2018).

**Figura 11 – Liberação do glutamato na fenda sináptica**

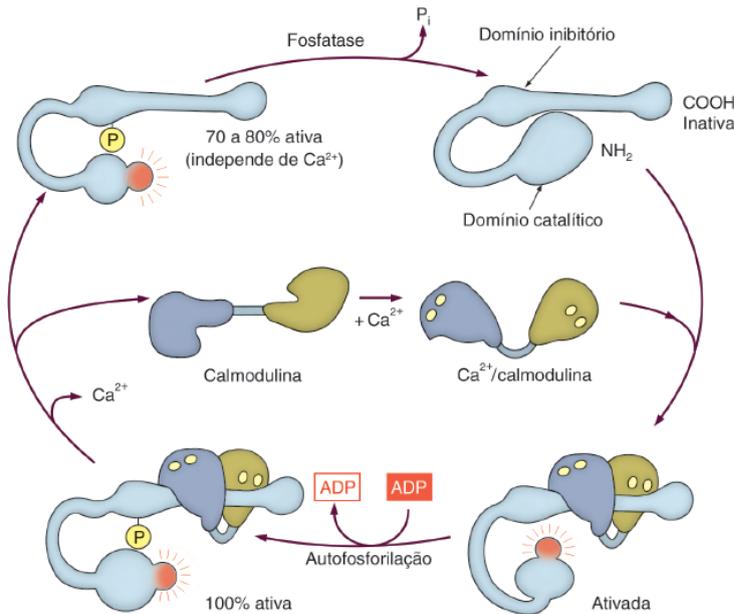


Fonte: Aires, 2018.

Concomitantemente, para que se obtenha a constituição da base da memória são necessárias proteínas tamponantes especiais, e dentro das organelas que estocam  $\text{Ca}^{2+}$ , estes íons encontram-se ligados a elas. Assim, a fim de realizar essa formação, tem-se a interação da proteinoquinase dependente  $\text{Ca}^{2+}$ /calmodulina CAM-

quinase, enzima que apresenta sua conformação alterada para liberar a porção catalítica quinásica da inibição. Sua autofosforilação permite que a enzima continue ativa, mesmo depois de os níveis intracelulares de  $\text{Ca}^{2+}$  caírem e do complexo  $\text{Ca}^{2+}$ /calmodulina se dissociar da quinase (Figura 12). Portanto, é essa propriedade, na CAM-quinase II cerebral que irá servir como base (AIRES, 2018).

**Figura 12 – Sinalização para os mecanismos de memória e aprendizado.**



Fonte: Aires, 2018. p. 74.

Em relação as memórias de curto prazo, uma explicação plausível é a da facilitação ou inibição pré-sináptica, esta acontece nas sinapses que ficam nas fibrilas nervosas terminais, os neurotransmissores secretados nesses terminais geralmente induzem a facilitação que permanece por um tempo variavelmente curto, sejam alguns segundos ou até minutos. Diferentemente das memórias de curto prazo, as intermediárias de longo prazo ou de médio prazo, possuem alterações químicas e físicas temporárias na membrana pré-sináptica ou pós-sináptica, podendo então perdurar entre minutos e muitas semanas. Por fim, as memórias de longo prazo, que são derivadas das mudanças estruturais nas sinapses, podendo assim melhorar ou suprimir a condutância do sinal. Todas essas alterações na estrutura englobam o acréscimo na quantidade de lugares responsáveis pela liberação das vesículas sinápticas, bom como o aumento de vesículas sinápticas disponíveis e do número de terminais sinápticos, além das mudanças na forma das espinhas pós-sinápticas (HALL, 2017).

Espera-se assim, enfatizar que as alterações na memória dos indivíduos podem prejudicar a sua qualidade de vida, já que altera a atenção em relação a percepção do mundo. É certo que a memória é um processo biológico importantíssimo para formação da identidade pessoas, além de ser necessária em muitas funções cognitivas do dia a dia. Por isso sua compreensão é requisitada, principalmente ao estudar transtornos psicológicos.

#### **4.5 Achados Neurobiológicos**

Com o desenvolvimento da neuroimagem obteve-se um avanço metodológico crucial, especialmente para a verificação da implicação de sintomas decorrentes de alterações neuronais. As aplicações práticas dessa técnica são inúmeras, e como consequência, as abordagens contemporâneas de neuroimagem puderam identificar impressões digitais cerebrais do TDI. Desta maneira, dissipando ainda mais a incerteza sobre a veracidade do TDI como uma entidade biológica distinta e ajudando a conectar os pacientes a um tratamento eficaz e especializado. Além disso, os achados de imagem podem apontar o caminho para alvos neuromoduladores que são capazes de melhorar a função em circuitos desregulados (LEBOIS, 2022).

Uma revolução no conhecimento da função encefálica veio à tona com o desenvolvimento e a ampla disponibilidade da tomografia por emissão de pósitrons (PET, do inglês *positron emission tomography*), da ressonância magnética funcional (fMRI, do inglês *functional magnetic resonance imaging*) e de outras técnicas relacionadas. Essas metodologias utilizam a imagem *in vivo*, que na medicina têm como finalidade admitir técnicas fundamentadas nas comunicações entre as diversas estruturas corporais e uma fonte de energia que originará as imagens. De tal forma que permitam a avaliação de partes internas do corpo que jamais poderiam ser avaliadas através do exame visual (RAFF, 2012).

Efetivamente, as investigações a respeito da anatomia funcional cortical do ser humano consciente e do senso de autoconsciência é um tópico de muito estudo e debate. Em razão de que a imagem funcional do cérebro propicia o local dos sistemas cerebrais que se relacionam com os estados mentais do self (REINDERS, 2003).

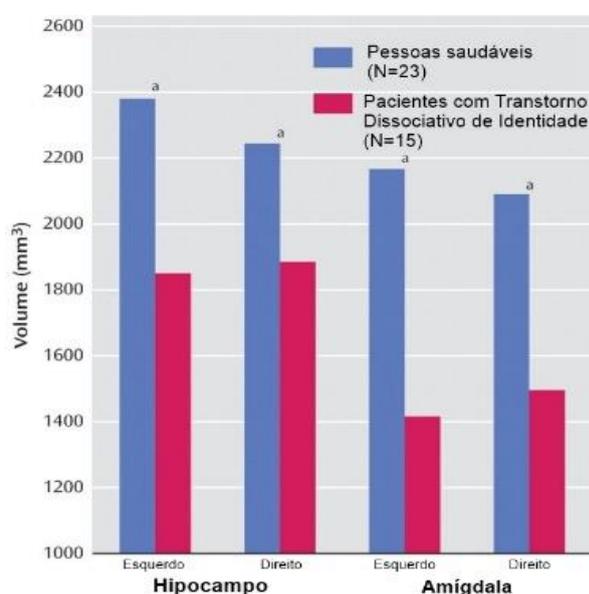
Um estudo realizado por Reinders et al. (2018), teve como objetivo demonstrar que as pessoas com TDI podem ser separadas de controles saudáveis no nível

individual com base em biomarcadores neuroanatômicos, utilizando resultados obtidos através de ressonância magnética (MR) de corpo inteiro. Dados de 75 participantes foram obtidos na Holanda, Amsterdam e na Suíça, sendo 32 indivíduos do sexo feminino com TDI e 43 controles saudáveis. Os dados demonstraram um padrão subjacente de anormalidade que diferencia pessoas com transtorno dissociativo de identidade de controles saudáveis normais, para substância cinzenta e branca com alta sensibilidade (72%) e especificidade (74%) baseando-se na estrutura cerebral.

Os dados neuroanatômicos adquiridos ao longo dos anos auxiliaram na validação do TDI, posto que é um transtorno frequentemente dito como “simulado”. Essa autenticação acontece, devido a improvável possibilidade dos dados neuroanatômicos estarem sujeitos à uma influência cognitiva.

Pode-se dizer que, em pacientes do sexo feminino já diagnosticados, tem-se uma média de volumes hipocampais esquerdo e direito 19,2% menor em relação a grupos de controle saudáveis, também é observado a média dos volumes das amígdalas esquerda e direita, que pode ser 31,6% menor. Neste cenário, é viável dizer que essas diferenças neuroanatômicas foram captadas através da ressonância magnética, e pelo aparelho GE Signa 1,5-T. Na figura 12 constata-se essas alterações dos volumes em relação as pacientes controles (VERMETTEN, 2006).

**Figura 13 – Volumes do hipocampo e da amígdala em pacientes com TDI e grupo controle.**

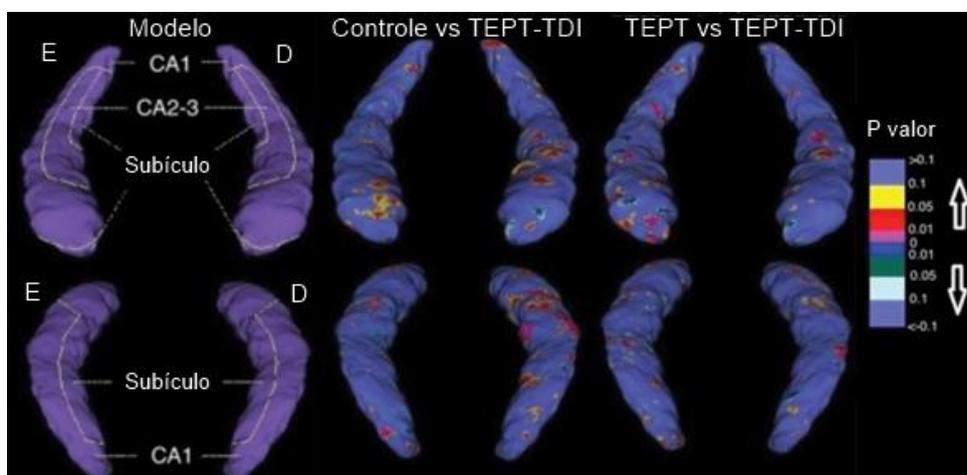


Fonte: Vermetten, 2006.

Diante desses dados, é interessante ressaltar que o hipocampo é o principal órgão-alvo dos glicocorticoides, que são liberados durante experiências estressantes. Há a hipótese de que a exposição prolongada aos glicocorticoides poderia levar à atrofia progressiva do hipocampo. E poderia ser uma explicação para o menor volume do hipocampo no transtorno dissociativo de identidade, portanto, pode estar relacionado à exposição ao estresse. Em relação a amígdala, ainda não se sabe da relação direta com os glicocorticoides (VERMETTEN, 2006).

Chalavi (2015), realizou um estudo com 33 pacientes ambulatoriais, sendo 17 com TDI e 16 apenas com TEPT, além de 28 controles saudáveis. As imagens por varreduras de RM neuroanatômicas ponderadas em T1 foram analisadas de acordo com os volumes globais e subcampos do hipocampo e medidas de forma foram extraídas. Atribui-se então que os volumes hipocâmpais foram menores (Figura 13) nos 33 pacientes, outro fator a ser considerado é que os valores do hipocampo e seus subcampos correlacionaram-se significativamente com maior gravidade de traumatismo infantil e sintomas dissociativos, já que foram ainda menores.

**Figura 14 – Mapa 3D de diferenças regionais de formato do hipocampo.**



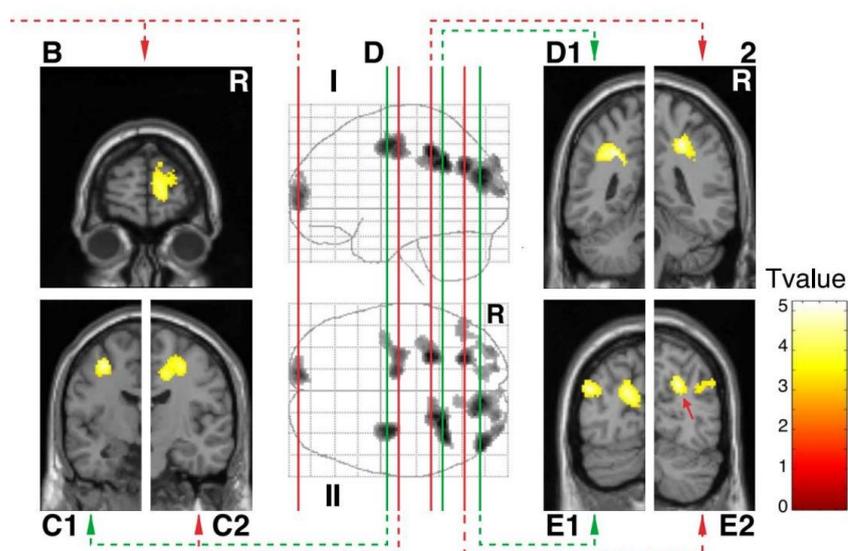
Fonte: Adaptado de CHAVALI, 2014.

Em conformidade com a figura 13, foram obtidas representações esquemáticas dos subcampos hipocâmpais mapeados através da média das superfícies hipocâmpais de todos os participantes, porém, destacando os TEPT-TDI, apenas TEPT e o grupo controle, e então comparadas. É ressaltado então, que o TEPT-TDI teve volumes hipocâmpais bilaterais significativamente menores em comparação ao

TEPT e aos grupos controles, levando em consideração as áreas CA1 direito, CA2-3 bilateral, CA4-DG e subículo e pré-subículo esquerdo (CHALAVI, 2015).

Outra importante pesquisa realizada por Reinders (2003), buscou investigar a localização anatômica da autoconsciência e os mecanismos cerebrais envolvidos na consciência, para então verificar mudanças na atividade cerebral nos indivíduos diagnosticados com TDI. O estudo foi realizado através da tomografia por emissão de pósitrons com o intuito de explorar a possibilidade de o encéfalo desencadear pelo menos dois “Eus” autobiográficos dissociativos. Os achados sugeriram mudanças estatisticamente significativas do Fluxo Sanguíneo Cerebral (Figura 14) mostrando que os pacientes têm acesso dependente do estado a memórias afetivas autobiográficas e, portanto, diferentes Eus autobiográficos (REINDERS, 2003).

**Figura 15 – Atividade do fluxo sanguíneo cerebral em regiões encefálicas.**



Fonte: Adaptado de REINDERS, 2003.

Nota: Cortes coronais das regiões do cérebro envolvidas na rede neural funcional da autoconsciência autobiográfica. As linhas vermelhas e verdes representam os vários níveis cerebrais, onde as ativações representadas nas partes B a E da figura têm um pico.

Nessa perspectiva, as implicações da base neuroanatômica do TDI têm sido destacadas por alguns líderes neste campo de atuação, mostrando que os resultados de pacientes com TDI e controles saudáveis podem ser potencialmente discriminados quando usados padrões de biomarcadores de neuroimagem. Desta forma, esses estudos buscam dados para dar validade à existência do transtorno, fornecendo uma base para

critérios diagnósticos mais confiáveis e para que assim hajam menos lacunas em futuras pesquisas (CHALAVI, 2015).

Em resumo, uma compreensão sólida do TDI auxiliará no levantamento dos aspectos mais intrigantes do atendimento clínico. Como se pode notar, aqueles que resistem aos extremos abusos são capazes de desacreditar a veracidade de suas experiências traumáticas, e até mesmo rejeitar o diagnóstico de TDI. Nesse sentido, outra dificuldade é com as outras pessoas que se relacionam com esse indivíduo, já que também passam com a compartilhar a sensação de negação. Por isso, é crucial atentar-se para o fato de que concordar o TDI também corresponde a concordar com a crueldade individual e as consequências sociais de abusos disseminados contra as crianças. Assim, a compreensão atual do transtorno irá viabilizar mais clínicos a encararem esse cenário, que geralmente implica em tantas contradições, com aceitação e sensibilidade, permitindo uma comunicação cautelosa e eficiente para que os pacientes possam obter o tratamento adequado (LEBIOS, 2022).

#### **4.6 Inferências Jurídicas**

Ao realizar uma análise social do Transtorno Dissociativo de Identidade, é possível relacioná-lo em um contexto jurídico, principalmente porque na atualidade as representações midiáticas fizeram com que o transtorno ganhasse bastante popularidade, porém, as representações cinematográficas falham em entregar um retrato verídico e com fundamento científico (SEEFELDT, 2021). Não é incomum, encontrar casos na literatura psiquiátrica e psicológica de pessoas que cometeram algum tipo de violência e alegaram a ação de uma personalidade alternativa ou uma amnésia dissociativa para não ser acusado de seu crime (MARALDI, 2019). Em consequência desse fato, é imprescindível avaliar a figura do TDI no direito.

Muitos estudos com os transtornos de personalidade os categorizam como transtornos mentais que são capazes de causar prejuízos no entendimento e controle das próprias ações, mas não impossibilita integralmente estas aptidões. Por isso, os sujeitos com TDI podem então ser responsáveis por seus atos, mas são considerados semi-imputáveis e podem receber uma pena de prisão ou a sanção penal da medida de segurança como alternativa. Todavia, o Código Penal brasileiro adere um sistema denominado vicariante, e somente uma dessas duas penitências é capaz de ser aplicada (CHAVES, 2016).

Em conformidade com o Direito Brasileiro, a validação de um transtorno mental pode ser verificada caso a pessoa não tenha a possibilidade de entender o caráter ilícito do acontecimento ou então se agir em conformidade com este conhecimento, à vista disso, é declarada uma sentença absolutória imprópria. Seria um erro, porém, atribuir que o inimputável ou semi-imputável é absolvido depois e cometer um delito, pois só não será condenado com a pena classificada no tipo penal, em que está pré-estabelecida. Porém, inegavelmente deverá ser tutelado pelo Estado com a possibilidade de tratamento e recuperação, para posterior reingresso na sociedade, através da medida de segurança (MARTINS, 2021).

CHAVES (2016) produziu uma pesquisa no Sistema Prisional do Estado de Minas Gerais, com 3 unidades de Grande Belo Horizonte, nele foram entrevistados 116 indivíduos através de métodos como a Entrevista Clínica Estruturada para DSM-V-TR e Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0. Os resultados obtidos demonstraram que 56,9% dos indivíduos em cumprimento de pena apresentavam algum transtorno de personalidade, como o Transtorno de Personalidade Antissocial, Borderline e Paranoide. Vê-se, por isso, que essa é uma realidade nos sistemas carcerário brasileiro e que precisa de atenção.

Outro ponto que merece destaque é a crescente visibilidade da temática que, neste momento, dispõe de dados epidemiológicos correspondentes quase que inexistentes no que tange os transtornos de personalidade na população penitenciária nacional. Esse fator reforça o complexo trabalho de mensurar o problema da realidade na regional, algo indispensável à investigação das singularidades dessa comunidade e à estruturação de uma resposta penal mais pertinente a esses casos. Desta maneira, é decisivo ir além da pesquisa teórica e partir para a investigação empírica dessas questões diretamente no sistema prisional (CHAVES, 2016).

Nessa perspectiva, é cabível observar o caso Gael, Andréia Freitas de Oliveira, mãe de Gael de Freitas, de 3 anos, foi acusada por homicídio doloso qualificado contra seu filho, o crime ocorreu em 10 de maio de 2021 e a criança morreu por asfixia. O maior questionamento a respeito do caso é a penalização, em novembro de 2021 o exame de incidente de insanidade mental feito por profissionais, ainda antes de sua prisão, averiguou que ela havia passado por um episódio dissociativo, porém a

solicitação de sua defesa para que fosse transferida a um hospital psiquiátrico foi negada e ela segue em prisão preventiva até o momento (TOMAZ, 2022).

É relevante lembrar que, apesar de sua longa história e de sua permanência relativamente longa na epistemologia diagnóstica oficial, para a comunidade de saúde mental o TDI, muitas vezes, permanece como um transtorno ilegítimo (SCROPPO, 1998). Enfim, observa-se que as últimas pesquisas realizadas estão trazendo uma revolução para esse pensamento.

Diante do exposto, é possível compreender que na condição forense, o objetivo seria analisar essencialmente a realidade desse contexto. Neste cenário, quando um paciente em psicoterapia relata que não se recorda das experiências aparentemente vividas, o terapeuta não deve contestar a condição da memória do paciente apenas caso isso acarrete uma grande vantagem para a melhoria terapêutica. Apesar disso, raramente é uma explicação simples para pacientes que não conseguem suportar uma experiência traumática, por isso, dizer que não se lembra ou que prefere não conversar sobre o ocorrido é uma resposta comum (MANZANERO, 2020).

Neste momento, faz-se propício trabalhar com vítimas de experiências já comprovadas, e que costumam não se recordar dos fatos aos serem questionadas, em razão de que constantemente é constatado que a identificação da realidade do problema pretende ser esquecido, ainda que não possam o fazer. Ao contrário, esse exemplo de estudo sobre memórias de agressão sexual, por Porter e Birt (2001), constatou que essas memórias tendem a ser lembradas com mais regularidade do que as demais memórias autobiográficas e, apenas em casos singulares é observado o esquecimento dos eventos traumáticos, em um total de 4,6% é resultado de uma tentativa deliberada de não lembrar, mas não é decorrente uma memória reprimida ou amnésia dissociativa.

Acredita-se que para se realizar uma avaliação precisa, é preciso que haja uma diferenciação do TDI quanto aos sobreviventes de um trauma complexo e/ou outros transtornos dissociativos, principalmente em ambientes forenses. Considera-se que a simulação ocorra em um sexto dos casos forenses, por uma variedade de razões, sejam elas envolvendo o ganho de indenizações indevidas ou até mesmo a impunidade em circunstâncias legais. À vista disso, existem penalidades severas para

uma simulação malsucedida, como ter resultados negativos em casos forenses ou o aumento da pena (BRAND, 2016).

Em conclusão, para a resolução desses problemas devem ser apresentados procedimentos mais adequados em casos de crimes cometidos por indivíduos portadores de transtornos dissociativo de identidade, que seria através de sua comprovação por meio científico, para que então a necessidade de um procedimento especial possa ser adotado. Utilizando esse modelo, o direito à substituição da pena privativa de liberdade comum pelo devido tratamento ambulatorial e internação em hospital psiquiátrico ou local semelhante, será visado para que assim, o paciente resguarde sua integridade física e moral (SILVA, 2018).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo as informações analisadas a partir dessa revisão literária, fica claro que o TDI requer mais investigações acerca de seu desenvolvimento, para que desta forma haja uma redução nas falhas diagnósticas que afetam diretamente a qualidade de vida do paciente. Embora novos estudos estejam sendo produzidos, ainda é distante o consenso entre especialistas, existindo então uma controversa entre seus argumentos teóricos que, posteriormente, tornam-se ideológicos.

As variações de sintomas e suas semelhanças com outras doenças, inicialmente podem confundir o TDI com outros transtornos até que um diagnóstico possa ser concluído. Com o desenvolvimento científico, essas etapas de investigação podem ser reduzidas, uma vez que os profissionais possuem um maior banco de dados para sustentar a identificação dos casos através da comparação de levantamentos anteriores. Não obstante, isso não é suficiente para o reconhecimento do transtorno dissociativo de identidade, pois no caso de transtornos complexos, o clínico precisará avaliar o histórico de vida do paciente e as questões ambientais que podem influenciá-lo, considerar todos os exames que evidencie ou exclua demais doenças.

Atualmente as pesquisas que abrangem a neurobiologia da memória, apontam novas alternativas para interpretar a memória de forma contextual, distanciando o pensamento de que a memória atua apenas no armazenamento. Por conseguinte, os processamentos da memória que envolvem a memória sensorial, de curto e longo prazo, devem ser discutidos para que seja possível categorizar e interpretar os mecanismos dos transtornos dissociativos, tal qual os fenômenos bioquímicos da circuitaria neural. Nesse sentido, os recursos de registro, retenção e recuperação participam de diversos sistemas, como as ações que exigem a recordação de experiências passadas eventos, sendo essas essenciais no processo de tratamento dos pacientes.

Diante disso, o enfoque em estudos empíricos com embasamento neurobiológico demonstra potencial para revolucionar a maneira como o transtorno é compreendido. Pesquisas experimentais que utilizam a neuroimagem propiciam referências mais fundamentadas e seguras para os diagnósticos, contribuindo com evidências que validam o TDI, no entanto ainda existem entraves. Por hora, estes

estudos ainda estão no início, e o número de estudos encontrados na literatura são pequenos, o que diminui os critérios de confiabilidade e impede para que sejam utilizadas como apoio ao diagnóstico no momento. No entanto, esta revisão literária evidencia que é extremamente necessário que esses trabalhos continuem a estruturar bases de investigação.

Em resumo, os números de casos diagnosticados ainda são escassos, e o TDI padece com diversas dificuldades, sejam elas morais de acordo com cada cultura ou por não conter dados empíricos o suficiente na literatura científica. Nada obstante, observou-se interesse nos últimos anos, especialmente pela divulgação midiática, e conseqüentemente, foi necessário ponderar outro aspecto dessa curiosidade, na medida em que indivíduos que cometeram delitos passaram a declarar ter amnésia dissociativa ou uma outra identidade, desta forma atribuindo sua responsabilidade a esse estado de personalidade secundário. Logo, questionamentos sobre a simulação e a veracidade tornam-se presente, portanto, a necessidade de aferir corretamente as dissociações tornam-se imprescindíveis para que as pessoas com TDI recebam o acompanhamento mais adequado.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AIRES, Margarida de Mello (Org.). **Fisiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BEAR, Mark F. **Neurociências - Desvendando o sistema nervoso**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BAUER, P. J. Brain bases of autobiographical memory in development. In: BAUER, P. J. **Autobiographical Memory Development**. 1. ed., p. 37- 49, Londres. 2020.

BOON, Suzette; DRAIJER, Nel. Multiple personality disorder in The Netherlands: a clinical investigation of 71 patients. **The American Journal of Psychiatry**, 1993.

BRAND. MMPI-2 Item Endorsements in Dissociative Identity Disorder vs. Simulators. **The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law**, v. 44, n. 1, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26944745/>. Acesso em: 4 maio 2022.

BRAUN, B. G. Multiple personality disorder: an overview. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 150, 1990.

BRENNER, I. Catching a Wave: The Hypnosis-Sensitive Transference-Based Treatment of Dissociative Identity Disorder (DID). **American Journal of Clinical Hypnosis**, 2018.

BREEDLOVE, S. Marc; NEIL V. Watson. **Behavioral neuroscience**. 8 ed. Massachusetts: Sinauer Associates, 2017.

BRUNTON, Laurence L. et al. **Goodman e Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BANIKOWSKI, A. K.; MEHRING, T. A. Strategies to Enhance Memory Based on Brain-Research. **Focus on Exceptional Children**, [S. l.], v. 32, n. 2, 2017. Disponível em: <https://journals.ku.edu/focusXchild/article/view/6772>. Acesso em: 29 abril 2022.

CARDEÑA, E. Dissociation and the Dissociative Disorders. **Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology**, 2017.

CHALAVI, Sima et al. Abnormal hippocampal morphology in dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder correlates with childhood trauma and dissociative symptoms. **Human Brain Mapping**, v. 36, n. 5, p. 1692–1704, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4400262/#hbm22730-bib-0042>. Acesso em: 7 abril 2022.

CHAVES, Anna Cecília Santos. **Crimes violentos e suas relações com transtornos da personalidade: implicações jurídico-penais**. 1 ed. São Paulo: Universidade de

São Paulo, 2016. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/result.php?> Acesso em: 3 maio 2022.

CLOITRE, M. et al. An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. **Depression and Anxiety**, v. 29, p. 709-717, 2012.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Artmed, Grupo A, 2019. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715062/>. Acesso em: 06 abril 2022

DAVID, Bliha et al. A systematic review of the neuroanatomy of dissociative identity disorder, **European Journal of Trauma & Dissociation**, v. 4, n. 3, 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100148> >. Acesso em: 10 junho 2021.

DELL, Paul F. Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. **Journal of Trauma & Dissociation**, v. 2, n. 1, p. 7-37, 2001.

DIPIRO, Joseph T. et al. **Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach**. 7. ed. Mcgraw Hill Professional, v. 4, p. 141-142, 2014.

DISSOCIATION DISORDERS. **Dissociative Disorders symptoms and DSM-5 and ICD-10 diagnoses**. Disponível em: <http://traumadissociation.com/dissociative>. Acesso em: 12 abril 2022.

DORAHY, M. J. et al. Dissociative identity disorder: An empirical overview. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 5, p. 402–417, 2014.

DORAHY, Martin J.; IRWIN, Harvey J.; MIDDLETON, Warwick. Cognitive inhibition in dissociative identity disorder (DID): Developing an understanding of working memory function in DID. **Journal of trauma & dissociation**, v. 3, n. 3, p. 111-132, 2002.

ELLEMBERGER, Henrique. **A Descoberta do Inconsciente: a história e a evolução de psiquiatria dinâmica**. Nova York: Basic Books, 1970.

FORREST, K. A. Toward an Etiology of Dissociative Identity Disorder: A Neurodevelopmental Approach. **Consciousness and Cognition**, v. 10, n. 3, p. 259–293, set. 2001.

GENTILE, J. P. et al. Psychotherapy and pharmacotherapy for patients with dissociative identity disorder. **Innovations in clinical neuroscience**, v. 10, n. 2, p. 22–9, 2013.

GUSEV, Pavel A.; ALKON, Daniel L. Intracellular Correlates of Spatial Memory Acquisition in Hippocampal Slices: Long-Term Disinhibition of CA1 Pyramidal Cells. **Journal of Neurophysiology**, v. 86, n. 2, p. 881–899, 2001.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Guyton e Hall Tratado de Fisiologia Médica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HADDOCK, Deborah B. **The Dissociative Identity Disorder Sourcebook**. 1 ed. McGraw Hill Professional, 2001.

HELENE, André F.; XAVIER, Gilberto F. A construção da atenção a partir da memória. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 2, p. 12–20, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/hNB6m4LpCwCPnWpJ4vbc6qL/?lang=pt>. Acesso em: 24 maio 2022.

HOLMES, David S. **Psicologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

HUỖNH, Christophe; NGAMINI NGUI, André; KAIROUZ, Sylvia; et al. Factors associated with high use of general practitioner and psychiatrist services among patients attending an addiction rehabilitation center. **BMC Psychiatry**, v. 16, n. 1, 2016. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0974-7>. Acesso em: 21 março 2022.

KANDEL E.R. et al. **Principles of Neural Science**. 5. ed. McGraw Hill, 2014. Disponível em: <https://neurology.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1049&sectionid=59138139>. Acesso em: 12 abril 2022.

KIHLSTROM, John F.; GLISKY, Martha L.; ANGIULO, Michael J. Dissociative tendencies and dissociative disorders. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 103, n. 1, p. 117, 1994.

KIRKPATRICK, Peter. Operative Neurosurgical Techniques. Indications, Methods and Results. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, v. 60, n. 4, p. 467, 1996.

KLUFT, Richard P. An introduction to multiple personality disorder. **Psychiatric Annals**, v. 14, n. 1, p. 19-24, 1984.

KLUFT, Richard P. Antaeus and androgyny: Negotiating paradigm exhaustion and pursuing professional growth in clinical practice. **American Journal of Clinical Hypnosis**, v. 45, n. 4, p. 323-331, 2003.

LEBOIS, L. A. M.; ROSS, D. A.; KAUFMAN, M. L. “I Am Not I”: The Neuroscience of Dissociative Identity Disorder. **Biological Psychiatry**, v. 91, n. 3, p. e11– e13, 2022.

LENT, R. **Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

LEONARD, David et al. Dissociative identity disorder (DID) in clinical practice - What you don't see may hurt you. **Australas Psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 39-41, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26400453/>. Acesso em: 10 maio 2021.

LÖRINCZ, András; BUZSÁKI, György. Two-Phase Computational Model Training

Long-Term Memories in the Entorhinal-Hippocampal Region. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 911, n. 1, p. 83–111, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10911869/>. Acesso em: 23 maio 2022.

LOUZÃ, Mário R. CORDÁS, Táki A. **Transtornos da Personalidade**. Artmed: Grupo A, 2020. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/97582715857>. Acesso em: 17 junho 2021.

MANZANERO, A. L.; PALOMO, R. Dissociative Amnesia beyond the Evidence about the Functioning of Memory. **Anuario de Psicología Jurídica**, v. 30, n. 1, p. 43–46, 2020.

MARALDI, Everton O. Transtorno dissociativo de identidade: aspectos diagnósticos e implicações clínicas e forenses. **Revista Fronteiras Interdisciplinares do Direito**, v. 1, n. 2, p. 32, 2019. Disponível em: [https://revistas.pucsp.br/fid/article/view/2/pdf\\_2](https://revistas.pucsp.br/fid/article/view/2/pdf_2). Acesso em 13 maio 2021.

MARTIN, John H. **Neuroanatomia**. Artmed: Grupo A, 2014. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580552645/>. Acesso em: 01 março 2022.

MARTINEZ, V. **São: histórias da gente**. Pantheon UFRJ, 2018. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/6881/1/VMartinez.pdf>. Acesso em: 27 agosto 2021.

MCKINNON, M. C. et al. A review of the relation between dissociation, memory, executive functioning and social cognition in military members and civilians with neuropsychiatric conditions. **Neuropsychologia**, v. 90, p. 210–234, 2016.

MELO, Karine Costa; et al. Terapias associadas ao tratamento do Transtorno Dissociativo de Identidade. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27911>. Acesso em: 4 maio 2022.

MORDINI, E. Suggestion, Ethics of. **Encyclopedia of Applied Ethics**, p. 257–265, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123739322001678>. Acesso em: 3 jun. 2022.

NASCIMENTO, Maíra Adriana Carvalho. **A figura do psicopata no direito penal brasileiro**, 2017. Disponível em: <https://jusbrasil.com.br/artigos/151864143/a-figura-do-psicopata-no-direito-penal-brasileiro#comments>. Acesso em: 10 junho 2021.

NETO, M.R.L.; ELKIS, H. **Psiquiatria Básica**. 2. ed. Porto Alegre: Grupo A, 2007. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536309606/>. Acesso em: 29 março 2022.

NEGRO JUNIOR, Paulo Jacomo; PALLADINO-NEGRO, Paula ; LOUZÃ, Mario Rodrigues. Dissociação e transtornos dissociativos: modelos teóricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 4, p. 239–248, 1999. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbp/a/8rrPDMV98fQBGKPGpLJs9k/?lang=pt>. Acesso em: 30 abril 2022.

PARAVENTI, Felipe; CHAVES, Ana Cristina. **Manual de Psiquiatria Clínica**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2016.

PEREIRA, Flávia Ribeiro et al. Transtorno dissociativo de identidade. **Anais do II congresso médico de rio verde**. p. 203. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/2706/1121#page=203>> Acesso em: 26 junho 2021.

PEZZINI, Mirian; LIDIANE DOTTA GUARIENTI; PEDRO PAIM SANTOS; et al. Transtorno dissociativo de identidade (múltiplas personalidades): relato e estudo de caso. **Debates em Psiquiatria**, v. 5, n. 2, p. 32–37, 2022. Disponível em: <<https://revistardp.org.br/revista/article/view/173>>. Acesso em: 1 agosto 2022.

PORTER, Stephen; BIRT, Angela R. Is traumatic memory special? A comparison of traumatic memory characteristics with memory for other emotional life experiences. **Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition**, v. 15, n. 7, p. S101-S117, 2001.

PURVES, Dale. **Principles of Cognitive Neuroscience**. Sunderland, Mass: Sinauer Associates, 2008.

PUTNAM, Frank W. **Diagnóstico e tratamento do transtorno de personalidade múltipla**. 1 ed. New York: Guilford Press, 1989.

ROSS, C.A. et al. A Agenda de Entrevista de Distúrbios Dissociativos: Uma entrevista estruturada, 1989. **Dissociação**, 2(3). p.169-189.

SAPOLSKY, Robert M. et al. Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates. **Journal of Neuroscience**, v. 10, n. 9, p. 2897-2902, 1990.

SAR, V.; DORAHY, M.; KRÜGER, C. Revisiting the etiological aspects of dissociative identity disorder: a biopsychosocial perspective. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 10, p. 137–146, 2017.

SEEFELDT, Fabiana Bueno; DOS SANTOS ALMEIDA, Eduarda Ribeiro; DE CASTRO, Carine Jardim. Transtorno Dissociativo De Identidade: A Disseminação da Desinformação por meio de Produções Audiovisuais. **Anais da 15ª mostra de Iniciação Científica Júnior**. v. 15, 2021.

STEINBERG, M. **Handbook for the Assessment of Dissociation**. 1 ed. Washington: American Psychiatric Press, 1995.

SILVÉRIO, Gustavo Camargo; ROSAT, Renata Menezes. **Memória de longo-prazo: mecanismos neurofisiológicos de formação**. 1. ed. 2006.

STEELE, Kathy; VAN DER HART, Onno; NIJENHUIS, Ellert R. S. Tratamento

orientado por fases da dissociação estrutural em traumatização complexa: superando fobias relacionadas ao trauma. **Journal of Trauma & Dissociation**, v. 6, n. 3, p. 11-53, 2005.

TATE, Philip; KENNEDY, James; SEELEY, Rod R. **Guia de Estudo para Utilização com Anatomia e Fisiologia**. 6. ed. Loures: Lusociência, 2005.

TOMAZ, Kleber. Caso Gael: mulher presa por agredir, asfixiar e matar filho de 3 anos em SP tem 'transtorno' e precisa ser internada, diz laudo. **G1**, 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/03/31/caso-gael-mulher-presa-por-agredir-asfixiar-e-matar-filho-de-3-anos-em-sp-tem-transtorno-e-precisa-ser-internada-diz-laudo.ghtml>. Acesso em: 3 maio 2022.

TSIVILIS, D. et al. A disproportionate role for the fornix and mammillary bodies in recall versus recognition memory. **Nature Neuroscience**. 1. ed. 2008.

TULVING, Endel; THOMSON, Donald M. Encoding specificity and retrieval processes in episodic memory. **Psychological review**, v. 80, n. 5, p. 352, 1973.

VAN MINNEN, Agnes; TIBBEN, Marleen. A brief cognitive-behavioural treatment approach for PTSD and Dissociative Identity Disorder, a case report. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 72, p. 101-655, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005791621000203>. Acesso em: 3 maio 2022.

VERMETTEN, Eric; et al. Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder. **The American journal of psychiatry**, v. 163, n. 4, p. 630–6, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3233754/>. Acesso em: 3 maio 2022.

WILSON, Barbara A. **Reabilitação da Memória**. Grupo A, 2011. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536324906/>. Acesso em: 02 mai. 2022.

## ANEXOS

## Anexo A – Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos Dissociativos (SCID-D).

**Dissociative Experiences Scale – DES**

Bernstein, E. M., &amp; Putnam, F. W. (1986)

Versão Portuguesa: Espírito-Santo, H., &amp; Pio-Abreu, J. L. (2008)

Este questionário é constituído por 28 questões sobre experiências que pode ter na sua vida diária. Nós pretendemos saber com que frequência é confrontado/a com essas experiências.

Entretanto é importante que as suas respostas mostrem qual a frequência destas experiências sem estar sob influência de álcool ou de drogas.

Para responder às questões, diga qual o grau da vivência descrita na questão que se aplica a si e que marque com um círculo a percentagem adequada.

**Exemplo:**

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(Nunca)										(Sempre)

1. Algumas pessoas têm a experiência de guiar ou de andar de carro (ou autocarro ou comboio) e de repente notam que não se lembram do que aconteceu durante parte ou toda a viagem. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(Nunca)											(Sempre)
2. Algumas pessoas notam que por vezes estão a ouvir alguém a falar e subitamente reparam que não ouviram parte ou o total do que foi dito. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(Nunca)											(Sempre)
3. Algumas pessoas têm a experiência de se encontrar num sítio sem ter ideia de como lá foram parar. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(Nunca)											(Sempre)
4. Algumas pessoas têm a experiência de estarem vestidas com roupas que não se lembram de ter vestido. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(Nunca)											(Sempre)
5. Algumas pessoas têm a experiência de encontrar coisas novas entre os seus haveres, sem se lembrarem de as ter comprado. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(Nunca)											(Sempre)
6. Algumas pessoas por vezes notam que são abordadas por pessoas que não conhecem e que as chamam por outro nome ou insistem que já se encontraram antes. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(Nunca)											(Sempre)
7. Algumas pessoas têm por vezes a experiência de se sentir como se estivessem ao lado de si próprias ou a ver-se a si mesmas a fazer algo e realmente vêem-se a si próprias como se estivessem a olhar para outra pessoa. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(Nunca)											(Sempre)

