

# A visão da psicologia e da psiquiatria no fechamento do diagnóstico do Transtorno Dissociativo de Identidade: revisão integrativa da literatura

The view of psychology and psychiatry in closing the diagnosis of Dissociative Identity Disorder: an integrative literature review

Tammy Joy Dias Forte<sup>1</sup>, Thalyta Lima Coelho<sup>1</sup>, Alan Gomes Miranda<sup>2</sup>, Marco Aurélio dos Santos-Silva<sup>3</sup>

## Resumo

**Como citar esse artigo.** FORTE, T. J. D.; COELHO, T. L.; dos SANTOS-SILVA, M. A. A visão da psicologia e da psiquiatria no fechamento do diagnóstico do Transtorno Dissociativo de Identidade: revisão integrativa da literatura. *Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades*, Vassouras, v. 13, n. 1, p. 97-111, set./dez. 2022.

A psiquiatria e a psicologia são ciências cujo alvo é a saúde mental, entretanto apresentam pontos de vista divergentes na conclusão de diagnósticos de algumas doenças com múltiplas causas e sintomas como o transtorno dissociativo de identidade (TDI). O presente estudo revisou as diferenças apresentadas pela psiquiatria e a psicologia em torno do diagnóstico do TDI. Ainda que sejam utilizados testes similares entre psiquiatras e psicólogos, os diagnósticos permanecem divergentes. Possivelmente, a origem de tamanha heterogeneidade entre os diagnósticos psiquiátricos e psicológicos, pode estar associada a diversidade de testes aplicados e a falta de comunicação entre estes dois profissionais.

**Palavras-chave:** Transtorno Dissociativo de Identidade; Diagnóstico.

## Abstract

**Nota da Editora.** Os artigos publicados na Revista Mosaico são de responsabilidade de seus autores. As informações neles contidas, bem como as opiniões emitidas, não representam pontos de vista da Universidade de Vassouras ou de suas Revistas.

Psychiatry and psychology are sciences whose target is mental health, however they present divergent points of view in the conclusion of diagnoses of some diseases with multiple causes and symptoms, such as dissociative identity disorder (DDD). The present study reviewed the differences presented by psychiatry and psychology around the diagnosis of TDI. Although similar tests are used between psychiatrists and psychologists, diagnoses remain divergent. Possibly, the origin of such heterogeneity between psychiatric and psychological diagnoses may be associated with the diversity of tests applied and the lack of communication between these two professionals.

**Keywords:** Dissociative, Diagnosis, Psychology, Psychiatry.

## INTRODUÇÃO

O chamado TDI (Transtorno Dissociativo de Identidade) é uma doença mental grave que afeta a memória, o comportamento, o sentimento e a identidade, configurando-se como um processo psicológico dissociativo pela falta de conexão com a personalidade real da pessoa (KIM, 2016; CARDEÑA; CARLSON, 2011). É um fenômeno de várias facetas que induz desde os estados de transe, amnésia, fugas dissociativas, formação de vazios e modificações na memória até a referida do “Eu” em identidades diferentes e com conflitos, como no dito transtorno com dissociação da identidade (DUNKER, 2017; FARIA, 2019). O TDI ocorre geralmente em pessoas que experimentaram trauma ou estresse opressivo durante a infância (FARIA, 2019).

No Brasil, aproximadamente 70 mil pessoas sofrem de transtornos dissociativos (OLIVEIRA, FACINA, SIQUEIRA JÚNIRO, 2012), entretanto poucos casos de TDI foram reportados na literatura (MARALDI *et al.*, 2017). Nos últimos anos, a imprensa brasileira, demonstrou um crescente interesse pelo tema (BELLONI,

Afiliação dos autores

<sup>1</sup>Graduandas do Curso de Psicologia da Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ, Brasil

<sup>2</sup>Mestre em Ciências Ambientais pela Universidade de Vassouras, Professor do Curso de Psicologia da Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ, Brasil

<sup>3</sup>Doutor em Ciências (Biologia Humana e Experimental – BHEx) pela UERJ, Professor do Curso de Psicologia da Universidade de Vassouras, Vassouras-RJ, Brasil

\* Email de correspondência: tammy.joy@hotmail.com

Recebido em: 17/09/21. Aceito em: 29/10/21.

2017).

Os estudos envolvendo múltiplas personalidades já esteve em evidência. Nesta época, foi apresentada uma extensa variedade de diagnósticos e o TDI foi reportado como sendo um caso raro (HACKING, 2000). Como o critério maior para o diagnóstico do TDI era a presença de duas ou mais personalidades (BELLONI, 2017), psiquiatras e psicólogos, dentro de suas especialidades, passaram a apresentar pontos de vista divergentes na hora de fechar este diagnóstico.

O fechamento do diagnóstico psiquiátrico tem como base a combinação de exame dos doentes com duas atitudes opostas: apoia-se na individualidade do paciente e examiná-lo visando a alvos definidos. O diagnóstico psicopatológico corresponde à totalidade dos dados clínicos atuais (exame psíquico) e evolutivos (anamnese, história dos sintomas e evolução do transtorno) (DALGALARRONDO, 2008).

O diagnóstico psiquiátrico tem sua definição no reconhecimento do todo, ou seja, a doença, através de suas partes (o que é apresentado ao médico).

A identificação de uma doença ou de um transtorno é a finalidade do processo diagnóstico. A identificação do diagnóstico é um dos postulados que o modelo médico impõe à psiquiatria e, desde a década de 50, o problema de sua elaboração progrediu muito cientificamente. Estabelecer um diagnóstico psiquiátrico é a única forma de conhecer as causas ou as hipóteses explicativas, os mecanismos, a evolução da doença e a melhor forma de determinar uma conduta terapêutica e preventiva, se possível (ABREU *et al.*, 2006, p. 17, 18).

Já o diagnóstico psicológico tem sua definição no procedimento clínico que compreende um conjunto organizado de princípios teóricos, de métodos e de técnicas de investigação. Tais conjuntos fazem referência tanto à personalidade do indivíduo como a suas funções cognitivas (ARAÚJO, 2007). O diagnóstico psicológico é relativamente novo. Era considerado “uma situação em que o psicólogo aplicava um teste em alguém e, nesses termos, fazia o acompanhamento” (OCAMPO; ARZENO; PICCOLO, 2005). Atualmente, Ocampo *et al.* (2005) regularizaram o procedimento do diagnóstico psicológico elaborando um ideal vasto e favorecedor, que aprecie mais a entrevista clínica que a simples anamnese descritiva, além da relação transferencial/contratransferencial e a devolução, no fim do processo, compreendendo um diagnóstico atual e futuros (prognóstico).

Ainda que, a psiquiatria e a psicologia, sejam duas ciências relacionadas à saúde mental, o TDI apresenta múltiplas causas e sintomas e, as duas ciências têm visões controversas e o diagnóstico é difícil. Logo, é importante esclarecer as diferenças entre o diagnóstico psiquiátrico e psicológico de TDI. Este esclarecimento contribuirá com tomadas de decisões durante o tratamento e acompanhamento destes pacientes. Psicólogos poderão se beneficiar de um melhor entendimento sobre os padrões de normalidade psíquica utilizados em diagnósticos psiquiátricos para prescrição ou não de um psicofármaco. Bem como, os psiquiatras poderão compreender como os psicólogos selecionam o mais indicado recurso psicoterápico a partir do psicodiagnóstico do TDI. O objetivo do presente estudo é revisar as diferenças apresentadas pela psiquiatria e a psicologia em torno do fechamento do diagnóstico do Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI).

## Metodologia

Este artigo trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, retrospectiva e transversal executado por meio de uma revisão integrativa da literatura. A revisão de literatura foi realizada seguindo as seguintes etapas: estabelecimento do tema; definição das palavras-chave; definição das bases de dados, definição dos critérios de inclusão e exclusão; verificação das publicações nas bases de dados; análise dos estudos encontrados e exposição dos resultados conforme o fluxograma.

As bases de dados utilizadas foram o National Library of Medicine (PubMed) e o SciELO, utilizando os

descritores em português “Transtorno Dissociativo de Identidade” e “Diagnóstico” e em inglês “Dissociative Identity Disorder” and “Diagnosis”, com o operador booleano “AND”. Foram incluídos estudos publicados entre 2011 e 2021. A busca inicial nas bases de dados focou no título e no resumo dos artigos, em seguida os textos completos de todos os artigos selecionados foram lidos e os dados coletados para a exposição dos resultados.

## Elegibilidade de estudos

Foram excluídos artigos duplicados, artigos de revisão de literatura, metanálise e análises sistemáticas, bem como artigos de relato de caso e àqueles que não foram possíveis recuperar nem o texto completo e o resumo, além dos estudos, cujo foco principal foi avaliação de outros construtos que não o diagnóstico do Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI).

Para a escolha dos artigos, após a utilização dos descritores, foram realizadas as seguintes etapas:

1. seleção dos artigos de acordo com os títulos que estivessem relacionados ao tema;
2. leitura dos resumos das publicações selecionadas na etapa anterior com exclusão daqueles que não se adequavam ao tema escolhido;
3. análise integral dos artigos escolhidos na segunda etapa e exclusão daqueles que não se enquadravam nos critérios de inclusão.

Cada artigo foi lido e revisado para obter subsídios para resumir informações necessárias relativas à caracterização dos instrumentos, quais sejam averiguar nome ou versão do instrumento, tipo de instrumento, se foi adaptado em outros países, contexto populacional e faixa etária do estudo. Além das evidências de seu ajustamento para a avaliação do TDI, os dados desses artigos foram analisados por meio da identificação do(a): ano, população/amostra, objetivos e conclusão.

## Resultados

A busca resultou em 33 artigos, sendo 4 da base de dados SciELO e 29 artigos do Pubmed. Destes, 10 artigos foram selecionados, sendo 1 do SciELO e 9 do Pubmed. A figura 1 apresenta o resultado das etapas seguidas na revisão.

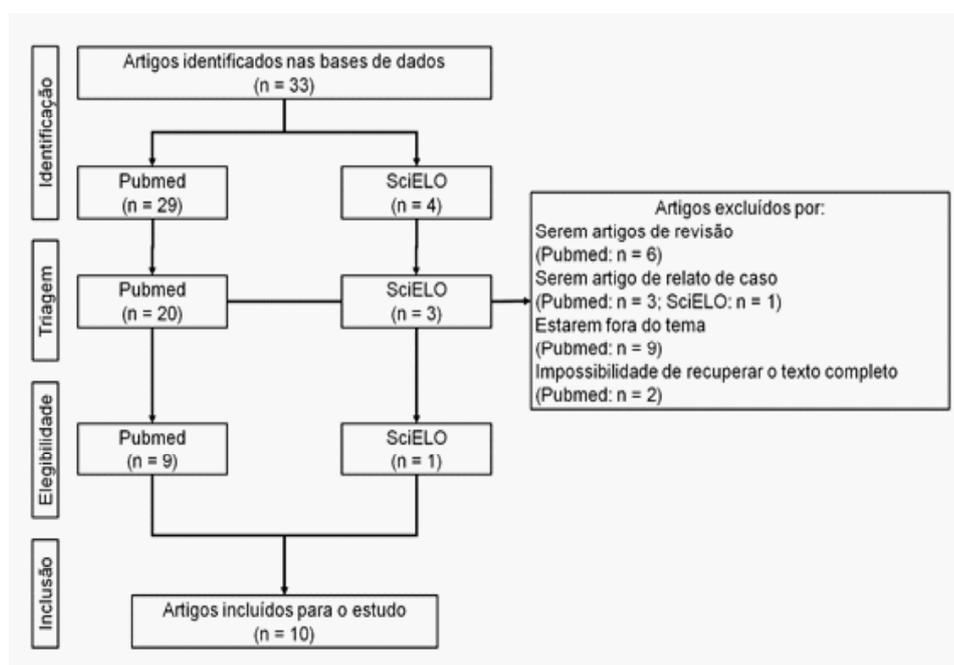


Figura 1 – Fluxograma de amostragem da revisão integrativa

A partir dos 10 estudos restantes, foram analisados e classificados a partir de alguns descritores, tais como, autores/ano; principais objetivos do estudo; amostra; instrumentos utilizados e principais resultados encontrados. Essa análise pode ser observada no quadro 1.

Quadro 1 – Descrição dos artigos segundo autor/ano, amostra, objetivo, diagnóstico psicológico ou psiquiátrico e desfecho sobre diagnóstico de Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) publicados entre 2011 e 2021 incluídos para revisão integrativa.

Autor	Ano	Amostra	Objetivo	Diagnósticos	Desfecho
Brand	2019	n = 105 Pacientes com TDI (n = 31) X Simuladores de TDI (n = 74)	Analisar se o Teste de Memória Simuladora (TOMM) pode distinguir indivíduos com Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) clínico de alunos treinados em fingimento de TDI (simuladores).	Psicológico através do Test of Memory Malingering (TOMM)	A amnésia é um sintoma característico do TDI. O TOMM revelou que os simuladores de TDI não foram capazes de fingir TDI.
Floris	2015	Pacientes com TDI (n = 7); Homens (n = 2) Mulheres (n = 5)	Examinar como indivíduos diagnosticados com TDI interpretam suas experiências de serem rotulados com um diagnóstico contestado	Psicológico Entrevista	Os achados são considerados à luz da teoria da rotulagem, dos efeitos iatrogênicos da dúvida profissional e dos debates atuais sobre a confiabilidade e validade dos sistemas diagnósticos psiquiátricos que foram revigorados pela publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição.
Rodewald	2011	n = 120; Internados (n = 92) e Ambulatoriais (n = 28)	Investigar as comorbidades em pacientes com TDI e transtorno dissociativo não especificado de outra forma transtorno dissociativo não especificado (TDNE).	Psicológica	Os perfis de comorbidade de pacientes com TDI e TDNE foram muito semelhantes aos do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) com alta prevalência de ansiedade, distúrbios somatoformes e depressão, mas diferem dos deprimidos e ansiosos
Sar	2014	Pacientes com TDI (n = 116); Homens (n = 52) e Mulheres (n = 49)	Determinar a prevalência de TDI e outros transtornos dissociativos entre pacientes psiquiátricos adolescentes.	Psiquiátrico através do <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)</i>	Embora originalmente projetado para adultos, o SCID-D é promissor para o diagnóstico de transtornos dissociativos em adolescentes
Marsh	2021	Pacientes com TDI (n = 12) X Simuladores de TDI (n = 14)	Avaliar a natureza da amnésia para memórias episódicas (auto-referenciais e autobiográficas) entre identidades	Psicológico via <i>Dissociative Experiences Scale (DES)</i> , <i>the PTSD Symptom Scale-Self-Report (PSS-SR)</i> e uma escala de avaliação da emoção	Os resultados indicam que o perfil de desempenho do TDI não foi contabilizado por amnésia verdadeira ou fingida, dando suporte à ideia de que a amnésia relatada pode ser mais percebida do que o prejuízo real de memória.
Ross	2011	Pacientes norte-americanos com TDI (n = 303) Pacientes de ambulatórios psiquiátricos, Xangai, China (n = 303) Amostra de população geral do Canadá (n = 502)	Analisar dados sobre a prevalência de transe, estados de possessão, sonambulismo e experiências paranormais	Psicológico	Embora tenha sido um estudo preliminar, as experiências de transe, sonambulismo, paranormal e possessão foram muito mais comuns nos pacientes TDI.
Dorahy	2015	Pacientes com Transtorno dissociativo (TD; n = 39); transtorno de identidade dissociativa primária), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT crônico; n = 13) ou apresentações psiquiátricas mistas (MP; n = 21; principalmente transtornos do humor e ansiedade)	Investigar sintomas limítrofes e Schneiderianos, dissociação, vergonha, abuso infantil e vários marcadores nos grupos	Psicológico	Sintomas psiquiátricos graves diferenciam TDs do TEPT crônico, enquanto a dissociação e a vergonha têm um impacto significativo sobre marcadores específicos de relacionamento que funcionam em pacientes psiquiátricos com histórico de abuso infantil e negligência

Yanartas	2013	n = 190	Investigar e comparar os padrões de sintomas de transtorno dissociativo não especificado (TDNE) e transtorno dissociativo da identidade (TDI).	Psiquiátrico via questionários <i>Dissociative Experience Scale (DES)</i> e o <i>Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ)</i>	TDNE parece ser o mais comum diagnóstico, embora seja o diagnóstico mais heterogêneo entre os transtornos dissociativos.
Mueller-Pfeiffer	2014	n = 160	Determinar se os transtornos dissociativos são associados ao funcionamento deficiente da vida diária.	Psicológico através dos DSM-IV, <i>Dissociative Disorders, Global Assessment of Functioning Scale, and World Health Organization Disability Assessment Schedule-II.</i>	Esses achados sustentam a hipótese de que os transtornos dissociativos complexos, ou seja, TDI e TDNE, contribuem para o comprometimento funcional e impactam nos transtornos do eixo não dissociativo coexistentes, e que se qualificam como "doença mental grave".
Faria	2017	n = 10	Investigar a prevalência do TDI em pacientes diagnosticados com esquizofrenia com característica paranóide, com base no Método de Rorschach.	Psicológico através do Método de Rorschach	Para fins de diagnóstico diferencial, observou-se que dois pacientes apresentaram sintomas diferenciais aos da esquizofrenia, sendo que um deles apresentou sintomas dissociativos, não sendo confirmada a prevalência do TDI entre os esquizofrênicos.

## Discussão

Não é de hoje que estudos reportam a divergência no diagnóstico psiquiátrico e psicológico de TDI. Em 1979, Nicholas Spanos e cols., analisaram os dois diagnósticos e concluíram que o tratamento é feito diante do diagnóstico psicológico e psiquiátrico (SPANOS, 1979). Alguns estudos apontaram a importância da psiquiatria no diagnóstico de TDI (SPIEGEL, 1984; ARZENO, 2003), enquanto outros estudos analisaram o diagnóstico na perspectiva psicológica e consideraram que há somente uma visão psicológica no diagnóstico de TDI (ARAUJO, 2007; BELONI, 2017).

O presente estudo buscou revisar as diferenças apresentadas pela psiquiatria e a psicologia em torno do fechamento do diagnóstico do TDI. Durante a busca de estudos publicados entre os anos de 2011 e 2021, foi possível identificar que são aplicados diferentes testes durante a investigação de sinais e sintomas que fundamentem o diagnóstico psiquiátrico e psicológico de TDI (Tabela 1). Esta diversidade de testes aplicados pode contribuir com a emissão de diagnósticos não consensuais e, conseqüentemente, condutas de tratamentos divergentes.

A presente revisão identificou um estudo realizado em 2011 por Ross e cols, que analisou a existência de transe, estados de possessão, sonambulismo e experiências paranormais em pacientes americanos com TDI, chineses em tratamento ambulatorial e uma amostra da população em geral do Canadá. Embora tenha sido um estudo preliminar, feito por psicólogos, as experiências de transe, sonambulismo, paranormal e possessão foram muito mais comuns nos pacientes com TDI (ROSS, 2011).

Foi feito um estudo para investigar as comorbidades em pacientes com TDI e transtorno dissociativo não especificado (TDNE). Os perfis de comorbidade de pacientes com TDI e o TDNE foram muito semelhantes aos do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) com alta prevalência de ansiedade, distúrbios somatoformes e depressão, mas diferem significativamente dos de pacientes com transtornos de depressão e ansiedade. Esses achados confirmam a hipótese de que TEPT, TDI e TDNE são síndromes fenomenologicamente relacionadas que devem ser resumidas dentro de uma nova categoria diagnóstica (RODEWALD, 2011).

Uma pesquisa com 190 pacientes, realizado por Yanartaş e cols em 2013, investigou e comparou os padrões de sintomas de TDNE e TDI. Os psiquiatras, através deste estudo, concluíram que TDNE parece ser o mais comum diagnóstico, embora seja o diagnóstico mais heterogêneo entre os transtornos dissociativos (YANARTAŞ, 2013).

Outro estudo, apresentou que os sintomas psiquiátricos graves diferenciam TDs do TEPT crônico, enquanto a dissociação e a vergonha têm um impacto significativo sobre marcadores específicos de relacionamento que funcionam em pacientes psiquiátricos com histórico de abuso infantil e negligência (DORAHY, 2015).

Psicólogos em um estudo para determinar se os transtornos dissociativos são associados ao funcionamento deficiente da vida diária de 160 pacientes concluiu que os transtornos dissociativos complexos, ou seja, TDI e TDNE, contribuem para o comprometimento funcional e impactam nos transtornos do eixo não dissociativo coexistentes, e que se qualificam como “doença mental grave” (MUELLER-PFEIFFER, 2014). Ainda em 2014, psiquiatras buscaram determinar a existência de TDI e outros transtornos dissociativos entre pacientes psiquiátricos adolescentes com um questionário originalmente projetado para adultos. Os autores observaram que *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders* (SCID-D) é relevante para o diagnóstico de transtornos dissociativos em adolescentes (SAR, 2014).

Um estudo realizado por psicólogos em 2015 para examinar como indivíduos diagnosticados com TDI interpretam suas experiências de serem rotulados com um diagnóstico contestado questionou sobre a confiabilidade e validade dos sistemas de diagnósticos psiquiátricos que foram revigorados pela publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição (FLORIS, 2015).

Em 2017, um estudo investigou a prevalência do TDI em 10 pacientes diagnosticados com esquizofrenia com característica paranóide, com base no Método de Rorschach. Os psicólogos observaram que dois pacientes apresentaram sintomas diferenciais aos da esquizofrenia, sendo que um deles apresentou sintomas dissociativos, não sendo confirmada a prevalência do TDI entre os esquizofrênicos (FARIAS, 2017).

Brand e cols em 2019, analisaram se o Teste de Memória Simuladora (TOMM) pode distinguir indivíduos com TDI clínico de alunos treinados em fingimento de TDI (simuladores). Eles observaram que a amnésia é um sintoma característico do TDI. O TOMM revelou que os simuladores de TDI não tiveram capacidade de fingir TDI (BRAND, 2019).

Um estudo avaliou a natureza da amnésia para memórias episódicas (auto-referenciais e autobiográficas) em pacientes com TDI e simuladores de TDI. Os psicólogos do estudo, utilizaram *Dissociative Experiences Scale* (DES), *the PTSD Symptom Scale-Self-Report* (PSS-SR) e uma escala de avaliação da emoção. Os resultados indicam que o perfil de desempenho do TDI não foi contabilizado por amnésia verdadeira ou fingida, dando suporte à ideia de que a amnésia relatada pode ser mais percebida do que o prejuízo real de memória (MARSH, 2021).

### ***A discussão entre a psicologia e a psiquiatria quanto ao diagnóstico de TDI***

O diagnóstico é extremamente debatido entre a Psicologia e a Psiquiatria, cada um na sua particularidade. Alguns psiquiatras não partilham de mesma opinião sobre o diagnóstico de TDI, pois consideram que o TDI se encaixa em um quadro de psicose ou histeria, onde a pessoa começa a ter delírios durante suas crises (FARIA, 2019). O diagnóstico das doenças dissociativas depende principalmente dos laudos do paciente e do relato de seus familiares, assim como da avaliação de especialistas que os entendam bem (MARSH, 2021). Não há nenhum teste laboratorial que possa diagnosticar definitivamente a doença dissociativa, porém existem alguns testes psicológicos onde esse diagnóstico pode ser concluído, como por exemplo o Método de Rorschach e o Teste de Pfister. Sua duração varia de pessoa para pessoa, podendo durar semanas, meses e até anos (MARSH, 2021).

Por um período, entendeu-se que o aspecto mais evidente do parâmetro diagnóstico para o TDI se dava diante da presença de duas ou mais personalidades, em um único indivíduo, porém, cada uma diferente (LEVIN, 1997). Tais diferenças de personalidade, em alguns casos, era tão grande que ia ao extremo de reações fisiológicas particulares, dentre alergias alimentares e de pele apresentadas por uma personalidade, mas não por outra (LEVIN, 1997).

Em consonância com essa classificação, cada personalidade é propícia a ter o controle do corpo de um jeito um pouco recorrente e alternado, ainda que os efeitos indiretos da presença subentendida de outra personalidade sejam percebidos em alguns sintomas no momento em que uma determinada personalidade toma o controle (ARAÚJO, 2007). O momento durante o processo de mudança entre uma identidade e outra tem sua denominação de “switching” podendo durar apenas alguns segundos, e imperceptível, em alguns momentos, em resposta a fatos de alto estresse ou até mesmo a estímulos provocadores de lembranças que causaram traumas (ARAÚJO, 2007).

É normal, devido às modificações de identidade vividas, que o indivíduo se torne incapaz de se lembrar de certa parte de suas vivências relacionadas aos períodos em que se encontrava diante do domínio de uma personalidade intercorrente (amnésia), tendo então uma surpresa, após, com situações que não é possível recordar, respectivamente, de ter gerado, obtido ou participado (ARZENO, 2003). Os pacientes com TDI geralmente mostram polisintomatologia, junto com sintomas somatoformes e depressivos, além de muitos sintomas psicóticos, como ouvir vozes, supostamente relacionada à ação não consciente das partes decompostas da personalidade (BOYSEN *et al.*, 2013).

Como sintomas também vistos em outros transtornos dissociativos são: despersonalização e desrealização. Indivíduos com TDI apresentam dentro das experiências de confusão e modificação da identidade, relatos de flashbacks de vivências traumáticas da infância, que normalmente vêm à tona de forma fragmentada e diante de modalidades sensoriais (alucinações auditivas, táteis, olfativas etc.) (BOYSEN *et al.*, 2013). Dentre os pacientes diagnosticados com algum transtorno dissociativo, os casos de TDI variam (CARLSON *et al.*, 1994).

A análise, a observação, o detalhamento e categorização de doenças que têm sintomas possibilitam a investigação de diagnósticos que, auxiliam na identificação da causa de certa patologia (DALENBERG *et al.*, 2009). Em consonância com o Manual e diagnóstico estatístico de transtornos mentais (DSM-5), o Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) encontra-se entre os transtornos dissociativos, como Amnésia dissociativa, e transtorno de despersonalização e desrealização (SCOTT, 2015; DELL, 2009). Estão relacionados ao TDI alguns sintomas neurológicos e funcionais, tais como: como dores de cabeça, perda de memória, ansiedade, depressão, pensamentos suicida (DELL, 2009). Diante da junção de sintomas fica mais difícil um diagnóstico eficaz e preciso de TDI. Ainda sobre o diagnóstico de TDI é certo dizer que o mesmo torna-se desafiador entender não só em relação à sua validade transcultural, como no que tange à sua etiologia (FAN, 2011).

Em relação a sua etiologia, existem dois vastos modelos explicativos: o modelo do trauma e o modelo da fantasia (FAN, 2011). Os proponentes do modelo do trauma consentem que o TDI seja fato e identificável além de não se limitar somente à cultura norte-americana (ROSS *et al.*, 2008). O modelo do trauma ampara o fato que a dissociação é um aspecto filogeneticamente significativo da resposta psicobiológica à ameaça e ao perigo. Entretanto, de uma forma excessiva, o mecanismo geraria desvantagens devido ao prejuízo causado às funções cognitivas e emocionais que atingiu com a finalidade de impedir ou diminuir o nível de sofrimento e o impacto do trauma (DALENBERG *et al.*, 2012).

Estudos sobre o modelo do trauma buscaram saber quais fatores estão inseridos na manutenção desestruturada desses sintomas além das formas desses traumas ou aspectos pressupostos ao acontecimento que explicariam o quadro patológico detalhadamente (CARLSON; ARMSTRONG, 1994). Existe um interesse imenso em averiguar os correlatos neurofisiológicos do trauma e da dissociação (BREMNER; NIJENHUIS; DEN BOER, 2009).

Estudiosos do modelo da fantasia, por outra perspectiva, concluíram que as evidências acerca do

relacionamento entre dissociação e trauma não são fidedignas ou não asseguram uma origem traumática útil para tais manifestações (LYNN *et al.*, 2004). O argumento principal do modelo da fantasia é de que as narrativas de experiências traumáticas divididas pelos pacientes diagnosticados com transtornos dissociativos resultariam, na sua maioria, da união de variáveis como tendência à fantasia, confabulação, sugestibilidade e distorções cognitivas diversas, junto com o fenômeno das falsas memórias (MERCHELACH; MURIS; RASSIN, 1999). Esses autores ainda costumam ressaltar a variedade de distorções que podem acometer a nossa memória, enfatizam também o fato de que as lembranças não seriam meros conteúdos mencionados e armazenados tal como foram vistos em um primeiro momento, mas sim como construções cognitivas confusas com fantasia e expectativas sociais (MERCHELACH; MURIS; RASSIN, 1999).

Apesar dos defensores do modelo da fantasia não recusarem a existência de processos ou fenômenos dissociativos, eles dispensam, de outra forma, que várias categorias de transtornos dissociativos (em especial o TDI) se relacionam a doenças concretas, de origem traumatogênica. Há, contudo, um entendimento de que tais indivíduos sofreriam de outros transtornos (depressão e personalidade borderline, por exemplo) ou sintomas difusos como vindos da ação de personalidades secundárias:

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

Em vasta revisão literária relativa às evidências expostas para os dois modelos, Dalenberg *et al.*, (2012) ilidam as críticas de antes e defendem que a associação entre trauma e dissociação é espessa e moderada ao longo de uma série de análises, por sua vez, continua linear e significativa apesar de medidas óbvias para avaliação da ocorrência do trauma serem empregadas (DALENBERG *et al.*, 2012).

### ***Diagnóstico sob o ponto de vista da psiquiatria***

O diagnóstico está relacionado ao reconhecimento do todo, ou seja, da doença, através das suas partes, no que é relatado ao médico. O processo diagnóstico tem como finalidade identificar de forma clara uma doença ou um transtorno (ABREU *et al.*, 2006).

A identificação do diagnóstico é um dos postulados que o modelo médico impõe à psiquiatria e, desde a década de 50, o problema de sua elaboração progrediu muito cientificamente. Estabelecer um diagnóstico psiquiátrico é a única forma de conhecer as causas ou as hipóteses explicativas, os mecanismos, a evolução da doença e a melhor forma de determinar uma conduta terapêutica e preventiva, se possível (ABREU *et al.*, 2006, p. 17, 18).

Dentro do diagnóstico existem dois fatores primordiais: a confiabilidade e a validade. Em relação ao diagnóstico psiquiátrico, ainda há outro fator de grande ressalva que são as diferentes línguas e culturas que nomeiam da mesma forma, tendo assim uma confiabilidade, ou melhor, que seja um diagnóstico de qualidade ao ponto de qualquer outro médico conseguir alcançar o mesmo resultado diagnóstico, consistente em circunstâncias múltiplas, tais como o passar do tempo (ABREU *et al.*, 2006). Sobre os transtornos psiquiátricos, para um diagnóstico detalhado do estado mental de um paciente é necessário:

corresponder provavelmente, a uma das mais subjetivas tarefas com as quais um médico pode se deparar. Embora, nos grandes centros, seja muitas vezes possível delegar esta função a um especialista (o psiquiatra), em diversas circunstâncias caberá ao não especialista

a realização do referido exame. Queixas psiquiátricas são comuns na prática clínica e a adequada realização do exame psíquico será peça fundamental no processo de raciocínio diagnóstico, bem como na decisão de encaminhar ou não o paciente para atendimento especializado (SANCHES *et al.*, 2005, p. 18).

Para Sims (1988) é explicado que: a psicopatologia estuda, sistematicamente, o comportamento, a cognição e a experiência fora do padrão de normalidade (SIMS, 1988). É dito como estudo dos produtos da mente que apresenta transtorno mental abordando as psicopatologias explicativas – no momento em que existam supostas explicações, conforme conceitos teóricos – e a psicopatologia descritiva – descreve e categoriza com aptidão as experiências anormais, de acordo com o informado pelo paciente e com a observação de seu comportamento (Figura 2).

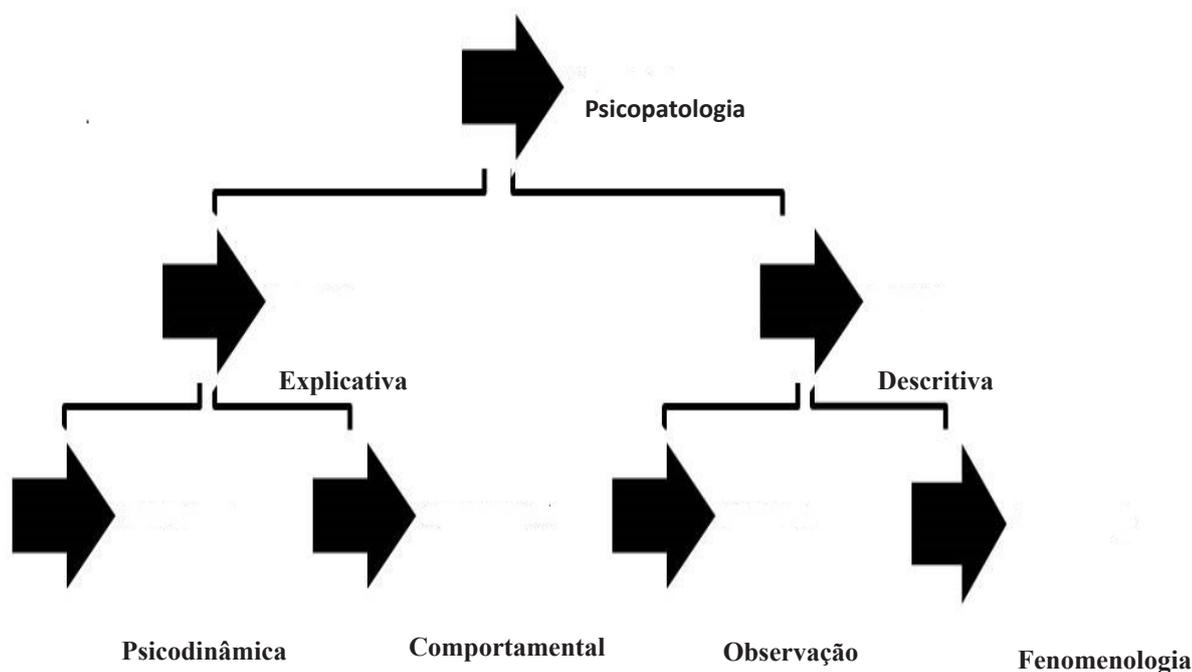


Figura 2 - Representação gráfica da psicopatologia.

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2021.

Dalgarrondo (2000) discute sobre os tipos de psicopatologia e dá ênfase à psicopatologia descritiva, onde descreve as experiências ditas anormais relatadas por pacientes, além de observar o comportamento dos mesmos. O autor ainda coloca que:

Penso, por exemplo, que a etiopatogenia dos sintomas deva estar mais lotada na psiquiatria clínica, disciplina aplicada que se alimenta de ciências como a própria psicopatologia, a neurofisiologia, a neurofarmacologia e outras, e não na psicopatologia, que, a meu ver, deve contribuir apenas para a identificação e designação, o mais fiel e nuclear possível, do fato psíquico (DALGARRONDO, 2000, p. 271).

Sendo assim, Dalgarrondo (2000) conceitua psicopatologia como algo que percorre entre a psicologia do patológico e a patologia do psicológico. Contudo, faz necessário saber que para cada

psicopatologia há um diagnóstico distinto. De acordo com Dalgalarrodo (2000):

[...] tomar e dissecar cada uma das funções psíquicas, ao longo de todo o espectro cognitivo-afetivo-conativo, conceituando-lhes suas alterações psicopatológicas e agregando a essas, nas mais diversas correntes teóricas, um esboço de sua etiopatogenia (DALGALARRONDO, 2000, p. 271).

Os sintomas são agrupados tendo como base os padrões de especificidade, podendo relatar doenças mentais ou psiquiátricas distintas (KLUFT, 1985). Os métodos para um diagnóstico de excelência, ainda são relevantes. Entretanto, a fim de que a nosologia psiquiátrica aperfeiçoe a observação dos fenômenos com os quais o profissional se depara, é necessário que a observação seja feita sistematicamente (SIMS, 1988). Dentro da psiquiatria chama-se de nosologia o conjunto de transtornos mentais ou transtornos identificados como tais (PARIS, 2012). Dalgalarrodo (2008) torna claro que: existem aspectos e fenômenos achados em todos os seres humanos, significando que determinado grupo de fenômenos (notórios e comuns) possui uma categoria tão vasta que não se pode classificar. Dentro da psiquiatria, o processo de diagnóstico:

engloba diversas fases componentes de uma avaliação psiquiátrica. Esta, classicamente, compreende dados de identificação da pessoa avaliada, sua queixa e duração, a história pregressa do quadro atual, os antecedentes pessoais (que compreendem a biografia do paciente), os antecedentes familiares, o exame físico, o exame mental e exames complementares. A análise destes dados em conjunto possibilita o estabelecimento de uma ou mais hipóteses diagnósticas. Habitualmente, estes dados estão organizados em seções no prontuário do paciente, de forma a permitir um registro livre do apurado, sem o perigo do esquecimento de aspectos fundamentais para o diagnóstico (ALMEIDA; DRATCU; LARANJEIRA, 2010, p. 44).

Ainda sob a relevância do diagnóstico psiquiátrico, combina-se o exame do doente com duas atitudes adversárias, como: apoiar-se na individualidade do paciente e examiná-lo buscando alvos definidos (PARIS, 2008). Jaspers reconhecia que “quem examina não pode estar preso (só) a questionários pré-fabricados, ainda que algumas perguntas fixas facilitem o exame” (ALMEIDA; LARANJEIRA; DRATCU, 2010, p. 45). O diagnóstico psicopatológico é correspondente ao total dos dados clínicos momentâneos (exame psíquico) e evolutivos (anamnese, história dos sintomas e evolução do transtorno). Tal totalidade é avaliada e entendida por meio do conhecimento teórico e científico e da habilidade clínica e intuitiva (DALGALARRONDO, 2008).

### ***Diagnóstico na perspectiva da psicologia***

O procedimento clínico constituído por um conjunto de princípios teóricos, além de métodos e técnicas de investigação é chamada de avaliação psicológica, tais conjuntos se referem tanto à personalidade do indivíduo quanto a suas funções cognitivas (CARDENA, 1997). Para isso, a escolha das estratégias e instrumentos utilizados nesse processo é realizada conforme o referencial teórico, o foco da avaliação, que pode ser clínico, profissional, educacional, forense ou outro e sua finalidade, ou seja, diagnóstico, indicação de tratamento e/ou prevenção (ARAÚJO, 2007).

A ideia do processo de psicodiagnóstico é um pouco nova, haja vista que, antes ela era considerada um momento em que o psicólogo aplicava um teste em uma pessoa fazendo então o acompanhamento deste teste (DALENBERG, 2014). A demanda vinha de outro profissional, no caso, o psiquiatra ou psicanalista para o psicólogo atender, ressaltando que o contato do psicólogo com o paciente se dava apenas no momento da avaliação (OCAMPO; ARZENO; PICCOLO, 2005, p. 6). Hoje em dia, o psicodiagnóstico é

um procedimento que circunda quatro etapas. A primeira envolve contato inicial à primeira entrevista com o paciente; a segunda se dá pela fase de aplicação dos testes e técnicas planejadas; a terceira é o acabamento do processo, com a devolução oral ao paciente; e a quarta onde há a elaboração do laudo para o solicitante (OCAMPO; ARZENO; PICCOLO, 2005, p. 8).

É definido pelos autores do presente estudo como sendo, o psicodiagnóstico, uma prática clínica restrita em relação ao objetivo, ao tempo e à definição de papéis, numa interpelação diferente da pertinente ao processo analítico com base no que foi descrito. Através do psicodiagnóstico, obtém-se um entendimento completo e esmiuçado da personalidade do paciente, podendo identificar elementos constitutivos, patológicos e adaptativos (SILVA *et al.* 2009). O processo engloba elementos existentes no diagnóstico atual e elementos do prognóstico e é usado para esclarecer diagnósticos, realizar encaminhamentos ou tratamentos (SILVA *et al.*, 2009).

Arzeno (2003) separa o psicodiagnóstico mais precisamente em sete fases: 1) solicitação da consulta e primeiro encontro com o profissional; 2) busca para identificar, através de entrevistas, razões concretas da consulta e os sentimentos expressos pelo paciente, bem como à perspectiva de cura; 3) análise do material coletado; 4) criação da estratégia diagnóstica planejada, com aplicação de testes e das técnicas escolhidas; 5) estudo e integração dos dados levantados anteriormente, com a finalidade de identificar recorrências e convergências entre os dados; 6) devolução da informação ao paciente; 7) elaboração do laudo psicológico, com as conclusões diagnósticas, um prognóstico e as recomendações terapêuticas certas (ARZENO, 2003).

Araújo (2007), após revisões da literatura, fez referências a críticas ditas ao psicodiagnóstico, no que tange ao uso de extensas baterias de testes e ao tempo usado com eles (ARAÚJO, 2007). A autora ainda diferencia dois momentos: há casos que necessitam de estudo mais esmiuçado, objetivando ter um diagnóstico especial que seja diferente; um profissional com vasta experiência clínica além de domínio teórico e técnico. Entende-se que essa crítica em relação aos testes psicológicos [...] é resultado também das mudanças dentro das demandas de intervenção [...] na atualidade, por motivos de novos processos de subjetivação e de questões sociais e políticas que mexem totalmente na qualidade de vida e saúde das pessoas e querem que as teorias e práticas estejam em lineares revisões e atualizações (SILVA, 2009).

O teste psicológico trata-se de instrumento de medida, um processo por meio do qual se procura medir um fenômeno psicológico (Van Kolck, 1974), encontrando nele amostras, sintetizadas, de comportamentos relacionados a uma variável psicológica.

Sendo assim, de acordo com Anastasi e Urbina (2000) que definem um teste psicológico como a medida convencional e objetiva de um espécime comportamental. Diz-se então, que um teste que visa medir a ansiedade, por exemplo, deve ter questões que aviste tudo sobre o conceito ansiedade.

Diante do estudo foram identificadas algumas convergências no que tange aos testes. Segundo Arzeno (1995, p. 5) a autora diz, por exemplo, que: “. . . fazer um diagnóstico psicológico não significa necessariamente o mesmo que fazer um psicodiagnóstico. Este termo implica automaticamente a administração de testes e estes nem sempre são necessários ou convenientes”. Entende-se que só pode ser denominado “psicodiagnóstico” avaliações feitas através de testes.

Já Cunha (2000, p. 23), entende que “psicodiagnóstico” é um termo que propõe um tipo de avaliação psicológica com propósitos clínicos, em que: “... há a utilização de testes e de outras estratégias, para avaliar um sujeito de forma sistemática, científica, orientada para a resolução de problemas”.

Cunha ainda afirma que:

Psicodiagnóstico é um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos (input), em nível individual ou não, seja para entender problemas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos, seja para classificar o caso e prever seu curso possível, comunicando os resultados (output), na base dos quais são propostas soluções, se for o caso. (Cunha, 2000, p. 26).

Na esfera da Psicologia Clínica isso deu origem a uma grande expansão de abordagens teóricas – psicanalíticas, fenomenológico-existenciais, cognitivas, comportamentais, sistêmicas, corporais etc.; até mesmo na produção de novas modalidades de intervenção – grupal, familiar e comunitária – em instituições públicas e privadas, além de hospitais, unidades de saúde, entre outros (ZIMERMAN, 1999; ARAÚJO, 2007, p.4). Podem ser citados, dentre os recursos mais usados no psicodiagnóstico: entrevista e observações clínicas, testes psicológicos, técnicas projetivas e outros procedimentos de investigação clínica (OCAMPO; ARZENO; PICCOLO, 2005), dependendo da necessidade de se esclarecer melhor.

## Considerações finais

O presente estudo buscou revisar as diferenças apresentadas pela psiquiatria e a psicologia em torno do diagnóstico do TDI. Os achados deste estudo sugerem que os diagnósticos psiquiátricos e psicológicos permanecem divergentes, embora sejam utilizados testes similares. Como os diagnósticos realizados por estes dois profissionais são fundamentados em análises dos relatos de familiares e do paciente, alguns estudos indicam que estes diagnósticos são complementares. Embora, as informações revisadas no presente estudo, revelem o olhar psiquiátrico e psicológico divergente sob o diagnóstico de TDI, não é um estudo conclusivo sobre a origem dessa divergência. Porém, fornece indícios sugestivos de que a heterogeneidade entre os diagnósticos psiquiátricos e psicológicos, pode estar associada a diversidade de testes aplicados e a falta de comunicação entre estes dois profissionais.

## Referências

- ABREU, C. N., *et al.* **Síndromes psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental.** Porto Alegre: Artmed. 2006.
- ALMEIDA, O. P. *et al.* **Manual de Psiquiatria Clínica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5).** Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- ANASTASI, A.; URBINA, S. **Testagem Psicológica** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- ARAÚJO, M. F. Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. **Psicologia teoria e prática**, v.9, n.2, São Paulo. 2007.
- ARZENO, M. E. G. **Psicodiagnóstico clínico.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 2003.
- ARZENO, M. E. G. (1995). **Psicodiagnóstico clínico: Novas contribuições.** Porto Alegre: Artmed
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 4 ed. Porto Alegre: Artmed. 2003.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5).** Porto Alegre: Artmed. 2014.
- BOYSEN, G. A., *et al.* **A review of published research on adult dissociative identity disorder, 2000-2010.** The Journal of Nervous and Mental Disease, v.201, n.1, 2013, p. 5-11.
- BRAND, B. *et al.* Detecting clinical and simulated dissociative identity disorder with the Test of Memory Malingering. **Psychol Trauma.** 2019 Jul; v. 11, n. 5, p. 513-520. doi: 10.1037/tra0000405. Epub 2018 Sep 13. PMID: 30211601.
- BRAND, B., *et al.* Trauma-related dissociation is no fantasy: Addressing the errors of omissions and errors commission in Merckelbach and Patihis (2018). **Psychological Injury & Law**, v. 11, 2019, p. 377–393.
- BREMNER, J. D. Neurobiology of dissociation: a view from the trauma field. *In:* DELL, P. F.; O'NEIL, J. A. (Eds.). **Dissociation and the dissociative disorders: DSM- V and beyond.** New York: Routledge, 2009, p. 329-336.
- CARDEÑA, Etzel. The etiologies of dissociation. *In:* KRIPPNER, Stanley.; POWERS, S. M. (Eds.). **Broken images,**

**broken selves:** dissociative narratives in clinical practice. Washington: Brunner / Mazel, 1997, p. 61-87.

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

CUNHA, J. A. (2000). Fundamentos do psicodiagnóstico. *In* J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico V* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

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

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

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2 ed. Porto Alegre: ArtMed (2008).

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artmed. 2000, p. 271.

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

DORAHY, M. J. *et al.* Do dissociative disorders exist in Northern Ireland? Blind psychiatric – structured interview assessments of 20 complex psychiatric patients. **European Journal of Psychiatry**, v. 20, n. 3, 2015, p. 172-182.

DORAHY, M.. J *et al.*. Dissociation, shame, complex PTSD, child maltreatment and intimate relationship self-concept in dissociative disorder, chronic PTSD and mixed psychiatric groups. **J Affect Disord.** 2015 Feb 1;172:195-203. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.008. Epub 2014 Oct 12. PMID: 25451418.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; BELLONI, Luiza. **Sim, é possível ter 23 personalidades: explicamos o Transtorno Dissociativo de Identidade.** [S.l: s.n.], 2017. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002829891>

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

FARIA, M. A. **Impacto do trauma e dissociação da consciência na personalidade múltipla.** Brasília: Kiron, 2019.

FARIA, M. A. O Teste de Pfister e o transtorno dissociativo de identidade. **Avaliação psicológica**, v.7, n.3. Porto Alegre, 2017.

FLORIS, J. *et al.* Fighting the Whole System: Dissociative Identity Disorder, Labeling Theory, and Iatrogenic Doubting. **J Trauma Dissociation.** 2015, n. 16, v. 4, p. 476-493. doi: 10.1080/15299732.2014.990075. Epub 2015 Apr 29. PMID: 25923473.

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

KIM, I., *et al.* Dissociative Identity Disorders in Korea: Two Recent Cases. **Psychiatry Investig.** 2016 Mar; n. 13, v. 2, p. 250-252. doi: 10.4306/pi.2016.13.2.250. Epub 2016 Mar 23. PMID: 27081389; PMCID: PMC4823204.

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

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

LYNN, S. J., *et al.* Memory, trauma and dissociation. *In:* ROSEN, G. M. (Ed.). **Posttraumatic Stress Disorder: Issues and controversies.** New York: John Wiley and Sons, Ltd, 2004, p. 163- 186.

MARALDI, E. O., *et al.* Dissociation from a cross-cultural perspective: implications of studies in Brazil. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 205, n. 7, 2017, p. 558-567.

MARSH, R.J, *et al.* Inter-identity amnesia for neutral episodic self-referential and autobiographical memory in Dissociative Identity Disorder: An assessment of recall and recognition. **PLoS One.** 2021 Feb 12;16(2):e0245849. doi: 10.1371/journal.pone.0245849. PMID: 33577556; PMCID: PMC7880432.

MERCKELBACH, H., *et al.* Fantasy proneness and cognitive failures as correlates of dissociative experiences.

**Personality and Individual Differences**, v. 26, p. 961-967. 1999.

MUELLER-PFEIFFER, C., *et al.* **Global functioning and disability in dissociative disorders**. *Psychiatry Res.* 2012 Dec 30; n. 200, v. 2-3, p. 475-481. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.028. Epub 2012 May 10. PMID: 22578820.

OCAMPO, M. L. S., *et al.* **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

OLIVEIRA, R. M., *et al.* **A realidade do viver com esquizofrenia**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, n. 65, v. 2, p. 309-316. 2012.

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

RODEWALD, F. *et al.* Axis-I comorbidity in female patients with dissociative identity disorder and dissociative identity disorder not otherwise specified. **J Nerv Ment Dis.** 2011 Feb; n. 199, v. 2, p. 122-131. doi: 10.1097/NMD.0b013e318208314e. PMID: 21278542.

ROSS, C. A. Possession experiences in dissociative identity disorder: a preliminary study. **J Trauma Dissociation.** 2011; n. 12, v. 4, p. 393-400. doi: 10.1080/15299732.2011.573762. PMID: 21667381.

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

ROSS, Colin. **Multiple Personality Disorder: diagnosis, clinical features and treatment**. New York: John Willey and Sons, 2011.

SANCHES, M. Developmental abnormalities in striatum among young bipolar patients. **Bipolar Disorders**, v. 7, n.2, p. 153-158, 2005.

SAR, V. *et al.* Dissociative identity disorder among adolescents: prevalence in a university psychiatric outpatient unit. **J Trauma Dissociation.** 2014; n. 15, v. 4, p. 402-19. doi: 10.1080/15299732.2013.864748. PMID: 24283750.

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

SILVA, MICHELINE E MULICK, JAMES A. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicologia: ciência e profissão**. v. 29, n. 1, p. 116-131, 2009.

SIMS, A. **Symptoms in the Mind**. London: Ballière Tindall. 1988.

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

SPANOS, N. Multiple identity enactments and multiple personality disorder: a sociocognitive perspective. **Psychol Bull:** v. 116, n. 1, p. 143-65, 1994.

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

VAN KOLCK, O. L. **Técnicas de Exames Psicológicos e suas Aplicações no Brasil** Petrópolis: Vozes, 1974.

YANARTAS, Ö, *et al.* An outpatient clinical study of dissociative disorder not otherwise specified. **Compr Psychiatry.** 2014 May; n. 55, v. 4, p. 755-761. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.12.015. Epub 2013 Dec 23. PMID: 24461163.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Psicanalíticos**. São Paulo: Artmed. 1999.

