

TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE (MÚLTIPLAS PERSONALIDADES): RELATO E ESTUDO DE CASO

DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER (MULTIPLE PERSONALITIES): CASE REPORT AND STUDY

Resumo

Na prática clínica, deparamo-nos com um grande número de pacientes vítimas de violência, sobretudo durante fases precoces do desenvolvimento, uma das causas centrais na etiologia dos transtornos dissociativos (ou transtorno de estresse pós-traumático complexo). Este artigo descreve o caso de um paciente diagnosticado com transtorno dissociativo de identidade após permanecer sintomático por 10 anos e comenta sobre o manejo e os desafios no tratamento desses pacientes.

Palavras-chave: Transtorno dissociativo, múltiplas personalidades, transtorno dissociativo de identidade.

Abstract

In clinical practice we are often faced with patients who are victims of violence, especially in early developmental stages, which is a major cause of dissociative disorders (or complex posttraumatic stress disorder). This article describes the case of a patient diagnosed with dissociative identity disorder after being symptomatic for 10 years, and comments on the clinical management and challenges involved in the treatment of these patients.

Keywords: Dissociative disorder, multiple personalities, dissociative identity disorder.

INTRODUÇÃO

O indivíduo humano não é unitário nem internamente consistente, mas complexo, contraditório e dividido. Em alguns casos, essas atitudes contraditórias e os comportamentos podem se tornar incompatíveis, ameaçando a estabilidade e a integridade da personalidade. Em raras ocasiões, a estabilidade somente pode ser preservada por uma dissociação ou

por uma separação da personalidade em subunidades mais estáveis¹. Na prática clínica, deparamo-nos com pacientes que desafiam tanto a nossa experiência e conhecimento técnico quanto as convenções de enquadramento diagnóstico.

Após décadas de relativa negligência, devido principalmente à desconsideração dos efeitos das experiências traumáticas da vida real na psicopatologia e na psicoterapia, há um aumento de interesse no estudo dos transtornos dissociativos². O transtorno protótipo da categoria (transtorno dissociativo de identidade, TDI) é tema de controvérsia particular. Esse diagnóstico é feito na América do Norte com certa frequência, enquanto que na Europa sua avaliação é discutível, e muitos casos clínicos publicados são considerados como produtos artificiais².

Os transtornos dissociativos podem ser encarados como tipos muito complexos do transtorno de estresse pós-traumático, começando na infância e se tornando crônicos durante toda a adolescência e vida adulta. Muitas dimensões diferentes da experiência do *self* são afetadas, já que o trauma é impingido durante os anos fundamentais do desenvolvimento.

O trauma produz uma dissociação, que é uma descontinuidade da experiência (consciência) e da memória. Tais processos psíquicos inicialmente podem funcionar como defesas adaptativas, preservando o ego do aniquilamento. Com o tempo, segundo Gabbard et al.², a dissociação distorce o desenvolvimento da personalidade e a integração contínua de vivências, autopercepções e percepção das emoções das outras pessoas, obliterando o desenvolvimento da capacidade de mentalização (desenvolvimento de habilidades meta-cognitivas que permitem a reflexão crítica sobre o próprio estado da mente ou das outras pessoas).



**MIRIAN PEZZINI DOS SANTOS¹, LIDIANE DOTTA GUARIENTI², PEDRO PAIM SANTOS³,
EDUARDO FERREIRA DAURA⁴, ADRIANA DENISE DAL'PIZOL²**

¹ Consultório particular, Passo Fundo, RS. ² Consultório particular, Porto Alegre, RS. ³ Consultório particular, São Paulo, SP. ⁴ Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre, RS.

Por vezes, a dissociação também facilita a perpetuação de uma hiperexcitação autonômica via hipófise-hipotálamo-suprarrenal, através da evocação da memória traumática em resposta a estímulos remanescentes ao trauma, criando, assim, sucessivos microtraumas³.

Os *alters* (estados dissociativos) passam a assumir partes do conflito interno, resultando em estados do ego com diferentes identidades e desempenhando funções executivas distintas de acordo com as demandas internas e os estímulos externos.

Segundo a 4ª edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), o TDI é caracterizado pela presença de duas ou mais identidades distintas ou estados de personalidade que recorrentemente assumem o controle do comportamento do indivíduo, acompanhado de uma incapacidade de recordar informações pessoais importantes, cuja extensão é demasiadamente abrangente para ser explicada pelo esquecimento normal⁴.

O interesse norte-americano pelos transtornos dissociativos surge no início dos anos 1980, pois tanto o TDI quanto os transtornos dissociativos em geral não são patologias incomuns. Nos estudos de população geral, a taxa de prevalência de TDI é de 1 a 3% da população descrita⁵. Outros estudos relatam uma prevalência ao longo da vida de aproximadamente 10%, sendo o TDI responsável por aproximadamente 1% deles.

O diagnóstico de TDI está associado quase universalmente com uma história prévia de trauma mais significativo, que ocorre frequentemente na infância. Estudos sistemáticos que examinaram a história de trauma de pacientes com TDI encontraram uma taxa mais elevada de traumatismo na infância nesses pacientes quando comparados com qualquer outro grupo clínico. Logo, o processo diagnóstico deve incluir uma possível história de trauma, sendo muito comum história de abuso sexual ou outros tipos de abuso⁵.

A grande maioria dos casos tem histórias psiquiátricas complexas e longas. O intervalo médio entre as primeiras apresentações e o diagnóstico psiquiátrico de TDI é de 7 anos. Sete estudos incluindo o total de 719 pacientes com TDI mostraram que estes permaneceram por 5 a 11 anos no sistema de saúde mental antes de terem o diagnóstico correto de TDI⁵. Durante esse tempo, os pacientes apresentaram uma grande variedade de sintomas psiquiátricos e físicos, incluindo depressão, ansiedade, alucinações auditivas e visuais, transtornos alimentares e queixas somáticas¹.

Diferentemente de outros transtornos do trauma, como, por exemplo, o transtorno de estresse pós-traumático, o transtorno de ansiedade generalizada e a fobia social, que apresentam uma diminuição volumétrica da amígdala e do hipocampo, com comprometimento cognitivo, os pacientes com TDI não apresentam tais alterações, sugerindo uma hipótese neurobiológica diferenciada⁶. Outro estudo avaliou a perfusão vascular nos pacientes com TDI em comparação com um grupo controle. O resultado foi que os pacientes com essa patologia apresentavam uma hipoperfusão orbito-frontal bilateral, e também uma hiperperfusão nas regiões frontal superior e mediana e na região occipital bilateral, o que leva a crer que a fisiopatologia da doença estaria na interação anômala dessas regiões⁷.

Em termos de prevalência, em média 92% dos casos são mulheres, com idade média no diagnóstico de 31 anos e um número médio de 13 personalidades. Em 85% dos casos, uma das personalidades é de criança. Muitas personalidades são autodestrutivas, violentas, criminosas ou desinibidas sexualmente¹.

De acordo com um estudo holandês que avaliou a frequência de transtornos dissociativos em internações psiquiátricas, 8% dos pacientes apresentavam essas patologias, e 2% do total apresentavam TDI, correspondendo à média relatada em estudos europeus, porém menor do que as taxas norte-americanas⁸. Outro estudo americano procurou avaliar as taxas de TDI em pacientes psiquiátricos ambulatoriais, e a porcentagem foi de 6% do total, sendo que 29% apresentavam algum tipo de transtorno dissociativo⁹.

O diagnóstico diferencial em adultos inclui comorbidades como transtorno de somatização, transtorno de estresse pós-traumático, convulsões e amnésia. Pseudoconvulsões e os fenômenos de conversão são processos psicológicos similares aos transtornos dissociativos. Esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtornos de humor bipolar e unipolar devem ser igualmente excluídos. De fato, os sintomas dissociativos, os transtornos dissociativos não especificados e o TDI podem todos ocorrer na presença desses diagnósticos¹⁰. Finalmente, as populações abusadoras de substância são conhecidas por terem altos níveis de experiências dissociativas, e o abuso de substância é elevado entre pacientes com TDI¹⁰.

No contexto psiquiátrico brasileiro, não estão disponíveis instrumentos específicos para a detecção e quantificação dos sintomas dissociativos. No entanto, diretrizes internacionais estabelecem como condição *sine qua non* para o diagnóstico

**MIRIAN PEZZINI DOS SANTOS
LIDIANE DOTTA GUARIENTI
PEDRO PAIM SANTOS
EDUARDO FERREIRA DAURA
ADRIANA DENISE DAL'PIZOL**

de TDI o uso de entrevistas diagnósticas que inquiram sobre dissociação, suplementadas, quando necessário, por instrumentos selecionados e por entrevistas estruturadas que avaliem a presença ou ausência de sintomas dissociativos⁵.

Fizman et al. apresentam as etapas de tradução e adaptação para a língua portuguesa do instrumento Dissociative Experiences Scale (DES), o questionário mais utilizado para o rastreamento e a quantificação dos sintomas dissociativos. Apesar de a escala não ser utilizada como instrumento diagnóstico, o escore de 30 é considerado o ponto de corte acima do qual se pode identificar os pacientes com transtornos dissociativos. Numa investigação dos autores da DES, 74% dos pacientes com TDI e 80% daqueles com outro transtorno dissociativo foram corretamente identificados por esse ponto de corte¹¹.

Em sua recente publicação, a saber, o DSM-5, a Associação Americana de Psiquiatria manteve o TDI como uma patologia diagnóstica. E manteve, também, os mesmos critérios diagnósticos¹²:

- 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 da identidade envolve descontinuidade acentuada no senso de si mesmo e no 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.

- Lacunas recorrentes na recordação de eventos cotidianos, informações pessoais importantes e/ou eventos traumáticos que são incompatíveis com o esquecimento comum.

- Os sintomas causam um sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

- A perturbação não é parte normal de uma prática religiosa ou cultural amplamente aceita. Em crianças, os sintomas não são bem explicados por amigos imaginários ou outros jogos de fantasia.

- Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, apagões ou comportamento caótico durante intoxicação alcoólica) ou a outra condição médica (por exemplo, convulsões parciais complexas).

O presente artigo visa descrever e discutir o caso de um paciente com diagnóstico de TDI.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 24 anos, natural e procedente do interior do estado do Rio Grande do Sul, solteiro, sem religião, com 1º ano do Ensino Médio completo, atualmente recebe benefício devido a doença psiquiátrica. Teve quatro internações prévias neste hospital e outras internações na região de sua cidade natal.

O paciente foi internado no último mês devido ao abuso de substâncias e risco de exposição, pois se encontrava na rua, prostituindo-se para comprar drogas. Encaminhado pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de sua cidade, o paciente foi internado no Hospital Psiquiátrico São Pedro, na unidade Mario Martins Masculina.

Na primeira entrevista, o paciente relata que pediu para ser internado, pois seus "13 amigos" estavam lhe atormentando muito. Devido a isso, voltou a fazer uso de maconha e cocaína para tentar esquecer-los, não ouvi-los nem vê-los. Esses 13 "personagens" o acompanham há 10 anos. Usa o pronome "nós" para referir-se a si próprio e frequentemente refere-se aos 13, ora de forma contraditória, como amigos, ora como demônios.

Diz que, desde 1999, seus 13 personagens fazem uso de seu corpo, eventualmente assumindo seus atos. O paciente diz não recordar muitos fatos ocorridos em sua vida, situações que pensa terem sido vivenciadas por "eles". Apresenta muito sofrimento em relação a isso, pois as pessoas à sua volta lhe chamam de mentiroso e dissimulado. Relata episódios de esquecimento, como perceber estar em algum lugar e não recordar como chegou lá e, ainda, episódios em que se descobriu usando roupas estranhas ou estando com pessoas que não lembrava conhecer.

O paciente também apresenta dificuldades de lembrar episódios de sua vida, principalmente os relacionados à sua infância e adolescência. Indica períodos em que ficou abstinente de drogas; nesses intervalos, mantinha presentes suas 13 personalidades. Justifica o uso de drogas para esquecer-los. O paciente também possuía história prévia de tentativas de suicídio e apresentava características de personalidade *borderline* e traços de personalidade histriônica, ambos evidenciados na atual internação e também diagnosticados previamente.

O paciente já esteve internado muitas vezes, sendo que nenhuma internação foi efetiva. Além disso, nenhuma medicação que tenha usado fez com que seus 13 personagens



**MIRIAN PEZZINI DOS SANTOS¹, LIDIANE DOTTA GUARIENTI², PEDRO PAIM SANTOS³,
EDUARDO FERREIRA DAURA⁴, ADRIANA DENISE DAL'PIZOL²**

¹ Consultório particular, Passo Fundo, RS. ² Consultório particular, Porto Alegre, RS. ³ Consultório particular, São Paulo, SP. ⁴ Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre, RS.

fossem embora. Fez, inclusive, sessões de eletroconvulsoterapia. Diz já ter passado pela avaliação de 17 psiquiatras, também sem resultado.

O paciente já teve vários empregos, como, por exemplo, vendedor de roupas, padeiro, pedreiro, músico, vendedor de joias, até que acabou se envolvendo com tráfico de drogas e prostituição. Nunca conseguiu se manter fixo em algum serviço, pois "eles" o atrapalhavam. O paciente também estava tentando frequentar a escola e o CAPS de sua cidade, porém com dificuldades de adesão. Após uma decepção amorosa, piorou, voltou a usar drogas e então foi internado.

Atualmente mora com a mãe, a irmã e seu padrasto, porém já ficou em situação de rua e já morou com o pai. Quando criança, presenciou muitas brigas em casa, com história de maus-tratos pelo pai, o qual é dependente de múltiplas drogas. Sua mãe já trabalhou como prostituta, fazendo programas inclusive em casa. Aos 8 anos, o paciente foi abusado sexualmente por um tio materno e também sofreu abuso sexual na escola. Aos 14 anos, foi morar com o pai, período de muito estresse e brigas entre os dois, com ameaças de morte por parte do pai. Nesse período, o paciente começou a se prostituir e a abusar de substâncias. Após desentendimentos com o pai, ficou alguns meses em situação de rua, já que a mãe havia mudado de endereço e perdido contato com o paciente.

Durante a internação, principalmente em situações de ansiedade, ao falar de seu passado, ou em consultas mais demoradas, o paciente apresentava episódios característicos de dissociação, em que mudava bruscamente o tom de voz, a fisionomia do rosto, o modo de falar e respondia como sendo outra pessoa, sempre um dos 13 personagens. Nessas mudanças de personalidade, as quais, às vezes, eram acompanhadas por piscadas rápidas dos olhos, foram identificadas 13 personalidades de diferentes idades e características. Três delas eram mulheres, sendo uma adolescente de 13 anos (Luci), que era triste e só chorava; uma criança de 7 anos (a personalidade que aparecia com maior frequência, Lalinha), a qual era filha de dois dos seus personagens (Lalinha dizia-se uma criança carente, que não recebia apoio ou carinho por parte dos pais); e a terceira personalidade do sexo feminino, Gata Negra, uma mulher adulta, sedutora e hipersexualizada (nesses momentos, o paciente dizia-se homossexual e adquiria trejeitos claramente afeminados).

As outras 10 personalidades eram masculinas, sendo em

geral irritadas, amarguradas e "do mal", com nomes como Ratos, Carnéver e Abutre – todos nomes sugestivos de coisas assustadoras e que, por vezes, lembravam personagens de filmes. Uma dessas personalidades era a mais agressiva (Ratos), com muita raiva e ódio, a qual, segundo o paciente e um familiar, já havia agredido fisicamente outras pessoas. Outra personalidade era inteligente, sensata, "controlava" as outras – esta o paciente relacionava com seu pai. Também havia uma personalidade com traços antissociais que era sedutora, manipuladora e não apresentava remorso por prejudicar outras pessoas. Durante a internação, foi possível identificar e reconhecer claramente 10 das 13 personalidades.

Foram aplicadas duas escalas: a Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS), com critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior passado, abuso de substâncias, abuso sexual na infância, distúrbio *borderline* de personalidade, TDI e esquizofrenia; e o DES, em versão traduzida para língua portuguesa. O DES é o questionário mais utilizado para o rastreamento de sintomas dissociativos. Possui um ponto de corte de 30, acima do qual se pode identificar transtorno dissociativo; nosso paciente pontuou 168. Foi também realizado eletroencefalograma (EEG), o qual não demonstrou alterações.

O paciente permaneceu 35 dias internado, período durante o qual passou a ser atendido diariamente em consultas médicas e por equipe multiprofissional. Houve melhora dos sintomas de impulsividade e depressivos, com melhor compreensão da doença pelo paciente, por sua família e pela equipe que permaneceu acompanhando o paciente no CAPS. Recebeu alta hospitalar melhorada em uso de carbamazepina 1.200mg/dia, olanzapina 10 mg/dia, lítio 900 mg/dia e sertralina 50 mg/dia. Foram mantidas sessões de psicoterapia bissemanais, com indicação de acompanhamento por longo prazo.

Discussão

Após 10 anos sintomático, tendo passado por múltiplas internações e avaliações psiquiátricas, o paciente recebeu diagnóstico de TDI segundo critérios do DSM-5, sendo que possuía mais de duas personalidades distintas que assumiam recorrentemente o comportamento, com episódios característicos de amnésia sem estar sob a influência de substâncias¹². Pacientes como este tendem a ser subdiagnosticados, já que se trata de um diagnóstico raro e difícil e que pode

MIRIAN PEZZINI DOS SANTOS
LIDIANE DOTTA GUARIENTI
PEDRO PAIM SANTOS
EDUARDO FERREIRA DAURA
ADRIANA DENISE DAL'PIZOL

levar anos para ser corretamente estabelecido, existindo ainda muita incompreensão a respeito entre os profissionais de saúde mental¹³.

No caso do nosso paciente, as personalidades possuíam nomes próprios, com funções definidas e distintas entre si e transição de uma personalidade para outra de forma súbita e drástica. Às vezes, o sujeito tem repleta consciência da existência, das qualidades e das atividades das outras personalidades¹⁴. Os pacientes geralmente referem-se a si mesmos como tendo “partes”, “vozes”, “múltiplos eus”, “pessoas” ou “demônios”¹⁵, entre outras formas, fato observado com frequência em nosso paciente.

Compatível com dados da literatura, o paciente apresentava-se dentro da média, indicando um número de 13 personalidades, sendo que uma delas era criança, o que também é relatado com relativa frequência¹. Uma das personalidades era deprimida, outra era controladora, muito irritada, e foram verificados também traços antissociais. O paciente desenvolveu amnésia parcial a eventos passados, relacionados principalmente ao período de sua infância e em relação aos abusos de que foi vítima¹⁰.

A causa do transtorno não é definida, porém sabe-se que pacientes com transtornos dissociativos, em sua grande maioria, possuem história de trauma, em geral na infância¹⁵. Os transtornos dissociativos podem ser encarados como tipos muito complexos e de longo prazo do transtorno do estresse pós-traumático, começando agudamente durante a infância e se tornando crônicos durante toda a adolescência e idade adulta. A dissociação pode servir inicialmente como uma função adaptativa, tornando mais tolerável o medo e a dor psicológica que acompanham o trauma. Com o tempo, no entanto, a dissociação distorce o desenvolvimento da personalidade, a integração contínua de lembranças e a percepção das emoções em outras pessoas². Os estados de *self* separados e dissociados (*alters*) são, primeiro, desdobrados de forma adaptativa, numa tentativa, por parte da criança abusada, de se distanciar da experiência traumática. Os *alters* logo ganham formas secundárias de autonomia, e a personalidade do paciente consiste, na realidade, na soma total de todas as personalidades¹⁶.

O TDI também está associado com um alto grau de comorbidades psiquiátricas. Entre os diagnósticos mais frequentes encontrados em pacientes com TDI, salientamos o abuso de substâncias e a dependência química¹⁷ – diagnóstico este também presente em nosso paciente. O TDI também pode coexistir com outros transtornos mentais, principalmente dis-

túrbio de personalidade *borderline*, e diferenciá-los pode ser difícil¹⁸. Tentativas de suicídio são comuns¹⁹.

Em nosso caso, foram aplicadas duas escalas, a DDIS¹⁹ e a DES¹¹, que auxiliaram no estabelecimento do diagnóstico de TDI. Também foi realizado EEG, com resultado normal. Esse exame se faz necessário porque existe na literatura a hipótese de que a epilepsia parcial complexa esteja envolvida em sua etiologia²⁰. Vale ressaltar que, na aplicação da escala DDIS, o paciente pontuou para esquizofrenia, um diagnóstico de notável confusão com TDI; no entanto, não foram verificados sintomas negativos característicos da esquizofrenia, nem a presença de deterioração social¹⁴.

A psicoterapia individual ambulatorial de longo prazo é o tratamento de escolha para os transtornos dissociativos². Para casos de TDI, a psicoterapia envolve basicamente três enfoques: primeiramente, a construção de um vínculo seguro, a estabilização dos sintomas; em seguida, trabalhar diretamente com as memórias traumáticas e o processamento do trauma, desfazendo a hiperexcitação a estímulos remanescentes; por último, a busca pela integração das identidades e pela reabilitação. Pacientes traumatizados com frequência vivenciam as interpretações como um desafio a seu sentido de realidade. No contexto da terapia, a dissociação geralmente é um escape defensivo de algo que produz sofrimento e ansiedade, e os diferentes *alters* presentes no *setting* clínico devem ser tratados como aspectos da mesma pessoa¹⁶. Farmacoterapia e intervenções familiares são de grande valor, porém secundários à terapia individual⁵.

CONCLUSÕES

Na prática clínica e psicoterápica, deparamo-nos com um grande número de pacientes vítimas de violência, sobretudo durante fases precoces do desenvolvimento. Nesse contexto, evidencia-se a necessidade de identificar corretamente a sintomatologia específica voltada aos transtornos dissociativos, bem como todas as formas de transtorno de estresse pós-traumático, com o intuito de selecionar e disponibilizar as estratégias terapêuticas mais adequadas. Há um consenso de o tratamento mais eficaz consiste na integração dialética entre farmacoterapia, psicoterapia psicodinâmica eclética incorporada a técnicas de terapia cognitivo-comportamental, intervenções de grupo e de família.

Salientamos que a exposição persistente a condições traumáticas (transtorno de estresse pós-traumático complexo), bem como a evocação de memória do trauma através de



**MIRIAN PEZZINI DOS SANTOS¹, LIDIANE DOTTA GUARIENTI², PEDRO PAIM SANTOS³,
EDUARDO FERREIRA DAURA⁴, ADRIANA DENISE DAL'PIZOL²**

¹ Consultório particular, Passo Fundo, RS. ² Consultório particular, Porto Alegre, RS. ³ Consultório particular, São Paulo, SP. ⁴ Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre, RS.

estímulos remanescentes, tendem tanto a agravar as alterações neuroquímicas dessa patologia quanto favorecer a estruturação de quadros psiquiátricos crônicos graves, como o transtorno de personalidade *borderline* e o transtorno de estresse pós-traumático complexo, que cursam com sintomas dissociativos, violência e autodestrutividade.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Mirian Pezzini dos Santos, Av. Sete de Setembro, 594/402, CEP 99010-121, Passo Fundo, RS. Tel.: (54) 3311-5345. E-mail: mirianpezzini@yahoo.com.br

Referências

1. Fahy T. Multiple personality disorder: where is the split? *J R Soc Med*. 1990;83:544-6.
2. Gabbard GO, Beck JS, Holmes J. *Compêndio de psicoterapia de Oxford*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
3. Lyons-Ruth K, Dutra L, Schuder MR, Bianchi I. From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29:63-86, viii.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
5. International Society for Study of Dissociation. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults (2005). *J Trauma Dissociation*. 2005;6:69-149.
6. Weniger G, Lange C, Sachsse U, Irle E. Amygdala and hippocampal volumes and cognition in adult survivors of childhood abuse with dissociative disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118:281-90.
7. Sar V, Unal SN, Ozturk E. Frontal and occipital perfusion changes in dissociative identity disorder. *Psychiatry Res*. 2007;156:217-23.
8. Friedl MC, Draijer N. Dissociative disorder in Dutch psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1012-3.
9. Foote B, Smolin Y, Kaplan M, Legatt ME, Lipschitz D. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 2006;163:623-9.
10. Elmore JL. Dissociative spectrum disorders in the primary care setting. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2000;2:37-41.
11. Fiszman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I. [The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Dissociative Experiences Scale for screening and quantifying dissociative phenomena]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26:164-73.
12. Associação Americana de Psiquiatria. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed; 2014.
13. Stickley T, Nickeas R. Becoming one person: living with dissociative identity disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13:180-7.
14. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria*. 9ª ed. Porto Alegre. Artmed; 2007.
15. Kendall-Tackett K, Klest B. Causal mechanisms and multidirectional pathways between trauma, dissociation, and health. *J Trauma Dissociation*. 2009;10:129-34.
16. Gabbard GO. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
17. McDowell DM, Levin FR, Nunes EV. Dissociative identity disorder and substance abuse: the forgotten relationship. *J Psychoactive Drugs*. 1999;31:71-83.
18. Dale KY, Flaten MA, Elden A, Holte A. Dissociative identity disorder and prepulse inhibition of the acoustic startle reflex. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008;4:653-62.
19. Ross CA, Heber S, Norton GR, Anderson D, Anderson G, Barchet P. The dissociative disorders interview schedule: a structured interview. *Dissociation*. 1989;3:169-89.
20. Bowman ES, Coons PM. The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified. *Bull Menninger Clin*. 2000;64:164-80.