



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE PROGRAMA  
DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA

ÁUREA INÊS DE FARIA

**TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS RELACIONADOS AO TRAUMA**

Porto Alegre

2023

ÁUREA INÊS DE FARIA

## **TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS RELACIONADOS AO TRAUMA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Psiquiatria.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Hauck

Coorientadora: Dra Stefania Pigatto Teche

Porto Alegre

2023

### CIP - Catalogação na Publicação

de Faria, Áurea Inês  
TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS RELACIONADOS AO TRAUMA /  
Áurea Inês de Faria. -- 2023.  
25 f.  
Orientadora: Simone Hauck.

Coorientadora: Stefania Pigatto Teche.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de  
Clínicas de Porto Alegre, Psiquiatria, Porto Alegre,  
BR-RS, 2023.

1. TEPT. 2. Transtorno dissociativo de identidade.  
3. Trauma infantil. I. Hauck, Simone, orient. II.  
Teche, Stefania Pigatto, coorient. III. Título.

## RESUMO

Os sintomas dissociativos frequentemente surgem como resposta a eventos traumáticos, atuando como um mecanismo de defesa para preservar o *self* do impacto direto da experiência traumática. No entanto, a manifestação desses sintomas varia, e nem todos aqueles expostos a traumas desenvolvem transtornos dissociativos. Fatores como características individuais, relações de apego e mecanismos de defesa do ego influenciam a resposta ao trauma. Este relato descreve um caso clínico acompanhado por 25 meses de uma paciente com história de eventos traumáticos durante a vida, apresentando sintomas dissociativos e psicóticos, além de oscilações de humor. É apresentada a complexidade clínica do caso, discutida a íntima relação entre sintomas dissociativos e traumas e as associações diagnósticas de TEPT, TDI e THB. Este trabalho aborda o caso a partir de uma perspectiva psicodinâmica, com o objetivo de analisar os efeitos de elementos como negligência, violência infantil e outros traumas na dinâmica das relações de apego, no desenvolvimento da personalidade e na coocorrência desses transtornos psiquiátricos.

## ABSTRACT

Dissociative symptoms often arise in response to traumatic events, acting as a defense mechanism to preserve the self from the direct impact of the traumatic experience. However, the manifestation of these symptoms varies, and not everyone exposed to trauma develops dissociative disorders. Factors such as individual characteristics, attachment relationships, and ego defense mechanisms influence the response to trauma. This report describes a clinical case followed for 25 months, involving a patient with a history of traumatic events throughout life, exhibiting dissociative and psychotic symptoms, as well as mood fluctuations. The clinical complexity of the case is presented, discussing the intimate relationship between dissociative symptoms and trauma, as well as diagnostic associations with PTSD, DID, and BD. This work approaches the case from a psychodynamic perspective, aiming to analyze the effects of elements such as neglect, child abuse, and other traumas on the dynamics of attachment relationships, personality development, and the co-occurrence of these psychiatric disorders.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DES Escala de Experiência Dissociativa

DSM V TR Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5  
Textorevisado

TDI Transtorno dissociativo de identidade

TEPT Transtorno de estresse pós-traumático

THB Transtorno de humor bipolar

SCID-D Entrevista clínica estruturada para transtornos dissociativos dos DSM

IVSIDA Síndrome da imunodeficiência adquirida

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 RELATO DA EXPERIÊNCIA.....</b>	<b>10</b>
<b>3 DISCUSSÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos dissociativos são caracterizados por uma desconexão ou alteração na integração das funções da consciência, memória, identidade, percepção do ambiente e do corpo, controle motor e comportamento. Isso resulta em sintomas que podem ser vivenciados como intrusões na consciência e no comportamento, acompanhado de perda na continuidade da experiência subjetiva ou a incapacidade de acessar e controlar funções mentais que normalmente são de fácil acesso e controle.<sup>1</sup> Entre as classificações atuais dos transtornos dissociativos incluem-se o Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI), a Amnésia Dissociativa e o Transtornos de Despersonalização/Desrealização.<sup>1</sup>

Essas falhas na integração das funções mentais comumente estão intimamente ligadas a eventos traumáticos. Essa relação é evidente na proximidade entre os capítulos de Transtorno Relacionado ao Trauma e ao Estresse do capítulo de Transtornos Dissociativos no DSM V TR.<sup>1</sup>

Apesar dessa proximidade, esses transtornos não estão classificados de forma conjunta. O evento traumático não é condição suficiente para desencadear os transtornos dissociativos, visto que nem todas as pessoas traumatizadas os desenvolvem. Bem como,

algumas pessoas fantasiosas e sugestionáveis podem ser mais propensas a transtornos dissociativos, mesmo sem história de eventos traumáticos. Outros aspectos como as próprias influências individuais e, do ponto de vista dinâmico, as relações de apego e mecanismos de defesa do ego também influenciam na resposta individual a um desencadeante traumático.<sup>1,8</sup> Essa relação substancial pode ser mensurada pela presença de vários tipos de negligência precoce e abuso infantil em 90% dos indivíduos com Transtorno Dissociativo de Identidade

(TDI)<sup>1</sup>. Os riscos associados aos transtornos dissociativos estão relacionados, de forma transcultural, a início precoce de trauma, abuso sexual e negligência, abuso emocional parental, traumas cumulativos no início da vida e traumas e torturas sustentadas e repetidas.<sup>1,22</sup>

No Brasil, entre 2015 e 2021, foram notificados 202.948 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, sendo familiares e conhecidos os principais responsáveis pelas agressões (68% das agressões contra crianças de 0 a 9 anos e 58,4% das agressões contra adolescentes de 10 a 19 anos) .<sup>18</sup> Como descrito no parágrafo anterior, a violência sexual

infantil, principalmente quando perpetrada por padrões relacionais próximos, especialmente parentais, pode afetar as relações de apego.<sup>22</sup> Inicialmente desenvolvida por John Bowlby, a teoria do apego sugere que as representações mentais formadas nas interações com figuras de apego primárias costumam permanecer consistentes e influenciar as relações futuras.<sup>6</sup> Essas relações de apego estão ligadas a forma como crianças e adultos lidam com o medo e como essa resposta se organizou em representações de apego ao longo do desenvolvimento psíquico.<sup>22</sup> Segundo Bowlby, o vínculo afetivo que se desenvolve a partir das capacidades cognitivas e emocionais da criança, aliado à consistência nos cuidados, à sensibilidade e responsividade dos cuidadores, molda as expectativas sobre si mesma, sobre os outros e sobre o mundo em geral. Essas experiências iniciais com o cuidador primário estabelecem a base que posteriormente se generaliza, influenciando o desenvolvimento da personalidade.<sup>2</sup> A partir dos estudos de Bowlby, foram identificadas 4 categorias de apego: seguro, inseguro ambivalente, inseguro evitativo e inseguro desorganizado / desorientado.<sup>6</sup> O apego seguro está associado ao funcionamento psicológico adequado, enquanto os apegos inseguros estão associados a várias condições psicopatológicas,<sup>22</sup> desses o estilo de apego inseguro de desorganização e desorientação está associado a ocorrência de fenômenos dissociativos.<sup>4</sup>

Os sintomas dissociativos podem estar presentes nos Transtorno Relacionado ao Trauma e ao Estresse, em especial no TEPT, em que o critério B inclui reações dissociativas, como flashbacks e há um especificador para presença de sintomas de despersonalização e desrealização. A presença de amnésia dissociativa, sintomas de desrealização ou despersonalização e TDI podem ou não ser sintomas concomitantes de TEPT.<sup>1</sup> Em geral, os sintomas dissociativos relacionados aos Transtornos Relacionados ao Trauma e Estresse são antecedidos por um estressor traumático e se apresenta de forma combinada, com comportamento evitativo, hipervigilância, humor negativo, revivência do trauma e experiências dissociativas.<sup>1</sup>

Do ponto de vista psicodinâmico, a dissociação é um mecanismo de cisão intrapsíquica que protege o *self* cotidiano da experiência traumática de forma a compartimentá-la em uma representação desconexa do *self*, já que a vivência do *self* traumatizado é inconsistente e conflitante com a do *self* cotidiano que aparenta estar sob controle total.<sup>8</sup> Dessa forma, há uma cisão vertical entre as representações do *self* para que a pessoa se sinta distanciada ou separada da experiência traumática.<sup>8</sup> Essa experiência é relativamente comum, visto que o próprio trauma pode ser considerado como uma

descontinuação do *self*.<sup>19</sup>

O objetivo deste trabalho é descrever o caso de uma paciente acompanhada por 16 meses no ambulatório específico de traumas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e mais 9 meses em psicoterapia individual e discutir as correlações entre trauma e dissociação sob um ponto de vista psicodinâmico. O caso foi descrito conforme o modelo de formulação de caso apresentado por Glen O. Gabbard.<sup>8</sup>

## 2 RELATO DA EXPERIÊNCIA

**Os dados relatados a seguir, embora sejam baseados em caso real, foram completamente modificados para preservar a identidade da paciente.**

### 2.1 Dados da História

#### 2.1.1 História da Doença Atual

Paciente feminino, negra, na terceira década de vida.

Viveu episódio traumático em dezembro de 2020, ao presenciar o assassinato do marido (tempo de relacionamento de cerca de 3 anos), o filho (adolescente, de outro relacionamento) também estava no mar, mas conseguiu se salvar. Após o assassinato, foi a responsável por reconhecer o corpo e passou a intensificar a rotina de trabalho: realizar cursos, trabalhos extras, vendas de doces, objetos de artesanato e de artigos de sex shop.

Ao aproximar o aniversário natalício do falecido marido, em outubro de 2021, passou a procurá-lo e a ligar para ele, sem a recordação do seu falecimento, por esse motivo foi internada de forma involuntária por 1 semana em unidade psiquiátrica com posterior acompanhamento ambulatorial no nosso serviço.

Inicialmente, a paciente apresentava sintomas depressivos e insônia que se intensificaram até a data de aniversário de morte do marido. Após o período, apresentou melhora importante do humor. Alguns meses depois, relatou estar vendo e conversando com o marido falecido. Passou a reconhecê-lo em rostos na rua, relatava que ele não a reconhecia de volta e foi ao cemitério para ter certeza que estava enterrado. Tentou violar a cova do marido, mas foi impedida por um guarda que a acolheu e a acalmou. Tal relato é impreciso e a paciente teve dificuldades de recontar e relembrar o que ocorreu. Após esse episódio, passou a ver e conversar com figuras imaginadas (Lourent, Vênus, Rachel...) que lhe acalmavam. Não soube descrever ao certo o que eram tais figuras. Essas figuras imaginadas desapareceram no decorrer do tempo de acompanhamento e, após, disse acreditar ter sido parte de seu pensamento. Não apresentou quebra do juízo de realidade ou critério para episódio de humor

depressivo ou maníaco durante o relato dessas percepções.

Houve relatos frequentes, durante as sessões, de “multiplicidade de si”, com discussões e “reuniões” dentro da cabeça da paciente, para tentarem chegar em um acordo. Também descreveu a sensação de simultaneidade e sobreposição dessas identidades. Ao descrever algumas condutas, não conseguia memorizar ou justificar os motivos que a levaram a tomar tal ação, como se não tivesse controle sobre alguns de seus atos.

Relatou em alguns momentos ter recebido a visita do marido falecido, com conversas ao pé da cama e idas para tomar sorvete. Também relatou decepção por não haver contato físico durante esses encontros. Ao questionar o contexto dos encontros, a paciente se demonstra confusa, com dificuldade em se lembrar com precisão do ocorrido. Esses encontros foram relatados durante todo o período de acompanhamento, mas se intensificaram ao se aproximar de datas comemorativas, como o aniversário natalício do ex-marido.

Durante os atendimentos psicoterápicos, a paciente revelou episódios de diminuição da necessidade de sono, aumento da autoestima, gastos desenfreados e hipersexualidade intercalados com episódios de depressão, avolia e hipersonia associados a uso irregular da medicação prescrita (antipsicótico e estabilizador de humor). Tais episódios duravam cerca de 1 ou 2 semanas, no entanto oscilações intensas de humor deprimido e eufórico também foram observadas entre 2 sessões em dias subsequentes ou até na mesma sessão.

A paciente apresentou também episódios de despersonalização, relatado quando passava por perto ou visitava lugares vividos com o marido (descreve como um sonho, como se não estivesse realmente lá ou observando a cena em terceira pessoa, sem ter controle sobre si mesma), evitando revisitar tais lugares.

Foram mencionados alguns relacionamentos amorosos desde o falecimento do ex marido, que intercalavam um padrão de idealização e desvalorização, comparação com o marido falecido e hiper-reatividade emocional sobre frustrações decorrentes.

Quanto a sua funcionalidade, a paciente pareceu conseguir suprir suas demandas financeiras, mas com dificuldade, principalmente devido alguns endividamentos e dificuldade em manter assiduidade e consistência no curso técnico que realiza (já quitado) e no seu trabalho com vendas autônomas. Relatou que o período entre o falecimento do esposo e a internação foi o período com maior produtividade laboral, com padrão exagerado de atividades, foi nesse período que iniciou e quitou curso técnico, além de diversos trabalhos extras de forma autônoma.

Negou uso de substâncias psicoativas anteriormente ou após o falecimento do

marido.

### 2.1.2 História passada

Foi criada pela mãe e pelo pai. Tem 2 irmãos por parte de mãe mais novos, com quem cresceu.

Viveu numa condição econômica precária durante a infância, relatando insegurança alimentar no período.

Foi abusada pelo pai durante toda a infância, possivelmente desde os primeiros anos de vida. Aos 10 anos, os abusos se intensificaram, quando o pai se acidentou e passou a ficar mais tempo em casa. A mãe parecia ter conhecimento dos abusos, inclusive com relatos de episódios em que a paciente dividia a cama com a mãe e o pai. O pai dava banhos na paciente, desde a primeira infância, e a avó (mãe do pai) era a única que estranhava essa relação. Durante a adolescência, frequentava regularmente a escola, que dizia ser seu refúgio. O pai a impedia de se arrumar como queria, impondo roupas que mostrassem pouco o corpo, não arrumar os cabelos e não usar maquiagem. Relatou que quando menstruava na adolescência o pai a proibia de realizar higiene adequada e ficava dias com o mesmo absorvente.

Durante a adolescência, a mãe fugiu com os filhos algumas vezes (para a casa de parentes ou abrigo), mas acabava por voltar para a casa do pai.

Aos 13 anos, realizou única tentativa de suicídio, com ingestão de veneno de rato, sem manejo em internação psiquiátrica.

Aos 19 anos fugiu de casa. Foi acolhida no mesmo dia por uma senhora, com quem ficou por alguns meses, ajudando nas tarefas de casa. Conheceu nesse período o primeiro marido, se casou alguns meses depois. Teve seu filho desse relacionamento. Conta que se sentiu muito sozinha e apresentou ideias de machucar seu filho durante o puerpério e que, nesse período, o ouvia chorar de frio e o deixava sem roupas, associado a sintomas depressivos. Depois de 8 anos de relacionamento, se divorciou após descobrir uma traição. Passou a cuidar do filho e da enteada (mais velha, filha do primeiro relacionamento do ex-marido), que escolheu ficar com ela. Conheceu o marido falecido, que era comprometido nesse período, e se relacionaram amorosamente alguns anos depois.

### 2.1.3 Contexto familiar e social atual

Mora com o filho de 17 anos em casa própria, financiada. Está em um novo relacionamento há cerca de 10 meses. Trabalha como vendedora autônoma.. Realiza curso

técnico.

Recebe pensão alimentícia do filho. Nega insegurança alimentar, apresenta padrão de consumo de alimentos que desejava durante a infância, como bolachas e chocolates. O desejo alimentar e o preparo do alimento é objeto frequente nas sessões atuais.

A família extensa é pouco próxima. Tem relação instável com a mãe, com desejo de se aproximarem e frustração por suas demandas de afeto não serem atendidas. Tem uma amiga de infância, que é sua principal confidente.

#### 2.1.4 História patológica familiar

Sem diagnósticos de outros transtornos psiquiátricos conhecidos.

#### 2.1.5 Antecedentes culturais/religiosos

Evangélica. Apresenta justificativas de contexto religioso e místico sobre reencontro com marido falecido. Relata de forma concreta sentimentos que imagina que o ex-marido falecido esteja vivendo. Demonstra em alguns momentos grande interesse na cultura africana e na busca de raízes identitárias culturais.

### 2.2 Exame do Estado Mental

#### 2.2.1 Orientação e percepção

A paciente apresentou, durante alguns momentos nas sessões e por vezes em sessões inteiras, (pseudo) alucinação visual e auditiva. Após mudança de terapeuta relatou em uma sessão a presença de “Lourent” ao seu lado. Negou que ele tivesse um rosto ou que o reconhecesse. Não conseguiu descrevê-lo de forma precisa. Dizia que Lourent a fez ir à sessão, já que se sentia insegura. Quando questionada sobre quem era Lourent, dizia não saber, ter medo de perguntar, ele se enfurecer e não mais voltar. Não se apresentava hipervígil ou com outros sinais sugestivos de psicose.

Em outra sessão, relatou ter visto uma luz, identificada como “Vênus”, negava que a luz lhe falasse algo, mas a acalmava. Em mais uma sessão, quando a relação terapêutica estava mais frágil após uma frustração em relação à manutenção do *setting*, encontrou-se mais

paranóide, amedrontada com a presença de alguém, sem conseguir descrever com nome ou características, sem alucinações auditivas. Relatou em outra sessão a percepção de “Rachel” durante uma prova do seu curso. Contou que Rachel a dizia para colar e que, quando colou, foi pega pela professora. Durante esses eventos, a paciente estava em uso regular de antipsicótico e o último deles ocorreu nos 2 primeiros meses de acompanhamento com o último terapeuta. Após a intensificação da relação terapêutica, tais apresentações não mais ocorreram, mesmo durante períodos de uso irregular do antipsicótico.

### 2.2.2 Cognição

Associações frouxas e descontextualizadas eram presentes durante as sessões, de forma que a contextualização da própria história de vida e a cadência dos acontecimentos relatados é temporalmente confusa. O processo de conhecer a paciente não pareceu ocorrer de forma linear, mas de forma fragmentada, com relatos de fatos precedentes a relatos das condições necessárias para compreendê-los em sua integridade, como se a paciente ignorasse o fato do terapeuta não ter vivido tais acontecimentos com ela.

Em alguns momentos, a paciente relata ainda discussões internas, como reuniões de “várias dela”, sem saber quantificá-las. Por vezes, iniciou conversas consigo mesma em terceira pessoa: “a minha cabeça disse para não tomar o remédio porque assim o “marido” não vai voltar”; “ela não quer tomar o remédio”. Associado a tais discussões, era comum a percepção de ausência de controle sob seus atos ou de suas escolhas.

Em exceção ao episódio de amnésia anterior à internação hospitalar, não houve outro episódio claro de perda de memória. No entanto, a paciente apresentou dificuldade em relatar linearmente sua história de vida, com relatos biográficos fragmentados e dificuldade de narrar de forma precisa os acontecimentos durante sua internação psiquiátrica e após o falecimento do marido.

Quanto à presença de delírios, a crença de que o marido falecido permanecia vivo ocorreu em alguns momentos, mas não de forma inquestionável. Por algumas vezes a paciente se referia a ele no presente, com planos de atividades juntos, de forma idealizada, em outras, tratava dele no passado, se referindo inclusive a sua morte com uma posição mais depressiva. Em um momento chegou a afirmar sua morte e em seguida negá-la, dizendo que ele viajou.

Tais formas de se posicionar no tratamento se intercalaram durante todo o período de acompanhamento. Ao ser indagada sobre o falecimento durante momentos em que tratava

dele no presente, afirmava que ele ia voltar, ou negava sua morte, tratando com indiferença quando imposta a realidade externa.

Havia presença de ideias supervalorizadas quanto ao sucesso laboral e de relações afetivas interpessoais.

Em geral, a paciente não apresentou ideias suicidas. Em alguns momentos proferiu desejo de se encontrar com o marido falecido, como uma forma de se salvar de seu sofrimento. Dizia gostar de apreciar a vista do mar, de forma solitária, com ambivalência, mas sem plano suicida. Em outras sessões apresentou falas suicidas, novamente sem planejamento, em contexto de briga com a enteada, com aparente sensação de ser desimportante para ela. A paciente não apresentou gestos suicidas.

### 2.2.3 Afeto

Durante as sessões, os afetos comumente eram alternados de forma impetuosa, engatilhados por assuntos ou memórias por vezes sem conexão óbvia com o assunto tratado anteriormente, com alternância de choro, alegria, elevação do timbre de voz, da velocidade de fala, conduta mais expansiva ou aparente tristeza. Essa característica foi mais evidente durante os períodos de uso irregular do antipsicótico e estabilizador de humor prescrito. Nos períodos de adesão medicamentosa mais consistente, a paciente apresentava humor predominantemente depressivo, descrito como “peso” no corpo e avolia. Durante esses períodos, a paciente se mantinha funcional nas suas diversas atividades de estudo e trabalho, e nesses momentos, durante o atendimento, era possível aprofundar de forma mais intensa nos afetos e assuntos que surgiam nas sessões.

### 2.2.4 Ação

No início dos atendimentos, a paciente costumava se atrasar com frequência, inclusive tendo chegado em uma ocasião após o horário da sessão. No decorrer do acompanhamento, a paciente se esforçou para garantir a pontualidade, não sem dificuldade, com a descrição de um “peso para se movimentar”. Apesar das dificuldades no cumprimento do horário, manteve presença assídua.

A paciente tinha uma conduta dramatizada durante os atendimentos. Nos dias em que gostaria de passar a sensação de sofrimento, se apresentava de forma desleixada, com roupas

relaxadas, sem maquiagem, chorosa desde a recepção. Nos dias de maior excitação, se apresentava de forma exagerada, maquiada, com cabelos bem montados, por vezes com uso de lentes oculares coloridas, e com diversos sacos de compras.

À medida que as sessões entraram em assuntos mais violentos relacionados aos abusos sofridos na infância, ocorreu uma maior tendência à interrupção do uso da medicação e uma apresentação mais extravagante e maior dificuldade em acessar o afeto comunicado nas sessões anteriores. No entanto, durante as sessões, a paciente parecia compreender a necessidade de manter o uso regular da medicação, com posterior retorno ao seu uso.

Em relação ao terapeuta, apresentou boa relação de contato visual e comunicação aberta e aparentemente sem censuras. Relatou decepção e raiva na relação terapêutica por dizer intimidades, se sentir fragilizada e não receber um abraço em compensação. Quando ocorreu atraso em uma sessão devido à ocupação anterior da sala, a paciente se agitou na recepção, e ao início da sessão chorou de forma copiosa, com sensação de desespero e medo. Em outra sessão, após novos aprofundamentos nas violências sofridas na infância, relatou ter sentido o desejo de “uma de suas partes” de bater e “picotar” o terapeuta. Esse mesmo desejo ocorreu quando falou sobre o abusador.

Na última sessão antes do intervalo de férias do terapeuta, compareceu com 3 minutos para o fim do horário, disse ter dificuldade com despedidas e trouxe um boneco que fez do terapeuta, um objeto de transição.

## 2.3 Diagnósticos

### 2.3.1 Diagnóstico descritivo

Apesar da rica história pregressa, a paciente apresentou seu primeiro contato com serviço de saúde em psiquiatria após o falecimento traumático do seu esposo, durante um episódio de amnésia sobre o ocorrido. O estresse psíquico causado pela perda do companheiro parece ter sido o indutor de uma alteração importante no padrão de funcionamento prévio da paciente. Segundo capítulo de Transtornos e Relacionados ao Trauma e ao Estresse do DSM V, a paciente apresenta critérios suficientes para se enquadrar no Transtorno de Estresse Pós Traumático, com sintomas dissociativos.

Outro Transtorno Relacionado ao Trauma e Estresse presente é o Luto Prolongado. A paciente apresentou, desde a morte do esposo, intenso desejo, anseio e preocupações com

pensamentos relacionados ao falecido, descrença em relação à morte, dor emocional e perda de parte da identidade com o marido falecido. Apesar de ambos os diagnósticos se manifestarem com pensamentos intrusivos e evitação, os sintomas evitativos e intrusivos da paciente se davam em especial em relação a atividades e lugares relacionados ao falecido e em menor proporção ao evento traumático em si, embora ter sido relatado em uma sessão sintomas psicossomáticos e intrusivos do trauma durante uma aula sobre mortes violentas.

Apesar da presença de sintomas precipitados pelo trauma recente, a paciente apresentava uma perceptível e persistente alternância na sua conduta, na sua apresentação pessoal (vestimentas, cabelos, olhos...) ou mesmo no investimento laboral. Além disso, a presença de sintomas pseudo-psicóticos, por vezes fronteiriças com a psicose e as “discussões” em terceira pessoa, presenciadas em sessões ou relatadas como reuniões chama a atenção para o critério A do TDI pelo DSM V (Interrupção da identidade caracterizada por dois ou mais estados de personalidade distintos). A dificuldade de se obter um relato biográfico preciso e linear, as ausências de lembranças dos contextos de experiências vividas podem se adicionar a experiência amnésica da morte do marido ou mesmo a experiências de despersonalização explicadas pelo diagnóstico de TDI.

Durante o período de acompanhamento a paciente apresentou 3 episódios bem característicos de hipomania, com aumento da energia, diminuição da necessidade de sono, hipersexualidade com exposição a riscos, aumento da velocidade de fala e compras compulsivas, com duração de 1 a 2 semanas (diferentes das alterações de afeto súbitas que ocorriam por vezes na mesma sessão, que podem ser melhor justificadas pelo diagnóstico de TDI). Durante esses episódios, não houve sintomas psicóticos ou pseudo-psicóticos. Na história progressiva há o relato (mesmo que impreciso) de sintomas depressivos puerperais, além dos sintomas depressivos presentes após o falecimento do marido, o que aponta para o diagnóstico comórbido de THB do Tipo II.

### 2.3.2 Características do ego

A paciente apresentava teste de realidade limítrofe que se desestruturava de forma intensa durante períodos de maior demanda psíquica. As tênues fronteiras entre o interno e o externo justificam uma tendência persistente à crença delirante conforme seus desejos internos (de que o marido irá encontrá-la, voltar e cuidar dela como gostaria e como outros não conseguem; de suas capacidades laborais ou interpessoais). Foi percebida uma dificuldade

em retardar impulsos, expressos e supridos com prejuízo no julgamento das consequências, exemplificados pelo comportamento sexual voraz, no saciar da fome, em compras compulsivas, discussões e brigas nos seus relacionamentos, com prejuízo no julgamento das consequências. A paciente demonstrava uma dificuldade em internalizar a origem de seus problemas, com uma tendência à externalização. No entanto, houve uma disposição em refletir sobre as conexões e desenvolver explicações com sentido para suas dificuldades interpessoais. A paciente foi capaz de usar metáforas e analogias em diferentes níveis de abstração, mas, em momentos de maior desestruturação, esse recurso era utilizado de forma extremamente concreta.

Foi percebido um estilo defensivo mais imaturo, com uso de mecanismos de cisão, identificação projetiva, negação, dissociação, idealização e atuação. O comportamento maníaco também foi utilizado como um recurso para lidar com o conflito, em especial após a morte do marido, o que também era evidente durante as sessões como resistência na abordagem de assuntos mais dolorosos pela troca súbita de assunto tratado por outro relacionado a atividades compulsivas.

A paciente defendeu um ideal de ego irrealista com objetivos fantásticos e transitórios. A consciência moral também aparentava pouco consistência, e a paciente não mostrou muitos pudores, o que mostra um superego subdesenvolvido.

### 2.3.3 Relações objetais

As relações interpessoais na infância pareciam deslocadas, com sobreposição de papéis como filha, esposa, mãe e irmã. Tal deslocamento pareceu perpetuar-se nas relações atuais, com uma sobreposição dos papéis de mãe, amiga, irmã...

Durante a relação terapêutica, existiu uma persistência no padrão de idealização do terapeuta com diversas tentativas de deslocar o papel terapêutico para uma relação mais íntima, seja de forma amorosa, pelo convívio fora do *setting* analítico (convites repetidos para encontros fora do *setting*) ou, em sessões posteriores ao aprofundamento no trauma infantil, a transferindo/direcionando o desejo destrutivo ao terapeuta.

A paciente apresentou também uma tendência à ambivalência das relações objetais, muito expressa nas suas relações amorosas e com sua enteada. Os objetos pareciam ser vistos de uma forma parcial, com serventia apenas para os interesses da paciente, e de forma inconstante, com ausência de uma imagem interna tranquilizadora e dificuldade de tolerar a

separação de pessoas significativas.

#### 2.3.4 Self

Foi apresentado com uma tendência à fragmentação, com uma difusão generalizada de identidade, principalmente durante estressores psíquicos, com distorções na coerência e continuidade do *self*. Os limites do *self*-objetos se mostram tênues e existia uma dificuldade em diferenciar os seus conteúdos mentais dos de outros. A relação mente corpo era fragilizada, e a paciente apresentou alguns episódios de despersonalização.

#### 2.3.5 Padrões de apego e mentalização

Percebe-se um padrão de apego não resolvido e desorganizado, com dificuldade de mentalização. Esse padrão é perceptível na desolação frente ao abandono e criação de uma imagem externa deliróide do objeto, sem fronteiras discerníveis entre o interno e o externo. As experiências traumáticas de violência e negligência na relação com seus cuidadores também corroboram para esse padrão de apego.

### 3 DISCUSSÃO

Os sintomas dissociativos podem ocorrer relacionados ao trauma ou como comorbidade. Essa diferenciação não é simples, visto que traumas infantis e repetidos são fatores de risco tanto para o desenvolvimento de TEPT quanto para transtornos dissociativos.<sup>1,8</sup> Dessa forma, pode ser difícil determinar a relação temporal entre os eventos, que juntamente com o processo desenvolvimental, pode influenciar no enfrentamento de vivências traumáticas posteriores. No caso descrito, a paciente apresenta histórico de violência perpetuada por um de seus cuidadores de forma sustentada e negligência durante a infância que parecem ter afetado de forma consistente suas relações de apego, mas com defesas que permitiram um certo padrão de funcionamento ao longo da vida. Ao ser exposta a um novo trauma grave, de outra natureza, houve uma quebra no “escudo protetor” do aparelho psíquico já fragilizado, com uma resposta psíquica insustentável. Como é típico no TEPT, a paciente apresenta uma resposta de descontextualização de situações de perigo, com uma resposta fisiológica desproporcional, como se as defesas da situação de perigo fossem ativadas novamente.<sup>17</sup> Em seguida, é apresentado um trecho de dialogada em que a sessão se atrasou alguns minutos por demora na liberação da sala:

*“Doutora você tá aqui. Lá fora foi me dando um desespero, eu não sabia o que tinha acontecido, se a senhora tinha vindo. Eu não sabia o que tinha acontecido. Perguntei para a moça lá da frente, ela disse que você não tinha chamado ninguém. Eu não sei como eu não surtei, achei que ia gritar, passar mal.”*

Esse desespero pavoroso em relação a um abandono súbito imaginado pode representar a resposta a um gatilho descontextualizado e intrusivo, marcado pela(s) situação(s) traumática(s).<sup>17</sup>

A hipótese diagnóstica de TDI concorre com a hipótese de que os sintomas dissociativos apresentados possam ser justificados pelo diagnóstico descritivo de TEPT com sintomas dissociativos. No primeiro caso, o paciente experimenta a presença de 2 ou mais estados de personalidade ou experiência de possessão e episódios recorrentes de amnésia, que são crônicos e complexos. No caso de TEPT com sintomas dissociativos, a amnésia dissociativa se manifesta de forma específica ao evento traumático, assim como os sintomas de despersonalização e desrealização que são específicos a lembranças específicas pós

traumáticas.<sup>1</sup>

O TEPT pode ser caracterizado em dois fenótipos distintos: no primeiro deles, o paciente apresenta uma diminuição da inibição pré-frontal dos circuitos envolvidos no processamento de emoções e aumento da responsividade autonômica, com sensações como medo, raiva, culpa e vergonha. No segundo fenótipo, o paciente apresenta um aumento da inibição das regiões límbicas e experiência um amortecimento exagerado da expressão emocional e distanciamento emocional relacionado, como estados de despersonalização e desrealização, entorpecimento e diminuição das sensações somáticas, com maior tendência aos sintomas de despersonalização.<sup>17,23</sup>

Comumente esses transtornos são diagnosticados erroneamente. O diagnóstico de TDI é especialmente difícil já que a maior parte dos pacientes com TDI que não apresenta forma de possessão não apresentam estados de personalidade dissociativas elaborados (com outro nome, guarda-roupa, sotaque), mas apresentam uma descontinuidade ou alteração repentina no senso de si mesmo e no senso de agência do indivíduo que muitas vezes passam despercebido pelo clínico.<sup>1,8,10</sup> Estudos mostram uma prevalência do TDI de 1% na população geral,<sup>15,16</sup> e cerca de 10% da população adulta já apresentou algum distúrbio dissociativo ao longo da vida.<sup>15</sup> Estudos apontam que o diagnóstico de TDI demora em média 7 anos para ser realizado.<sup>12,16</sup> No caso relatado, a paciente não apresentou sintomas claros de possessão, mas apresentou em diversas ocasiões alterações súbitas de afeto, tom de voz e velocidade de fala, fluxos múltiplos de pensamentos independentes, experiências alucinatórias e com marcada falta de senso de agência.

*“Não sei se tá tudo bem. Eu tive um sonho muito estranho essa noite. Eu sonhei que eu estava dentro de casa, eu e meu pai, e tinha um furacão em cima, daqueles que formam o cone. E era tão real! Eu não sei o porquê. A gente tentava segurar a porta. Mas o cone foi formando até destruir a casa, depois eu saí correndo num campo.”*

Nesse trecho da dialogada é possível interpretar o tornado como os eventos traumáticos e a destruição da casa como a destruição figurada do mundo psíquico da paciente, em que um dos cuidadores (o pai) que tinha como função proteger, mas foi seu violador, e o outro (a mãe) falhou claramente em protegê-la dessa violação. De acordo com a teoria do apego, o apego infantil é relacionado com a interação do bebê com os seus principais cuidadores (em geral, os progenitores). Os modelos de apego desses cuidadores, por sua vez,

predizem esse padrão, de modo que a capacidade de reflexão e mentalização influencia a formação posterior de apego seguro ou inseguro. Assim, esse padrão de apego tem influências transgeracionais.<sup>8</sup> Em relação ao trauma cometido por um cuidador, a criança muitas vezes não apresenta a quem se voltar para mitigar o trauma, e acaba por voltar para seu agressor.<sup>8</sup> Essa é a característica do estilo inseguro desorganizado / desorientado de apego: o dilema da criança diante da presença de um cuidador assustador.<sup>22</sup> O adulto com esse tipo de padrão de apego desorganizado pode apresentar uma desorganização narrativa ao discutir experiências traumáticas, que pode resultar em lapsos no monitoramento do raciocínio ou do discurso, como silêncios prolongados e incapacidades de terminar frases e mudanças no curso do relato.<sup>22</sup>

Outro ponto importante a se considerar nos traumas em idade precoce são as questões do próprio neurodesenvolvimento. É sabido que o TEPT pode ocasionar alterações estruturais cerebrais, com alteração do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, diminuição hipocampal<sup>8</sup> e perda contínua de tecido cerebral com maior risco de alterações cognitivas ao longo do tempo.<sup>3</sup> Segundo RJ Herring, algumas alterações estruturais e anormalidades funcionais semelhantes também puderam ser observadas em crianças com TEPT, porém outras alterações, como a redução do volume hipocampal e a hiperreatividade amigdaliana não foram consistentemente associados, o que pode ser justificado pelo atraso do próprio desenvolvimento nos efeitos estruturais e funcionais do TEPT.<sup>9</sup>

No caso apresentado, a paciente apresentou sintomas característicos do Transtorno Bipolar tipo II. A comorbidade entre THB e TDI parece ser o mais provável e não são excludentes. Na década de 80 dois relatos de casos associaram THB e sintomas dissociativos: Coryell (1983) relatou um caso em que um Transtorno de Personalidade Múltipla se manifestou como epifenômeno associado ao transtorno afetivo ou a outras condições de saúde;<sup>5</sup> Steingard (1985) descreveu uma paciente com diagnóstico prévio de THB com ciclagem rápida que na realidade estava experienciando episódios dissociativos caracterizados por estados psicóticos.<sup>20</sup> Tekin (2019) mostrou que Transtornos Dissociativos, avaliados pela entrevista clínica estruturada SCID-D, estão frequentemente associados ao THB <sup>21</sup> e, assim como Latalova (2012), um aumento no escore DES em pacientes com diagnóstico de THB.<sup>11,21</sup> Corroborando com essa associação positiva, Rajkumar (2022) mostrou em sua revisão que sintomas / transtornos dissociativos podem estar presentes entre 10 a 20% dos pacientes com diagnóstico de THB.<sup>14</sup> Além disso, a presença de sintomas dissociativos com

TBH está associado a sintomas psicóticos, tentativas de suicídio, pior resposta ao tratamento e maior gravidade do trauma infantil nesses pacientes.<sup>14</sup> Maus-tratos na infância também estão associados a um maior risco ao desenvolvimento de THB,<sup>7</sup> o que inclui abuso físico, sexual e emocional, e negligência física e emocional,<sup>7,13,14</sup> o que pode explicar a proporção significativa da ocorrência de sintomas e transtornos dissociativos com THB.<sup>14</sup> Ademais, outros Transtornos Relacionados ao Trauma, como o TEPT, também são condições frequentemente comórbidas ao THB.<sup>1,14</sup> O tratamento dos pacientes com história extensiva de trauma envolve a confrontação e a integração das experiências traumáticas. O modelo de terapia baseada em estágios é o padrão atual no tratamento desses pacientes.<sup>8,22</sup> Essa terapia consiste em três estágios, o estágio inicial consiste em construir padrões fundamentais de funcionamento de ego, incluindo habilidades relacionais, de enfrentamento e identidade de si. O estágio intermediário compreende a exploração e a integração da experiência traumática. Por fim, o estágio tardio envolve a estabilização dos ganhos e crescimento pessoal, em particular em relação ao mundo externo.<sup>22</sup> O estágio inicial da terapia baseada em estágios visa possibilitar o controle e a tolerância das memórias e sensações intensas associadas a reexperiência dos eventos traumáticos necessários para uma ab-reação efetiva, de forma que o paciente possa lembrar, tolerar, reenquadrar e integrar as experiências traumáticas e assim obter maior senso de controle e compreensão sobre suas reações e melhor senso de *self*.<sup>22</sup> Além da abordagem terapêutica, situações clínicas complexas e com múltiplas comorbidades, como o caso aqui mencionado, demandam uma abordagem abrangente e uma intervenção terapêutica diversificada. A utilização de tratamento medicamentoso é crucial para estabilizar os sintomas de humor, reduzir a impulsividade e, assim, viabilizar o progresso no processo psicoterápico, possibilitando a integração de memórias traumáticas e a efetiva ab-reação.

Por fim, os transtornos dissociativos representam um desafio clínico complexo devido à sua natureza multifacetada e à relação intrínseca com eventos traumáticos. A exposição a experiências traumáticas, especialmente na infância, desempenha um papel significativo na etiologia desses transtornos. No entanto, essa relação não é linear, uma vez que nem todos os indivíduos traumatizados desenvolvem transtornos dissociativos, e outros fatores individuais, como as funções de ego e as relações de apego, também desempenham um papel na resposta a eventos traumáticos. A relação entre trauma e dissociação é intrincada e exige uma abordagem clínica cuidadosa e individualizada. A terapia baseada em estágios é uma estratégia útil para ajudar os pacientes a confrontar e integrar suas experiências traumáticas, permitindo-lhes obter um maior senso de controle e compreensão de si mesmos.

#### 4. REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. [s.l.] American Psychiatric Association Publishing, 2022.
2. BOWLBY, J. **Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
3. CARDENAS, V. et al. **Changes in brain anatomy during the course of PTSD**. Dryad, 2013.
4. CARLSON, E. A. A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. **Child development**, v. 69, n. 4, p. 1107–1128, 1998.
5. CORYELL, W. Multiple personality and primary affective disorder. **The journal of nervous and mental disease**, v. 171, n. 6, p. 388–390, 1983.
6. DALBEM, J. X.; DELLAGLIO, D. D. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 57, n. 1, p. 12–24, 2005.
7. EPIDEMIOLOGY, T. A.; ROWLAND, S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. **Ther Adv Psychopharmacol**, v. 8, n. 9, p. 251–269, 2018.
8. GABBARD, G. O. **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica** [recurso eletrônico]; tradução: Fernando de Siqueira Rodrigues. Porto Alegre: Artmed, 2016
9. HERRINGA, R. J. Trauma, PTSD, and the developing brain. **Current psychiatry reports**, v. 19, n. 10, p. 69, 2017.
10. KLUFT, R. Multiple personality disorder. Em: TASMANS, A. M. (Ed.). **The American psychiatric press annual review of psychiatry**. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1991. v. 10p. 161–188.
11. LATALOVA, K. et al. Bipolar affective disorder and dissociation - comparison with healthy controls. **Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacky**,

**Olomouc, Czechoslovakia**, v. 155, n. 2, p. 181–186, 2011.

12. MITRA, P.; JAIN, A. Dissociative Identity Disorder. **StatPearls. Treasure Island**, 2023.

13. PALMIER-CLAUS, J. E. et al. Relationship between childhood adversity and bipolar affective disorder: systematic review and meta-analysis. **The British journal of psychiatry: the journal of mental science**, v. 209, n. 6, p. 454–459, 2016.

14. RAJKUMAR, R. P. Dissociative symptoms and disorders in patients with bipolar disorders: A scoping review. **Frontiers in psychiatry**, v. 13, 2022.

15. ROSS, C. A. Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. **The Psychiatric clinics of North America**, v. 14, n. 3, p. 503–517, 1991.

16. SAR, V.; AKYÜZ, G.; DOĞAN, O. Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. **Psychiatry research**, v. 149, n. 1–3, p. 169–176, 2007.

17. SCHAUER, M.; ELBERT, T. Dissociation following traumatic stress: Etiology and treatment. **Zeitschrift für Psychologie mit Zeitschrift für angewandte Psychologie**, v. 218, n. 2, p. 109–127, 2010.

18. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Ministério da Saúde**, v. 54, 2023.

19. SPIEGEL, D. Trauma, dissociation, and memory. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 821, n. 1, p. 225–237, 1997.

20. STEINGARD, S., & FRANKEL, F. H. Dissociation and psychotic symptoms. **The American journal of psychiatry**, v. 142, n. 8, p. 953–955, 1985.

21. TEKİN, A. et al. Investigation of the comorbidity of dissociative disorders in patients with bipolar disorder. **The European research journal**, v. 5, n. 4, p. 667–672, 2019.

22. VERMETTEN, E.; DORAHY, M. **Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment**. [s.l.] American Psychiatric Publishing, Inc, 2007.

23. YEHUDA, R. et al. Post-traumatic stress disorder. **Nature reviews. Disease primers**, v. 1, p. 15057, 2015.