



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA**

MARIA PAULA ALVES DOS SANTOS

**TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE E ESQUIZOFRENIA:
ASPECTOS HISTÓRICOS E DESAFIOS DIAGNÓSTICOS- UMA REVISÃO
DA LITERATURA**

SALVADOR

2024

MARIA PAULA ALVES DOS SANTOS

**TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE E ESQUIZOFRENIA:
ASPECTOS HISTÓRICOS E DESAFIOS DIAGNÓSTICOS – UMA REVISÃO
DA LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Universidade Federal da Bahia como requisito para conclusão da residência médica em Psiquiatria.

Orientador: Dr. Esdras Cabus Moreira

**SALVADOR
2024**



TERMO DE APROVAÇÃO

Parecer do trabalho de Conclusão de Residência Médica do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, como pré-requisito obrigatório para a conclusão do Programa de Residência Médica em Psiquiatria.

Aluno: Maria Paula Alves dos Santos

Professor-Orientador: Esdras Cabus Moreira

Título: Transtorno dissociativo de identidade e esquizofrenia: aspectos históricos e desafios diagnósticos

Relevância: Estudo traz importantes reflexões sobre a relação entre características dimensionais e categoriais no diagnóstico da esquizofrenia, além da avaliação histórica do conceito de transtorno dissociativo de identidade.

Avaliação do desempenho do(a) aluno(a): Muito bom

NOTA: 10,0

Salvador, 16 de dezembro de 2024.



Documento assinado digitalmente
ESDRAS CABUS MOREIRA
Data: 16/12/2024 22:16:47-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Esdras Cabus Moreira
Supervisor do Programa de Residência Médica de Psiquiatria
HUPES/UFBA

RESUMO

O conceito de dissociação no campo da psicopatologia remonta ao fenômeno de divisão das funções psíquicas. Diferentes modelos explicativos discorrem acerca da gênese desse processo, incluindo teorias que atribuem à exposição ao trauma e a fatores socioculturais, e também é proposto um modelo transteórico. O transtorno dissociativo de identidade é caracterizado por um quadro grave, no qual o indivíduo é acometido por recorrentes alterações de identidade e episódios de amnésia dissociativa. Há uma sobreposição de manifestações clínicas entre o transtorno dissociativo de identidade e a esquizofrenia, fazendo com que haja mudança do diagnóstico e do tratamento instituído nos indivíduos. Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa, na qual foi realizada pesquisa bibliográfica acerca dos desafios diagnósticos entre o transtorno dissociativo de identidade e a esquizofrenia, perpassando os fatores históricos. Observa-se que o desafio nessa diferenciação é presente desde que Bleuler discorreu sobre o fenômeno da divisão do eu, considerado fundamental para a esquizofrenia, mas que remetia ao conceito inicial de dissociação. Existem descrições de sintomas de primeira ordem presentes em ambos os transtornos. Pode-se entender essa correlação numa perspectiva dimensional, estando as duas patologias presentes em um contínuo, no qual a esquizofrenia estaria na extremidade, representando um tipo particular de patologia do self. O conceito de contínuo no adoecimento psíquico remonta a ideia da possibilidade de todas as formas de psicopatologia estarem interligadas, fomentando o debate da importância de novas pesquisas na perspectiva transdiagnóstica.

Palavras-chave: Transtorno dissociativo de identidade; Esquizofrenia; Diagnóstico diferencial; Dimensional

ABSTRACT

The concept of dissociation in the field of psychopathology dates back to the phenomenon of division of psychic functions. Different explanatory models discuss the genesis of this process, including theories that attribute it to exposure to trauma and sociocultural factors, and a transtheoretical model is also proposed. Dissociative identity disorder is characterized by a serious condition in which the individual is affected by recurrent identity changes and episodes of dissociative amnesia. There is an overlap in clinical manifestations between dissociative identity disorder and schizophrenia, causing changes in the diagnosis and treatment instituted in individuals. This is a narrative literature review, in which bibliographic research was carried out on the diagnostic challenges between dissociative identity disorder and schizophrenia, covering historical factors. It is observed that the challenge in this differentiation has been present since Bleuler discussed the phenomenon of division of the self, considered fundamental to schizophrenia, but which referred to the initial concept of dissociation. There are descriptions of first-rank symptoms present in both disorders. This correlation can be understood from a dimensional perspective, with both pathologies being present on a continuum, in which schizophrenia would be at the extreme, representing a particular type of pathology of the self. The concept of a continuum in mental illness goes back to the idea that all forms of psychopathology may be interconnected, fostering debate on the importance of new research from a transdiagnostic perspective.

Keywords: Dissociative identity disorder; Schizophrenia; Differential diagnosis; Dimensional

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVO	8
3. METODOLOGIA	9
4. REVISÃO DA LITERATURA	10
4.1 DISSOCIAÇÃO	10
4.1.1 Evolução histórica do conceito de dissociação.....	10
4.1.2 Sintomas dissociativos e dissociação como sintoma transdiagnóstico.....	11
4.1.3 Transtorno dissociativo de identidade e modelos teóricos de dissociação.....	12
4.2 ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE	14
4.2.1 Perspectivas históricas: Conceituação da esquizofrenia e aspectos históricos da diferenciação da identidade múltipla	14
4.2.2 Esquizofrenia: um transtorno do self e da temporalidade.....	15
4.2.3 Desafios diagnósticos entre TDI e esquizofrenia: a proposição de um modelo dimensional.....	17
5. CONCLUSÃO	20
6. REFERÊNCIAS	21

1. INTRODUÇÃO

A dissociação enquanto alteração psicopatológica é parte integrante de diversos transtornos mentais e, dessa forma, pode ser considerada como um sintoma transdiagnóstico de psicopatologia (ELLICKSON-LAREW et al, 2020; LYSSENKO et al., 2017). Ademais, a sua definição passou por diversas transformações ao longo da história da psiquiatria, permanecendo um desafio a delimitação de um modelo teórico que consiga abarcar a complexidade desse fenômeno que, por natureza, é multifacetado. Ao longo dos últimos anos, os manuais diagnósticos tem trazido uma ampliação no conceito de dissociação, à exemplo da progressão vista do DSM III ao DSM V, cujo último passou a incluir alterações no campo da atenção, emoção e controle motor, para além das desintegrações em identidade, memória e consciência (APA, 1980, 2013; LYNN et al, 2022; MOSKOWITZ; HEINIMAA; VAN DER HART, 2018).

Do ponto de vista psicopatológico, há um imbricamento entre os conceitos de dissociação e psicose. Essa correlação é vista de um ponto de vista histórico, desde a criação do conceito do “grupo das esquizofrenias” por Bleuler (1911). Além disso, é constada também no que tange aos sintomas de primeira ordem, descritos como específicos para esquizofrenia (SCHNEIDER, 1959). Tais sintomas são também encontrados em pacientes com transtornos classificados como não psicóticos, à exemplo do transtorno de personalidade borderline e, são especialmente frequentes no transtorno dissociativo de identidade (TDI) (KLUFT, 1987; ROSS et al., 1990).

Para Scharfetter (2018), as duas condições, TDI e esquizofrenia, podem ser entendidas dentro de um espectro contínuo, no qual a psicose seria uma forma mais grave de dissociação. Há, dessa forma, um entendimento da psicose para além da presença de sintomas positivos comumente descritos, reconhecendo a esquizofrenia como um distúrbio do self (SCHARFETTER, 2018). A psicopatologia fenomenológica descreve alterações na vivência da temporalidade, descritas por pacientes com esquizofrenia e que se associam a presença de sintomas positivos e de perda do senso de unidade do eu (FUCHS, 2013).

Até o momento, no entanto, permanece um dilema nosológico no qual frequentemente pacientes com TDI são classificados como possuindo esquizofrenia. Essa

diferenciação ganha especial importância quando se reconhece que é estabelecida uma condução clínica distinta, com maior impacto da psicoterapia nos transtornos dissociativos, em detrimento das medicações antipsicóticas (FOOTE; PARK, 2008).

Diante do exposto, trata-se de uma revisão narrativa da literatura, acerca das fronteiras entre transtorno dissociativo de identidade e esquizofrenia, perpassando os aspectos históricos e os desafios diagnósticos. Essa discussão é relevante não somente para a prática clínica individual, mas também para refletir os limites das categorizações dos transtornos mentais.

A perspectiva dimensional propõe uma forma de enxergar o adoecimento psíquico dentro de um continuum heterogêneo, no qual nas extremidades haveriam manifestações clínicas distintas, mas que estão interligadas. É sabido que há uma alta taxa de comorbidades entre transtornos psiquiátricos, e não é incomum que indivíduos apresentem conversão diagnóstica, fazendo com que se proponha fatores de risco comuns para qualquer forma de psicopatologia. (CASPI; MOFFITT, 2018).

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Revisar a literatura acerca da correlação entre transtorno dissociativo de identidade e esquizofrenia, discutindo os aspectos históricos e os desafios da diferenciação diagnóstica entre os dois transtornos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Revisar a evolução histórica do conceito de dissociação no campo da psicopatologia e discorrer sobre a dissociação como sintoma transdiagnóstico e modelos teóricos de dissociação;

Discutir sobre o entendimento da esquizofrenia como transtorno do *self* e da temporalidade;

Revisar sobre os desafios diagnósticos entre o transtorno dissociativo de identidade e esquizofrenia, discutindo sobre a possibilidade de um entendimento dimensional.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, do tipo revisão narrativa. A pesquisa bibliográfica sobre o tema foi executada a partir da base de dados do PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) e Scielo (<http://scielo.org/>), utilizando descritores específicos: “Dissociative identity disorder AND Schizophrenia”, “First rank symptoms AND dissociation”, “Transdiagnostic AND Dissociative Disorders”, “Schizophrenia AND Phenomenology AND Time”, “Mental disorders AND Transdiagnostic.”, “Schizophrenia AND Self”, “Dissociative identity disorder AND Psychosis.” Também foram realizadas buscas em livros textos em bibliotecas universitárias. A revisão bibliográfica ocorreu no período de março de 2024 à dezembro de 2024, e incluiu publicações do período de 1889 até os dias atuais.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 DISSOCIAÇÃO

4.1.1 Evolução histórica do conceito de dissociação

O termo “dissociação” foi originalmente utilizado no campo das ciências químicas, para indicar separação: descrevia-se o mecanismo pelo qual o calor decompunha substâncias compostas em elementos primários. “O ponto de dissociação” se referia a temperatura na qual essa decomposição ocorria, e variava de acordo com cada substância. Na psiquiatria francesa do século XIX, a dissociação referia-se a uma divisão ou compartimentação da consciência ou da personalidade (MOSKOWITZ; HEINIMAA; VAN DER HART, 2018).

Pierre Janet, psiquiatra francês, foi o primeiro a introduzir o termo no campo da psicopatologia. Para Janet, tratava-se de uma resposta automática e defensiva frente a eventos altamente aversivos, que culminaria numa “consciência dividida”, na qual certas funções mentais funcionariam de forma independente, fora do controle consciente do indivíduo. Isso ocorreria por um enfraquecimento psíquico inato: a incapacidade de realizar sínteses e, portanto, era um fenômeno passivo e em consequência da ocorrência de um evento considerado traumático (JANET, 1889). A dissociação era uma característica principal da histeria – um construto psicopatológico amplo que reúne elementos hoje encontrados em categorias como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno de personalidade borderline (TPB), transtorno dissociativo de identidade (TDI), e transtornos somatoformes (JANET, 1901; MOSKOWITZ; HEINIMAA; VAN DER HART, 2018). Posteriormente, Freud elaborou o conceito de repressão – um mecanismo de defesa do ego, inconsciente, mas um processo ativo, que envolvia o banimento de ideias da consciência que eram consideradas inaceitáveis pelo ego. Esses conteúdos aversivos frequentemente tinham a sua gênese em conflitos de natureza sexual (FREUD, 1894).

*De acordo com a teoria de Janet... a divisão da consciência é uma característica primária da mudança mental na histeria. Ela é baseada em uma fraqueza inata da capacidade de síntese psíquica. (Freud 1894/1962. Pag 46)
Eu repetidamente tive sucesso em demonstrar que a divisão dos conteúdos da consciência é a consequência de um ato voluntário por parte do paciente; isto é, ela é instituída por um esforço de vontade, cujo motivo é discernível. (Freud 1894/1963. Pag 69)*

Admite-se que ambos os mecanismos (defesa-deficiência) são atuantes. Posteriormente Janet reconheceu a dissociação defensiva de Freud como um tipo de dissociação legítima, juntamente a sua (SPIEGEL, 1994).

Em relação aos manuais classificatórios, o DSM incluiu o termo “transtornos dissociativos” a partir da terceira edição (APA, 1980). Também a CID-10, em substituição ao termo neurose histérica, incluiu a categoria (OMS, 1992). Ao longo das evoluções das edições do DSM, o conceito do que é dissociação vem sendo ampliado, visto que no DSM III foi definida como “uma perturbação ou alteração nas funções normalmente integrativas de identidade, memória ou consciência” (APA, 1980, p. 253). No DSM V, por sua vez, a definição foi ampliada para “uma interrupção de e/ou descontinuidade na integração normal de consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controle motor e comportamento” (APA, 2013, p. 291). Todas essas definições mantiveram a ideia da dissociação como uma falha na integração, o que é consistente com as ideias iniciais de Janet (MOSKOWITZ; HEINIMAA; VAN DER HART, 2018).

4.1.2 Sintomas dissociativos e dissociação como sintoma transdiagnóstico

Os sintomas e experiências dissociativos variam em um espectro de gravidade, que vão desde experiências comuns, como lapsos de atenção e absorção intensa em um conteúdo, até sintomas graves e debilitantes descritos em patologias como o TDI (LYNN et al., 2022).

Steinberg et al (1990) organizou a definição de dissociação em cinco sintomas nucleares: amnésia, despersonalização, desrealização, confusão de identidade e alteração de identidade. A amnésia inclui lapsos de memória, gerando uma incapacidade de recordar um segmento de tempo significativo e específico; na despersonalização, há um distanciamento do self, sendo descrita como uma estranheza em relação a si mesmo, como tornar-se observador de si; na desrealização, por sua vez, há uma sensação de que o ambiente é irreal, podendo envolver percepções de que o trabalho ou a casa do indivíduo é não familiar, e/ou que pessoas próximas são não familiares; a confusão de identidade é diferenciada da alteração de identidade pelo fato da primeira ser uma parâmetro mais subjetivo de dúvidas e incertezas em relação a própria identidade, enquanto que é a última

envolve alterações objetivas de apresentar um comportamento indicando a presença de identidades diferentes (STEINBERG et al., 1990).

As experiências dissociativas, no entanto, não são necessariamente patológicas. Desrealização e despersonalização são comuns, transitoriamente, em momentos de estresse emocional, fadiga e antes ou depois do sono. Além disso, possui algumas funções adaptativas: permite o comportamento automatizado, necessário para realizar uma ação sem dedicar atenção consciente para ela, como ao dirigir; possibilita o isolamento de vivências catastróficas, nas quais é necessário automatizar o comportamento e garantir a sobrevivência; propicia a vivência de experiências catárticas (SPIEGEL, 1994). Dentro de um recorte cultural, há experiências dissociativas não patológicas, associadas a vivências religiosas, que trazem um significado positivo para o indivíduo e para a comunidade na qual está inserido (LEWIS, 2003; MOREIRA-ALMEIDA; CARDEÑA, 2011).

No que tange os transtornos psiquiátricos, “ela é considerada um sintoma transdiagnóstico, e pode ser um fator de risco para todas as formas de psicopatologia” (ELLICKSON-LAREW et al, 2020, p.126). Uma metanálise que incluiu 216 estudos que utilizaram a Escala de Experiências Dissociativas (DES) em indivíduos com diferentes transtornos mentais - ao todo, 15.219 pessoas e 19 categorias de doenças psiquiátricas – observou pontuação para experiências dissociativas em todos os transtornos, com os maiores escores encontrados nos transtornos dissociativos, transtorno de personalidade borderline e transtorno de estresse pós-traumático (LYSSENKO et al., 2017).

4.1.3 Transtorno dissociativo de identidade e modelos teóricos de dissociação

O transtorno dissociativo de identidade (TDI) é marcado por descontinuidades em pensamentos, emoções e comportamentos, com fragmentação do indivíduo em duas ou mais personalidades distintas, e é acompanhado de amnésia dissociativa (APA, 2013). Na CID-10, é chamado de transtorno de personalidade múltipla, cujos critérios são a presença de duas ou mais personalidades diferentes no indivíduo, cada uma evidente por vez, com seus próprios padrões de comportamento, memórias e preferências distintas, e incapacidade de recordar informações importantes (OMS, 1992).

Houve um interesse crescente nesse diagnóstico a partir de relatos de casos de TDI na década de 80. Por volta de 1990 e no início do século XXI, tais relatos, juntamente com dramatizações em filmes e outras mídias, fomentaram o ceticismo e estimularam a controvérsia sobre a dissociação de identidade (BYRNE, 2001; LYNN et al., 2022). Nesse sentido, no centro desse debate, estava a discussão sobre a gênese dos transtornos dissociativos – se ocorriam em resposta ao trauma (modelo pós-traumático) ou se ocorriam em decorrência de fenômenos socioculturais (modelo sociocognitivo) (LYNN et al, 2022). O modelo sociocognitivo propõe que as manifestações clínicas dos transtornos dissociativos, especialmente o TDI, são decorrentes da interação social e pelo menos parcialmente moldadas por influências midiáticas e algumas psicoterapias. Tais psicoterapias atribuiriam pensamentos e mudanças de humor à presença de diferentes selves, sobretudo em um cenário de psicopatologia grave, e altos níveis de sugestibilidade (SPANOS, 1994). O modelo pós-traumático, por sua vez, é coerente com a descrição inicial de Janet, e com a de pesquisadores contemporâneos que afirmam que a dissociação é uma resposta defensiva frente a dor psíquica inescapável (JANET, 1901; DALENBERG, 2012).

Lynn e colaboradores (2022) propõem um modelo transteórico, que considera que nem o modelo sociocognitivo, nem o modelo pós-traumático são completamente suficientes, e propõem que “as origens da dissociação são multideterminadas, diferem entre os indivíduos, e estão relacionadas às falhas nos mecanismos adaptativos operacionais, tanto em circunstâncias não traumáticas, quanto traumáticas” (LYNN et al, 2022, p. 11). Nessa perspectiva são consideradas outras variáveis que predisõem a dissociação, além do trauma e sofrimento psicológico, como: desregulação emocional, especialmente com relação à impulsividade e alexitimia; parassonias e sonolência diurna, gerando aumento na permeabilidade sono-vigília; propensão a fantasia e tendência imaginativa. (LYNN et al, 2022).

4.2 ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE IDENTIDADE

4.2.1 Perspectivas históricas: conceituação da esquizofrenia e aspectos históricos da diferenciação da identidade múltipla

O conceito de esquizofrenia, enquanto a categoria nosológica conhecida hoje, passou por diversas modificações ao longo do tempo. Emil Kraepelin, ao longo das oito edições do seu tratado de psiquiatria (1883-1915), descreveu a entidade clínica intitulada *dementia praecox*, ou demência precoce; isso se deu a partir da observação de pacientes jovens internados que, após um episódio psicótico, evoluíram para um enfraquecimento intelectual (*verblödung*, em alemão) irreversível. Dessa forma, tratava-se de uma doença crônica, pervasiva, com uma evolução inexorável para o embrutecimento mental (KRAEPLIN, 1919; ELKIS, 2000; PEREIRA, 2001). A partir disso, Kraepelin defendeu que diferentes formas clínicas, já tradicionalmente aceitas – como a catatonia descrita por Kalhbaum e a hebefrenia de Hecker, e a sua própria descrição de uma forma paranóide – faziam parte da mesma entidade, a demência precoce. Críticas a esse modelo se centravam no fato de que a definição era ampla, reunindo condições díspares, e se dava em um critério evolutivo terminal, não havendo uma determinação do critério nuclear que unia essas condições (PEREIRA, 2001).

Em 1911, Eugen Bleuler publicou o livro “Demência precoce: o grupo das esquizofrenias”, introduzindo o termo “esquizofrenias”, que na etimologia (esquizo = divisão, phrenia = mente) trouxe aquilo que Bleuler considerava ser o elemento psicopatológico nuclear desses estados mentais: a cisão do eu. Isso ocorreria devido ao afrouxamento das associações psíquicas, o que não permitiria um senso de unidade do eu. Nesse sentido, o pensamento se torna desorganizado, fragmentado, e a presença de delírios e alucinações é uma acomodação às alterações estruturais da consciência (BLEULER, 1911/1950; PEREIRA, 2001). A partir disso, Bleuler elaborou o conceito dos 4As, considerados os sintomas fundamentais da esquizofrenia: afrouxamento das associações, autismo, ambivalência afetiva e embotamento afetivo (BLEULER, 1911/1950).

Alguns pesquisadores que se dedicavam ao estudo da múltipla personalidade teceram críticas ao conceito de esquizofrenia de Bleuler, afirmando que haviam sido

incluídos casos de múltipla personalidade em seus estudos sobre esquizofrenia. No entanto, apesar de ter pouco interesse na alternância de personalidade, ele insistia no diagnóstico diferencial. Nesse sentido, ambas as condições envolvem cisão, mas de formas distintas: o paciente com esquizofrenia tem atitudes contraditórias de maneira simultânea – o conceito de ambivalência afetiva -, além de distorções do senso de realidade; enquanto isso, o paciente com múltipla personalidade divide-se em fragmentos alternados, não possuindo distorções da lógica e/ou realidade. Dessa forma, colocava-se a ênfase na divisão de funções psíquicas e fragmentos de personalidade ocorrendo “lado a lado” na esquizofrenia, em contraste com a “sucessão” da personalidade múltipla (BLEULER, 1911/1950; HACKING, 1995).

Em 1948, Kurt Schneider descreveu os sintomas de primeira ordem: irradiação do pensamento, inserção de pensamento, delírios de controle, alucinações auditivas. “Quando qualquer um desses modos de experiência está inegavelmente presente e nenhuma doença somática básica pode ser encontrada, podemos fazer o diagnóstico clínico decisivo de esquizofrenia.” (SCHNEIDER, 1959, p. 133-134). O enfoque atual no que reconhecemos como “sintomas positivos”, deve-se em grande parte a influência de Schneider (STRAUSS; CARPENTER; BARTKO, 1974; MORITZ et al, 2023). A característica compartilhada entre os sintomas de primeira ordem é a perda da divisa ego-ambiente “uma “redução' da 'barreira' entre o eu e o mundo circundante, a perda dos próprios contornos do eu”. (SCHNEIDER, 1959, p.134).

4.2.2 Esquizofrenia: um transtorno do self e da temporalidade

A psicopatologia fenomenológica visa descrever o mundo vivido dos pacientes com transtornos mentais, explorando, na perspectiva da primeira pessoa, as características da vivência do tempo, corpo, self, espaço. Entender a modificação dessas experiências subjetivas gera uma aproximação com o mundo fenomenal dos pacientes, facilitando a compreensão dos seus comportamentos, experiências e da própria existência dos indivíduos. (STANGHELLINI et al., 2015).

A integridade da experiência do tempo é fundamental para o senso de continuidade da própria existência e/ou de um objeto de percepção; ela abrange tanto a consciência de objetos externos e suas características temporais (consciência do tempo externo), quanto a do fluxo de consciência (consciência do tempo interno). Dessa forma,

o momento “agora” não se dá de forma isolada, mas possui uma extensão, que se estende em direção à lembrança do passado e à expectativa do futuro (STHANGELLINI et al., 2015). Husserl propôs que a consciência do tempo possui uma estrutura intencional tripla: há uma articulação pré-reflexiva, tácita, das impressões primárias, com a retenção do que foi passado e a protensão (expectativa do que está por vir) (ZAHAVI, 2003).

Nesse sentido, são descritas alterações da temporalidade em pacientes com esquizofrenia. A principal delas é a fragmentação da experiência temporal, resultado da ausência da síntese pré-reflexiva do arco de retenção-impressão-protensão. Dessa forma, o paciente vivencia o “agora” como um instante isolado, sendo percebido como “estranho”, “desarticulado” do fluxo de consciência e do senso de identidade. Os sintomas de esquizofrenia como inserção de pensamento, experiências de passividade e alucinações têm sido considerados como manifestações dessa falha da síntese da consciência temporal. (FUCHS, 2013; STANGHELLINI; ROSFORT, 2013). Deste modo, a desintegração do fluxo temporal pode criar hiatos na experiência consciente e pensamentos ou outros fenômenos mentais que não fazem mais parte do encadeamento autoconsciente podem ser interpretados como “inseridos” ou “externos”. (STANGHELLINI et al., 2015).

Stanghellini e colaboradores (2015) desenvolveram um estudo retrospectivo a partir de registros clínicos de 550 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia ou transtornos afetivos, que foram entrevistados por um psiquiatra experiente no período entre 1979-1993. A entrevista ocorreu com o objetivo de obter dados clínicos para refinar o diagnóstico, e foi conduzida com perguntas abertas, posteriormente solicitando aos pacientes que descrevessem suas experiências, com foco na vivência do tempo, espaço, corpo e self. Cerca de 36% dos pacientes com esquizofrenia (109 de 301) relataram experiências anormais de tempo; isso foi mais frequente nos pacientes agudos, do que nos crônicos. Desses pacientes, 71 participantes relataram pelo menos uma experiência de desarticulação do fluxo temporal, como: interrupção do fluxo do tempo, como vivenciar instantes isolados, “o mundo como uma série de fotografias”; presença de déjà vu; premonições acerca de si mesmo ou do entorno. Em todos esses fenômenos ocorre uma separação da estrutura tripla da consciência do tempo (retenção-impressão primária-protensão); em relação ao déjà vu, a retenção não é mais distinguível da impressão primária, e nas premonições acerca de si ou do ambiente há uma intrusão da protensão (expectativa do vir a ser) no momento presente. (STANGHELLINI et al., 2015).

Fuchs (2010) propõe uma relação entre distúrbios da temporalidade e do self na esquizofrenia, uma vez a estrutura retenção-impressão-protensão “implica uma autoconsciência tácita, e uma fragmentação dessa estrutura causa uma interrupção da autocontinuidade”. (FUCHS, 2010, p. 560).

Nesse sentido, pode-se entender a esquizofrenia como “um tipo único de patologia do *self*, uma fragmentação do ego, que em formas extremas poderia ser considerada uma aniquilação do “ego/self” (SCHARFETTER, 2018, p.69). Ego/self é um termo utilizado para definir a percepção de si mesmo ou autoconsciência, que resulta da articulação de diversas funções mentais, como cognição, memória, emoção, percepção e propriocepção. Cabe destacar que uma consciência saudável do eu inclui entender-se como um indivíduo vivo, coerente, com uma identidade estável e demarcada dos outros (não-eu), e capaz de integrar as próprias funções psíquicas. (SCHARFETTER, 2018). A experiência de pacientes com esquizofrenia se manifesta como uma fragmentação do self em todas as suas dimensões básicas, como vitalidade, atividade, consistência, demarcação e identidade. Isso é constatado através da observação clínica de estudiosos de psicopatologia, a partir do estudo das declarações de pacientes com esquizofrenia sobre suas próprias experiências, que incluem vivências sobre sentir-se morto (alteração na vitalidade do ego), ser incapaz de controlar seus próprios pensamentos (alteração na atividade do ego), não se sentir com um senso pessoal organizado e coerente (alteração na consistência do ego), acreditar na influência externa dos outros sobre os próprios fenômenos mentais (alteração na demarcação do ego) e sensações de perda de identidade em diferentes aspectos, incluindo fisionomia, gênero, biografia (alteração na identidade do ego). (SCHARFETTER, 1996, 2003).

4.2.3 Desafios diagnósticos entre TDI e esquizofrenia: a proposição de um modelo dimensional

Há uma sobreposição de sintomas entre o transtorno dissociativo de identidade (TDI) e a esquizofrenia; tal constatação demonstra-se no fato de que muitos pacientes com diagnóstico de TDI vivenciam alucinações auditivas, e há presença de estudos nos quais pacientes com TDI apresentaram maior média de sintomas schneiderianos do que pacientes com esquizofrenia. (KLUFT, 1987; ROSS et al, 1990; FOOTE; PARK, 2008). Além disso, essa interface se apresenta do ponto de vista histórico, desde a conceituação do termo “esquizofrenias” por Bleuler (1911), cujo significado é “mente dividida”,

demarcando que o processo de “divisão” psíquica era essencial para a psicopatologia do transtorno, o que remonta ao conceito inicial de dissociação.

Em todos os casos, somos confrontados com uma divisão mais ou menos clara das funções psíquicas. Se a doença é marcada, a personalidade perde sua unidade; em diferentes momentos, diferentes complexos psíquicos parecem representar a personalidade’ (p. 9 (BLEULER, 1911/1950, p.9).

Apesar de não ser classificado como um transtorno psicótico, é comum que pacientes posteriormente entendidos enquanto tendo TDI, já tenham sido diagnosticados como dentro do espectro da esquizofrenia em algum momento da evolução do quadro. A discussão sobre o estabelecimento de um diagnóstico diferencial entre os dois transtornos é resultado da compreensão de que essa diferenciação implica na forma como a condução clínica será realizada, uma vez que é postulado que sintomas positivos da esquizofrenia apresentam uma resposta ao tratamento farmacológico com antipsicótico, diferente dos sintomas dissociativos, que melhor respondem a psicoterapia. (FOOTE; PARK, 2008).

Dessa forma, são descritas algumas distinções: alterações da forma do pensamento são prevalentes nos quadros de esquizofrenia, não aparecendo no TDI (ROSS, 1989); outras características psicóticas, como sintomas negativos e catatonia estão ausentes no TDI, e nele o paciente apresenta recorrentes alterações na identidade, enquanto que na esquizofrenia há uma perda do senso de identidade e do papel do paciente na sociedade. Em relação ao teste de realidade, em pacientes psicóticos é comprometido, ao passo que está intacto em pacientes com TDI. Nesse sentido, pacientes com quadros dissociativos podem apresentar vivências “como se”: o discurso de alguém controlando suas ações pode ser compreendido como o senso de entorpecimento psicológico e sensação de perda de agência, não havendo uma percepção delirante estruturada. Outra diferença descrita é em relação ao curso dos sintomas, que na esquizofrenia é contínuo, enquanto que no transtorno dissociativo é comum haver flutuação dos sintomas, apresentando variações no grau de impacto na funcionalidade do paciente ao longo do tempo (STEINBERG, 1995).

Scharfetter (2019) propõe um modelo dimensional, no qual as síndromes esquizofrênicas podem ser entendidas como estando num *continuum* com outros transtornos, como o TDI e o transtorno de personalidade borderline. Nessa perspectiva, a esquizofrenia seria uma forma particular de fragmentação do self, podendo, em formas

graves, ser considerada uma aniquilação do self. Essa fragmentação seria uma forma particular de dissociação. Dessa maneira, haveria um espectro de dissociação, no qual em um polo estariam as experiências dissociativas úteis, que permitem o indivíduo funcionar de forma coesa em situações adversas, e que geralmente envolvem a dissociação de funções psíquicas isoladas (como memória, percepção), e na outra extremidade haveriam as formas graves de dissociação, como no transtorno de identidade múltipla e esquizofrenia. No TDI, enxerga-se a coexistência de diferentes subpersonalidades, no entanto, não há a dissociação ou decomposição do ego, a autoridade central, em suas dimensões básicas como é visto na esquizofrenia. Dessa forma, o autor teoriza que esse comportamento fluído e instável do self é protetor para uma fragmentação do self como a que ocorre na esquizofrenia. Supõe-se que um self mais rígido, e não fluído, estaria vulnerável a fragmentação completa (SCHARFETTER, 2019).

A concepção de continuum emerge da possibilidade de enxergar o adoecimento psíquico dentro de um modelo dimensional, e não categorial. Limitações do modelo categorial incluem uma alta taxa de diagnósticos comórbidos, com muitos pacientes preenchendo critérios para mais de um transtorno, e alguns pacientes não preenchendo totalmente critérios para nenhum transtorno, apesar de apresentarem sofrimento significativo e impacto funcional (KOTOV et al, 2017; CASPI; MOFFITT, 2018). A presença de sobreposição diagnóstica é uma regra, fazendo com que se levante a possibilidade de haver um fator de vulnerabilidade comum, que predisponha a qualquer tipo de psicopatologia (CASPI; MOFFITT, 2018). Caspi e Moffitt (2018) teorizam a presença de uma única dimensão, que é capaz de medir a propensão para o desenvolvimento de transtornos mentais e para a gravidade dos transtornos, chamado o fator “p”, em paralelo ao fator “g” da inteligência geral. Dessa forma, quanto maior o valor de “p” para um indivíduo, maior seria a susceptibilidade para o acometimento por transtornos mentais graves. Postula-se que o desenvolvimento de “p” estaria relacionado a fatores de risco comuns, que são fatores de risco encontrados em todos os transtornos psiquiátricos: neuroticismo, desregulação emocional, exposição a trauma, deficiências intelectuais e desordens de pensamento. Essa perspectiva unidimensional abre possibilidade para pesquisas e tratamentos transdiagnósticos e para a possibilidade de prevenção primária em saúde mental, visando atuar nesses fatores de risco que se relacionam ao adoecimento psíquico em suas diversas formas (CASPI; MOFFITT, 2018).

5. CONCLUSÃO

A interface diagnóstica entre psicose e dissociação é histórica, presente desde a construção de ambos os construtos e da definição do “grupo das esquizofrenias” por E. Bleuler (1911), que considerava o fenômeno da “divisão do eu” o aspecto nuclear dessa patologia. Existe uma importante sobreposição de manifestações clínicas entre o transtorno dissociativo de identidade e esquizofrenia, frequentemente acarretando a mudança de diagnóstico e de tratamento em indivíduos antes entendidos como possuindo um dos transtornos. Um modelo dimensional propõe a possibilidade de ambos os transtornos estarem contidos num espectro, com a esquizofrenia representando o extremo de gravidade, na qual há total desintegração do self, em contraste com a aparente preservação do self no transtorno dissociativo de identidade. O entendimento de um contínuo dentro da doença mental remonta a ideia de que existem fatores de risco comuns para qualquer forma de psicopatologia, e que todas as apresentações clínicas conhecidas estariam interligadas. Tal debate abre campo para mais pesquisas na perspectiva transdiagnóstica.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington, DC: Author, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: Author, 2013.

BLEULER, Eugen. *Dementia praecox or the group of schizophrenias* (J. Zinkin, trad.). Nova York: International Universities Press, 1950. (Originalmente publicado em 1911).

BYRNE, P. The butler(s) DID it - dissociative identity disorder in cinema. *Medical Humanities*, v. 27, n. 1, p. 26–29, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/mh.27.1.26>. Acesso em: 13 dez. 2024.

CASPI, A.; MOFFITT, T. E. *All for One and One for All: Mental Disorders in One Dimension*. *American Journal of Psychiatry*, v. 175, n. 9, p. 831-844, set. 2018. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17121383. Epub 6 abr. 2018. PMID: 29621902; PMCID: PMC6120790

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

ELKIS, H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, 2000. DOI: 10.1590/S1516-44462000000500009.

ELLICKSON-LAREW, S.; STASIK-O'BRIEN, S. M.; STANTON, K.; WATSON, D. Dissociation as a multidimensional transdiagnostic symptom. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, v. 7, p. 126-150, 2020

FOOTE, B.; PARK, J. Dissociative identity disorder and schizophrenia: Differential diagnosis and theoretical issues. *Current Psychiatry Reports*, v. 10, p. 217-222, 2008. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0036-z>.

FREUD, S. The neuro-psychoses of defence. In: STRACHEY, J. (ed. e trad.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. v. 3. London: Hogarth Press, 1962. p. 43–61. (Publicado originalmente em 1894).

FREUD, S. The defense neuro-psychoses (1894). In: RIEFF, P. (ed.); RICKMAN, J. (trad.). *Sigmund Freud: early psychoanalytic writings*. New York: Collier, 1963. p. 67–81.

FUCHS, T. Fenomenologia e psicopatologia. In: GALLAGHER, S.; SCHMICKING, D. (ed.). *Manual de fenomenologia e ciências cognitivas*. Dordrecht: Springer, 2010. p. 547–573.

FUCHS, T. Temporality and psychopathology. *Phenomenology and Cognitive Sciences*, v. 1, p. 75–104, 2013.

HACKING, I. *Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory*. Princeton: Princeton University Press, 1995. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/j.ctt7rr17>. Acesso em: 13 dez. 2024.

JANET, P. *L'automatisme psychologique*. Paris: Félix Alcan, 1889.

JANET, P. *The mental state of hystericals*. New York: Putnam, 1901.

KLUFT, R. P. First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, v. 144, n. 3, p. 293–298, 1987. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.144.3.293>.

KOTOV, R. et al. *The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Dimensional Alternative to Traditional Nosologies*. *Journal of Abnormal Psychology*, [S. l.], v. 126, n. 4, p. 454–477, mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000258>. Acesso em: 13 dez. 2024.

KRAEPELIN, E. *Dementia praecox and paraphrenia*. In: BARCLAY, E. S. (trad.). *Textbook of psychiatry*. 8. ed. Edinburgh: Livingston, 1919.

LEWIS, I. M. *Ecstatic religion: a study of shamanism and spirit possession*. New York: Psychology Press, 2003.

LYNN, S. J. et al. Dissociation and dissociative disorders reconsidered: beyond sociocognitive and trauma models toward a transtheoretical framework. *Annual Review of Clinical Psychology*, v. 18, p. 259–289, 2022. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-102424.

LYSSENKO, L. et al. Dissociation in psychiatric disorders: A meta-analysis of studies using the Dissociative Experiences Scale. *The American Journal of Psychiatry*, v. 175, n. 1, p. 37–46, 2018. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.17010025.

MOREIRA ALMEIDA, A.; CARDEÑA, E. Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 33, p. s21–s28, maio 2011.

MORITZ, S. et al. What Kurt Schneider really said and what the DSM has made of it in its different editions: a plea to redefine hallucinations in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, v. 50, n. 1, p. 22–31, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad131>.

MOSKOWITZ, A.; HEINIMAA, M.; VAN DER HART, O. Defining psychosis, trauma, and dissociation. In: *The Handbook of Trauma and Dissociation*. 2018. p. 7–29. ISBN 9781119952855. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781118585948.ch1>.

PEREIRA, M. Kraepelin e a criação do conceito de "Demência precoce". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 4, 2001. DOI: 10.1590/1415-47142001004011.

ROSS, C. A. *Multiple personality disorder: diagnosis, clinical features, and treatment*. New York: John Wiley & Sons, 1989.

ROSS, C. A. et al. Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, v. 31, n. 2, p. 111–118, 1990. DOI: 10.1016/0010-440X(90)90014-J.

SCHARFETTER, C. The self-experience of schizophrenics. *Empirical studies of the ego/self in schizophrenia, borderline disorders and depression*. Zürich: Psychiatric Hospital of the University of Zürich, 1996.

SCHARFETTER, C. The self-experience of schizophrenics. In: KIRCHER, T.; DAVID, A. (eds.). *The self in neuroscience and psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. p. 272–289.

SCHARFETTER, C. Ego-fragmentation in schizophrenia. In: *The Handbook of Trauma and Dissociation*. 2018. p. 69–82. ISBN 9781119952855. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781118585948.ch5>.

SCHNEIDER, K. *Clinical psychopathology*. New York, NY: Grune & Stratton, 1959.

SPANOS, N.; BURGESS, C. Hypnosis and multiple personality disorder: a sociocognitive perspective. In: LYNN, S. J.; RHUE, J. W. (orgs.). *Dissociation: clinical and theoretical perspectives*. New York: Guilford Press, 1994. p. 136–159.

STANGHELLINI, Giovanni; ROSFORT, René. *Emotions and personhood: exploring fragility - making sense of vulnerability*. Oxford: Oxford University Press, 2013.

STANGHELLINI, G. et al. Psychopathology of lived time: abnormal time experience in persons with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, v. 42, n. 1, p. 45–55, 2015.

STEINBERG, M. *Handbook for the assessment of dissociation: a clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1995.

STRAUSS, J. S.; CARPENTER, W. T., Jr; BARTKO, J. J. The diagnosis and understanding of schizophrenia. Part III. Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophrenia Bulletin*, v. 1, p. 61–69, 1974. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/1.11.61>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *ICD-10: manual of international statistical classification of diseases, injuries and causes of death (10th revision)*. Geneva: Author, 1992.

ZAHAVI, D. *Husserl's phenomenology*. Stanford, CA: Stanford University Press, 2003.