

BIPOLARIDADE X TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE PERSONALIDADES MÚLTIPLAS :DIFERENÇAS ALÉM DA SEMÂNTICA

Prof. Dr. Gabriel César Dias Lopes, Ph.D

RESUMO

Este artigo caracteriza e discute as diferenças entre a bipolaridade e o transtorno dissociativo de personalidades múltiplas, abordando-as como fatores de preocupação para a saúde pública por conta dos transtornos e prejuízos causados ao indivíduo e ao seu entorno e de sua etiologia que envolvem aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos, funcionais, familiares e socioeconômicos, enfatizando a teoria de Vygotsky para ressaltar a importância do fator emocional para o desenvolvimento dessas patologias. Para tanto utilizou-se aqui a pesquisa bibliográfica enquanto metodologia dentro de uma abordagem qualitativa e descritiva; Foram usados os bancos de dados de revistas eletrônicas como Scielo, PubMed, Redalyc. Considera-se finalmente aqui sob o ponto de vista semântico e terapêutico o transtorno bipolar, em sua predisposição genética, considerando aqui os diversos fatores que podem alterá-lo ou agravá-lo, sendo eles socioambientais, psicológicos, buscando ressaltar as formas de acompanhamento possíveis desde o medicamentoso até o psicanalítico, valorizando o aspecto do apoio familiar notadamente fundamental para o paciente.

Palavras-Chave: Bipolaridade, Transtorno Dissociativo de Personalidades Múltiplas, Acompanhamento Terapêutico, Família.

ABSTRACT

This article characterizes and discusses the differences between bipolarity and the dissociative disorder of multiple personalities, addressing them as factors of concern for public health due to the disorders and damage caused to the individual and his / her surroundings and their etiology involving neurochemical aspects , cognitive, psychological, functional, family and socioeconomic, emphasizing Vygotsky's theory to emphasize the importance of the emotional factor for the development of these pathologies. For this purpose, bibliographic research was used here as a methodology within a qualitative and descriptive approach; The databases of electronic journals such as Scielo, PubMed, Redalyc were used. Finally, bipolar disorder is considered here in terms of semantics and therapeutics in its genetic predisposition, considering here the various factors that can alter or aggravate it. it, being socio-environmental, psychological, and seeking to highlight the possible forms of follow-up from the medication to the psychoanalytic, valuing the aspect of family support notably fundamental for the patient.

Keywords: Bipolarity, Dissociative Disorder of Multiple Personalities, Therapeutic Accompaniment, Family.

* **Gabriel César Dias Lopes** é Ph.D é Graduado em: Teologia, Direito, Administração e Recursos Humanos, MBA em Marketing e Gestão Estratégica, Pós-Graduado em Psicanálise, Coordenador do Curso de Pós Graduação Lato Sensu em Psicanálise Clínica da FABIC, Mestre em Educação, Mestre em Administração, Doutor em Educação e um Ph.D em Psicanálise. Membro da International Special Court of Arbitration and Human Rights - Registro: ISCAHRGCDL-17/11n2016, Membro da Comissão Científica da Olympus Intellectual Center, Atenas (Grecia), Presidente da LUI - Logos University International.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Bipolar (TB) é uma patologia psiquiátrica grave, que se caracteriza principalmente por oscilações de humor. Categorizada no CID-10 Classificação Internacional de Transtornos Mentais, Doenças e de Comportamento, enquanto CID- F-31, suas principais características são mania, hipomania e depressão, que trazem ao seu portador e a família sérios prejuízos que vão desde a vida familiar, à vida laboral e ao convívio social, sendo assim, atualmente considerada um importante fator de preocupação na saúde pública em geral, tendo em vista os desdobramentos e prejuízos ocasionados ao portador e ao seu entorno.

Sua etiologia envolve aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos, funcionais, familiares e socioeconômicos. O nome Transtorno Bipolar vem do fato de que esses pacientes alternam episódios em que ficam deprimidos com outros em que estão maníacos, representando estados de humor de polaridades opostas. Esta doença era antigamente chamada de Psicose Maníaca Depressiva. A literatura descreve prejuízos em vários domínios cognitivos em portadores de Transtorno Bipolar, que resistem mesmo nos períodos de eutímia.

As funções executivas envolvem subprocessos cognitivos, entre eles, auto regulação, flexibilidade mental, tomada de decisão, atenção seletiva e controle inibitório. Estas funções encontram-se prejudicadas no Transtorno Bipolar contudo, não há um consenso sobre a persistência de déficits em eutímia. Entende-se que tais prejuízos interferem no cotidiano do portador e na maneira com que lida com seu tratamento.

Considerada como uma patologia grave, seu diagnóstico por vezes é confundido com os vários tipos de depressão e esse fator dificulta o tratamento, que por sua vez já é complicada vez que o paciente encara o tratamento de acordo também com seu humor. Berk (2009) afirma que o Transtorno Bipolar é a sexta causa mais comum de incapacidade entre adultos, sendo difíceis, tanto seu diagnóstico quanto seu tratamento. É essa dificuldade tanto no anamnese quanto na profilaxia que complica a vida do paciente em todas as suas esferas pois com o tempo as falhas cognitivas vão avançando e a distância do tratamento usual só faz com que sua situação seja agravada.

De acordo com dados do Serviço de Psiquiatria da Criança e do Adolescente da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) em adultos, o Transtorno Bipolar ocorre em cerca de 1% da população, tendo frequência igual em homens e mulheres. Em adolescentes, acredita-se que a prevalência seja semelhante. Há estudos nos Estados Unidos da América que avaliaram adolescentes, e encontraram que 1% dos adolescentes entre 14 a 18

anos tem sintomas de TB. No entanto, em crianças, não existem estudos a respeito, já que o diagnóstico, nessa faixa etária, tem sido apenas recentemente considerado. Supõe-se que na infância e adolescência seja mais frequente em meninos do que em meninas.

Segundo dados da mesma instituição estima-se que no Brasil, atualmente, existem cerca de 61 milhões de habitantes de 0 a 18 anos, sendo que aproximadamente 610.000 crianças e adolescentes tenham esta doença. Somado a esses casos ainda ocorrem os casos de comorbidade, quando há o diagnóstico, em uma mesma pessoa, de dois ou mais transtornos. Os mais comuns são o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Ele ocorre em 60 a 90% dos pacientes.

O TDAH se caracteriza por uma combinação de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade que causem prejuízo importante para a criança, em nível de relacionamento com crianças da mesma idade, com pais e professores. Geralmente, os sintomas de TDAH começam mais cedo do que os sintomas de Transtorno Bipolar, por volta dos três ou quatro anos. O Transtorno Desafiador Opositivo (TDO) e o Transtorno de Conduta (TC) são outras comorbidades frequentes. O TDO se caracteriza por um padrão de sintomas de hostilidade, desobediência e oposição a figuras de autoridade, como pais e professores.

No TC pode haver agressividade física, mentira frequente, destruição de propriedades alheias, briga com armas, fugas de casa, entre outros. Frequentemente alguns desses transtornos são associados a indisciplina ou no senso comum de má criação dos pais, (o que também pode ocorrer), mas que na verdade são transtornos que devem ser observados, avaliados e tratados o mais precocemente possível.

Pretende-se aqui nessa pesquisa discutir sob o ponto de vista semântico e terapêutico o transtorno bipolar, em sua predisposição genética, considerando aqui os diversos fatores que podem alterá-lo ou agravá-lo, sendo eles socioambientais, psicológicos, enfatizando o aspecto da criatividade aparentemente inerente a esses indivíduos. Com isso busca dissociar a patologia de outros tipos de transtorno a que é comumente associada.

O referencial teórico aqui apresentado traz autores que tratam dos temas Bipolaridade e Transtorno Dissociativa de Personalidades Múltiplas da saúde mental e serão utilizadas também fontes como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (IBGE), Associação Psiquiátrica Americana (APA), Ministério da Saúde (MS), DSM entre outros necessários a essa pesquisa.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo tem como proposta metodológica a pesquisa qualitativa de abordagem descritiva, pois segundo Andrade (2003), a pesquisa qualitativa é aquela que compreende um conjunto de técnicas interpretativas, que visa à descrição e o processamento dos dados obtidos. Proporciona maiores informações sobre determinado assunto, facilitando e delimitando a temática, definindo objetivos e traçando hipóteses, contribuindo assim para o aprimoramento da pesquisa.

Segundo Portela (2004) a pesquisa descritiva objetiva conhecer, observar, analisar, explorar, registrar e interpretar dados sem interferir para modificá-los. Demonstra caracterização de uma população ou de determinado fenômeno que descreve através de questionários ou formulários, para identificação do conhecimento. Propõe ir além da simples identificação de relação entre variáveis e pretende determinar a natureza desta relação.

De acordo com Salomon (2001) a pesquisa qualitativa descritiva compreende então a descrição, o registro e interpretação da natureza atual ou processos dos fenômenos. O enfoque se faz sobre condições dominantes ou sobre como uma pessoa, grupo ou coisa conduz ou funciona no presente. No caso em questão será descrito e estudado o Transtorno Bipolar e sua diferenciação do Transtorno de Personalidades Múltiplas, transtorno ao qual é comumente associado.

3 BIPOLARIDADE: UMA MONTANHA RUSSA NAS EMOÇÕES

A Bipolaridade é cheia de controvérsias através na história da medicina convencional e em seu diagnóstico confundido regularmente com patologias semelhantes. O conceito atual das doenças psiquiátricas determina que não existe uma única razão pela qual a pessoa tem a enfermidade. Existem diversas teorias que propõem fatores que podem estar relacionados com as manifestações clínicas do Transtorno Bipolar (TB). Os fatores que a ela se relacionam serão descritos para que haja um entendimento da mesma.

3.1 FATORES GENÉTICOS

De acordo com a Biologia existe uma desregulação nas substâncias cerebrais que transportam os estímulos nervosos, entre as células do sistema nervoso (os neurônios). Estas substâncias são denominadas neurotransmissores, sendo que os mais envolvidos nos transtornos de humor são: a noradrenalina, a serotonina e a dopamina. Enquanto na Depressão existe uma diminuição nessas substâncias na zona de transmissão dos estímulos nervosos (chamada fenda sináptica), na Mania é possível que haja um aumento. (BERK et al, 2009)

Estudos têm tentado identificar o local disfuncional do cérebro. Existe uma hipótese de que, em Transtorno Bipolar da infância, há uma diferença de simetria entre as áreas pré-frontais dos dois hemisférios cerebrais. A área pré-frontal é o local mais desenvolvido do cérebro humano, e está relacionada com controle de estados afetivos e regulação de impulsos. Além disso, alguns autores sugerem que exista uma disfunção em um circuito cerebral chamado de córtico-estriatal, o qual teria uma predisposição de transmitir sensações nervosas associadas com afeto de desconforto, tristeza, tédio, desesperança e irritabilidade. No entanto, tais hipóteses estão sendo apenas recentemente estudadas. Assim algumas diferenciações precisam ser feitas para que haja entendimento maior da questão.

De acordo com Berk et al (2009) pode ser assim explicados os sintomas apresentados:

Episódios bipolares: Pessoas com transtorno bipolar podem experienciar estados de mania, hipomania ou estados mistos. A maioria das pessoas experiencia também depressão até certo nível.

1- Episódio maníaco A mania envolve humor excessivamente feliz, exaltado ou irritado e pelo menos três ou quatro dos seguintes sintomas:

- confiança excessiva ou sentimento de importância aumentada (grandiosidade);
- pouca necessidade de dormir, ou dormir muito menos que o habitual;
- fala-se mais que o habitual;
- distrai-se facilmente (perda de concentração);
- aumento de atividades dirigidas por objetivos (por exemplo, no trabalho e na vida social ou sexual) ou desassossego e agitação;
- fazem-se várias atividades estimulantes, mas com elevado risco de consequências negativas (como excesso de compras, de apostas ou desinibição sexual);
- fuga de ideias.

Assim, ainda em Berk et al (2009) Um episódio de mania ocorre quando:

- a pessoa está em fase maníaca há pelo menos uma semana ou necessita de hospitalização;

- esses sintomas desestabilizam o trabalho, as relações ou o cotidiano da pessoa.
Podem ocorrer sintomas psicóticos, como alucinações (quando se percebem coisas que não estão realmente lá), delírios (fortes convicções que não estão baseadas na realidade) ou pensamentos desorganizados e confusos.

2-Episódio hipomaníaco :Um episódio de hipomania ocorre quando:

- a pessoa tem sintomas semelhantes aos de mania, mas estes são mais leves e não condicionam tanto suas atividades cotidianas;
- não existem sintomas psicóticos e a pessoa não necessita ser hospitalizada;
- os sintomas duram há pelo menos quatro dias;
- os sintomas são perceptíveis a outras pessoas.

3-Episódio depressivo

Um episódio depressivo ocorre quando, há pelo menos duas semanas, a pessoa está com humor deprimido (tristeza e sensação de vazio) ou tem perda de interesse ou prazer na maior parte do tempo, bem como pelo menos quatro dos seguintes sintomas:

- falta de energia ou cansaço;
- estar perceptivelmente mais lento ou muito mais agitado e incapaz de se acalmar;
- alterações perceptíveis de apetite e de peso;
- problemas de sono (por exemplo, dormir demais ou não conseguir adormecer);
- sentimentos de inutilidade e de excesso de culpa;
- dificuldade de concentração, de pensamento ou de tomada de decisões;
- pensamentos recorrentes de suicídio ou morte.

Quando uma pessoa experiencia um episódio depressivo, seus sintomas são suficientemente graves para a fazerem sentir-se angustiada ou para ter uma influência desestabilizadora em seus relacionamentos, seu trabalho ou nas atividades diárias.

4-Episódio misto

Um episódio misto ocorre quando a pessoa tem sintomas tanto de mania quanto de depressão, simultaneamente, durante pelo menos uma semana. Os sintomas causam uma desestabilização significativa no cotidiano dela, podendo ser necessária a hospitalização. Por exemplo, podem-se vivenciar alterações de humor rápidas (feliz, triste e irritável), estar inquieto, irritado, incapaz de dormir, além de ter sentimento de culpa e vontade de suicidar-se.

Berk (2009) chama a atenção também para os diferentes tipos de TB. Segundo sua categorização:

- Transtorno bipolar do tipo I: inclui um ou mais episódios de mania ou episódios mistos. A maioria das pessoas também tem sintomas depressivos.
- Transtorno bipolar do tipo II: inclui pelo menos um episódio de hipomania e um episódio de depressão.
- Ciclotimia: inclui hipomania e sintomas depressivos leves (não propriamente um episódio de depressão) que são experienciados, na maioria dos casos, em um período de pelo menos dois anos.
- Quando o transtorno bipolar não se enquadra em nenhuma das categorias descritas: por exemplo, uma pessoa pode experimentar sintomas leves de depressão e hipomania por um período inferior a dois anos, como está especificado para ciclotimia. Outro exemplo pode ser uma pessoa com episódios depressivos, mas com experiências de elevação de humor demasiado leves, ou de curta duração, que não podem ser diagnosticadas como mania ou hipomania.

3.2 FATORES AMBIENTAIS

Ao contrário do que se imagina pela maioria das pessoas, sintomas bipolares podem ser desencadeados por fatores ambientais e pessoais denominados “triggers” ou desencadeadores (por exemplo, um evento estressante ou a interrupção dos padrões de sono). No entanto, por vezes se iniciam episódios sem um fator desencadeador.

A causa do transtorno bipolar é semelhante à de outras doenças, como o diabetes ou a asma, em que a pessoa tem uma vulnerabilidade de biológica para desenvolver determinados sintomas. Essa vulnerabilidade reflete-se tanto em alterações químicas e de funcionamento do cérebro quanto em alterações hormonais e imunológicas do organismo. Certos medicamentos demonstraram reduzir algumas dessas alterações enquanto a medicação se encontra no sistema dessa pessoa.

Os pesquisadores estão tentando descobrir marcadores biológicos específicos para o transtorno bipolar que tornarão mais fácil o diagnóstico e o tratamento da doença no futuro. Os genes de uma pessoa influenciam sua probabilidade de desenvolver transtorno bipolar, mas este não é o único fator que contribui para a doença. Gêmeos verdadeiros partilham exatamente os mesmos genes.

Se o transtorno bipolar fosse 100% genético, era de se esperar que se um gêmeo sofresse dessa doença, o outro também a desenvolveria. Embora exista um risco aumentado de o outro

gêmeo desenvolver a doença, isso nem sempre se verifica. O transtorno bipolar desenvolve-se a partir de interações de certos genes com certos fatores ambientais. (BERK et al,2009, p.98).

3.3. FATORES EMOCIONAL/PSICOLÓGICO

Em relação ao fator emocional teorias psicológicas, a mais conhecida é a teoria psicodinâmica. Esta é derivada da psicanálise, criada por Freud, no final do século XIX, que afirmava, em termos gerais, que a doença psiquiátrica derivava do conflito entre impulsos do ser humano e das defesas criadas pela mente humana contra estes impulsos. Assim, na Depressão, a tristeza é derivada de impulsos agressivos que a pessoa direciona para si.

A Mania, ao contrário, é uma defesa onde, para não entrar em contato com estes impulsos, o paciente os transforma em impulsos opostos, com alegria, euforia e grandiosidade. Assim, seria uma forma de negação dos sintomas depressivos. Para definir o que acontece nesse momento, em relação ao funcionamento psicológico do indivíduo, Vygotsky utilizou o conceito de mediação.

Nas palavras de Vygotsky (1995b, p. 49): “[...] passamos a ser nós mesmos através dos outros”. Mediação significa o processo de intervenção de um elemento intermediário em uma relação. A mediação se dá entre os elementos internos do indivíduo, seus próprios signos e os elementos externos, os instrumentos voltados para os objetos, as coisas. Segundo o autor, isso torna ainda mais complexa as relações entre o organismo do indivíduo e o meio onde interage.

Essas mediações não são fixas, assim como não o é o desenvolvimento do indivíduo (VYGOTSKI, 1995). Vão sendo experiência das mudanças a partir dos novos muitos estímulos externos que surgem através da vida, deliberando mudanças também no desenvolvimento psíquico do indivíduo. Em um determinado momento, a utilização das marcas externas (uso dos signos) começa a se transformar em processos internos – internalização – através dos sistemas simbólicos presentes na cultura, que organizam os signos em estruturas complexas e articuladas (ELIAS, 2000, p.764).

O universo simbólico do indivíduo passa a tomar forma a partir do momento em que as representações externas passam a ser, representações mentais que substituem o mundo real: objetos, eventos, situações, permitindo-lhe fazer relações mentais na ausência das próprias coisas – imaginar, fazer planos e ter intenções. Esse universo não é solitário, é compartilhado pelo grupo, possibilitando a comunicação entre eles e o aprimoramento da interação social.

Como os sistemas de representação da realidade são socialmente dados, o resultado

fundamental da história do desenvolvimento cultural da criança poderia ser denominado sociogênese. Conforme Elias (1970; 1994; 2000) os indivíduos fazem parte de algo maior do que eles mesmos, uma estrutura social, um grupo com alguma organização. A organização ou estrutura social e a estrutura individual (psique) apresentam-se como níveis distintos e complementares da existência humana – e, logo, da observação e análise sociológicas. O autor acrescenta o pertencimento dos homens e mulheres a um universo natural ou físico do qual derivam. Os humanos são seres sociais, culturais e, também, naturais. “Todo homem pressupõe outras condutas antes dele.” (p. 14), é um dos poucos pressupostos aceitos por Elias na interpretação do mundo social.

Assim sendo, toda organização e interação do indivíduo com seu entorno vai se dando equilibrada ou desordenadamente de acordo com a sua correspondência com seu meio.

3.4. A CONTROVÉRSIA DIAGNÓSTICO/NOMENCLATURA

Como visto anteriormente, o Transtorno Bipolar, foi amplamente confundido com outras patologias, por ter sintomas aproximadamente parecidos. Entre eles, os seguintes:

3.4.1. Psicose maníaco-depressiva. Ainda hoje ambos são vistos como o mesmo transtorno. A mudança da nomenclatura se dá por conta do estigma em torno do nome psicose e maníaco. Para alguns, entretanto, a psicose é uma afecção muito grave da psique com alucinações e delírios, o grau extremo desse transtorno de humor. A partir do momento, porém, em que essa afecção grave recebe tratamento eficaz e adequado, o quadro torna-se benigno a tal ponto que é possível conviver com pessoas portadoras de transtorno bipolar de humor sem identificar o problema.

3.4.2. Transtorno Afetivo de Humor: Também categorizados pelo CID entre F-30 e F39. Nessa categoria estão embutidos todos os tipos de transtornos que alteram o humor, entre eles o bipolar, que é também relacionado a essa designação. Sua explicação é ampla e abrange: Transtornos do humor persistentes e habitualmente flutuantes, nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maníaco ou de episódio depressivo leve. Como persistem por anos e, por vezes, durante a maior parte da vida adulta do paciente, levam, contudo, a um sofrimento e à incapacidade consideráveis. Em certos casos, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou isolados podem se superpor a um transtorno afetivo persistente.

Abrange a Ciclotimia (F34.0) caracterizada pela instabilidade persistente do humor que comporta numerosos períodos de depressão ou de leve euforia nenhum deles suficientemente grave ou prolongado para responder aos critérios de um transtorno afetivo bipolar (F31.-) ou de um transtorno depressivo recorrente (F33. -). O transtorno se encontra frequentemente em familiares de pacientes que apresentam um transtorno afetivo bipolar. Algumas pessoas ciclotímicas apresentarão elas próprias posteriormente um transtorno afetivo bipolar. A personalidade é ciclóide e ciclotímica

4 TRASTORNO DISSOCIATIVO DE PERSONALIDADE

O Transtorno Afetivo E Dissociativo Da Personalidade ou Distímia (F 34.1) é caracterizado pelo rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve (F33).

Comumente chamado de dupla personalidade é erroneamente confundida com o Transtorno Bipolar, pois diferente desse, ele tem um diagnóstico ainda mais difícil e que muitas vezes não é confirmado pela psiquiatria devido o paciente apresentar uma sintomatologia diversificada e com comorbidade com outros transtornos.

Esse transtorno se tornou um diagnóstico oficial da Associação Americana de Psiquiatria em 1980. Para este distúrbio existem critérios específicos definidos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, 2003), e registro na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10, 1993).

A principal característica do transtorno de dupla personalidade é a existência dentro do indivíduo de duas ou mais personalidades distintas, cada qual dominante num momento específico, encontram-se as chamadas personalidades alternativas, múltiplas ou alters. Quanto às causas ou origens subjetivas para desencadeamento do transtorno de dupla personalidade encontramos uma dissociação anormal da consciência, ou um mecanismo de defesa resultante de agressões e abusos físicos, sexuais ou psíquicos, responsável pelo encadeamento das emergências-imersões das múltiplas personalidades.

O sujeito com transtorno de dupla personalidade ou transtorno dissociativo de personalidade apresenta vários agrupamentos mentais que podem ficar mais ou menos independentes entre si, sem que um ‘nada saiba’ do outro, e que podem se alternar entre si em sua emergência à consciência.

As pesquisas atuais mostram que para que a dupla personalidade seja desenvolvida num indivíduo é essencial que esta pessoa tenha sido acometida por traumas reais e severos, recorrentes e intermitentes. Para essas pessoas, esses traumas tiveram papel fundamental no desencadeamento da dissociação da consciência e, conseqüentemente, na fragmentação do psiquismo.

Pesquisas recentes mostram que o desenvolvimento da Dupla Personalidade está diretamente vinculado a traumas ocorridos antes dos sete anos de idade. Dessa forma, a gravidade, a duração e a proximidade da exposição de um indivíduo ao evento traumático são fatores determinantes na probabilidade do transtorno.

É importante ressaltar que não há associação entre essa mudança de humor e a bipolaridade. Dupla personalidade e bipolaridade definitivamente não são a mesma coisa. O transtorno dissociativo de identidade, ou mais conhecido como transtorno de dupla personalidade é um tipo de transtorno dissociativo caracterizado por cerca de 2 estados de personalidade (também chamados alter egos ou estados do eu ou identidades) que se alternam.

O transtorno inclui incapacidade de recordar eventos diários, informações pessoais importantes e/ou eventos traumáticos ou estressantes, todo os quais tipicamente não seriam normalmente perdidos com o esquecimento normal”, define o Manual MSD. Uma de suas principais características é que esse distúrbio não tem idade para aparecer e pode acometer tanto homens, quanto mulheres.

As causas estão ligadas a traumas opressivos na infância, como situações de abuso ou negligência emocional. O impacto do trauma sofrido faz com que a pessoa desenvolva uma outra personalidade como forma de lidar com o evento traumático. O aspecto dissociativo funciona como um mecanismo de defesa e de sobrevivência, pois os episódios traumáticos são dolorosos demais e uma das saídas encontradas por quem sofre do transtorno é justamente desassociando-se desse trauma, dessa parte de si que sofreu.

Segundo o Manual MSD, o transtorno dissociativo de identidade tem uma forma de posse e não posse:

- A) Forma de posse: “as identidades geralmente se manifestam como se fossem um agente externo, normalmente um ser ou espírito sobrenatural (mas às vezes outra pessoa), que assumiu o controle da pessoa, fazendo com que a ela fale e aja de uma maneira muito diferente. Nesses casos, as diferentes identidades são muito evidentes (prontamente notadas pelos outros).

Em muitas culturas, estados de possessão semelhantes são parte normal da prática cultural ou espiritual e não são considerados transtorno dissociativo de identidade. A forma de possessão que ocorre no transtorno dissociativo de identidade difere pelo fato de que a identidade alternativa é indesejada e ocorre involuntariamente, causa muita aflição e deficiência e se manifesta em tempos e lugares que violam as normas culturais e/ou religiosas”.

B) Forma de não possessão: “tendem a ser menos evidentes. As pessoas podem sentir uma alteração súbita na forma como veem o self, talvez sentindo como se fossem observadores de sua própria fala, emoções e ações, em vez de o agente. Muitos também têm amnésia dissociativa recorrente”.

Os sintomas mais comuns de TDI estão associados à memória, pois os pacientes costumam ter amnésia dissociativa, tipicamente manifestada com lacunas na memória de eventos pessoais do passado, lapsos na memória confiável recente e descoberta da evidência das coisas que fizeram, mas de que não se lembram.

Outros sinais comuns são: “ouvir vozes, alucinações visuais, táteis, olfativas e gustativas. Pacientes com transtorno dissociativo de identidade sentem esses sintomas como se viessem de uma identidade alternativa (p. ex., como se uma outra pessoa quisesse chorar com seus próprios olhos). Depressão, ansiedade, abuso de drogas, autolesão, automutilação, crises não epilépticas e comportamento suicida são comuns, assim como disfunção sexual”, informa o MSD.

4.1 PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE BIPOLARIDADE E TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE PERSONALIDADE

Como visto anteriormente as causas da Bipolaridade são diversas. Além da genética (hereditariedade), situações traumáticas (fatores emocionais e psicológicos) e os fatores ambientais, externos ao indivíduo que vão afetar-lhe diretamente o **humor**. Embora possuam a fase maníaca, não costumam ouvir vozes ou outros tipos de alucinações.

Quanto ao TDI: ainda não se sabe tudo sobre as causas do TDI, mas hoje sabemos que situações traumáticas são o gatilho para despertar a doença, afeta a **personalidade** e levam o indivíduo em alguns casos a sofrer alucinações e ouvir vozes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora sejam bem diferentes, apesar de frequentemente associados e erroneamente diagnosticados, o principal fato em comum entre eles é que nenhum desses distúrbios têm cura. Mas há, porém, tratamento e ele deve ser feito assim que o diagnóstico ser realizado. O grande problema acerca das doenças mentais é o preconceito e o tabu de que os transtornos referentes à mente são sinal de loucura ou fraqueza.

Em função do crescimento dos casos diagnosticados e principalmente pela forma equivocada com a qual eram os pacientes tratados no passado, sendo a patologia associada à psicose, o tratamento do Transtorno Bipolar é hoje referenciado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), instituição essa mantida pelos Governo Federal e Municipais e que tem como meta desinstitucionalizar a loucura e erradicar os manicômios e hospícios do território brasileiro.

Assim, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

Esses dispositivos foram criados para organizar a rede municipal de atenção a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2007). Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário. Eles devem ser territorializados, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se estruturar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade.

Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. O CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para os Agentes Comunitários de Saúde(ACS) e para a Estratégia Saúde da Família (ESF) no cuidado familiar (BRASIL, 2004).

A verdade é que, assim como o corpo, a mente também sofre e é preciso se desligar desses preconceitos para não adiar o diagnóstico e prejudicar não só os outros, mas a si mesmo.

REFERÊNCIAS

BERK, BERK, CASTLE & LAUDER. **Vivendo com transtorno bipolar.** (2009), Disponível em https://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01w7.pdf . Acesso em abril de 2015.

BRASIL. **Educação e Saúde.** Organizado por Carla Macedo Martins e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2004..

CAMPOS, Sérgio. **Considerações acerca do transtorno afetivo bipolar.** Disponível em <http://www.institutopsicanalisemg.com.br/psicanalise/almanaque/textos/numero3/5.Bipolar%20z.pdf>. Acesso em 05 de ou 2015.

CID **Classificação Internacional de Doenças**, décima versão, F 30. EY, H. (1980), Manual de Psiquiatria, São Paulo: Masson, segunda edição, 1980.

DSM-IV **axis I disorders-patient edition** (SCID-I/P, Version 2.0, 4.97 Rev.) New York: New York State Psychiatric Institute; 1997.

ELIAS, Norbert (1998). **Sobre o tempo.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente.** São Paulo: Martins Fontes, 1994.