

DISSOCIAÇÃO NA PERSPECTIVA DE PSICANALISTAS E PSIQUIATRAS

Monografia apresentada à Universidade de Ribeirão Preto, como requisito parcial para
obtenção do grau de Bacharel em Psicologia

2017

Lucas de Freitas Silva

Bacharel em Psicologia pela Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP (Brasil)

Orientadora:

Mariana Araujo Noce

Professora docente e coordenadora do curso de Psicologia da Universidade de Ribeirão
Preto - UNAERP (Brasil)

E-mail de contato:

lucasfreitassilva@ymail.com

RESUMO

A dissociação é um fenômeno complexo, com múltiplas definições e várias possibilidades de surgimento nos seres humanos. Desse modo, uma pesquisa sobre a dissociação e sobre as diferentes formas com as quais ela pode se apresentar nos indivíduos pode contribuir para uma maior clarificação a respeito desse fenômeno, e, conseqüentemente, ampliar a concepção que se tem sobre ele. Entende-se que se trata de um conceito de grande relevância para a pesquisa científica, visto que o mesmo é descrito em diferentes campos do conhecimento psicológico. Esta pesquisa se propôs a investigar a dissociação ou os tipos de dissociação através de entrevistas realizadas com três psicanalistas e dois psiquiatras, com o objetivo de compreender melhor o fenômeno, identificando as formas nas quais ele está presente no contexto clínico, verificando sua frequência, procurando evidenciar exemplos de manifestações da dissociação comuns aos indivíduos, assim como formas de tratamento e técnicas utilizadas para lidar com tais situações. Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, o pesquisador selecionou de forma conveniente psiquiatras e psicanalista de acordo com o tempo de experiência profissional e disponibilidade de cada um para entrevistas individuais de duração aproximada de 60 minutos. As entrevistas foram feitas de acordo com princípios éticos

estabelecidos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que incluía garantias de direitos inerentes aos participantes e que foram documentadas em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado e assinado por cada profissional. As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise. A análise dos dados coletados nas entrevistas foi feita de forma sistemática, sendo dividida em três passos: a pré-análise; a exploração de material; o tratamento dos resultados, as inferências e as interpretações, voltando-se para os objetivos propostos na pesquisa. Após a análise, os resultados obtidos foram articulados com a literatura encontrada. Concluiu-se que o termo dissociação não possui uma definição única e clara; que o fenômeno se dá de diversas formas; que a frequência da dissociação varia de acordo com sua concepção entre os profissionais, mas invariavelmente há alguns tipos de negligência relacionadas ao fenômeno; os tratamentos e/ou as técnicas utilizadas para lidar com a dissociação variam de acordo com os profissionais que lhes recomendam.

Palavras-chave: Dissociação, psicanalistas, psiquiatras.

Copyright © 2018.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



1. INTRODUÇÃO

Segundo o “Vocabulário da Psicanálise / Laplanche e Pontalis”, o termo *Spaltung* (equivalente a “clivagem”, ou “dissociação”), tem significados muitos antigos e variados tanto na psiquiatria quanto na psicanálise e foi usado por numerosos autores, inclusive por Sigmund Freud, para designar o fato de o homem, sob um ou outro aspecto, dividir-se de si mesmo. “No fim do século XIX, os trabalhos psicopatológicos, principalmente sobre a histeria e a hipnose, são impregnados de noções como as de ‘desdobramento de personalidade’, ‘dupla consciência’, ‘dissociação dos fenômenos psicológicos’, etc.” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1998, p. 65).

Apesar de ter existido uma grande quantidade de pesquisas envolvendo a dissociação naquela época, atualmente, não existem tantas pesquisas relacionadas a esse tema, o qual talvez tenha sido negligenciado pelos pesquisadores em função de uma demanda maior de pesquisas sobre outros conteúdos que também fossem relevantes ou mesmo por algumas incertezas a respeito do próprio conteúdo do tema em questão, que é tido como de difícil definição em suas diversas variações, em

se tratando de conceitos relacionados à mente. Dessa maneira, acredita-se que o assunto carece de mais estudos teóricos e práticos.

Assim sendo, procurou-se realizar um trabalho que se constituísse, não obstante a complexidade do tema, em uma pesquisa exploratória que pudesse abranger o assunto de uma maneira ampla, sem, entretanto, deixar de estabelecer um foco para a sua apresentação de maneira coerente. Desse modo, convencionou-se em recorrer, além da pesquisa literária, ao conhecimento e à experiência de profissionais atuantes em dois grandes campos de conhecimento relacionados à dissociação: Psicanálise e Psiquiatria; para verificar o que eles têm a dizer sobre o fenômeno e sua presença nos contextos clínico e social.

Contudo, optou-se pela apresentação do tema dividindo-o em dois aspectos principais, sendo eles a dissociação enquanto mecanismo de defesa e os transtornos dissociativos, devido a uma predominância de referenciais teóricos do objeto de pesquisa sob essas denominações e pelo fato de as áreas de conhecimento dos profissionais selecionados para a entrevista estarem diretamente relacionadas com a visão de dissociação sob essas perspectivas. Outras formas sob as quais a dissociação aparece foram também apresentadas na revisão teórica para abordar o assunto de maneira mais abrangente.

Este trabalho se propôs, portanto, através de entrevistas com profissionais das áreas da psicanálise e da psiquiatria, a investigar as diversas manifestações da dissociação, visando a obtenção de dados para compreender melhor a multiplicidade do fenômeno, as formas como ele se dá e como é tratado no contexto clínico e social, buscando, posteriormente, articular os dados coletados e analisados com a literatura pesquisada para obter conclusões que possam contribuir com o tema de modo relevante.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DISSOCIAÇÃO

No artigo “Dissociação e transtornos dissociativos: modelos teóricos”, os autores Negro Júnior, Palladino-Negro e Louzã (1999) colocam o estudo dos fenômenos dissociativos como um dos grandes desafios da psiquiatria e ressaltam que o termo “dissociação” pode ser definido de diferentes formas e dar margem a múltiplas interpretações, dependendo do contexto de seu uso.

De acordo com Zimerman (2001, p.109), o “termo dissociação aparece na literatura psicanalítica, em vários registros, com significados distintos”. O mesmo autor relata que Freud observou o fenômeno inicialmente na mente dos pacientes que passavam por transe hipnótico,

concebendo-o como histeria dissociativa (cegueira histérica, estados de sonambulismo, personalidade múltipla, etc.).

Em psicologia clínica, a dissociação implica na falta de associação ou integração e inclui dois fenômenos globais: a compartimentalização psicológica, que se constitui em uma falha nos processos de memória ou no sentido de identidade do indivíduo, que normalmente deveriam ser acessíveis à pessoa e integrar-se dentro de seu “eu”; e o desapego experiencial (CARDEÑA; WEINER, 2012).

Laplanche e Pontalis (1998) salientam que a “clivagem do ego (ou do eu)”, termo definido por Freud e utilizado como sinônimo de dissociação, é um termo que tem sido pouco aproveitado pelos psicanalistas, embora enfatize um fenômeno típico, sem solução teórica plenamente satisfatória.

Em sua tese de filosofia sobre o automatismo psicológico, apresentada em 1889, o francês Pierre Janet sustentou que fenômenos mentais inconscientes seriam a base dos estranhos sintomas de clivagem da personalidade observados na histeria. Freud, em seu “Estudo autobiográfico”, de 1925, reconhece que as obras de Pierre Janet antecipavam alguns dos resultados que ele e Breuer, antes e independentemente de Janet, encontraram pela utilização do método catártico em pacientes histéricas. (PEREIRA, 2008). Por essa perspectiva, torna-se útil destacar que,

Segundo a teoria proposta por Janet, a personalidade seria constituída de uma instância que “conserva as organizações do passado” e de outra “que sintetiza e organiza os fenômenos presentes”. Tais instâncias, em condições normais, funcionariam de forma harmônica e integrada. Contudo, determinadas situações mórbidas, notadamente as manifestações histéricas de tipo amnésico e/ou anestésico, bem como os estados de personalidades múltiplas ou dissociadas colocariam em evidência a disjunção entre diferentes instâncias do psiquismo, com estreitamento temporário do campo da consciência, decorrente de uma diminuição na capacidade de síntese, a qual deveria dar ao eu sua aparência de unidade coerente. Evidencia-se, assim, a existência de uma *seconde conscience*, subjacente ao pensamento normal e composta por lembranças, representações, imagens, e sensações, que seria capaz ainda de determinar o comportamento a despeito da consciência imediata do sujeito. Em sua tese, Janet qualificaria tais processos mentais de “inconscientes”, em um sentido mais descritivo do que propriamente dinâmico, como o fará Freud: “... entende-se por ato inconsciente uma ação tendo todas as características de um fato psicológico menos uma, que ela é ignorada pela pessoa que a executa no momento mesmo que esta a executa” (Janet, 1889, p. 8) [...] (PEREIRA, 2008, p. 304).

Freud (1910, 1997) explica que, para Pierre Janet, a histeria era concebida como uma forma de alteração degenerativa do sistema nervoso, que se manifestava pela fraqueza congênita do poder

de síntese psíquica. Os pacientes histéricos seriam, conseqüentemente, desde o princípio, incapazes de manter como um todo a multiplicidade dos processos mentais, e daí resultaria a dissociação psíquica.

Porém, o autor, em relação às ideias de Janet, discorda de que exista uma incapacidade inata para síntese do aparelho psíquico, que, por causa disso, se dividiria. Ao invés disso, Freud afirma que existe um conflito de forças mentais contrárias que ocorre com frequência no qual o eu se esforça regularmente para se defender de recordações penosas, sem que isso produza a divisão psíquica.

Por outro lado, alguns contemporâneos de Janet, como Frederic Myers, Morton Prince e Willian James apresentaram um ponto de vista distinto, segundo o qual a dissociação é vivenciada em maior ou menor grau por todas as pessoas, formando um *continuum*. Nele, em um extremo saudável, ocorreriam atividades naturais e prazerosas, como estar distraído em uma leitura, e em um extremo patológico, poderia haver sofrimento psicológico agudo, como em uma alteração de identidade crônica (MOREIRA-ALMEIDA; MENEZES JÚNIOR; ZANGARI, 2014).

Ao se consultar o “Vocabulário da Psicanálise / Laplanche e Pontalis” a expressão “clivagem do eu” aparece como um termo usado por Freud para designar o fenômeno muito particular da coexistência, no seio do ego, de duas atitudes psíquicas para com a realidade exterior, quando esta contraria uma exigência pulsional: uma leva em conta a realidade, a outra nega a realidade, em causa desta contrariedade, e coloca em seu lugar uma produção do desejo. As duas atitudes persistem lado a lado sem se influenciarem reciprocamente (LAPLANCHE; PONTALIS, 1998).

Da mesma forma, no “Dicionário de Psicanálise”, de Elizabeth Roudinesco, consta o vocábulo “clivagem (do eu)”, mas não o termo “dissociação”. A “clivagem do eu” é definida pelo dicionário supracitado como um termo introduzido por Sigmund Freud, em 1927, para designar um fenômeno próprio do fetichismo, da psicose e da perversão em geral, que se traduz pela coexistência, no cerne do eu, de duas atitudes contraditórias, uma que consiste em recusar a realidade, e outra, em aceita-la. Roudinesco também afirma que teóricos como Josef Breuer, Pierre Janet e inclusive o jovem Freud definiam a clivagem do eu como uma ruptura da unidade psíquica que acarretava um distúrbio do pensamento e da atividade associativa e conduzia o sujeito à alienação mental e, portanto, à psicose (ROUDINESCO, 1998).

Gaufey (1996), ainda por essa vertente, explica que Freud utiliza o termo *Spaltung* ou clivagem para mais de uma designação: para significar uma separação da consciência, própria da histeria e da hipnose; e quando se refere à divisão do aparelho psíquico em consciente e inconsciente. O autor afirma que, em se tratando da “clivagem do eu”, Freud descreve duas atitudes opostas mantidas pelo eu, mas que não entram em conflito ou tampouco geram algum efeito sintomático, evidenciando a dualidade do eu (estrutura supostamente homogênea).

O autor ressalta ainda que o termo clivagem, utilizado por Freud em sua obra, significando divisão ou separação, está presente a todo momento em seus escritos quando se refere à existência de exigências contraditórias do ego (id) e do superego (superego) possuindo relações estreitas com a perda da realidade tanto na neurose quanto na psicose.

No entanto, de acordo com o “Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica”, a dissociação é tida como um mecanismo de defesa neurótico, o qual é muito comum em um paciente histérico (SADOCK; SADOCK, 2007), mas que poderia ocorrer também em outras situações como em um transtorno dissociativo ou pelo uso de estimulantes farmacológicos.

Myers (2003) afirma que determinados sintomas dissociativos não raros e que, às vezes, muitas pessoas podem ter a sensação de serem irreais, de estarem separadas do corpo, de verem a si mesmas como em um filme. Assim, diante de um trauma, o desligamento da atenção consciente de lembranças, pensamentos e sentimentos, principalmente dolorosos, pode realmente proteger a pessoa de ser esmagada pela emoção. Apenas quando essas experiências são graves e prolongadas é que se caracteriza um transtorno dissociativo.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) divide os chamados Transtornos dissociativos [de conversão] em: amnésia dissociativa, fuga dissociativa, estupor dissociativo, estados de transe e de possessão, transtornos dissociativos do movimento, convulsões dissociativas, anestesia e perda sensorial dissociativas, transtorno dissociativo misto [de conversão], outros transtornos dissociativos [de conversão] (confusão psicogênica, estado crepuscular psicogênico, personalidade múltipla, síndrome de Ganser) e transtorno dissociativo [de conversão] não especificado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Contudo, é possível verificar, em fontes de diferentes áreas, como a psicanálise e a psiquiatria, que a dissociação apresenta uma grande variedade de definições e, em função disso, optou-se por fazer um trabalho focado em concepções psicanalíticas e psiquiátricas, apenas para facilitar a abordagem sobre um tema tão complexo. Portanto, a dissociação será exposta em dois focos principais: como mecanismo de defesa e como transtorno. Outras formas com as quais a dissociação aparece descrita na literatura também serão mencionadas, para se estabelecer uma noção mais ampliada do tema.

Conforme descrito por Zimmerman (2001), Sigmund Freud, no início de sua obra, assinalou as formas de defesas mais evidentes que se fizeram presentes nos tipos de paciente que atendia. Descobriu, então, nas pacientes histéricas, o mecanismo defensivo da repressão (também nomeado recalçamento) e, ao analisar outros casos com sintomas e patologias diferentes, foi descrevendo as defesas de deslocamento, isolamento, condensação, racionalização, formação reativa, projeção,

sublimação, etc. Em seguida, estudou defesas mais primitivas, utilizadas por pacientes psicóticos, sujeitos perversos e outros. Nestes pacientes, postulou a existência de mecanismos de clivagem do ego, e destacou sobremaneira o uso defensivo de diversas formas de negação (no original alemão *Verneinung*).

Desse modo, é importante destacar que a dissociação, em suas várias definições, por diversas vezes, é descrita como um mecanismo de defesa do ego. Por esse motivo, este trabalho irá sublinhar, primeiramente, essa forma com que o fenômeno dissociativo é utilizado, como é apresentado adiante:

2.2 A DISSOCIAÇÃO ENQUANTO MECANISMO DE DEFESA

2.2.1 Mecanismos de Defesa do Ego

Os mecanismos de defesa se referem a tipos distintos de operações mentais que têm por finalidade reduzir as tensões psíquicas internas, ou seja, das angústias do sujeito. Esses mecanismos processam-se pelo ego e quase sempre são inconscientes. Admitindo-se que a angústia está presente desde o nascimento, como postulado por muitos autores, assume-se também que o ego do recém-nascido poderá combater essas ansiedades obscuras e dolorosas. Ademais, quanto mais imaturo e menos desenvolvido o ego se encontrar, mais primitivas e cheias de conteúdos mágicos estarão as defesas (ZIMERMAN, 2001).

Segundo Kaufmann (1996), o termo “defesa”, no contexto psicanalítico, deve designar, de maneira geral, todas as técnicas de que o eu (ego) se serve em seus conflitos, que podem levar o indivíduo eventualmente à neurose.

De maneira semelhante, o “Vocabulário da Psicanálise / Laplanche e Pontalis”, conceitua a palavra defesa como um conjunto de operações que visam reduzir, suprimir qualquer modificação suscetível de pôr em perigo a integridade e a constância do indivíduo biopsicológico. A defesa incide sobre uma excitação interna (pulsional), ligada a uma situação tida como desagradável para o ego e que o torna desequilibrado. O ego, na medida em que se constitui como instância e adquire uma constância (equilíbrio), procura mantê-la, fazendo com que ele seja o que está em jogo nessas operações (de defesa) e o agente delas (LAPLANCHE; PONTALIS, 1998).

O vocabulário supracitado define os mecanismos de defesa como os diferentes tipos de operações em que a defesa pode ser especificada. Os mecanismos predominantes diferem segundo o tipo de afecção considerado, a etapa genética, o grau de elaboração do conflito defensivo, etc. Os mecanismos de defesa são utilizados pelo ego, mas permanece a questão teórica de saber se a sua

utilização pressupõe sempre a existência de um ego organizado que seja o seu suporte (LAPLANCHE; PONTALIS, 1998).

Zimerman (2001) destaca a contribuição de Anna Freud, em sua obra clássica “O ego e os mecanismos de defesa (1936)”, quando ela ampliou consideravelmente a compreensão e descrição de distintos tipos de defesa que ainda haviam sido pouco sistematizados por Sigmund Freud. O autor também afirma que Melanie Klein, de maneira coerente em relação à sua concepção de existência de um ego rudimentar, inato, voltado para o combate das angústias decorrentes da ação da pulsão de morte, propôs a ideia da existência de defesas primitivas e de natureza mágica, como a negação onipotente, dissociação, identificação projetiva e introjetiva, idealização e denegrimiento.

É pertinente destacar que todos os mecanismos de defesa são estruturantes para a personalidade do indivíduo, considerada a época de seu surgimento. Entretanto, qualquer um deles, utilizado pelo ego de forma indevida ou excessiva, pode vir a funcionar de modo desestruturante, assim como a identificação projetiva em um adulto que pode ser responsável pela empatia, pode haver também, pela utilização do mesmo mecanismo, distorções psicóticas das percepções. Dessa forma, pode-se afirmar que a natureza, se normal ou patológica da utilização de tais mecanismos, dependerá de qual situação cada um deles será empregado, assim como sua intensidade e frequência (ZIMERMAN, 2001).

De maneira semelhante, Sadock e Sadock (2007), apontam para o fato de que, em cada fase do desenvolvimento da libido (energia própria da pulsão sexual que pode ser investida no ego, no corpo ou em um objeto externo), impulsos específicos evocam defesas específicas do ego. As defesas podem ser agrupadas hierarquicamente, de acordo com o nível de maturidade de cada uma. Elas podem ser de quatro tipos: narcisistas, imaturas, neuróticas ou maduras.

Entretanto, Kernberg (1976), classificou as operações defensivas três tipos: defesas maduras, defesas baseadas em repressão ou “neuróticas” e defesas baseadas em cisão de nível mais baixo. As primeiras são predominantes na personalidade normal e estão associadas a um funcionamento flexível e adaptativo, permitindo que todos os aspectos de uma situação provocadora de ansiedade entrem na consciência subjetiva, com pouca ou nenhuma distorção, minimizando o sofrimento psicológico e otimizando o enfrentamento (ex. sublimação e altruísmo) (VAILLANT, 1993); defesas neuróticas evitam o sofrimento por uso de repressão ou pelo banimento da consciência de aspectos psicológicos do indivíduo que são conflituosos ou uma fonte potencial de desconforto emocional (ex. repressão, deslocamento e intelectualização) (KERNBERG; CALIGOR, 2005); e as defesas baseadas em cisão, ou de nível mais baixo fazem uso de dissociação ou cisão para evitar conflito psicológico e sofrimento emocional (KERNBERG, 1976), não expulsando os conteúdos mentais da consciência, mas mantendo a distância dos aspectos conscientes da experiência que

estão em conflito ou cuja aproximação geraria desconforto psicológico (ex. cisão, controle onipotente e identificação projetiva) (apud CALIGOR; CLARKIN, 2013).

Assim como demonstrado acima, a dissociação pode se constituir como um mecanismo de defesa, tendo um papel importante em descrições psicanalíticas, que se valem do conceito para descrever um fenômeno específico. Esse fenômeno será retratado abaixo:

2.2.2 Dissociação enquanto Mecanismo de Defesa

Os autores Sadock e Sadock (2007, p. 236) definem a dissociação como um mecanismo de defesa neurótico, que se traduz em

Modificar o caráter ou sentido de identidade pessoal de forma temporária, mas drástica, para evitar perturbações emocionais. Estados de fuga e reações de conversão histérica são manifestações comuns da dissociação, a qual também pode ser encontrada no comportamento contrafóbico, no transtorno dissociativo de identidade, no uso de estimulantes farmacológicos ou êxtase religioso.

Gaufey (1996), descreve, com base no fato de a clivagem estar presente em várias situações, que o eu (ego), enquanto estrutura psíquica, quando quer suprimir algo, seja o que for, tem, além do mecanismo da clivagem, o recurso do recalçamento. Desta questão resulta, como ele cita, utilizando as palavras de Freud, que a distinção que há entre esses dois mecanismos de ação do eu, é essencialmente de ordem topográfica ou estrutural, e que nem sempre é fácil decidir com qual das duas eventualidades estamos lidando em cada caso particular. Este fato também decorre se considerarmos a forma como as estruturas psíquicas freudianas foram definidas, pois uma parte do eu pode ser inconsciente.

Melanie Klein definiu como *splitting* (divisão, ou o equivalente a dissociação) um dos tipos de defesas erguidas pelo ego, primariamente para o indivíduo lidar com a ansiedade e a agressividade, resultantes de conflitos mentais. Baseando-se na análise de crianças, a autora postulou que as ansiedades originadas pelas figuras internas terríficas, levam as crianças a tentar dividir (*split*) sua imagem dos pais bons, assim como seus próprios sentimentos bons e amorosos; de sua imagem dos pais maus, do mesmo modo que sua própria destrutividade. Essa divisão se baseava na ideia de que o indivíduo possui objetos internos e externos que se deslocam dinamicamente no funcionamento da psique do mesmo (SEGAL, 1975).

Zimerman (2001) salienta que Melanie Klein foi a autora que mais destacadamente escreveu sobre processos de dissociação, seguidos de identificações projetivas, tanto das pulsões, quanto dos objetos e partes do ego. Cintra e Figueiredo (2010) discorrem sobre a obra kleiniana e explicam a concepção da autora de que as várias formas de cisão do ego e dos objetos internos do aparelho psíquico resultam em um estado de desintegração.

Sob o ponto de vista kleiniano, a desintegração ou os estados de despedaçamento do indivíduo, principalmente na infância, são transitórios e fazem parte do desenvolvimento normal de um ser. Por outro lado, os fenômenos de despersonalização e de dissociação esquizofrênica, são consequências de uma regressão persistente a estados infantis de desintegração. O sentimento de estar desintegrado é equivalente ao de ansiedade (CINTRA; FIGUEIREDO, 2010).

Donald Winnicott (1945) descreve a dissociação como um mecanismo de defesa extremamente frequente e que leva a consequências surpreendentes. Ele afirma que, através dela, conhecemos os extremos da doença mental. Cita também alguns exemplos de dissociação com grande importância para a civilização, como a vida urbana; a guerra e a paz (percepções não-integradas). Em outro exemplo, o autor opõe os estados de quietude e de excitação quando afirma que um bebê não se encontra consciente de que, em um dado momento, ele está quieto deitado no berço, sendo que ele próprio, há pouco, berrava por satisfação imediata, possuído pela urgência de mamar.

Winnicott afirma também que, na infância, a dissociação pode surgir em condições comuns, tais como o sonambulismo e a incontinência fecal. O autor também salienta que é muito fácil que o fenômeno passe despercebido quando se avalia uma personalidade.

Sob outra perspectiva, Zimerman (2001) ressalta a concepção de Wilfred Bion, que conceituou a dissociação da mente em uma parte psicótica e em uma parte não-psicótica da personalidade. O autor também afirma que Bion concebe uma múltipla dissociação da mente em zonas que Zimerman chama de “mapa-múndi do psiquismo”. Sobre este conceito, o autor (2004) coloca que é indispensável que o analista conheça as diversas e distintas regiões do seu psiquismo, como por exemplo a “parte bebê”, a “parte criança”, a “parte adolescente” e a “parte adulta”, as partes psicótica e não-psicótica, a parte perversa, a paranoide, etc.

Bion utilizou o termo *splitting* (cisão) de duas maneiras: a forma “estática” e a “forçada”. A primeira consiste no indivíduo se proteger da dor psíquica de lidar com alguma situação, através de um ativo “ver mal”, “ouvir mal”, “entender mal”, ou seja, excluindo uma parte dela. A segunda significa que o paciente pode se relacionar bem com o analista enquanto este lhe provê segurança e alimento, entretanto, ao mesmo tempo, bloqueia toda aproximação afetiva proveniente dele (ZIMERMAN, 2004).

Outro ponto importante a ser destacado na teoria de Bion, no que diz respeito à dissociação, se refere ao que ele definiu como “dissociação útil do ego”, que se aplica, no contexto clínico, tanto ao analisando, como ao analista. Ele esclarece que, o analisando, na situação analítica, regride e deixa aparecer a parte psicótica da sua personalidade. O analista, por outro lado, deve ter condições de dissociar sua mente, assumindo sua função e papel de psicanalista e “deixando de lado sua posição de ser humano”, o qual, ocasionalmente, pode estar tendo sua mente atormentada por problemas particulares (ZIMERMAN, 2001).

Por outro lado, uma perspectiva a ser salientada, em se tratando da dissociação como mecanismo de defesa, é a de que o fenômeno poderia ter uma origem filogenética devido à adaptação conferida pela experiência dissociativa em situações traumáticas e a seu paralelo a comportamentos de passividade verificados em animais em situações de trauma inescapável (com vantagem de possível conservação de energia) (NEGRO JUNIOR; PALLADINO-NEGRO; LOUZÃ, 1999).

Apresentando outro foco, os autores Caligor e Clarkin (2013) diferenciam a dissociação como uma operação defensiva de estados dissociativos. Segundo os autores, os estados dissociativos envolvem a operação defensiva de dissociação, mas também envolvem um estado de consciência alterado, enquanto a dissociação enquanto operação defensiva não envolve um estado de consciência alterado.

Em se tratando dos fenômenos dissociativos, há também a parte teórica que diz respeito aos transtornos dissociativos, que são descritos pela psiquiatria. As categorias definidas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) para dissociação são: Transtorno Dissociativo de Identidade, Amnésia Dissociativa, Transtorno de Despersonalização / Desrealização, Outros Transtorno Dissociativo Especificado e Transtorno Dissociativo Não Especificado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). O tópico seguinte trata destes transtornos:

2.3 DISSOCIAÇÃO ENQUANTO TRANSTORNO MENTAL

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5),

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais,

profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 20).

Os transtornos dissociativos foram fundamentais para muitos estudos da neurologia, psiquiatria e psicologia iniciados no século XIX e atualmente são alvo de um renovado interesse no campo da saúde mental. Esses transtornos foram, por muito tempo denominados “histeria conversão”. No entanto esse termo foi abandonado a partir das classificações do CID-10 e DSM-IV por ter assumido conotação negativa e múltiplos sentidos (MOREIRA-ALMEIDA; MENEZES JÚNIOR; ZANGARI, 2014).

De acordo com Bombana (2002), os transtornos dissociativos e os conversivos correspondem aos quadros chamados de histéricos. Esses quadros, assim como outros dos mais variados eram imprópria e conjuntamente reunidos, até o ponto de que, no século XVII, aproximadamente metade das doenças crônicas foram denominadas como histeria. O autor afirma também que se atribui a Hipócrates algumas das primeiras descrições dessa doença.

Ainda sob essa perspectiva, o autor afirma que os transtornos dissociativos e conversivos produzem quadros semelhantes, ressaltando que sua etiologia é presumidamente psicogênica, ou seja, não existiriam causas orgânicas subjacentes e que esses transtornos fazem parte do cotidiano não só dos psiquiatras, mas também dos médicos em geral.

Conforme descrito por Sadock e Sadock (2007), a maioria das pessoas veem a si mesmas como indivíduos portadores de personalidade básica, ou seja, experimentam uma sensação unitária de *self* (imagem de si próprio ou da própria personalidade). Aquelas com transtorno dissociativo, no entanto, perderam a noção de ter uma única consciência. Elas se sentem confusas a respeito de quem são, têm a sensação de não ter identidade ou experimentam ter múltiplas identidades.

Os mesmos autores afirmam que a dissociação surge como uma autodefesa contra um trauma. As defesas dissociativas ajudam as pessoas a se distanciarem do trauma no momento em que este ocorre e retardam a elaboração necessária para colocar o evento em perspectiva dentro de suas vidas. De maneira diversa à repressão, fenômeno em que os conteúdos mentais são transferidos para o inconsciente dinâmico, a dissociação cria uma situação na qual esses conteúdos coexistem em uma consciência paralela. Na maioria dos estados dissociativos, representações contraditórias do *self* são mantidas em compartimentos mentais separados. O DSM-5 define que,

Os transtornos dissociativos são caracterizados por perturbação e/ou descontinuidade da integração normal de consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controle motor e comportamento. Os sintomas dissociativos podem potencialmente perturbar todas as áreas do funcionamento psicológico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 291).

O manual supracitado (2014) ressalta ainda que os sintomas dissociativos são vivenciados como a) intrusões espontâneas na consciência e no comportamento, acompanhadas por perdas de continuidade na experiência subjetiva (sintomas dissociativos “positivos”, como fragmentação da identidade, despersonalização e desrealização) e / ou b) incapacidade de acessar informações e de controlar funções mentais que normalmente são de fácil acesso ou controle (sintomas dissociativos “negativos”, como amnésia).

A teoria psicodinâmica sugere que os transtornos dissociativos resultam das tentativas dos indivíduos de se dissociarem de eventos estressantes ou esquecer as memórias relativas a eles. Esses transtornos envolvem o que podem ser considerados como usos massivos de repressão (HOLMES, 2007).

A American Psychiatric Association (2014), divide os transtornos dissociativos, com os seus respectivos critérios, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 – Critérios diagnósticos para os Transtornos Dissociativos segundo o DSM-5.

Transtornos Dissociativos	Critérios Diagnósticos
Transtorno Dissociativo de Identidade 300.14 (F44.81)	A. Ruptura da identidade pela presença de dois ou mais estados de personalidade distintos, descrita em algumas culturas como uma experiência de possessão. A ruptura na identidade envolve descontinuidade acentuada no senso de si mesmo e de domínio das próprias ações, acompanhada por alterações relacionadas no afeto, no comportamento, na consciência, na memória, na percepção, na cognição, e/ou no funcionamento sensorio-motor. Esses sinais e sintomas podem ser observados por outros ou relatados pelo indivíduo. B. Lacunas recorrentes na recordação de eventos cotidianos, informações pessoais importantes e/ou eventos traumáticos que são incompatíveis com o esquecimento comum. C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. D. A perturbação não é parte normal de uma prática religiosa ou cultural amplamente aceita. Nota: Em crianças, os sintomas não são mais bem explicados por amigos imaginários ou outros jogos de fantasia. E. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., apagões ou comportamento caótico durante intoxicação alcoólica) ou a outra condição médica (p. ex., convulsões parciais complexas).
Amnésia Dissociativa 300.12 (F44.0)	A. Incapacidade de recordar informações autobiográficas importantes, geralmente de natureza traumática ou estressante, incompatível com o esquecimento normal. Nota: A amnésia dissociativa consiste mais frequentemente em amnésia localizada ou seletiva de um evento ou eventos específicos ou amnésia generalizada da história de vida. B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

	<p>C. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., álcool ou outra droga de abuso, um medicamento) ou uma condição neurológica ou médica (p. ex., convulsões complexas parciais, amnésia global transitória, sequelas de traumatismo craniano/lesão cerebral traumática, outra condição neurológica).</p> <p>D. A perturbação não é mais bem explicada por transtorno dissociativo de identidade, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de estresse agudo, transtorno de sintomas somáticos ou transtorno neurocognitivo maior ou menor.</p> <p>Nota para codificação: O código para a amnésia dissociativa sem fuga dissociativa é 300.12 (F44.0). O código para amnésia com fuga dissociativa é 300.13 (44.1).</p> <p><i>Especificar se:</i></p> <p>300.13 (F44.1) Com fuga dissociativa: Viagem aparentemente proposital ou perambulação sem rumo associada a amnésia de identidade ou de outras informações autobiográficas importantes.</p>
Transtorno de Despersonalização/Desrealização o 300.6 (F48.1)	<p>A. Presença de experiências persistentes ou recorrentes de despersonalização, desrealização ou ambas:</p> <ol style="list-style-type: none">Despersonalização: Experiências de irrealidade, distanciamento ou de ser um observador externo dos próprios pensamentos, sentimentos, sensações, corpo ou ações (p. ex., alterações da percepção, senso distorcido do tempo, sensação de irrealidade ou senso de si mesmo irreal ou ausente, anestesia emocional e/ou física).Desrealização: Experiência de irrealidade ou distanciamento em relação ao ambiente ao redor (p. ex., indivíduos ou objetos são vivenciados como irrealis, oníricos, nebulosos, inertes, ou visualmente distorcidos). <p>B. Durante as experiências de despersonalização ou desrealização, o teste de realidade permanece intacto.</p> <p>C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p> <p>D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., convulsões).</p> <p>E. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como esquizofrenia, transtorno de pânico, transtorno depressivo maior, transtorno de estresse agudo, transtorno de estresse pós-traumático ou outro transtorno dissociativo.</p>
Outro Transtorno Dissociativo Especificado 300.15 (F44.89)	<p>Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno dissociativo que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno da classe diagnóstica dos transtornos dissociativos. A categoria outro transtorno dissociativo especificado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno dissociativo específico. Isso é feito por meio do registro de “outro transtorno dissociativo especificado”, seguido pela razão específica (p. ex., “transe dissociativo”).</p> <p>Exemplos de apresentação que podem ser especificadas usando a designação “outro transtorno dissociativo não especificado” incluem as seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none">Síndromes crônicas e recorrentes de sintomas dissociativos mistos: Esta categoria inclui perturbação da identidade associada a alterações brandas no senso de si mesmo e no senso de domínio das próprias ações ou alterações da identidade ou episódios de possessão em um indivíduo que relata não ter amnésia dissociativa.Perturbação da identidade devido a persuasão coercitiva prolongada e intensa: Indivíduos sujeitos a persuasão coercitiva intensa (p. ex., lavagem cerebral, reforma de pensamentos, doutrinação em cativeiro, tortura, prisão política prolongada, recrutamento por seitas/cultos ou organizações terroristas) podem apresentar mudanças prolongadas na, ou questionamento consciente da própria identidade.

	<p>3. Reações dissociativas agudas a eventos estressantes: Esta categoria inclui condições transitórias agudas que geralmente duram menos de um mês e às vezes apenas poucas horas ou dias. Essas condições são caracterizadas por estreitamento da consciência; despersonalização; desrealização; perturbações da percepção (p. ex., lentificação do tempo, macropsia); microamnésias; estupor transitório; e/ou alterações no funcionamento sensorio-motor (p. ex., analgesia, paralisia).</p> <p>4. Transe dissociativo: Esta condição é caracterizada por estreitamento ou perda completa da consciência do ambiente que se manifesta como ausência profunda de responsividade ou insensibilidade a estímulos ambientais. A ausência de responsividade pode estar acompanhada por comportamentos estereotipados menores (p. ex., movimentos dos dedos) que o indivíduo não percebe e/ou não consegue controlar, bem como paralisia transitória ou perda da consciência. O transe dissociativo não é parte habitual de práticas culturais ou religiosas coletivas amplamente aceitas.</p>
Transtorno Dissociativo Não Especificado 300.15 (F44.9)	Esta categoria aplica-se a apresentações que em que sintomas característicos de um transtorno dissociativo que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos dissociativos. A categoria transtorno dissociativo não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por <i>não</i> especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno dissociativo específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informação suficiente para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência).

Fonte: American Psychiatric Association, 2014.

O DSM-5 descreve ainda que transtornos dissociativos são encontrados frequentemente como consequência de traumas e, muitos dos sintomas que eles apresentam, incluindo constrangimento e confusão acerca dos sintomas ou um desejo de ocultá-los, são influenciados pela proximidade do trauma. Desse modo, o manual aponta que há uma relação estreita entre transtornos dissociativos e transtornos relacionados a traumas e estressores, como o transtorno de estresse agudo e o transtorno de estresse pós-traumático, sendo que ambos possuem sintomas dissociativos como amnésia, *flashbacks*, entorpecimento e despersonalização / desrealização (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Há também uma relação entre os transtornos dissociativos, os conversivos e os de somatização, pois estes, com o surgimento das classificações das doenças, com a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), passaram a ser classificados de modos variados, por vezes em conjunto, por vezes separadamente (BOMBANA, 2002)

Nesse sentido, Bombana (2002, p. 32), descreve que o “CID-10, classificação atualmente proposta pela Organização Mundial de Saúde, utiliza a categoria Transtornos Dissociativos (ou Conversivos) englobando basicamente os mesmos fenômenos clínicos (dissociativos e conversivos)”. Por outro lado, o autor (2002) afirma que a então atual classificação do DSM (IV) separou os quadros conversivos dos dissociativos e reuniu os primeiros dentro de outra categoria,

os Transtornos Somatoformes. Entretanto, Bombana considera a classificação adotada pela OMS mais coerente e próxima da clínica (BOMBANA, 2002).

Outra divergência em relação às classificações dos problemas relacionados à saúde é a colocação do Transtorno de Despersonalização / Desrealização, tido como transtorno dissociativo pelo DSM-5, corresponder à síndrome de despersonalização-desrealização descrita pelo CID-10 na categoria “outros transtornos neuróticos” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

De acordo com Neto e Marchetti (2009), a presença de sintomas de transtornos dissociativos está normalmente associada a eventos traumáticos específicos, conflitos emocionais evidentes ou dilemas insuperáveis. Os sintomas frequentemente têm início súbito (quadro agudo) e podem se manter por horas, dias, e, mais raramente, meses ou anos (quadro crônico).

Em relação ao tratamento dos transtornos dissociativos, por não haver estudos que comparem os diferentes tratamentos (entre psicoterapia e farmacoterapia ou entre as diferentes drogas), atualmente, não é possível estabelecer uma diretriz de tratamento com base em sólidas evidências. Do mesmo modo, como a investigação desses transtornos é recente, o desenvolvimento de abordagens terapêuticas mais adequadas para tratá-los também o é (MOREIRA-ALMEIDA; MENEZES JÚNIOR; ZANGARI, 2014).

Vários autores conceberam a dissociação de formas distintas, e, apesar de as definições não se convergirem para uma única forma de abordagem, todas elas têm, em suas diferenças, algo acrescentar sobre o assunto e, em suas semelhanças, a possibilidade de construção de um significado mais abrangente. A seguir, serão apresentadas outras formas com as quais a dissociação se apresentou na literatura científica pesquisada.

2.4 DEMAIS FORMAS COM AS QUAIS A DISSOCIAÇÃO SE APRESENTA NA LITERATURA

Para reafirmar o modo como diversos autores se utilizam da dissociação de formas variadas, é pertinente sublinhar que David Zimmerman (2001) explica que nos textos psicanalíticos aparecem superposições dos termos dissociação, clivagem, divisão, cisão e *splitting* (em alemão, *Spaltung*).

Ainda sob essa vertente, quando se busca pela palavra dissociação no “Vocabulário da Psicanálise / Laplanche e Pontalis”, o termo “dissociação” aparece como sinônimo de “clivagem do ego (ou do eu)”. Outros termos equivalentes encontrados no verbete são “clivagem da consciência”, “clivagem do conteúdo de consciência” e “clivagem psíquica” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1998).

Bleuler (1960 apud SILVEIRA, 2009) definiu a esquizofrenia como um grupo de psicoses cujo curso pode ser crônico ou intermitente, podendo deter-se ou retroceder em qualquer etapa, mas sem permitir uma restituição completa em relação ao estado anterior à doença, que se caracterizaria por um tipo específico de alteração do pensamento, dos sentimentos e da relação com o mundo externo, atingindo a personalidade, o processo associativo e os afetos. Dessa forma, haveria uma clivagem entre ideia e afeto, o chamado “complexo ideo-afetivo”.

Para explicar o processo supracitado, Bleuler elaborou duas hipóteses: ou a ruptura das associações seria consequência de um processo orgânico e o complexo ideo-afetivo se tornaria secundariamente patogênico, ou a carga afetiva contida no complexo seria tamanha que provocaria a ruptura das associações (SILVEIRA, 2009).

Carl Gustav Jung no livro “O homem e seus símbolos”, afirma que, como antropólogos já observaram, um dos acidentes mentais mais comuns entre os povos primitivos é o que eles chamam “a perda da alma”, que significa uma ruptura (ou mais tecnicamente, uma dissociação) da consciência. Ele salienta que, para esses povos, a “alma” (ou psique) não é compreendida com uma unidade. Muitos deles supõem que o homem tenha uma “alma do mato” (bush soul), além da sua própria. Essa alma se encarna em um animal selvagem ou numa árvore com os quais o indivíduo tenha uma identidade psíquica (JUNG, 1964, 2008).

O mesmo autor (1964, 2008, p. 24) afirma que,

Não resta dúvida de que, mesmo no que consideramos “um alto nível de civilização”, a consciência humana ainda não alcançou um grau razoável de unidade. Ela ainda é vulnerável e suscetível à fragmentação. Esta capacidade que temos de isolar parte de nossa mente é, na verdade, uma característica valiosa. Permite que nos concentremos em uma coisa de cada vez, excluindo todo o resto que também solicite a nossa atenção.

Porém, Jung (1964, 2008) salienta que existe uma diferença radical entre uma decisão consciente que separa e suprime temporariamente uma parte da psique, e uma situação na qual isso acontece sem o conhecimento ou consentimento do indivíduo e mesmo contra suas intenções. A primeira situação é uma conquista do ser civilizado, a segunda é aquela “perda da alma” dos povos primitivos, que pode ser causa patológica de uma neurose. Entretanto, mesmo nos dias atuais, a unidade da consciência ainda é algo precário e pode ser facilmente rompido.

Cintra e Figueiredo (2010) esclarecem que Melanie Klein se utiliza do termo *splitting off*, traduzido como excisão, para se referir a uma cisão realizada pelo indivíduo de partes de si que são expulsas e imediatamente colocadas em alguma parte do ambiente.

Em seu livro “Da Pediatria à Psicanálise”, Donald Winnicott descreve a dissociação, ao tratar do desenvolvimento emocional primitivo do indivíduo, como um fenômeno decorrente de um estado de não-integração primitiva (quando o ser se vê dividido, como se estivesse em pedaços), capaz de originar uma condição de desintegração da personalidade, oposta à fase de integração primitiva (quando o ser se percebe como uno, inteiro), a qual seria o primeiro processo do desenvolvimento inicial do indivíduo, seguida da personalização e da realização (WINNICOTT, 1945).

O autor propõe que, a partir de uma não-integração, surgem, no sujeito, uma série de dissociações advindas do fato de a integração não se dar completamente, permanecendo, portanto, parcial. Winnicott afirma ainda que, por mais complexa que a dissociação possa ser, tanto em uma criança quanto em um adulto, ela pode se originar na alternância natural entre os estados de sono e de vigília, que estariam, segundo ele, desde o nascimento, dissociados ou desintegrados (WINNICOTT, 1945).

Sob outra perspectiva, é importante ressaltar que há uma distinção entre a noção de “clivagem (do eu)” freudiana daquela introduzida por Jaques Lacan como o mesmo termo, mas relativa ao sujeito, como descrito a seguir:

A “clivagem do sujeito” não se confunde em nada como o recalçamento, já que, por definição, nenhuma “unidade”, nenhum poder sintético, deve ser atribuído a tal sujeito. Essa clivagem, longe de ser um acidente de percurso patogênico, não passa do regime normal do sujeito lacaniano, desde sempre representado por um significante para um outro, indefinidamente clivado por força do funcionamento da cadeia significante. [...] (GAUFEY 1996, p. 83).

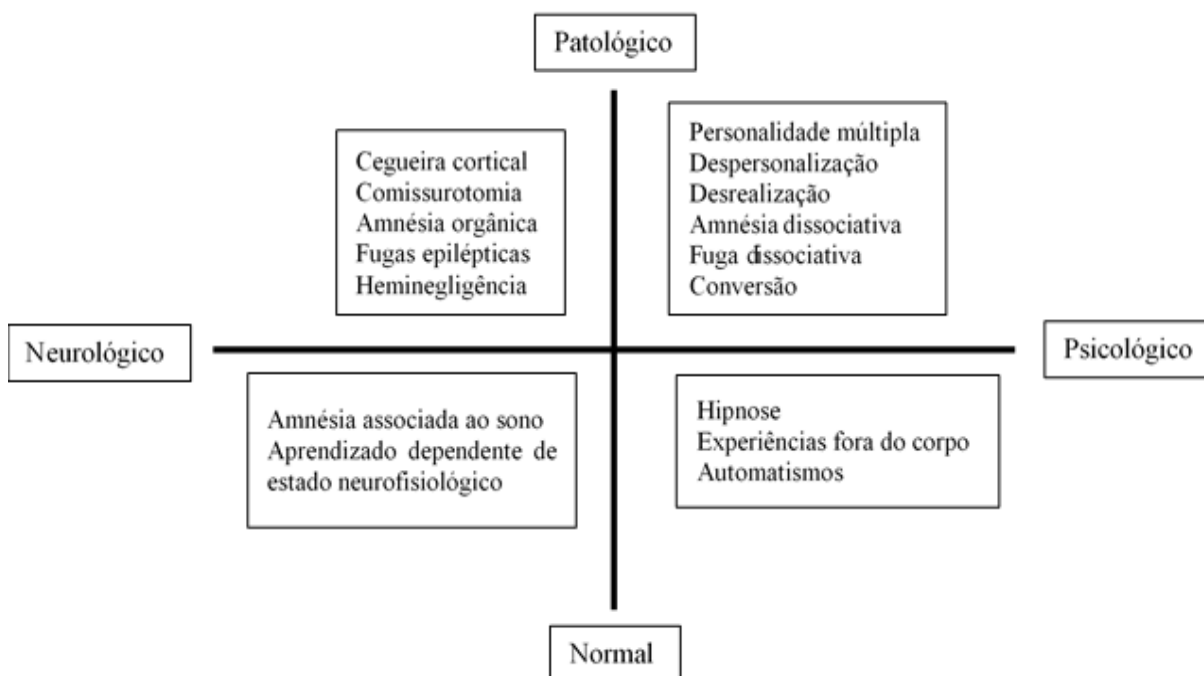
Maraldi (2014) diferencia os fenômenos da absorção e da distração. Segundo o autor, a absorção caracterizaria um indivíduo que, se dissocia ou isola temporariamente parte das percepções conscientes para que outras adquiram uma quantidade aumentada de atenção. A distração, por sua vez, não se caracterizaria com processo dissociativo e seria o resultado de um processo normal de desvio de atenção, visto que é extremamente difícil ou mesmo impossível que um sujeito se mantenha constantemente atento, sem retirar seu interesse, ao menos por um instante, de um determinado objeto externo ou ideacional.

O autor supracitado explica que Hilgard (1986) propôs uma teoria neo-dissociativa da hipnose, a qual explicaria como é possível que determinados processos psicomotores complexos ocorram simultaneamente e de modo que o indivíduo permaneça inconsciente de uma dessas atividades. Hilgard descobriu que, embora o sujeito pareça não ter acesso a certos estímulos durante a hipnose, uma parte de seu subconsciente, chamada pelo autor de “observador oculto”, continuaria

capaz de registrar as informações e sensações não acessadas pela consciência, relatando-as por meio de escrita automática. Desse modo, Hilgard sugeriu a existência de sistemas cognitivos subordinados, cada qual com certo grau de unidade, persistência e autonomia funcional, sendo todos eles coordenados por uma instância denominada “ego executivo”.

Em uma explicação sobre o transtorno de personalidade múltipla, forma com que o transtorno dissociativo de identidade era denominado no passado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2005), Holmes esclarece que há costumeiramente uma confusão relacionando esse vocábulo com os termos “esquizofrenia” e “personalidade dissociada”. O autor afirma que a personalidade múltipla se refere a um transtorno no qual um indivíduo desenvolve algumas personalidades diferentes entre si e separadas; a esquizofrenia “refere-se a um transtorno no qual o indivíduo tem uma personalidade, esta dissociou-se da realidade ou dissociou-se entre as funções de emoção e raciocínio” (BLEULER, 1950, apud HOLMES, 2007 p. 146); personalidade dissociada não é um tipo de diagnóstico, mas uma gíria sem sentido clínico.

Negro Júnior, Palladino-Negro e Louzã (1999), elaboraram um quadro baseado na perspectiva de Cardeña (1994) para classificar fenômenos dissociativos de acordo com os eixos normal-patológico e neurológico-psicológico, tentando explicitar os tipos de dissociação sob um ponto de vista fenomenológico, frente a multiplicidade de manifestações da dissociação. Uma readaptação deste será demonstrada a abaixo:



Fonte: Cardeña, 1994 (apud NEGRO JUNIOR; PALLADINO-NEGRO; LOUZÃ, 1999).

Figura 1 – Demonstração da taxonomia dos fenômenos dissociativos apresentada por Negro Júnior, Palladino-Negro e Louzã (1999) com base na proposta de Cardeña (1994).

Caligor e Clarkin (2013), ao se referirem à construção de identidade em uma abordagem à patologia da personalidade baseada na teoria das relações objetais, explicitam que Kernberg, acompanhando o pensamento de Erikson (1956), refere-se à formação da identidade patológica como a síndrome de difusão de identidade. Nela, as relações objetais internas que compõe o sentido de *self* são polarizadas, como sendo “todas boas” ou “todas más”, positiva ou negativamente extremas. Essas relações objetais são organizadas de forma pobre e instável umas em relação às outras, fazendo com que haja, internamente no indivíduo a ausência de um sentido do *self* ou das pessoas significativas abrangente e coerente. Isso caracterizaria uma experiência subjetiva fragmentada em relação ao *self* e aos outros.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a dissociação, suas manifestações e transtornos relacionados. Como a dissociação é um fenômeno com múltiplas possibilidades de manifestação, tais como mecanismo de defesa do ego e como em alguns transtornos mentais, podendo aparecer em situações da vida cotidiana, definiu-se que, em uma pesquisa exploratória sobre o tema, o mais conveniente seria investigar o fenômeno psicológico da dissociação por meio de entrevistas com profissionais que possuíssem formação e pelo menos dez anos de atuação na área de psicanálise; além de profissionais com formação em psiquiatria, também com dez anos de exercício clínico, de modo a aproveitar as experiências de cada um deles para alcançar os propósitos deste trabalho.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender definições de dissociação e/ou fenômeno dissociativo utilizadas por profissionais de saúde mental, especificamente psiquiatras e psicanalistas, em suas práticas clínicas.

- Identificar, na experiência dos profissionais entrevistados, a ocorrência e a frequência de casos em que houve manifestações do fenômeno dissociativo.
- Evidenciar exemplos de manifestações da dissociação na prática dos profissionais, bem como as principais formas de tratamento e técnicas utilizadas para lidar com tais situações.
- Realizar articulações teórico-práticas a partir dos resultados obtidos e dos dados bibliográficos pesquisados.

4. MÉTODO

No presente trabalho foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo. Este tipo de pesquisa produz uma estrutura teórica que vai muito além de qualquer critério atual de confirmação no plano empírico. Esse tipo de construção se converte em um recurso indispensável para entrar em zonas de sentido ocultas pela aparência. Além disso, esse princípio tem diferentes repercussões ao nível metodológico, entre as quais estão o lugar ativo do pesquisador e do sujeito pesquisado como produtores de pensamento (GONZÁLES REY, 2005).

Outrossim, o caráter interativo do processo de produção do conhecimento é tido, de acordo com a epistemologia qualitativa descrita por Gonzáles Rey, como fundamental para o processo de produção de conhecimentos das pesquisas, principalmente para os estudos dos fenômenos humanos. Dessa forma, as relações entre pesquisador-pesquisado, devem se constituir em uma ferramenta metodológica importante para a qualidade do conhecimento a ser produzido (GONZÁLES REY, 2005).

Nesse contexto, é importante ressaltar que, o pesquisador, frente aos fatos sociais, não é capaz de ser absolutamente objetivo ou neutro. Pelo contrário, seus valores e suas crenças o envolvem no fenômeno pesquisado e produzem um viés específico. Entretanto, essa situação não invalida a pesquisa em ciências sociais, visto que não há como conceber uma investigação na qual os resultados são indiferentes à forma de sua obtenção (através do sujeito) ou à maneira como o pesquisador vê o objeto (GIL, 2012).

A pesquisa realizada também possuiu um caráter exploratório. De acordo com Gil (2012, p.27), este tipo de estudo tem como principal finalidade

(...) desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental,

entrevistas não padronizadas e estudos de caso. Procedimentos de amostragem e técnicas quantitativas de coletas de dados não são costumeiramente aplicados nestas pesquisas.

A pesquisa exploratória é realizada, em geral, quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil de formular hipóteses precisas e operacionalizáveis sobre o mesmo. Nesse caso, pelo fato de o tema ser bastante genérico, torna-se necessário seu esclarecimento e delimitação, o que exige revisão da literatura, discussão com especialistas e outros procedimentos (GIL, 2012).

O planejamento desse tipo de pesquisa tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado. A coleta de dados geralmente envolve: 1. levantamento bibliográfico; 2. entrevistas com pessoas que tiveram experiência prática com o assunto; e 3. análise de exemplos que estimulem a compreensão (SELLTIZ et al., 1967 apud GIL, 2010).

A pesquisa envolveu a realização de entrevistas, que foram utilizadas como um instrumento de averiguação, voltado para coleta de informações. A entrevista pode ser definida como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. É tida como técnica de grande valor investigativo e flexibilidade, sendo fundamental para pesquisas nos mais diversos campos (GIL, 2012).

As entrevistas realizadas nesta pesquisa foram semiestruturadas. Neste tipo de entrevista, o pesquisado deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto semelhante ao de uma conversa informal e o entrevistador tem o papel de permanecer atento para, no momento que achar oportuno, direcionar a discussão para o assunto que o interessa. O entrevistador pode fazer perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a retomar o foco da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele (BONI; QUARESMA, 2005).

De acordo com Boni e Quaresma (2005, p. 75) “Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados”.

4.1 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa, por conveniência, três sujeitos que possuíam formação em psicanálise e dois sujeitos que tinham formação em psiquiatria. Todos eles possuíam experiência profissional clínica de, no mínimo, dez anos.

A ideia inicial da pesquisa, era de que fossem três profissionais de cada uma das áreas definidas. De acordo com os critérios de inclusão, foi realizada uma busca extensa por profissionais que foram indicados pelos participantes e por outros profissionais e não foi possível encontrar um psiquiatra que se enquadrasse nos critérios definidos, no período de realização da coleta de dados. Na apresentação dos resultados, a discriminação entre os sujeitos entrevistados será feita conforme colocado na seguinte tabela:

Tabela 1 – Caracterização dos participantes entrevistados nesta pesquisa.

Profissional	Formação	Possui mais de 10 anos de atuação profissional?
Psicanalista 1	Psicanálise	Sim
Psicanalista 2		
Psicanalista 3		
Psiquiatra 1	Medicina e Psiquiatria	Sim
Psiquiatra 2		

Os critérios de inclusão eram de que os sujeitos selecionados fossem em um total de seis, sendo três profissionais da área de psicanálise e três da área de psiquiatria. Estes profissionais tinham que possuir, no mínimo, dez anos de experiência clínica profissional.

Os critérios de inclusão foram definidos dessa maneira em função do prazo de conclusão da pesquisa, que não possibilitaria uma investigação com um número muito maior de profissionais. Além disso, convencionou-se que um total de três profissionais por profissão seria um “n” amostral significativo para assegurar a qualidade e a distinção das informações coletadas, atendendo, portanto, aos propósitos da pesquisa. Entende-se que esses profissionais podem oferecer o conhecimento necessário para a investigação proposta, visto que eles atuam em áreas nas quais o fenômeno que se quer investigar pode se manifestar e ser identificado. Portanto, conforme os critérios explicitados, a escolha dos profissionais se deu por conveniência.

Foram excluídos os sujeitos que não eram profissionais da área de psicanálise ou da área de psiquiatria e que não possuísem também, pelo menos, dez anos de experiência clínica profissional cada.

Excluiu-se também os profissionais de psicologia pelo fato de ser uma área menos específica do que as áreas selecionadas. O pesquisador decidiu privilegiar áreas específicas da saúde mental em que a maior parte da literatura sobre o tema pesquisado foi encontrada. Outros profissionais de outras áreas de atuação não foram escolhidos pelo fato de que seus campos de trabalho não seriam adequados à pesquisa.

Contudo, entende-se que a diminuição do total de entrevistados pretendidos, excluindo-se um profissional na área psiquiátrica da pesquisa não tenha afetado a qualidade ou a distinção de pontos de vista buscada por este trabalho.

4.2 LOCAL

Os profissionais de psicanálise e de psiquiatria selecionados para a pesquisa foram entrevistados nos respectivos locais onde realizam seu exercício profissional. Os locais eram adequados para a realização e gravação das entrevistas sem interferências externas. As entrevistas foram feitas na cidade de Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo.

4.3 INSTRUMENTOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – (APÊNDICE A), necessário para o cumprimento das regras éticas previstas para pesquisas com seres humanos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e que garantiu aos participantes da pesquisa as proteções e esclarecimento devidos, em razão de seu consentimento em participar da pesquisa;

Roteiro de entrevista – (APÊNDICE B), concebido pelo pesquisador, foi elaborado para a realização da entrevista semiestruturada com os participantes da pesquisa. Foram formuladas questões abertas que se adequassem aos objetivos da pesquisa.

Foram utilizados ainda: celular com gravador de áudio para gravar as entrevistas feitas com os profissionais das áreas de psicanálise e psiquiatria; notebook, que foi utilizado para transcrever o áudio das entrevistas gravadas e finalizar a pesquisa.

4.4 PROCEDIMENTOS

4.4.1 Coleta de Dados

Foi elaborado um projeto de pesquisa, que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP para avaliação e aprovação. Após a aprovação do projeto, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE número 54655416.4.0000.5498 e parecer número 1.556.469, o pesquisador entrou em contato com seis profissionais para realização de uma entrevista com cada um deles. Tais profissionais foram selecionados segundo os seguintes critérios: três profissionais deveriam possuir formação em psicanálise, três deveriam ser médicos psiquiatras e, cada um deles deveria possuir, no mínimo, dez anos de experiência clínica. O pesquisador selecionou os profissionais por conveniência e, após a verificação de que todos cumpriam os critérios de seleção definidos, ele os concedeu informações sobre a pesquisa que seria realizada e solicitou a participação dos mesmos. Após a aceitação dos colaboradores, foram agendadas as entrevistas conforme a disponibilidade de cada um em relação aos horários e o local de realização das mesmas. Uma vez agendadas, as entrevistas ocorreram em apenas uma sessão, de duração aproximada de 50 minutos, com cada sujeito. Antes da entrevista, foi entregue, lido e assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), firmando um contrato entre pesquisador e entrevistados para certificação de que os sujeitos aceitaram participar da pesquisa de livre e espontânea vontade, conhecendo sua natureza e tendo plenas garantias de proteção com base nas diretrizes do Ministério da Saúde brasileiro. Através da leitura do termo, foram feitos todos os esclarecimentos necessários a respeito da pesquisa, justificando sua importância e assegurando os compromissos éticos do pesquisador para com o ser humano participante da mesma. Também foram fornecidas outras informações relevantes, como benefícios esperados para os entrevistados em decorrência de suas participações, possíveis riscos relacionados a elas, além de garantias de sigilo de dados pessoais e privacidade, etc. A entrevista como um todo foi realizada, portanto, em total conformidade com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, estabelecida para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. As entrevistas tiveram seu áudio gravado e foram transcritas literalmente para possibilitar sua análise.

4.4.2 Análise de Dados

A pesquisa foi analisada de acordo com os critérios de análise fundamentados na proposta metodológica de Laurence Bardin, com o objetivo de tratar o material coletado de forma

sistemática e acurada. A análise de dados foi feita com base na análise de conteúdo linguística oral que, segundo Bardin (1977, 2004), se caracteriza por um conjunto de técnicas de análise das comunicações e pode ser dividida em três passos: A pré-análise; a exploração do material; o tratamento do resultado, a inferência e a interpretação.

A pré-análise corresponde a uma fase em que ocorre uma sistematização intuitiva das ideias iniciais de organização do conteúdo a fim de torna-lo operacional. Consiste em cinco etapas: A leitura flutuante, que corresponde ao contato com o texto, buscando conhecê-lo de modo que seja deixado surgir no analista, interpretações e orientações, de forma que se possa ir criando, aos poucos, hipóteses e aumentando a precisão da leitura; a escolha dos documentos, que consiste na delimitação dos documentos que serão submetidos aos procedimentos analíticos; a formulação das hipóteses e dos objetivos, que é a formulação de suposições que serão submetidas a provas de dados seguros; a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores, correspondente à escolha dos índices de acordo com a formulação das hipóteses e sua organização sistemática em indicadores; e a preparação do material, caracterizada por uma preparação de material, ou edição, que pode ir desde o alinhamento dos enunciados intactos, até a transformação linguística dos mesmos, para classificação mais adequada dos dados (BARDIN, 1977, 2004).

A exploração do material é a fase onde se codificam, descontam e enumeram os dados de acordo com uma organização específica. A codificação é uma transformação dos dados brutos do texto que permite atingir uma representação do conteúdo ou da expressão suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto e pode servir de índice (BARDIN, 1977, 2004).

A fase dos tratamentos dos resultados obtidos e interpretação é constituída pelo tratamento dos resultados brutos de forma que eles sejam significativos e válidos. Podem ser usadas estatísticas ou criados diagramas, figuras e modelos, para colocar em relevo as informações fornecidas pela análise. Dessa maneira, os resultados passam a ser objeto de inferências e interpretações a respeito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas. Os resultados obtidos podem ainda, junto às hipóteses formuladas e sua confrontação com o material analisado, servir de base a uma análise posterior, feita sob novas perspectivas ou serem utilizados para fins teóricos ou práticos devido à sua possível aplicabilidade (BARDIN, 1977, 2004).

Após a análise, foram feitas articulações dos resultados produzidos a partir dos dados coletados com a literatura encontrada para realizar uma discussão que elucidasse os conteúdos mais relevantes das entrevistas por meio de um aporte teórico. Após a realização desta etapa, foram realizadas considerações finais, retomando-se os objetivos da pesquisa, a relevância e as limitações do estudo e, finalmente, sugerindo-se a realização de novos estudos sobre a temática deste trabalho.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi realizada com base na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, na qual estão previstas as normas éticas brasileiras para as pesquisas científicas que envolvem seres humanos. Conforme a resolução, foi considerado, durante todas as etapas de realização da pesquisa: o respeito à dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano; o desenvolvimento e engajamento ético, inerente ao desenvolvimento científico; o progresso dos meios científicos, tecnológicos, perceptuais e comportamentais dos seres humanos e suas constantes mudanças; a importância de a ciência e a tecnologia implicarem em benefícios atuais e potenciais para o ser humano e sociedade. Para tanto, foram considerados e respeitados documentos que constituem os pilares desses valores, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948 e a Constituição Federal da República Federativa Brasileira (BRASIL, 2012).

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos a respeito da natureza da mesma, sendo informados sobre seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que lhes possa acarretar. Os participantes também receberam assistência imediata e integral sobre qualquer demanda que eles possam apresentar que esteja relacionado direta ou indiretamente com a pesquisa. Para formalizar a participação dos indivíduos na pesquisa, foi assegurado seu entendimento acerca da mesma e sobre seus direitos previstos na resolução. Isso foi feito pela apresentação, para cada participante, de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que é um documento no qual as informações necessárias para o consentimento livre e esclarecido de cada participante estão contidas e foram explicitadas de forma escrita conforme item IV. 3 da resolução supracitada, em linguagem clara e objetiva. A pesquisa foi realizada devido à aprovação de um projeto elaborado anteriormente e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), apresentando toda a documentação solicitada pela entidade através da Plataforma Brasil (BRASIL, 2012).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a realização e a transcrição das entrevistas, o material foi analisado e os resultados acompanham a discussão abaixo. Os sujeitos estão indicados como foi colocado na tabela do item 4.1 deste trabalho e o roteiro de perguntas realizadas está no Apêndice B.

5.1 SIGNIFICADOS DE DISSOCIAÇÃO

Em relação ao que os entrevistados entendem por dissociação ou fenômeno dissociativo, como questionado na primeira pergunta, as respostas apontaram, unanimemente, que a dissociação se caracteriza como um fenômeno que pode envolver uma separação do afeto do indivíduo para com sua consciência e comportamentos.

Essa colocação dos profissionais pode ser relacionada com o que Bleuler (1960 apud SILVEIRA, 2009) definiu sobre a esquizofrenia, em meados do século XX, como um grupo de psicoses cujo curso pode ser crônico ou intermitente, podendo deter-se ou retroceder em qualquer etapa, mas sem permitir uma restituição completa em relação ao estado anterior à doença. Esse fenômeno se caracterizaria por um tipo específico de alteração do pensamento, dos sentimentos e da relação com o mundo externo, atingindo a personalidade, o processo associativo e os afetos. Desse modo, resultaria o que se chamou de “complexo ideo-afetivo”, que corresponde a uma clivagem entre ideia e afeto no indivíduo.

Entretanto, cada um dos entrevistados deu uma definição de dissociação específica. Algumas dessas definições convergiram, como no caso da psicanalista 2 e dos psiquiatras 1 e 2, que definiram a dissociação, entre outros significados, como um mecanismo de defesa. Como no caso do psiquiatra 1:

Bom, eu posso entender dissociação, né, como mecanismo de defesa, mecanismo de defesa do ego, né? Na qual o indivíduo, ele se coloca, né, eh, emocionalmente distante, né, de fatos que tão acontecendo ao redor dele ou com ele, né, de modo, né, eh, a aliviar a angústia que esse contato causaria a ele, tá? Então esse é um aspecto. (...)

Outras definições de dissociação que se aproximaram, foram as das psicanalistas 1 e 3, as quais colocaram que a dissociação as remete a algo que, na mente de um indivíduo, deveria estar unido, mas está separado; a psicanalista 2 e o psiquiatra 1, que afirmaram que a dissociação surge a partir de uma situação de angústia e serve ao indivíduo como defesa ou proteção contra algo com o qual ele não consegue lidar em determinado momento. Esta última definição corresponde àquela colocada por Sadock e Sadock (2007), em que a dissociação enquanto mecanismo de defesa modifica o sentido de identidade pessoal do indivíduo temporária e drasticamente para evitar perturbações de ordem emocional.

Houve também vários aspectos descritos pelos profissionais sobre as definições de dissociação que se diferenciavam. Alguns deles, apesar de diferentes, se complementavam. Outros divergiam entre si. A psicanalista 1 afirmou que o termo “dissociação” não é muito usado na psicanálise, principalmente como um conceito e concedeu a entrevista se referindo ao termo

“dissociação” como palavra utilizada “mais no senso comum”. Esta definição de “senso comum”, de acordo com a entrevistada, remeteria a “coisas” que deveriam estar associadas, mas que por algum motivo estão separadas ou desconectadas. A psicanalista relatou não ter encontrado o termo dissociação em nenhum dos três dicionários de psicanálise utilizados por ela.

Em comparação a essa resposta, pode ser citado que, o “Vocabulário da Psicanálise / Laplanche e Pontalis” descreve que a “clivagem do ego (ou do eu)”, termo concebido por Freud e usado sinônimo de dissociação, é um termo que tem sido pouco aproveitado pelos psicanalistas, embora sinalize um fenômeno típico, sem solução teórica completamente satisfatória. Por conseguinte, a psicanalista confirmou aquilo que foi descrito no livro citado (LAPLANCHE; PONTALIS, 1998).

Em função de sua resposta, a psicanalista 1 foi questionada, em seguida, se ela considerava a dissociação como um mecanismo de defesa. Então ela revelou não utilizar o conceito de dissociação em sua prática profissional, pois a abordagem psicanalítica que orienta sua prática é Bioniana, correspondente à escola de psicanálise de Wilfred Bion. Segundo a entrevistada, esta escola enfatiza o vínculo entre analista e analisando e não focaliza uma mente estruturada, diferentemente das escolas de Freud e de Melanie Klein, que baseiam sua teoria na existência de uma estrutura mental:

Se você pensar no Freud, ele vai falar de ego, superego, id, eh, e vai falar de clivagem do eu e aí Melanie Klein também vai falar disso. E aí tanto Freud quanto a Melanie Klein tão olhando dentro da mente da pessoa, né? Faz sentido. Mas eu não trabalho com isso. Eu não ligo para isso, não ligo pra ideia de mecanismo de defesa. (...)

Aí o Bion ele parte dessas ideias, principalmente da ideia de identificação projetiva da Melanie Klein e algumas ideias do Freud, mas ele esquece estrutura mental, ele esquece diagnóstico, ele esquece mecanismos de defesa. Ele faz um esforço a obra dele inteira, né, para esquecer isso tudo, tá? E ele parte da seguinte ideia: Que seja lá o que aconteça na sua mente, eu não tenho acesso a isso. Aliás, tenho pouco acesso ao que se passa na minha mente, quanto mais na sua, né? O que eu tenho acesso é observar o que se passa entre mim e você. Então ele baseia toda a teoria dele, né, procurando observar o que se passa entre ele e o analisando dele, essa é a proposta, né? Então, ele usa as ideias da Klein e do Freud, mas nesse outro vértice, tá? (...)

Sob outra perspectiva, a psicanalista 3 considerou que, a partir de Freud, os significados de dissociação foram mudando ao longo do desenvolvimento da psicanálise, daquilo que era colocado pelo autor, que foi seguido por Melanie Klein. Segundo a psicanalista, as modificações resultaram no conceito de Bion de uma mente fragmentada, com várias cisões no ego.

Por outro lado, o psiquiatra 1, complementando sua resposta à primeira pergunta, citou a existência dos transtornos dissociativos:

(...) O outro aspecto, né, do estado, eh, eh, da, da dissociação é quando você fala nos chamados transtornos dissociativos, né, que são aquele grupo de transtornos, né, reconhecidos pela psiquiatria, né, e que se caracterizam, né, pela perda de contato com alguns conteúdos mentais, né, que fazem parte, né, que, que são responsáveis, né, contribui pra formação da própria identidade. Eu tô, e quando eu falo isso, eu tô falando da, de fenômenos como a fuga dissociativa, a amnésia dissociativa, por exemplo, o transtorno dissociativo de personalidade, que antigamente era chamado de transtorno de personalidade múltipla, e aqueles fenômenos de desrealização e despersonalização, em que desrealização é uma, é uma... diz respeito à estranheza, sensação de estranheza, né, em relação ao ambiente. E a despersonalização diz respeito à vivência de estranheza em relação a si próprio, ao próprio corpo, né? (...)

De maneira semelhante ao que foi dito pelo psiquiatra 1, no “Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica/Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock”, coloca-se que a maioria das pessoas veem a si mesmas como possuidoras de personalidade básica, ou seja, experimentam uma sensação unitária de *self* (imagem de si ou da própria personalidade). Por outro lado, aquelas com transtorno dissociativo perderam a noção de ter uma consciência unificada. Essas pessoas se sentem confusas a respeito de quem são, têm a sensação de não ter identidade ou experimentam ter múltiplas identidades (SADOCK; SADOCK, 2007).

Sob outro vértice teórico, Melanie Klein define despersonalização como uma perturbação do sentimento do *self*, que ocorre em casos graves de psicose, e que se caracteriza por um sentimento de estranheza quando à sensação mais fundamental de existir e ser um indivíduo real (CINTRA; FIGUEIREDO, 2010).

O psiquiatra 2 complementou sua fala sobre a dissociação enquanto mecanismo de defesa colocando que esse mecanismo se manifesta diante de um conflito intrapsíquico de grandes proporções.

A psicanalista 2, por sua vez, acrescentou que o termo *splitting* caracteriza um tipo mais profundo de ruptura intrapsíquica do que a dissociação. Porém, de acordo com Caligor, Kernberg e Clarkin (2009), na literatura psicodinâmica, os termos dissociação e cisão (*splitting*) são utilizados, muitas vezes, indicando o mesmo conceito. No entanto, os autores descrevem que a cisão é usada com mais frequência quando se menciona a dissociação de aspectos da experiência que são idealizados e persecutórios, ou de amor e ódio; e a dissociação propriamente dita é utilizada mais frequentemente para se referir a quando se mantém separados outros aspectos da experiência do *self* (ex. motivações sexuais e de dependência) que estão em conflito.

Após a primeira pergunta, os profissionais entrevistados foram questionados se, para eles, a dissociação apresentava algum outro significado. Especificamente para a psicanalista 1, a pergunta foi complementada para que a entrevistada revelasse sua opinião a respeito do conceito de

dissociação sob a perspectiva Bioniana no que tange à divisão da personalidade entre parte psicótica e parte não-psicótica, como colocado por Zimmerman (2001), já que a entrevistada tinha definido a dissociação como um termo utilizado predominantemente no senso comum.

A psicanalista supracitada enfatizou, então, que o conceito de dissociação não se encaixava com a perspectiva de Bion sob o ponto de vista da divisão da personalidade. Ela tomou como referência uma comparação das ideias de Bion com as de Freud e Melanie Klein:

Então, eh, bom, se a gente pegar assim, eh... então, dissociação não cabe, né? Hehe. (...)
Aí. Clivagem cabe, não no sentido de que existe uma coisa que é inteira, que ela se divide. Porque quando Freud e Melanie Klein falam de clivagem, eles falam de uma divisão, algo que antes era fundido e que, eh, se separa, né? Eh... porque eles pensam numa estrutura, um ego que se separa, que cliva, né? Cliva o objeto e cliva a si mesmo, tal... Eh, quando você fala em parte psicótica e não psicótica, não é uma... eh eh é uma clivagem no sentido de que são duas partes da personalidade, mas não que era uma só e que se separou, que se dividiu. Eh, a parte saudável e a parte psicótica, elas convivem a vida inteira numa personalidade. A preponderância de uma parte ou da outra parte na medida em que a pessoa vai vivendo, vai variando. Eh, mas, assim, vamos dizer são dois brotos. Não é que existe uma divisão: havia uma unidade e essa unidade se dividiu, né? (...)

Zimmerman (2004) descreveu que Bion, a partir de textos freudianos, como “Clivagem do Ego no Processo de Defesa”, de 1938, elaborou suas concepções relativas à “diferenciação entre as partes psicóticas e as não-psicóticas”, assim como da “cisão não-patológica”, a qual corresponde a um estado mental que deve estar presente no analista e que é equivalente a uma dissociação útil do ego.

A psicanalista 3, em uma pergunta similar, foi questionada sobre o mesmo aspecto e emitiu um discurso semelhante, afirmando que o conceito colocado por Bion sobre a divisão da personalidade nas partes psicótica(s) e não-psicótica(s) se constituíam em uma evolução do conceito de dissociação, ocorrida na psicanálise:

Isso, seria isso. Que o, que o, que o Bion, ele faz essa, essa, essa, essa como partes, né? Como todos nós temos dentro da nossa mente partes que são mais psicóticas e partes que são menos, menos psicóticas, né? E aí você vai formando, né, igual ele diz assim: “elos de ligação entre essas partes que vão ficando separadas, que é uma outa, que é um e, uma evolução do conceito de dissociação, de cisão, né? Que o, o, o Bion ele parte muito do Freud, claro, mas da Melanie Klein, né, ele foi analisando da, da Melanie Klein então ele viv, conviveu, né, com elos, nesse período forte da Melanie Klein, né, mas ele caminha um pouquinho mais, né, assim, né, dentro disso. E é isso que cê falou, né? E aí a pessoa acaba fazendo, às vezes, ataque a esses vínculos, a esses elos, né, de ligação que é esta

possibilidade de juntar um pouquinho mais essas várias partes que ficam fragmentadas, né? (...) É, eh, isso, isso a gente faz, assim, em tudo, né, assim, né? E ah, e ele, ele, só que ele anali a ah, vê isso não como uma, uma polos ali, né, mas um espectro, né? Que você caminha, né, entre se aproximar de algumas coisas que são mais difíceis e se, se distanciar, não é? (...)

A psicanalista 2 salientou que a dissociação funcionava como um anestésico e a comparou com mecanismos de defesa usado pelo corpo para defende-lo, como glóbulos brancos, dor e inflamação. Em seguida, ela explicou que a dissociação enquanto mecanismo de defesa era utilizada a todo tempo para que fosse possível lidar com questões angustiantes com as quais não se consegue manter contato prosseguir com a vida de maneira mais satisfatória:

(...) São maneiras que o corpo tem pra lidar com algo que coloca a nossa vida em risco. Psiquicamente, a gente também fica em risco porque na verdade os mecanismos existem como uma tentativa de ajudar a gente a ficar vivo, né? Se eu... se eu suportasse ficar em contato o tempo inteiro de que, daqui a um segundo eu posso morrer, as pessoas que eu amo pode morrer, tudo pode acabar. Eu tô construindo um monte de coisa, mas não sei muito bem qual a função disso. Se fosse possível a gente guenta ficar em contato com isso, era uma coisa, mas a gente não dá conta. (...) A hora que de fato você sofre um acidente ou morre alguém, você entra em contato, imediatamente o sentimento é de desamparo, de desespero, de medo... né? Então a gente não suporta ficar em contato com isso, até porque se a gente ficar em contato com isso possivelmente a gente não consegue tocar a vida. Então é necessário, né? (...) você vai ter mecanismos de defesa, e a dissociação é um deles, que pode tá sendo usado de um jeito adaptativo (...) ou de um jeito mais desadaptado. (...)

A psicanalista 3, de maneira similar à psicanalista 1 na primeira pergunta, colocou que não se lembrava de autor algum, com exceção de contemporâneos de Freud, que utilizassem o termo dissociação. Ela ressaltou que a definição de Bion relativa a esse termo se constituía de uma evolução do conceito que já havia passado por uma transformação desde Freud, passando pela cisão do eu, descrita por Melanie Klein, até chegar a Bion:

(...) Mas uma coisa que eu uso mais hoje que tá mais, assim, dentro da minha clínica é uma noção mais do Bion, né? De, de uma, de uma cisão, eh, não do ego, mas no ego. Que eu acho que traz essa noção de várias partes (...) porque não é, porque antes, assim, do... a gente, né, colocava como uma coisa que ficava separada e, e não, a gente vê várias cisões dentro do, do ego (...).

Essa colocação se alinha à concepção de Bion, que refere uma mente em que há uma múltipla dissociação em zonas, as quais correspondem a diversas partes dentro da “geografia psíquica”, que alude às distintas e diversas regiões de um globo terrestre (ZIMERMAN, 2001, 2004).

O psiquiatra 1 afirmou que a dissociação para ele também possui um significado de muito sofrimento, tanto com relação à dissociação enquanto mecanismo de defesa, quanto com relação aos transtornos dissociativos, pois em todas essas situações, segundo ele, a dissociação remete a um distanciamento de conteúdos de que o indivíduo não consegue suportar naquele momento.

Quando questionados se a dissociação era um fenômeno patológico ou se poderia fazer parte do dia a dia das pessoas, a maioria dos entrevistados disse que a dissociação poderia ocorrer de ambas as formas.

Alguns contemporâneos de Pierre Janet afirmavam que a dissociação é vivenciada em maior ou menor grau por todas as pessoas, como um *continuum*. Nele, em um extremo saudável, poderiam ocorrer atividades naturais e prazerosas, e em um extremo patológico, poderia haver sofrimento psicológico agudo (MOREIRA-ALMEIDA; MENEZES JÚNIOR; ZANGARI, 2014).

Além disso, tomando-se a dissociação como um mecanismo de defesa, pode-se sublinhar que tais mecanismos são estruturantes para a personalidade do indivíduo dependendo do momento de seu surgimento na vida de um indivíduo. Por outro lado, qualquer mecanismo de defesa usado pelo ego de forma indevida ou excessiva, pode atuar de modo desestruturante. Por conseguinte, pode-se afirmar que a natureza, se normal ou patológica da dissociação em cada indivíduo, dependerá de qual situação ela será empregada, assim como da sua intensidade e frequência (ZIMERMAN, 2001).

A exceção, no que diz respeito a não colocar, inicialmente, a dissociação como um fenômeno que também pode ser patológico, foi a psicanalista 3. Esta psicanalista, apenas na última pergunta da entrevista (que questionava se ela gostaria de acrescentar algo), explicou melhor seu ponto de vista, no qual ela reconhece a condição patológica do fenômeno, mas demonstra uma preocupação com a humanização do paciente:

(...) eh, uma coisa que eu faço muita força hoje é pra não, eh, não, não ficar dando ênfase que determinada coisa é patológico, é ruim, ela não deveria ser daquele jeito, não é? Eu acho que por mais, assim, ah, psicótico, mais predominância de, né, eh, eu já tive pacientes com predomínio da área psicótica, com uso de medicamentos, né, bastante comprometidos. Eu sempre trabalhei de uma forma, assim, a humaniza-los, assim, a dar crédito ao que eles tão sentindo, não é? Eu eu eu tive um paciente, assim, a um tempo atrás (...) ele relatava, assim, experiências de: “olha, isso é coisa da sua cabeça” (...) “cê tá alucinando”, então “é patológico”, (...) “deixa pra lá” ou “não existe”, né? Como não existe? Ele tá vivendo aqueles pensamentos, né? Então eu tentava deixar muito claro que

“não, aqui é o lugar pra gente falar de tudo que passa na tua cabeça”. “É real pra quem? É real pra, pá, pá tua família? Não mas aqui é real pra você, é real pra nós, então vamo fala disso”, não é? Que eu acho que é uma outra forma de ver, né, a dissociação, a patologia, né? Não como uma coisa que a gente vai, vai negar, deixar de lado. Não, a gente vai puxar pra perto, pra dentro, pra tentar entender melhor qual que é a função daquilo. Aquilo lá não tá ali atoa, né? Cê não faz uma dissociação, cê não faz uma cisão em vão. Tem um, alguma coisa que tá acontecendo, tem um mal estar, tem uma dor psíquica, né? Então tem algo que precisa aí ser olhado com, com cuidado (...) eu me esforço muito, né, pra num, num cair nisso, né? De, de ser mais uma pessoa (risos), né, a querem excluir, a criticar, né? (...)

Entretanto, todos os profissionais afirmaram que a dissociação poderia fazer parte do dia a dia das pessoas. No caso específico dos psiquiatras, eles descreveram que a dissociação poderia ser tanto um fenômeno patológico, quanto fazer parte da vida das pessoas, como é colocado pelo psiquiatra 2:

Enquanto... aí eu fala assim... enquanto... eu acho que tem as duas coisas, né? Esses exemplos de, do convívio, do dia a dia, dessa questão a, né? Cê começa a ler alguns sinais, começa a vê alguns comportamentos. Acho que faz parte, esse tipo de dissociação, entre o que eu falo e o que eu faço, né? Entre aquele afeto que eu demonstro ou não demonstro e o que eu digo, o que eu tô sentindo, eu acho que isso faz parte das relações cotidianas, né? A coisa do, do, da convivência... tudo mais. Agora tem a... aí quando a gente fala, quando eu falo pelo menos, de conflitos, né, egóicos importantes, aí eu acho que ganha um, ganha um grau de patologia, né? Que aí, se surge um sintoma, cê tem a coisa da perda efetiva do funcionamento, da so, da capacidade de se organizar. Aí, aí eu acho que fica patológico, né, na coisa, né? Do fenômeno clássico, vamo pensar assim, da dissociação que eu entendo, né, que é aquele quadro mesmo, né, que o pessoal chama? Do do, como que é o... o choque... ficou chocada... trauma, um trauma, o trauma psíquico, né? “Aconteceu um trauma aí, pronto, a pessoa ficou assim”. Eh, aí eu acho que entra um aspecto patológico mesmo, né? Uma crise aguda dissociativa, até do próprio ponto de vista da classificação de doenças, ele tá previsto como uma, uma patologia que é quantificada. (...) Eu acho que, aí, mas eu acho que é um transtorno agudo, né? É uma coisa que acontece... eu acho que tem uma relação direta de causa e efeito, você consegue identificar alguma coisa, cê vai cavucando, aparece sempre um fator que gerou a crise dissociativa, né? (...)

Nesse sentido, é conveniente destacar as concepções de Caligor e Clarkin (2013), que diferenciam a dissociação como uma operação defensiva de estados dissociativos. De acordo com os autores, os estados dissociativos envolvem a operação defensiva de dissociação, mas também

envolvem um estado de consciência alterado, enquanto a dissociação enquanto operação defensiva não envolve um estado de consciência alterado.

Outra pergunta realizada aos entrevistados questionava se a dissociação era algo positivo ou negativo. Todos os entrevistados colocaram que esse tipo de qualificação do fenômeno dependia do contexto ou da função que ele iria tomar, assim como foi dito pela psicanalista 3:

Eh, depende da função que você vai adotá ali. Se ele pode ser positivo como pode ser negativo, não é? Então eu não veria, não diria de antemão, não é? Mas na na, no desdobramento a função que é aquilo que você vai dá ali. Pode ser uma função positiva, como uma coisa protetora, como pode ser uma coisa que fique cristalizada, né, e aí, e aí ela vai ter um aspecto negativo porque ela vai excluir partes importantes do seu eu, não é? (...)

Na primeira pergunta, além de questionar o significado do termo dissociação, foi solicitado aos profissionais que dessem exemplos de situações em que a dissociação ocorria. Ademais, em perguntas posteriores da entrevista, muitos exemplos de dissociação foram dados. Alguns dos exemplos serão abordados a seguir.

5.2 EXEMPLOS DE DISSOCIAÇÃO

Todas as psicanalistas entrevistadas deram exemplos de situações em que havia uma desconexão entre o afeto e o comportamento de um indivíduo. O psiquiatra 2, por outro lado, deu um exemplo de amnésia dissociativa, fenômeno que também foi descrito como um exemplo de dissociação pelo psicanalista 1, o qual, além disso, exemplificou uma ocorrência de estado dissociativo (se referindo ao uso da dissociação enquanto mecanismo de defesa):

(...) eu vi poucas vezes isso, né, na prática clínica, eh, pessoas que chegam, né, pra você numa situação de não ter lembrança do que aconteceu nas últimas horas ou nos últimos dias num dado período. É uma perda de memória que não pode ser explicada por alguma lesão neurológica ou alguma condição médica outra, tá? Via de regra ela tá associada a algum evento traumático, tá? Eh, eu vi uma vez uma situação de um indivíduo que vinha pra Ribeirão Preto pá prestar um concurso público na universidade e, ao chegar em Ribeirão, desembarcar na rodoviária, ele não lembrava onde ele tava, ele não lembrava o que que, que cidade que ele estava e que que ele tava fazendo ali, né? Então esse é um fenômeno, né, dissociativo, a gente chama de amnésia dissociativa, tá? E na verdade ele tava era muito nervoso, muito tenso pela perspectiva de fazer o concurso público dele.

Então isso pensando nesses exemplo de transtornos, né? Agora você pode pensar num estado dissociativo quando você vê uma pessoa, né, passando por uma situação de muita, de muito sofrimento e reagindo do ponto de vista emocional como se não fosse com ela. O sujeito tá por exemplo, no, no enterro de um ente querido, uma pessoa muito próxima que pode ter falecido tragicamente, inesperadamente e indivíduo tá ali calmo, indiferente, distante, como se nada estivesse acontecendo, né? (...)

As perguntas seguintes para os entrevistados questionaram se eles possuíam pacientes que tiveram algum tipo de dissociação e como ela surgiu ou se fez presente. Todos os profissionais afirmaram que possuíam pacientes com algum tipo de dissociação. As psicanalistas, por sua vez, enfatizaram que esse fenômeno se dá a todo o momento, com todos os pacientes e com todas as pessoas, como no caso da psicanalista 3:

Eu acho que ela vai surgindo à medi, como a pessoa vai se relacionando com objetos internos, objetos externos dela, não é? Então eu acho que, é, a gente, ela vai surgindo do dia a dia, né? Com, dos mais variadas coisas e dependendo das dificuldades que cada um vai apresentando, né, em determinada área (...)

A colocação da psicanalista pode ser relacionada com o que os autores Cintra e Figueiredo (2010, p. 108) afirmaram, pois, segundo os autores, a “maneira pela qual o ego manifesta a sua incapacidade para realizar suas funções de organização e defesa do psiquismo é o seu despedaçamento (...)”, pois o ego, diante de uma sensação de ameaça, lança mão de defesas para se proteger e, desse modo, se utiliza da cisão, a qual o torna desintegrado.

Porém, os exemplos dados sobre a forma como a dissociação surgiu ou se fez presente foram diversificados. Houve exemplos de situações em que os indivíduos se utilizaram da dissociação enquanto mecanismo de defesa, como foi colocado pelas psicanalistas, assim como foram descritos casos clínicos nos quais houve algum tipo de transtorno dissociativo, como foi colocado pelos psiquiatras.

A psicanalista 1 se referiu ao surgimento da dissociação ligado à falta de responsabilização das pessoas por aquilo que elas são:

(...) Eh, o tempo inteiro é muito difícil a gente, eh, tomar posse daquilo que é seu, que é responsabilidade sua, né? Eh, que de repente você descobre que você não é tão legal assim, não é tão generoso assim, não é, sei lá, né? Não é tão amado assim pelas pessoas. São um monte de coisas que a gente procura, eh, num enxergar, né? Então, o tempo inteiro isso está presente. (...)

Isso pode ser relacionado com a concepção de Bion da forma “estática” de *splitting*, que consiste em uma cisão que o indivíduo faz para se proteger da dor psíquica de lidar com alguma situação, através de um ativo “ver mal”, “ouvir mal”, “entender mal”, ou seja, excluindo uma parte dela (ZIMERMAN, 2004).

A psicanalista 2 revelou uma situação de sua experiência clínica, apontando a função que a dissociação proporcionou para a paciente:

(...) tem alguma circunstância que me veio à cabeça: que era uma mulher, que tava no carro e que houve um acidente e morreu o nenê dela de seis meses. Com ela não aconteceu nada, com a filhinha dela não aconteceu nada e o nenê morreu nesse acidente. Nenezinho de seis meses. No feriado. Ela veio conversar comigo, né? Ela tava... a família dela tava toda preocupada e ela veio conversar comigo. Ela tava com ódio. Ódio, ódio. Ódio do marido, ódio da filha que tava viva, ódio dela que tinha sobrevivido, ódio do, da pessoa que causou o acidente, porque como não aconteceu nada com mais ninguém, só o nenê dela que morreu. Era ódio... se, se ela saísse ou quando ela saísse do ódio. Que que se pensa que ia acontecer... como que ela ficaria? Eu não sei se uma pessoa dessa não se mata. Eu não sei se não mata a outra filha, eu não sei se mata o caminhoneiro, eu não sei o que que faz uma circunstância dessa. Eh, então eu penso que foi um nível de dissociação bom, necessário. (...)

O psiquiatra 1 exemplificou um caso de transtorno dissociativo:

(...) Já tive pacientes, assim, muitas vezes com comorbidades, pacientes com transtornos de personalidade que em situações de, eh, de angústia e tendo uma estrutura de personalidade mais frágeis, entravam em estados dissociativos mesmo, né? De num, de repente não sabia onde está, “o que que eu tô fazendo aqui, como eu vim para aqui?”, né, “quem são vocês?”. (...) Em situação de atendimento, em, em emergência, né? Atendimento emergencial de pacientes que havia... de um paciente que havia tido uma ci, uma, uma, um evento de, de desentendimento familiar, né, que se descontrolou, agrediu várias pessoas, precisou ser contido fisicamente e levado, pra, pra o, pra pá o pronto atendimento, pá unidade de emergência e que chegou lá justamente com esse discurso, né? “Onde é que eu tô?”; “Como é que eu cheguei aqui?”; por exemplo.

O psiquiatra 2 também descreveu casos que envolviam transtorno dissociativo:

(...) lembro de alguns casos muito, muito significativos na, na minha prática, né? Principalmente na situação de urgência, alguns uns quadros dramáticos, da pessoa que

chegava sem enxergar, a pessoa que chegava aí com paralisia de um lado do corpo ou que, que perdia algum tipo de função eh... e tinha, tinha muito muito muito desses atendimentos, né? Lembro de um caso específico, por exemplo que... esse foi um transtorno bem duradouro, né? Foi amnésia (...). Não sabia quem era, onde tava, né, de onde ela veio, quem eram os pais, sei o que... Daqui pra frente ela conseguia lembrar tudo, né? E tinha um, um evento traumático, entre aspas, assim, marcante, né, que foi exatamente um flagra de uma, de uma traição, né? Que foi bem... esse caso a gente acompanha, eu acompanhei ele durante alguns meses, né? Que aí depois mudou, de transtorno dissociativo, virou outra, outra patologia (...) aí eu acho que era, era o cunho dissociativo mesmo (...) Convulsão dissociat... quer dizer, crise conversiva, né? O pessoal chama também. (...) Era exatamente esses choques, vamos dizer assim, né, esse trauma psíquico, choque psíquico, né? Com a situação que, que gera muita angústia, né? Ou que gera aí uma sensação de, de perda, de frustração muito grande, né? Os exemplos mais comuns que eu lembro são exatamente assim. Episódios de término de, de relacionamento. (...) perdas, né? Então uma vez eu atendi uma mãe que o filho tinha acabado de morrer e aí eu... né? A relação dela foi completamente assim, fora da casinha (...) Eh, então esses quadros patológicos eu via sempre com a relação direta de causa e efeito tendo um desencadeante, aí uma situação dessas, inesperadas muitas vezes, né?

Em um momento posterior da entrevista, foi solicitado para que os profissionais fizessem uma breve descrição do caso de algum ou alguns pacientes, explicando de que forma eles dissociavam. A psicanalista 1 não fez uma descrição de seus pacientes, preferindo dar o exemplo de sua própria análise, na qual ela relatou ter tido uma dissociação, no momento em que colocava para seu analista uma questão que dizia respeito ao seu filho:

(...) e aí eu disse assim: “Ah, porque eu tenho certeza de que se eu faltar ou o pai faltar ou os dois faltarmos, que ele dá conta de se virar na vida”. Minha frase foi essa, tá? (...) meu analista disse assim: “Como, você tem certeza, né?”. Falei: “não, quero dizer assim (...), que eu confio na capacidade dele, tarará...” Aí o (...) disse: “Não, eu ouvi muito bem o que você disse, você disse que tem certeza”. Então, isso, eh, mostrava algo que estava desconectado do meu conhecimento. Toda uma área mental onipotente: “como é que eu posso ter certeza, eu não sei nem se daqui a um minuto eu não vou cair morta, né?” E que, a serviço de que? Da intolerância, assim, de trabalhar com a ideia da possibilidade dele se dar mal na vida. Pior ainda, imaginar que pode morrer. Então, assim, isso é intolerável. Então a gente apela pra uma área onipotente, né? Eh, isso é um exemplo (...)

A psicanalista 2 explicou sobre como se dá o surgimento da dissociação de uma forma geral e comparou a ocorrência desse fenômeno com o de uma fratura física, dando um exemplo de um caso atendido por ela em seguida:

Se eu pego modelo do, da fratura. Pra mente. Todos nós tivemos em algum nível, mais grave ou menos grave, situações de fratura mental. Eh, que vem deus, né, desde do nosso nascimento a gente lida com isso. A mãe da gente não é a mãe que a gente gostaria de ter, se é que a gente teve mãe. O pai a mesma coisa. A vida a mesma coisa. A gente não é quem a gente gostaria de ser. As coisas não são do jeito que a gente gostaria de ser. Então é pancada pancada (...) quando você começa a fazer uma análise (...) que começou a acontecer comigo na minha análise, que eu vejo que acontece com os meus pacientes. É que a gente vai se dando conta, a gente vai de alguma maneira, eh, se dando conta de quem a gente é e aceitando quem a gente é e fazendo as pazes e se perdendo. Na medida que isso pode acontecer, quando isso pode acontecer, porque às vezes isso não pode acontecer, porque às vezes é fratura exposta que dá amputação, não tem jeito. Mas quando pode acontecer, a gente vai ficar com cicatriz, a gente vai ficar com fragilidade, a gente vai ficar com dor, a gente vai f... uma série de coisas, mas a gente tem uma condição de, eh, se relacionar de verdade com outras pessoas. (...) isso torna mais possível você toca a vida com bom humor. Torna mais possível você saborear até as situações difíceis. (...) Torna mais possível você sair de estados de ódio, de enlouquecimento, de desorganização, né? Eh... porque entrar a gente vai entrar, só que vai tornando mais possível você sair. Então, tem uma paciente que eu tô atendendo. Ela tá vindo, ela tá fazendo análise quatro vezes por semana e de vez em quando ela fica muito brava. Ela fala assim: “era muito melhor quando eu falava que o problema era a minha mãe!” (risos). “Agora...”, e isso é uma coisa muito forte. Por quê? Ela tem tido decepções muito grandes com ela mesma. (...) Não é porque você fala isso, porque a pessoa vai vendo. (...)

A psicanalista 3 disse que o surgimento da dissociação ocorre de forma particular em cada indivíduo e que há uma tendência do sujeito em dissociar conteúdos de que se tem mais dificuldade de entrar em contato:

Eu acho que isso é muito particular, assim, não tem um padrão, assim, depende muito das dificuldades de cada um. Você vai dissociar é o que você tem mais dificuldade, né? Então, por exemplo, entrar em contato com a frustração, não é? Se se se... eu tô lembrando agora, né, de uma paciente que ela é filha única, muito mimada, os pais foram separados e ambos mimavam, né? Então sempre ficava naquela coisa do tê tudo, né? E agora que ela tá numa vida, por exemplo, já com namorado, já encaminhando, pra a vida adulta, ela vai entrando em contato com, com frustrações, não é? Então, assim, às vezes isso fica deixado de lado. (...)

O psiquiatra 1 citou novamente um exemplo que ele já havia dado anteriormente, assim como o psiquiatra 2. Este psiquiatra, além de retomar um caso já mencionado na entrevista, mencionou outro caso:

(...) ano passado, né, tava fazendo a perícia e aí era um... ela tava afastada, o quadro depressivo e tudo mais, mas tinha a história de um câncer de mama. Que vinha tratando já há muito tempo e tudo mais e o câncer deu uma reincidência (...) ela piorou da depressão, tudo mais. E aí quando eu lembro que eu p, só perguntei pra ela, disse assim: “olha, o seu médico aventou a possibilidade de fazer a retirada das mamas?”. (...) Essa mulher caiu no chão, se estrebuchava, contorcia, né, grita, e gritava: “aaaaahh”, né? Eu tava no fórum (...) Na hora que eu falei, desligou, caiu no chão. Aí até conseguir... né? Primeiro evitar que ela se machucasse. Depois consegui fazer esse... esse foi o último realmente que, que eu lembro. (...) Mas algo muito agressivo pra ela. Ela não cogitava a possibilidade de, eh, fazer a cirurgia, né? E aí eu só perguntei tipo assim, olha “mas...”, né? É uma perspectiva terapêutica, né? As Angelina Jolie da vida tão aí pra dizer: “oh, tirei os dois e não vou correr esse risco”, né? (...) eu acho que tem essa coisa do, do trauma e tem a coisa depois da expressão, do ponto de vista, eh... da queda, da perda de consciência (...)

O psiquiatra 1, afirmou ter presenciado casos de despersonalização e desrealização, exemplificando um desses casos em comorbidade com outro transtorno. O psiquiatra ainda descreveu um tipo de dissociação muito particular, que ocorre em função de uma condição de prejuízo fisiológico específico:

(...) Eh, eh, eu já vi situações de desrealização, né, que o paciente. (...) tanto com ansiedade, transtorno de ansiedade, que muitas vezes você tem esse, esse, esse fenômeno (...) comorbido. Mas eu já vi também em transtorno de personalidade borderline. Uma pessoa que me procurou especificamente com essa queixa, entendeu? Dessa natureza. Eh... e que conhecendo essa pessoa, ela vivia um estado de angústia, né, permanente, né, de vazio, de tédio em relação às coisas da vida, de insatisfação com o término de relacionamento, né, término esse que ela, que ela num, essa pessoa não conseguia superar, entendeu? Então eu já vi fenômeno de desrealização/despersonalização. No que diz respeito aí à despersonalização, existe uma variante que, eh, que ela é causada por condições médicas, tá? Pós-infecção, pós-meningite, em que a pessoa tem a sensação de estranheza em relação ao próprio corpo. Não tem a ver, aparentemente, com o processo de adoecer. A fragilização do ego pelo (...) processo de adoecer, mas parece sim ser um fenômeno semelhante a uma despersonalização, mas vinculado a (...) sofrimento de sistema nervoso central, que eles chamam aí, né, de estado de despersonalização pós... condição, em decorrência de condição médica. Mas é um, até um outro diagnóstico embora do ponto de vista fenomenológico seja semelhante. Os casos aqui que eu citei, eram, e eu considerei assim, sempre secundários a, ou associados a, a outros transtornos de... psiquiátricos. (...) é quase como uma intercorrência, como uma intercorrência que talvez pudesse ser explicada, né, por uma, por uma, uma lesão cerebral, por um prejuízo fisiológico que a pessoa tenha tido naquela doença. (...) Isso é descrito, é nota de rodapé de livro, mas é descrito isso, tá? Fenômeno de despersonalização secundário a condições médicas, né, e que foge totalmente do conceito tradicional de dissociação, né, que como, que a gente entende como uma, um distanciamento de um conteúdo que causa sofrimento.

Ali eu tô falando de um fenômeno de um ponto de vista experiencial é semelhante, mas que tem uma causa completamente distinta, tá? E que tá, meio que na falta de nome melhor ele chama de dissociativo também, mas é outra coisa. (...)

Os entrevistados também foram questionados sobre qual era a frequência em que a dissociação acontecia com seus pacientes e se havia algum tipo de negligência relacionada a ela no contexto clínico, institucional e/ou social. O tópico seguinte destaca, de acordo com as respostas dos profissionais para essas perguntas, a relevância da dissociação.

5.3 RELEVÂNCIA DA DISSOCIAÇÃO (FREQUÊNCIA X NEGLIGÊNCIA)

Em resposta à pergunta sobre a frequência da dissociação, todas as psicanalistas relataram que o fenômeno se dá o tempo todo com seus pacientes e com os indivíduos em geral, assim como descreve a psicanalista 2:

Ich, o dia inteiro, toda hora. O tempo todo. (...) porque o tempo inteiro a gente tá lidando com dor. Se a pessoa chega e fala: “oi, tudo bem?”. Dissociado! (risos) Já começa daí: “oi, tudo bem?”. Como que é “oi tudo bem?” (risos). Pensa só (risos). Né? “Como vai tudo bem? Tudo bem! E você, vai bem? Bem! Vamo entra? Vamo entra?” Dissociado, né? Então a gente... eu penso que o nosso trabalho é sair da dissociação. É ao contrário. Não é que a gente entra em dissociação. A gente permanece dissociado. De vez em quando a gente entra em contato. Com a vida, com o que significa, com as nossas dificuldades, com a nossa realidade. Quem a gente é de verdade? Do que que a gente é capaz? Os nossos ódios? As nossa maldades? As nossas crueldades? As coisas que nos envergonham, né? Ficar em contato com isso tudo é que é a questão. Então a gente tende a funcionar prioritariamente alienado. Como um zumbi, né? (...) Então a gente funciona de um jeito dissociado. A gente funciona de um jeito automático. É só com muito trabalho que a gente consegue em alguns momentos, se dar conta. Em situações mais graves, esse nível de dissociação é mais presente, mais profundo, né? Pessoas que sofreram muito, pessoas que tem poucos recursos internos, pessoas... vai usar prioritariamente isso. O trabalho dum analista é justamente na contramão.

É importante salientar que existe uma grande diferença entre uma decisão consciente, que separa e suprime temporariamente uma parte da psique, e uma situação na qual isso acontece sem o conhecimento, consentimento ou até mesmo contra suas intenções do sujeito. A primeira situação é uma conquista do ser civilizado, a segunda é uma ruptura da consciência, que pode ser causa

patológica de uma neurose. Todavia, mesmo nos dias atuais, a unidade da consciência ainda é algo precário e pode ser facilmente rompido (JUNG, 1964, 2008).

Os psiquiatras se referiram prioritariamente aos casos de transtornos dissociativos atendidos por eles, apontando que eles têm presenciado uma frequência menor desses transtornos atualmente do que há alguns anos. O psiquiatra 1 justificou isso explicando que na modalidade em que ele exerce seu atendimento nos últimos anos surgem poucos pacientes em estado grave:

Veja bem: hoje eu não tenho visto isso com tanta frequência, tá? Por q... mas eu vou te dizer, né, que o perfil de paciente que eu vejo em geral, são pacientes de consultório, pacientes ambulatoriais e que muitas vezes são menos graves. (...) Então hoje eu vejo isso com menos frequência. Mas ainda sim não, não, eh, eh, eventualmente eu vejo.

O psiquiatra 2, por outro lado, relatou ter uma prática frequente em casos urgência e emergência nos quais a frequência dos transtornos dissociativos se reduziram drasticamente em relação ao passado:

Olha, tá rareando. (...) é um evento cada vez mais raro, na prática cotidiana da emergência. Muito, assim, que eu vejo é muito mais, hoje, né, é muito mais em pessoas mais velhas, né? E isso é uma coisa que acontecia, às vezes, numa idade mais jovem. E o que a gente brinca, nas conversas informais, que isso tá migrando. Isso deixou de ser dissociação e agora virou tudo pânico, né? É tudo pânico, é tudo pânico. Num deixa de ser um tipo de dissociação, um ataque de pânico, mas ele é diferente, é diferente. Então tá cada vez menos frequente. Já foi muito frequente. Era coisa de, assim, tá na emergência, ver um caso, dois casos por dia às vezes (...) Indo pro plantão, então chegava aí uns oito, dez casos por semana, às vezes. Era um número bem, bem significativo. Aí quando aparece um por semana, agora cê olha e diz assim: “nossa, ainda existe”, né, tudo mais (...) tá muito, muito mais raro. Quer dizer, num tá presente mais... e olha que a minha prática cotidiana ainda de urgência, emergência, ela é frequente... e num aparece nada.

Bombana (2002) há mais de uma década, afirmou que os transtornos dissociativos, assim como os conversivos, faziam parte do cotidiano não só dos psiquiatras, mas também dos médicos em geral. De maneira mais específica, Gleitman, Reisberg e Gross (2009) afirmaram que há mais de 20 anos, casos de transtorno dissociativo de identidade eram raros, porém, até a última década, houve um grande aumento desse tipo de distúrbio.

Portanto, é possível afirmar que, nas últimas duas décadas, tem havido um renovado interesse pelo estudo da dissociação devido ao crescimento no número de relatos de casos de transtornos dissociativos nos Estados Unidos. Esse crescimento pode ser interpretado como resultado de

maiores cuidados dos clínicos em fazer estes diagnósticos ou como indício de falta de critérios adequados para tais diagnósticos. Todavia, os “transtornos dissociativos têm se mostrado mais presentes na população clínica do que tem sido supostos pelos profissionais de saúde mental” (MOREIRA-ALMEIDA; MENEZES JÚNIOR; ZANGARI, 2014, p.682).

A questão seguinte realizada para os profissionais indagava se o fenômeno da dissociação poderia ser negligenciado, seja no contexto clínico, institucional e/ou social. As psicanalistas 1 e 3 compartilharam da ideia de que a percepção de conteúdos os quais o paciente está dissociando durante os atendimentos é parte essencial do trabalho e que é pouco comum que a negligência aconteça. No caso específico da psicanalista 1, ela ressaltou que a negligência pode acontecer e ela estiver cansada, não dormir ou comer corretamente. A psicanalista 3, por outro lado, relatou que é mais comum que profissionais iniciantes de sua área cometam mais negligências, mas que com a ajuda de um supervisor e da realização de análise do próprio psicanalista as negligências tendem a diminuir.

A psicanalista 2 afirmou que negligências com a dissociação são uma tendência dos indivíduos:

Eu acho que a, eu acho que a tendência do do, a tendência hoje em dia é, é não, é negligenciar mesmo a dissociação, como se dissociação fosse uma coisa... eh, primeiro, que nem existisse e segundo que é bom. Todo mundo não fala isso? “Esquece”, “vai beber”, “vai pá balada”. Ou... eh... “não fica pensando nisso não” ou, eh, “não sofra pelas coisas”. (...) Então, análise é mais ou menos a mesma coisa, né? Então viver no estado dissociado é viver num estado anestesiado. É negligenciar com a vida. É negligenciar com a possibilidade de saborear a vida. Tá na moda viver dissociado. Tem terapias que vão nessa direção, né? Existem terapias no sentido de uma dissociação. (...) o Prozac. (...) Como é a Fluoxetina hoje. Fluoxetina é o remédio da felicidade. Prozac é o remédio da felicidade, ele é chamado assim. Qual a intenção? Você fica com um bem-estar sem tê que lidar com o que você tá vivendo. Eu penso que isso é negligenciar com a própria vida. (...)

Contudo, os psiquiatras apontaram para uma ocorrência frequente de negligências em relação aos casos de transtorno dissociativo, principalmente por parte de profissionais da área de saúde de um modo geral. O psiquiatra 1 coloca que a negligência pode ocorrer em função do desconhecimento desse tipo de fenômeno, o que leva certos profissionais a confundi-lo com simulação:

Eu acho que ele pode ser negligenciado com bastante frequência, tá, quando eu tô lidando com profissionais de área de saúde, e aí eu tô falando não apenas de médicos, mas

enfermeiros. E eu acredito que pelo, às vezes desconhecimento, tá, não entendimento da natureza desses fenômenos, que muitas vezes inclusive podem ser confundidos com simulação, tá, com fingimento ou algo dessa forma, tá?

De maneira semelhante, o psiquiatra 2 afirmou que os fenômenos dissociativos são negligenciados e apontou, inclusive, que há um entendimento de parte dos profissionais da área da saúde de que o quadro de um transtorno dissociativo não representa um quadro grave:

Ah, ele é, ele é. Hoje menos porque aparece menos. Mas, assim, eh, principalmente por profissionais que num tem uma vivência e eu não falo só questão de profissional médico. Eu falo de profissionais que atendem... geralmente desqualificam, geralmente causam aí algum tipo de... eh, na verdade piora até o nível de, de, de estresse, às vezes (...) comentários tipo (...) “para de ficar fingindo essas coisas” (...) “ah, tá, paralisado, né? Peraê, vamo fazê a coisa” (...) “ah, injeta água destilada lá e vê, né, o estrago que faz, aí vai ter uma dor mermo pa parar de reclamar”. Então tem uma dificuldade na acolhida desses casos por parte, seja dos profissionais, né? (...) Então, assim, tem a negligência, tem o preconceito, tem o entendimento de que isso não é urgência, tem o entendimento de que isso não é um quadro de gravidade ou que a pessoa não tá sofrendo... Bom, enquanto ela tá dissociada ela não tá sofrendo mesmo, então (risos) (...).

Existe grande desconhecimento das características dos transtornos dissociativos entre os profissionais de saúde mental, o que resulta em muitos equívocos diagnósticos e terapêuticos. Atualmente, existe a necessidade de maior divulgação e de treinamento dos profissionais de saúde para lidarem com os esses transtornos (MOREIRA-ALMEIDA; MENEZES JÚNIOR; ZANGARI, 2014).

Outra pergunta realizada aos entrevistados, foi sobre que tipo de tratamento ou técnicas são recomendados ou utilizados com pacientes dissociados. No próximo tópico serão apresentados e discutidos esses tratamentos e/ou técnicas com base nas colocações dos profissionais.

5.4 TRATAMENTOS OU TÉCNICAS RECOMENDADAS PARA PACIENTES DISSOCIADOS

Em relação à pergunta citada acima, a psicanalista 1 recomendou que as pessoas passassem pelo processo de psicanálise, devido à sua experiência enquanto psicanalista e enquanto analisanda sob a mesma abordagem.

Janet, em 1893, ao apresentar sua tese de medicina intitulada “O estado mental das histéricas (estigmas e acidentes mentais)”, descreveu uma concepção psicológica da histeria, interpretada por ele resultado de uma clivagem da personalidade causada pelo surgimento de estados hipnoides, e propôs que o tratamento dessa afecção poderia ser feito por meios psicoterapêuticos (PEREIRA, 2008).

A psicanalista 2, ao afirmar que o fenômeno da dissociação se dá diariamente com as pessoas, explicou como lidar com a ocorrência do mesmo no indivíduo:

(...) Pra você lidar... pra você usar um meca, menos mecanismo de defesa como a dissociação, você (...) Teoricamente a gente tem que conseguir lidar com o luto. Fazer os lutos o tempo inteiro, por exemplo: se eu tô aqui conversando com você eu não tô fazendo um trabalho que eu tenho que fazer... eu... se eu tô atendendo um paciente eu não tô atendendo outro. Se eu tô passando a vida trabalhando pá ganhar dinheiro, eu não tô me divertindo. (...) O luto do possível. O luto do que é... do que eu, do que eu tenho acesso, o luto do que eu sou capaz. Eu não vou ter todo o conhecimento que eu gostaria de ter, eu não vou viver tudo o que eu gostaria de viver, eu não vou fazer tudo o que eu gostaria de fazer. (...) Cada dia que a gente acorda de manhã é isso da hora que a gente acorda à hora que a gente vai dormir. (...) O tempo inteiro a gente tá em falta, vivendo a falta. Quanto mais, ou, na medida do que eu puder suportar essa falta sem que eu precise distorcer muito a realidade, eh, menos dissociada eu vou ficar. Ou é possível não ficar tão dissociada ou o tempo inteiro dissociada. Agora durante o dia eu acho que deve ser, eh, impossível contar quantas vezes a gente dissocia. (...)

O conteúdo desta fala da Psicanalista 2 se assemelha ao que os autores Cintra e Figueiredo (2010) colocam sobre um texto de Melanie Klein, quando a autora discorre sobre luto e explica que é necessário tempo para que um indivíduo aceite um veredito da realidade, como por exemplo a morte de alguém. Essa aceitação levaria um indivíduo a harmonizar as emoções ambivalentes e aceitar a realidade psíquica ao mesmo tempo em que aceita a realidade externa.

Além disso, a psicanalista 2 ressaltou que o desafio para o tratamento em psicanálise para o terapeuta é o de não se ver muito dissociado, para poder estar atento ao que acontece consigo e poder lidar melhor com as questões do paciente, favorecendo também que ele não fique tão dissociado.

De maneira semelhante, pode-se destacar na teoria de Bion, no que diz respeito à dissociação, se refere ao que o autor definiu como “dissociação útil do ego”, que se aplica, no contexto clínico, tanto ao analisando, como ao analista. Bion descreve que, o analisando, na situação analítica, regride e deixa aparecer a parte psicótica da sua personalidade. O analista, ao invés disso, deve ter condições de dissociar sua mente e assumir sua função e papel de psicanalista, “deixando de lado

sua posição de ser humano”, o qual, ocasionalmente, pode estar tendo sua mente atormentada por problemas particulares (ZIMERMAN, 2001).

A psicanalista 3 explicou sua recomendação para aumentar o número de sessões com os pacientes:

(...) Então quer dizer, eu, eh, eu acho que o que é interessante é você poder ter contato maior com o paciente. Se isso vai chegando num grau mais elevado, eh, se é possível um número maior de sessões, eu acho que é o que é o mais indicado. A gente trabalha melhor, né, apesar de que trabalhar assim com o paciente hoje quatro vezes por semana, eh, vai ficando difícil, né? Porque as pessoas, eh, num têm essa mesma disponibilidade, né? Mas eu acho que, assim, eh... a própria pessoa, quando ela vai sentindo o incômodo dessas dissociações eu acho que ela também vai querer lutar mais, ela vai sentindo o alívio, não é? (...)

Além disso, a profissional também citou um exemplo de uma paciente atendida, além de apontar benefícios de tratamento a longo prazo, complementando sua recomendação:

(...) e até a metade da sessão ela foi relatando que tava passando muito mal, que tava doendo e não sei o que e a gente foi conversando e a gente foi entrando em contato com algumas, algumas coisas ali que, que ela n, que tava transbordando, né, que foi pro corpo, né, e ela não tava conseguindo elaborar. Quando ela foi embora ela falou assim: “nossa, passou a dor”, né? Eu não fiz nenhuma menção a isso diretamente, né? Mas eu não tenho dúvida que a gente foi dando um continente, né? Um espaço para essa mente, né, que ela tava transbordando, então que tinha que sentir em algum lugar, tinha que sentir no corpo, não é? E aí, assim, é uma paciente que eu tento que ela venha mais. E ela também percebe, né, que quando ela vem duas, ela vem três vezes por semana, ela se sente muito, muito melhor, inclusive fisicamente, né? (...) É mágico? Não, não é mágico, né? Mas eu acho que essa é uma parte da nossa técnica, né, que é importante, você tá mais próximo com a pessoa pra você ir trabalhando, né, algumas coisas e mostrando pra ela. De início, eu acho que isso fica uma coisa muito daqui, né? “Ah, na terapia eu vou vê essas coisas. E eu acho que à medida que o tempo vai passando que ela vai entendendo, não é, ela vai podendo utilizar isso sozinha, né? Que eu acho que é a ideia, né, não é que você fica eternamente, só faz isso com a ajuda de alguém, mas é você poder desenvolver esse autoconhecimento e ca, algumas características suas, que vão ser suas sempre, não é? (...) porque no dia a dia a gente tem um acúmulo de lixo, né, de resíduo, de, de muitas coisas, né, que vão ficando e se você vai deixando esse acúmulo de coisas, não é, é como se você alimentasse, né, esse lado que às vezes acaba te fazendo mal, né?

De acordo com Cintra e Figueiredo (2010), um dos trabalhos da análise é criar condições favoráveis para a integração do analisando. A criação de um relacionamento de confiança entre o analista e o paciente, portanto, é fundamental para auxiliar este no processo de integração do ego e impedir que o mesmo permaneça dissociado.

O psiquiatra 1, referindo-se principalmente aos transtornos dissociativos, recomendou que exista cautela diante de cada quadro. Além disso, ele sinalizando que a utilização de medicamentos pode não ser a única via para o tratamento, o qual poderia ocorrer apenas com o uso de psicoterapia, dependendo da demanda do caso:

Eh, eu preciso sempre considerar várias coisas, né? Primeiro lugar, eu tenho que considerar se não existe alguma comorbidade. O que que eu quero chamar de comorbidade aqui? A existência, a coexistência de outros transtornos. Por exemplo: eu posso ter um indivíduo dissociado, mas que essa dissociação, ela vem, ah, esse estado dissociativo venha acompanhado de um transtorno de ansiedade generalizada, por exemplo, que é um transtorno que se caracteriza por uma preocupação excessiva, desproporcional com eventos do dia a dia. Então numa circunstância como essa, né, o uso de medicamentos, eh, como antidepressivos, né, vão ajudar o indivíduo a perma, a perma, a entrar num estado de menor ansiedade, tá? E isso por si só pode aliviar o, o, o, não só a ansiedade mais aí o esta, o, os estados dissociativos, a vivência dissociativa, mas, muitas vezes também, eu tô lidando com pessoas que tão lidando com conflitos internos aí, que não podem ser alcançados pela medicação apenas, tá? Então muitas vezes eu posso indicar, paralelamente ao uso de tratamento químico, um acompanhamento em psicoterapia. Agora já vi situações em que eu poderia muito bem, eh, indicar apenas um acompanhamento em psicoterapia. Então vai depender muito da condição do paciente, da existência de comorbidades, eh... do, do, do quando eu acre, né, eu tô acreditando que aquela pessoa tenha recursos aí, pra, pra aprender a lidar com a situação que ele tá vivendo. (...)

A avaliação de um paciente com suspeita de transtorno dissociativo ou conversivo passa pelo desafio de se excluir uma condição médica geral, uso de substância ou doença neurológica que justifique ou explique a presença dos sintomas motores/sensitivos (paralisias, convulsões, anestésias) no caso de conversão; ou de perturbações das funções mnésicas e integradas da consciência (amnésias, transes, despersonalização) no caso da dissociação. Cabe ainda que seja investigada a possibilidade de que o sintoma apresentado pelo sujeito seja simulado (NETO; MARCHETTI, 2009).

Em uma pergunta anterior, em que foi solicitada uma descrição de um ou mais casos de atendimento a pacientes com dissociação, o psiquiatra 1 também destacou uma possibilidade de tratamento medicamentoso:

(...) Essa pessoa que chega no pronto atendimento após um episódio de agitação, né, na vigên, né, num cenário de desavença familiar, no caso dessa pessoa, em, o uso de benzodiazepínico acabou sendo útil e o mesmo aconteceu nessa circunstância anterior que eu citei da pessoa que chega, né, na cidade onde vai prestar um concurso e simplesmente não se lembra como foi parar ali, né? Nessas circunstâncias, por exemplo, o uso de benzodiazepínicos, ele é interessante, porque são remédios que causam, né, um efeito ansiolítico muito grande, né? E em virtude de baixarem a ansiedade, a pessoa parece ser capaz de retomar aquele conteúdo que ela perdeu sem tanta angústia, né? (...)

O uso de benzodiazepínico e de alguns tipos de antidepressivo, como a fluoxetina tem tido resultados positivos em se tratando do tratamento para transtornos de despersonalização / desrealização (MOREIRA-ALMEIDA; MENEZES JÚNIOR; ZANGARI, 2014).

O psiquiatra 2 recomendou que o conflito intrapsíquico tido pela pessoa com dissociação, mais especificamente com transtorno dissociativo, seja tratado com alguma técnica de psicoterapia, principalmente as de orientação analítica. Além disso ele ressaltou que, em um momento de crise aguda, é importante oferecer um espaço de escuta e acolhimento para o paciente, sendo que, em último caso, é indicado o uso de medicação. Em sua resposta o psiquiatra retomou alguns exemplos dados por ele anteriormente na entrevista:

(...) a recomendação é cuidar do conflito. E aí é alguma técnica de psicoterapia. E eu acho que as técnicas de orientação analítica são as mais indicadas nesse sentido, né? De que aí, assim, né? Não é uma mudança de comportamento que você vai precisar, é uma, é relação da pessoa com o mundo, né? Se vai pra psicanálise, se vai pra uma outra coisa, né? Eu acho que uma terapia breve teria uma boa aplicação. Dez, 20 sessões, pra trabalhar a questão do conflito e aí se surgirem outras coisas, aí você repensa o plano terapêutico. Mas eu acho que um, fora da crise: “olha, aconteceu isso, esse um ponto nevrálgico”. Então, por exemplo, essa moça, né? Pô, ninguém na equipe atendeu ela do aspecto psicológico. Né? Tô falando da equipe, “ah, não o médico poderia ter feito isso...”. Atende, ele é mastologista, uma coisa meio... né? (...) E aí entra numa coisa diferente. Mas a acolhida, assim, “olha, o que que significa a mama”, né? “O que que... qual o significado dessa retirada? Qual é a motivação?”. “Não, eu prefiro morrer do que fazer isso”. Então, qual que é o peso relativo, por que, de onde vem, né? E aí tem espaço pra trabalhar essa questão dessas angústias, desse conflito, tudo mais. Isso fora da crise, não é? Na crise aguda, eu acho que o primeiro ponto que precisa identificar é, assim, o que que houve, né? E geralmente alguém que tava junto que trás, porque é um quadro, assim, dramático, na hora, vai te dizer: “ah, pegou o marido na cama...”, né? Então assim, aí você vai ter que, dá escuta, você vai ter que dar proteção, você vai ter que deixar o ambiente completamente tranquilo, mais tranquilo possível. Ter paciência, né? Mas a abordagem primária, no meu entendimento, é tentar entrar pelos meandros da coisa e, às vezes, fazer a via de ego

auxiliar, né? De falar um pouco: “olha, sentimento é isso, cê pode tá com muita raiva, pode tá muito frustrado...”, né? (...) Habitualmente a abordagem só de abrir o espaço, de conseguir ver, conseguir conversar, já... já dá um, uma taxa de sucesso muito boa, muito boa. (...) o efeito do calmante, aí cê tem que ter mais paciência. Então assim, a pessoa vai ficar ali, né? O próprio conflito vai acabar se resolvendo em duas horas, três horas... é o tempo da pessoa dar uma acalmada, às vezes, dá uma cochilada, o calmante te dá uma sedada. Então, depois que acorda: “nossa, mas onde eu tô, tô meio grogue assim”. Cê vai tê que situa: “olha, cê veio aqui, cê lembra o que aconteceu, que que cê chegou aqui...”. Aí cê faz uma outra abordagem e aí a pessoa já passou o choque inicial, muitas vezes, aí consegue lidar melhor com os sentimentos que, que surgem de uma forma, assim, mais, mais intensa. (...)

O psiquiatra supracitado prosseguiu sua fala após ser questionado sobre a possibilidade do uso de medicação fazer com que o paciente recobre a memória. Além disso, ele mencionou procedimentos clínicos realizados frente a casos semelhantes:

Às vezes sim, depender do nível, demora mais tempo. E aí é todo um trabalho de, que num é feito aí, no caso, na emergência. Na emergência cê tira da crise, explica o que que houve, né, chama o familiar. (...) Então assim, tranquilizar quem, quem traz também, acho que é tão importante, às vezes quanto, que às vezes, quem joga gasolina na coisa é o próprio acompanhante, né? (...)

Posteriormente, foi perguntado aos profissionais o que eles poderiam dizer a respeito de suas experiências clínicas com os pacientes em dissociação e, finalmente, se eles tinham algo a acrescentar na entrevista. As respostas para essas perguntas e demais colocações pertinentes dos profissionais sobre dissociação serão tratadas adiante.

5.5 OUTRAS CONSIDERAÇÕES DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

Sobre a pergunta relativa ao que poderia ser dito acerca das experiências dos profissionais com os pacientes dissociados, as psicanalistas 1 e 3 tiveram respostas semelhantes, salientando que os pacientes que vem aos seus consultórios, muitas vezes se deparam com conteúdos intrapsíquicos com os quais não querem entrar em contato, e, por esse motivo, acabam desistindo de prosseguir a análise. Ambas enfatizaram a importância do autoconhecimento, como colocado pela psicanalista 3:

Olha, eu acho que assim, eh, eh, os pacientes que eles vêm e ficam, né, porque tem alguns pacientes que à medida que você vai tentando integrar, que você vai mostrando umas coisas, eles não gostam muito, não é? Não é todo mundo que eu acho que, falar assim: “ah, todo mundo curte análise, todo mundo... não, eu acho que tem pessoas, que, que vem e que num se sentem assim, com vontade, né? De aprofundar, de, de entender melhor. Preferem tomar me, fazer o uso de medicamentos, não é? Mas eu acho que tem as pessoas que elas vão descobrindo um universo dentro delas, vão vendo que também elas podem se desenvolver a partir disso (...). Às vezes alguns precisam ir e voltar pra entender que precisa de um tempo maior, não é? Não é um tratamento rápido, né? Num é uma coisa de uma evolução, assim, né? Você pode até aliviar os sintomas, mas se você vai embora, aquilo que ocasionou acaba voltando, né? Então a gente tem essa proposta de uma, de uma coisa mais a longo prazo, né? E justamente pra não ficar só em busca da, da, da real, da solução dos sintomas, né? A gente que um, né? Busca um, um pouquinho mais, um pouco mais desse autoconhecimento, né? E dela poder, né? E como você tava fazendo, falando da, da dissociação é entender, né, esses mecanismos, né, entender como que ela funciona, a força que eles têm dentro dela, né? Coisas que fazem bem, fazem mal, não é? Até pra... não pra impedir que essas coisas aconteçam, mas pra não deixar que isso vire um círculo vicioso, né? Entrar na repetição, né?

A psicanalista 2, por outro lado, ressaltou o quanto a dissociação é corriqueira e, na maioria das vezes, não é percebida pelos indivíduos e completou sua fala acrescentando sua opinião a respeito do tema:

(...) A dissociação é uma das... eh... fico pensando assim: aqui nesse ar, nessa, espaço que nós estamos tem os objetos concretos que a gente tá vendo e tem os invisíveis: partículas de pó, oxigênio, gás carbônico, eh, perfume, pelo, eh, sujeira, sei lá mais o que, né? Tá aqui, né? No ar que a gente tá respirando. Numa sessão, duas pessoas, é mais ou menos isso. Existe a conversa que tá acontecendo, mas têm... (risos) “n” coisas se passando em “n” níveis. Coisas que são invisíveis. Coisas que a gente nunca nem vai saber que lidou. Como um monte de coisas que a gente respira e nem sabe que tá respirando. Nem nunca vai saber. (...) eu penso que as coisas mentais, elas são dessa ordem. Então a gente lida com isso o tempo inteiro. Num caso mais grave, alguém num nível de dissociação psicótico, isso vai ficar mais evidente provavelmente. Só vai ficar mais evidente. Mesma coisa que eu jogar um... um, borrifar um ar aqui, um ar não, água e aí a gente vê as partículas. Então fica só mais evidente, mais visível, ou tiver fumaça. Mas não é porque tem mais do que no... só fica mais evidente. (...) Dissociação na verdade é um nome que a gente tem. Pra gente se comunicar de um fenômeno que, ele é amplo, é complexo e a minha fala, tenho certeza que não abrange tudo. É um, é um pouquinho do que é possível.

O psiquiatra 1 apresentou um caso de dissociação em que, em sua opinião, o tratamento psicoterápico era essencial:

(...) Eu tô lembrando de uma pessoa que eu atendi também, eh, ela não tinha fuga dissociativa, amnésia dissociativa, ela não tinha nada. Mas ela contava coisas que tinham acontecido com ela, tão dolorosas, tão dolorosas, mas com um distanciamento, né, emocional, que eram, assim, assustadores de pensar. Lembro que essa era uma pessoa que, eh, tava medicada, mas era dissociada e, e eu, eu procurei, assim, recomendar fortemente que ela tivesse um, um acompanhamento psicoterápico. Na verdade ela até já tinha, mas eu reforçava, né, sempre que necessário, sempre que possível a necessidade dela permanecer nesse, nesse acompanhamento em paralelo ao tratamento medicamentoso.

Já o psiquiatra 2 colocou a experiência clínica com os pacientes como um momento de treino profissional, o qual considerou também desafiador, pela proposta tida por ele de, no decorrer do atendimento, tentar proporcionar a saída de seus pacientes da crise sem a utilização de um medicamento:

(...) Eu acho que é um... um, é um... é um momento que é você e o paciente, né? Num tem intermediário. Eh... a sua atuação pode fazer, eh, fazer bem feito, sem você precisar, acho que aí você consegue um nível de... eh, tem que ter um nível de compreensão, tem que entender, então... pra mim era um treino muito bom, né? Do ponto de vista da, melhorar a minha capacidade de escuta, melhorar a minha capacidade de atendimento, né? É um desafio, né? Tipo assim, tirar a pessoa do, da crise sem usar remédio é uma coisa, eh, bastante... bastante prazerosa po profissional que atende na verdade.

Finalmente, foi perguntado a cada um dos entrevistados se este gostaria de acrescentar algo à entrevista realizada. A psicanalista 1 respondeu que não havia nada a acrescentar e o psiquiatra 2 reafirmou que os casos de transtorno dissociativo têm diminuído. A psicanalista 2 afirmou que a dissociação se tratava de um fenômeno muito amplo e complexo. A psicanalista 3, como dito anteriormente, no tópico 5.1, expressou sua opinião, na qual ela entende que mesmo uma dissociação de natureza mais grave, deve ser tratada de uma forma acolhedora, sem que haja uma concepção da condição como algo patológico em um nível em que se deixe de humanizar o paciente.

De fato, alguns pacientes procuram análise num momento em que têm a expectativa, não de aumentar seu contato consigo mesmo ou com seus objetos, mas, ao contrário, eles esperam desesperadamente fugir ou refugiar-se desse contato. Uma vez no processo de análise, o objetivo desses pacientes é reestabelecer uma organização defensiva contra objetos internos e externos que lhes estão causando uma ansiedade quase esmagadora (O'SHAUGHNESSY, 1981).

A exemplo dos outros, o psiquiatra 1 disse que não tinha nada a acrescentar. Então ele foi perguntado se ele havia atendido algum indivíduo que possuiu um transtorno de

despersonalização/desrealização, devido ao fato de ele tê-lo citado durante a entrevista. O psiquiatra disse que já havia presenciado os dois tipos de caso (despersonalização e desrealização) e fez uma descrição deles, assim como colocado no item 5.2 deste trabalho.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs a investigar a dissociação, suas manifestações e transtornos relacionados por meio de entrevistas com profissionais que possuíssem formação e pelo menos dez anos de atuação nas áreas de psicanálise e psiquiatria, para aproveitar as experiências clínicas de cada um deles.

Os objetivos da pesquisa foram atingidos, uma vez que, através das entrevistas realizadas, foi possível compreender as definições de dissociação e/ou fenômeno dissociativo utilizadas pelos profissionais; identificar, através da experiência dos mesmos, a ocorrência e a frequência de casos em que houve manifestações do fenômeno dissociativo; evidenciar exemplos de manifestações da dissociação na prática dos profissionais; investigar as principais formas de tratamento e técnicas utilizadas para lidar com indivíduos em dissociação; e realizar articulações teórico-práticas a partir dos resultados obtidos e dos dados bibliográficos pesquisados.

No que diz respeito aos significados de dissociação, confirmando o que era apontado pela literatura, houve grande diversidade de significados, com predominância das concepções de mecanismo de defesa e de transtorno psiquiátrico. Além disso, não é possível afirmar se o fenômeno em si é positivo ou negativo, normal ou patológico, pois o uso desses adjetivos atrelados ao mesmo depende do contexto.

Em relação à frequência de ocorrências da dissociação e às poucas considerações ou negligências com que as mesmas são tidas, foi possível, apesar das limitações no que se refere à quantidade amostral da pesquisa, atestar que as distintas perspectivas apresentadas nas diferentes áreas de conhecimento dos profissionais resultaram em colocações variadas. Essas colocações se traduziram unanimemente em apontar que o fenômeno se dá o tempo todo, em se tratando das psicanalistas, e em colocações que indicam que os “casos” ocorrem, mas que podem ter se reduzido em quantidade nos últimos anos, em se tratando dos relatos dos psiquiatras, que se focalizaram em descrever os transtornos dissociativos nesse contexto. Por outro lado, confirmou-se a existência de negligências, ocorridas de diferentes modos, envolvendo ambas as situações.

Os profissionais entrevistados apresentaram exemplos distintos em relação às diversas manifestações do fenômeno. Além disso, eles apontaram várias formas de tratamento ou técnicas

utilizadas para lidar com a dissociação, baseando-se principalmente em suas concepções e experiências práticas profissionais.

As articulações dos dados coletados com a literatura encontrada sobre o tema propiciaram comparações entre as colocações dos profissionais e os conteúdos científicos pesquisados. Ademais, a pesquisa se mostrou relevante porque uniu perspectivas de profissionais de áreas do conhecimento que tratam do tema, o que resultou em uma contribuição para a discussão dos fenômenos dissociativos.

Contudo, não foi possível realizar uma entrevista com três psiquiatras, como havia sido definido na concepção da pesquisa, fato ocorrido em função dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, somados ao prazo de conclusão da pesquisa, que inviabilizou que houvesse uma busca ainda mais extensa, até que se encontrasse um profissional que correspondesse aos critérios.

Conclui-se que a dissociação permanece como um conceito sem uma única e clara definição, o que a torna um termo, possivelmente sem solução definitiva no que se refere a apenas um significado, haja vista que, como evidenciado pela pesquisa, profissionais de áreas diferentes possuem bases teóricas e conhecimentos diversos sobre o fenômeno, embora alguns sejam convergentes e outros divergentes. O mesmo acontece em relação aos profissionais de uma mesma área, pois, mesmo nestes casos, eles podem possuir vivências acadêmicas e clínicas variadas, tendo acesso a contextos distintos, o que também resulta em noções e interpretações diferentes sobre os significados da dissociação.

Sob essa perspectiva é possível afirmar que a dissociação não designa um, mas vários fenômenos que podem ser atrelados a um único termo ou expressão e a seus sinônimos. Desse modo, é importante que se tenha cautela diante da utilização do termo, para não o abordar de maneira superficial, sempre tendo em vista que seu conceito pode variar em função do contexto em que ele é utilizado.

Os exemplos de dissociação colocados pelos entrevistados foram diversos, mas também não abrangem tudo aquilo que se tem como fenômeno dissociativo na literatura, como em situações de experiência de possessão e de transtorno dissociativo causado por uso de substâncias psicoativas. Tal abrangência poderia ocorrer se fosse realizada uma pesquisa em que houvesse maior quantidade de entrevistados.

Como descrito anteriormente, a verificação da frequência da dissociação e a averiguação de negligências relacionadas ao fenômeno foram limitadas pela amostra de profissionais em termos quantitativos, mas foram suficientes para se obter uma análise qualitativa.

As formas de tratamento ou técnicas para lidar com a dissociação mencionadas, a exemplo do ocorrido em outros pontos de investigação da entrevista, foram diretamente influenciadas pelas áreas de conhecimento de cada profissional. As psicanalistas fizeram recomendações que

envolviam passar pelo processo psicanalítico e os psiquiatras, por sua vez, apesar de contemplarem o uso de psicoterapia, mencionaram a possibilidades de tratamento por meio de medicamentos. Outrossim, os modos mencionados para lidar com a dissociação, desde que a mesma represente um problema para o indivíduo, poderiam ser alvo de um estudo mais abrangente que poderia ampliar os conhecimentos sobre os mesmos e/ou revelar outros métodos eficazes utilizados para o mesmo fim.

Assim, a teoria pesquisada, os dados coletados e a articulação teórico-prática realizadas neste trabalho não são suficientes para abordar todas as formas de dissociação de modo aprofundado. Portanto, a pesquisa não pretende esgotar o tema, mas contribuir para elevar sua importância e propor que novos trabalhos sejam realizados. Especificamente, além do que já foi mencionado, seria importante que houvesse mais estudos sobre negligências relacionadas com a dissociação, tanto em se tratando de sua concepção como mecanismo de defesa, quanto no que diz respeito aos transtornos correspondentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 886 p.

_____. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**/[American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.] 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. (1977) 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.

BLEULER, Eugen. **Dementia praecox or the group of Schizophrenias** (J. Zinkin, Trans.). New York: International Universities Press, 1950. 548 p.

_____. **Demencia Precoz, el grupo de las esquizofrenias**. Tradução de Daniel Wagner. Buenos Aires: Hormé, 1960. 534 p.

BOMBANA, José Atílio. Diagnóstico e Conduta nos Transtornos Dissociativos e Conversivos. In: SCHOR, Nestor (Ed.). **Guia de Psiquiatria - Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar**. São Paulo: Ed. Manole, 2002. p. 31-44

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política**, Florianópolis/SC: UFSC, v.2, n.1, p.68-80, jan. / jul. 2005. Disponível em: <http://ftp.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/1386353091.pdf> Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466/12**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2015.

CARDEÑA, Etzel. The Domain of Dissociation. In: LYNN, Steven. Jay; RHUE, Judith W., Editors. **Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives**. New York: The Guilford Press, 1994, p. 15-31.

_____ ; WEINER, Lupita A. Avaliação dos transtornos dissociativos ao longo da vida. In: CABALLO, Vicente E. **Manual para a avaliação clínica dos transtornos psicológicos: transtornos da idade adulta e relatórios psicológicos** / Vicente E. Caballo; [tradução Sandra M. Dolinsky; revisão científica Maria Rita Zoéga Soares]. São Paulo: Santos, 2012. p. 127-142.

CALIGOR, Eve; CLARKIN, John F. Um modelo de personalidade e patologia da personalidade baseado na teoria das reações objetais. In: CLARKIN, John F; FONAGY, Peter; GABBARD, Glen Owens, (org.); tradução: Cristina Monteiro; revisão técnica: Jair Knijnik. **Psicoterapia psicodinâmica para transtornos da personalidade: um manual clínico** / John F. Clarkin, Peter Fonagy, Glen O. Gabbard, organizadores. Porto Alegre: Artmed, 2013. cap. 1, p. 21-54.

_____ ; KERNBERG, Otto Friedmann; CLARKIN, John F. **Psicoterapia dinâmica das patologias leves de personalidade** / Eve Caligor, Otto F. Kernberg, John F. Clarkin; tradução Sandra Maria Mallmann da Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 290 p.

CINTRA, Elisa Maria de Ulhoa; FIGUEIREDO, Luís Claudio. **Melanie Klein. Estilo e Pensamento** / Elisa Maria de Ulhoa Cintra, Luís Claudio Figueiredo. São Paulo: Escuta, 2010. 212 p.

ERIKSON _____ , Erik Hornburguer. The problem of ego identity. In: _____. **Identity and the Life Cycle**. New York: International Universities Press, 1956. p. 101-164.

FREUD, Sigmund. Cinco Lições de Psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos (1910[1909]). In: _____. **Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1997. v. XI. 1 CD-ROM. [Versão 1.0. Não paginado. Parágrafos irregulares].

GAUFEY, Guy Le. Clivagem. In: KAUFMANN, Pierre. **Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan** / editado por Pierre Kaufmann; tradução, Vera Ribeiro, Maria Luiza X. de A. Borges; consultoria, Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996. 785 p.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184 p.

____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. 5. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012. 200 p.

GLEITMAN, Henry; REISBERG, Daniel; GROSS, James. **Psicologia / Henry Gleitman, Daniel Reisberg e James Gross**; tradução Ronaldo Cataldo Costa. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 848p.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. 1. ed. São Paulo: Thomson Learning, 2005. 188 p.

HILGARD, Ernest Ropiequet. **Divided consciousness: multiple controls in human thought and action**. New York: Wiley-Interscience, 1986. 313 p.

HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais / David S. Holmes**; tradução Sandra Costa. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007 (originalmente publicado em 1997). 568 p.

JANET, Pierre. **L'automatisme psychologique**. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Paris: Félix Alcan, 1889. (Reimpresso pela Société Pierre Janet, Paris, 1973). 185 p.

JUNG, Carl Gustav. Chegando ao inconsciente (1964). In: JUNG, Carl Gustav (Org.). **O homem e seus símbolos**. Tradução de Maria Lúcia Pinho. 2. ed. especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008. 429 p.

KAUFMANN, Pierre. **Dicionário enciclopédico de psicanálise**: o legado de Freud e Lacan / editado por Pierre Kaufmann; tradução, Vera Ribeiro, Maria Luiza X. de A. Borges; consultoria, Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996. 785 p.

KERNBERG, Otto Friedmann. **Objects Relations Theory and Clinical Psychoanalysis**. New York: Jason Aronson, 1976. 299 p.

_____ ; CALIGOR, Eve. A psychoanalytic theory of personality disorders. In: LENZENWEGER Mark; CLARKIN, John F (Eds.). **Major Theories of Personality Disorder**. 2nd Edition. Edited by Lenzenweger M, Clarkin J. F. New York: Guilford, 2005. p. 114-156.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário da Psicanálise / Laplanche e Pontalis**; sob a direção de Daniel Lagache; [tradução Pedro Tamen]. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 552 p.

MARALDI, Everton de Oliveira. **Dissociação, crença e identidade**: uma perspectiva psicossocial / Everton de Oliveira Maraldi; orientador Wellington Zangari. São Paulo, Brasil. Universidade de São Paulo, 2014. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-18032015.../maraldi_original.pdf>. Acessado em: 18/04/2016.

MYERS, David G. **Explorando a Psicologia**. Rio de Janeiro: LTC, 2003. 623p.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; MENEZES JÚNIOR, Aldair de; ZANGARI, Wellington. Transtornos dissociativos e Conversivos. In: CAIXETA, Leonardo. **Tratado de neuropsiquiatria**: neurologia cognitiva e do comportamento e neuropsicologia / editor Leonardo Caixeta. 1. ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2014. p. 681-694.

NEGRO JUNIOR, Paulo Jacomo; PALLADINO-NEGRO, Paula; LOUZÃ, Mario Rodrigues. Dissociação e transtornos dissociativos: modelos teóricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 239-248, Dec. 1999. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644461999000400014&lng=en&nr=iso>. Acesso em: 2 fev. 2016.

NETO, José Gallucci; MARCHETTI, Renato Luiz. **Histeria Somatização Conversão e Dissociação.** MedicinaNET. 2009. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2325/histeria_somatizacao_conversao_e_dissociacao.htm>. Acessado em: 18/04/2016.

O'SHAUGHNESSY, Edna. Um registro clínico de uma organização defensiva (1981). In: SPILLIUS, Elizabeth Bott (ed.). **Melanie Klein: Desenvolvidos da teoria e da técnica** / editado por Elizabeth Bott Spillius; tradução de Belinda Haber Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991. v. 1. p. 297-315.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 / Organização Mundial da Saúde;** tradução Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 10. ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007. 1192 p.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Pierre Janet e os atos psíquicos inconscientes revelados pelo automatismo psíquico das histéricas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 301-309, junho 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n2/a13v11n2>>. Acesso em: 21 ago. 2016.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Dicionário de psicanálise/Elisabeth Roudinesco.** Michel Plon; tradução Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira Marco Antônio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. 874 p.

SADOCK, Benjamin James, SADOCK, Virgínia Alcott. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica/Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock;** tradução Claudia Dornelles... [et al.]. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1584 p.

SEGAL, Hanna. **Introdução à obra de Melanie Klein.** Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975. 147 p.

SELLTIZ, Claire et al. **Método de Pesquisa nas Relações Sociais**. São Paulo: Herder, 1967. 688 p.

SILVEIRA, Renato Diniz. Psicanálise e psiquiatria nos inícios do século XX: a apropriação do conceito de esquizofrenia no trabalho de Hermelino Lopes Rodrigues. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 12, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n3/v12n3a13>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

VAILLANT, George. **The Wisdom of the Ego**. Cambridge, M. A.: Harvard University Press, 1993. 94 p.

WINNICOTT, Donald Woods. Desenvolvimento emocional primitivo (1945). In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas / por D. W. Winnicott; com uma introdução de Masud M. Khan; tradução Davy Bogomoletz**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000. cap. XII, p. 218-232.

ZIMERMAN, David Epelbaum. **Bion: da teoria à prática – uma leitura didática / David E. Zimerman**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 344 p.

_____. **Vocabulário contemporâneo de psicanálise**. Artmed Editora, 2001. 459 p.

APÊNDICE



APÊNDICE A – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ aceito participar da pesquisa denominada “Dissociação na perspectiva de Psiquiatras e Psicanalistas”, cujos objetivos são de: investigar o fenômeno psicológico da dissociação, através de entrevistas com psiquiatras e psicanalistas; buscar compreender formas nas quais a dissociação surge nos seres humanos, assim como frequência de manifestação e identificação de formas de tratamento, baseando-se nos dados obtidos nas entrevistas realizadas com os profissionais; analisar a dissociação através da articulação dos dados obtidos e a literatura pesquisada. A pesquisa visa buscar novos conhecimentos, relevantes cientificamente, sobre o tema proposto e que não poderiam ser atingidos de outra forma, senão através de uma investigação com profissionais experientes na área da saúde mental. Após a minha participação, fui informado que o pesquisador utilizará as informações obtidas em minha entrevista, junto com as de outros profissionais para uma análise criteriosa e posterior articulação teórica com a literatura encontrada sobre o tema, tendo em vista os objetivos da pesquisa.

A pesquisa será realizada pelo pesquisador e estudante de Psicologia da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, Lucas de Freitas Silva, sob a orientação da Profa. Dra. Mariana Araujo Noce, professora da referida Universidade e orientadora desta pesquisa. Entrarei em contato com eles pelos números de telefone e os endereços de e-mail a mim fornecidos neste documento caso julgue necessário.

Aceito ser entrevistado, pois recebi os esclarecimentos necessários em relação à possibilidade de haver algum tipo de desconforto ou risco psicológico decorrente dessa entrevista, sendo assegurado de que, se eu me sentir desconfortável ou incomodado de alguma forma em função do meu envolvimento com a pesquisa, poderei solicitar atendimento e / ou acolhimento psicológico ao pesquisador imediatamente. Fui informado de que a entrevista será gravada e de que é esperado que minha participação nesta pesquisa me proporcione benefícios psicológicos, mesmo que de forma indireta, como possibilidade de reflexão a respeito de certos aspectos da minha prática clínica e visão sobre o tema proposto.

Fui comunicado de que a entrevista foi elaborada com cautela e de forma a prevenir, evitar e/ou reduzir quaisquer efeitos pudessem me causar algum dano. Fui assegurado de que receberei assistência imediata e integral durante a minha participação na pesquisa. Foi garantido a mim livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre qualquer tipo de dúvida que eu tiver em relação a minha participação nesse estudo ou a qualquer aspecto deste termo, a qualquer tempo que eu solicitar, mesmo após o fim de meu envolvimento com essa pesquisa.

Foi garantido a mim a total liberdade de escolher participar ou não dessa pesquisa, podendo, inclusive, me desligar da mesma a qualquer momento, até o fim de minha inserção na mesma, sem qualquer justificativa ou prejuízo à assistência a mim garantida por este documento.

Fui informado de que minha privacidade será respeitada e que meu nome ou qualquer elemento que possa, de qualquer maneira, me identificar, será mantido em sigilo em todas as fases da pesquisa.

Compreendi tudo o que foi me colocado nesse termo como requisito para participação da pesquisa e aceito participar da mesma, mediante a tudo que me foi garantido por via deste documento, do qual receberei uma cópia, como certificado pelo pesquisador.

Estou ciente de que não haverá nenhum valor envolvido, para receber ou para pagar, durante minha participação nessa investigação. No entanto, caso eu tenha qualquer despesa devido ao meu envolvimento, haverá ressarcimento do valor integral mediante depósito em conta corrente ou pagamento em dinheiro. Da mesma forma, qualquer dano causado a mim, decorrente da minha participação na entrevista, será devidamente indenizado, conforme a lei. O pesquisador declarou ter cumprido todas as exigências contidas no item IV.3 da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Para qualquer tipo de reclamação ou denúncia, devo entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, localizado na Av. Costábile Romano, nº. 2.201, bairro Ribeirania, na cidade de Ribeirão Preto – SP, cujo CEP é 14096-900 e o telefone de contato é (16) 3603-6915.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Nome do(a) participante

Assinatura do(a) participante

Nacionalidade: _____

Idade: _____

Estado Civil: _____

Profissão: _____

RG: _____

Endereço _____

Lucas de Freitas Silva (pesquisador)

RG: 56.592.222-1.

E-mail: lucasfreitassilva@ymail.com

Celular: (16) 997822700

Mariana Araujo Noce (orientadora)

RG: 24.452.633-3.

E-mail: mnoce@unaerp.br

Celular: (16) 99134-2042

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro de Entrevista

- 1 – O que você entende por dissociação ou por fenômeno dissociativo? Dê exemplos.
- 2 – A dissociação, para você, apresenta algum outro significado? Você a vê como um fenômeno patológico ou pode fazer parte do dia a dia das pessoas? É algo positivo ou negativo?
- 3 – Você possuiu pacientes que tiveram algum tipo de dissociação? De que forma ela surgiu ou se fez presente? O quanto isso é comum em sua prática profissional? O quanto, na sua opinião, esse tipo de caso ou situação pode ser negligenciado?
- 4 – Você pode fazer uma descrição breve de como foi o caso desses pacientes ou de alguns deles e dizer de que forma eles dissociavam?
- 5 – Que tipo de tratamento ou técnicas são recomendados ou utilizados com pacientes que passam ou passaram por uma dissociação?
- 6 – O que pode ser dito a respeito de sua experiência clínica com estes pacientes?
- 7 – Algo mais a acrescentar?

REFERÊNCIA:

SILVA, Lucas de Freitas. **Dissociação na perspectiva de psicanalistas e psiquiatras / Lucas de Freitas Silva**. Monografia (graduação) - Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, Psicologia. Ribeirão Preto, 2017. 67 f.

Currículo Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/7893591523629263>

Redes Sociais:

WhatsApp: (16) 981007131.

Facebook: www.facebook.com/lucassilvapsicologo

Instagram: www.instagram.com/lucassilvapsicologo

LinkedIn: www.linkedin.com/in/lucassilvapsicologo

1.