



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**Um olhar Psicanalítico sobre o “Inferno de Alice”:
Um Estudo de Caso de uma Perturbação
Dissociativa de Identidade**

MARINA SOFIA PIRES CRISTÓVÃO

Orientador de Dissertação:
PROF. DOUTOR LUÍS ROMANO DELGADO

Professor de Seminário de Dissertação:
PROF. DOUTOR LUÍS ROMANO DELGADO

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Psicologia Clínica

2018

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Professor Doutor Luís Manuel Romano Delgado, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.



Desde então, a hora incerta,
Esta agonia retorna
E até que deste conto
Medonho, dou relação,
Sinto cá dentro do peito,
A arder, o meu coração.

Rima do Velho Marinheiro
Samuel Taylor Coleridge

Agradecimentos

Passaram cinco anos...cinco anos! E como passaram rápido. E por fim, encontro-me na última etapa, esperando que seja o início de tudo! Cheguei até aqui com a ajuda e apoio de muitas pessoas que me são bastante queridas e especiais. E é a elas que dedico esta Dissertação.

Em primeiro lugar, não poderia de referir os meus pais, os meus alicerces e apoio incondicional. A vocês, **Ana Cristóvão**, mãe, e **José Cristóvão**, pai. Obrigada por tudo! Obrigada por estarem presentes, por fazerem o vosso melhor, por acreditarem que iria conseguir chegar ao meu propósito e saberem, do fundo dos vossos corações, que serei uma boa profissional, realizada e feliz!

Seguidamente, aos meus bons e fiéis amigos, **Carolina Rodrigues, Marina Vicente e Mário Costa, Joana Martins, Inês Roque, Ema Gomes e Nuno Ladeiro, Peter Taylor, Duarte Oliveira, Pedro Costa, João Filipe Almeida, Sara Mota, Ana Viegas e Daisy Vasconcelos**. A todos vocês um grande obrigado por sempre me apoiarem e acreditarem em mim!

Não deixaria de mencionar os meus colegas e amigos de seminário, **Sara Boaventura, Raquel Bruegas e Ricardo Almeida**, com quem tanto partilhei ao longo deste último ano letivo. Foram a melhor turma, os melhores companheiros e colegas que poderia ter tido. Éramos, sem dúvida, um grupo muito unido e coerente no pensamento. Foi um privilégio! Obrigado!

Por último, e não menos importante, um enorme agradecimento ao meu professor e orientador **Luís Romano Delgado**, que tanto me ajudou ao longo destes anos, não só na Dissertação, aconselhando-me e amparando-me sempre. Agradeço-lhe do fundo do coração por me ajudar a ser a pessoa que sou hoje e a futura Psicóloga que serei! Consigo aprender que o mais importante é compreender a pessoa e a sua vivência. Isso sim, é ser-se Psicólogo! Sinto um orgulho imenso em poder dizer que fui sua aluna!

Resumo

O *Inferno de Alice* relata na primeira pessoa, a história de vida de Alice Jamieson, diagnosticada com Perturbação Dissociativa de Identidade. Trata-se de uma autobiografia, que narra os abusos sexuais que sofreu desde os seis meses até à idade adulta. Com o apoio da perspectiva psicanalítica, pretendemos compreender de que forma estes abusos contribuíram para o desenvolvimento da Perturbação Dissociativa de Identidade. Esta análise assenta num referencial teórico atual sobre o tema, assim como, na pesquisa sobre o conceito de identidade, uma vez que se trata de um conceito indispensável para a compreensão da Perturbação Dissociativa de Identidade. Trata-se de um estudo de caso em que se pretende compreender o sujeito e a sua vivência com a perturbação.

Palavras-chave: Perturbação Dissociativa de Identidade; Identidade; *Alter Egos*; Sintomatologia Dissociativa; Traumas Sexuais.

Abstract

Today I'm Alice reports in the first person, the life story of Alice Jamieson, diagnosed with Dissociative Identity Disorder. It is an autobiography, which chronicles the sexual abuse he suffered from six months to adulthood. With the support of the psychoanalytic perspective, we intend to understand how these abuses contributed to the development of Dissociative Identity Disorder. This analysis is based on a current theoretical reference on the subject, as well as on the research on the concept of identity, since it is an indispensable concept for the understanding of Dissociative Identity Disorder. It is a case study in which one intends to understand the subject and her experience with the disturbance.

Key Words: Dissociative Identity Disorder; Identity; *Alter Egos*; Dissociative Symptomatology; Sexual Traumas.

Índice

1. Introdução	7
2. Estado da Arte	9
2.1. Noção de Identidade	9
2.2. Perturbação Dissociativa de Identidade	14
2.2.1. Alguns olhares psicológicos sobre a Perturbação Dissociativa de Identidade ...	14
2.2.2. Aparecimento da PDI, Sintomas e Tratamento	23
3. Método	29
4. Análise Compreensiva da Autobiografia de Alice Jamieson	31
4.1. Resumo da obra	31
4.2. Análise compreensiva de <i>O Inferno de Alice</i>	32
4.2.1. Sintomas da Perturbação Dissociativa de Identidade, em Alice	34
4.2.2. Como a perda de um objeto significativo precipita o aparecimento dos sintomas da Perturbação Dissociativa de Identidade, em Alice?	42
4.2.3. De que forma os abusos sexuais, físicos e psicológicos contribuíram para o desenvolvimento da Perturbação Dissociativa de Identidade, em Alice?.....	45
5. Considerações Finais	59
6. Referências Bibliográficas	62

1. Introdução

“Eu não sou um homem, sou um campo de batalha.”

Friedrich Nietzsche

Aos olhos de todos, Alice parecia viver uma vida repleta e feliz: vivia numa casa luxuosa, com os pais e o irmão e sempre frequentou as melhores escolas. No entanto, desde sempre se sentira diferente das outras crianças.

Desde cedo que sofria de perdas de memória, tinha pesadelos de cariz sexual extremamente violentos e as vozes que ressoavam na sua mente pediam-lhe constantemente que se matasse.

Em silêncio culpou-se durante anos, até decidir procurar auxílio de um psicoterapeuta que a ajudou a compreender o que a atormentava: múltiplas personalidades. Quando estas se revelaram, Alice percebeu por fim a dimensão da sua agonia. Cada personalidade tinha as suas próprias e aterradoras memórias e assim, Alice podia finalmente juntar todos os fragmentos de memória e aceder a uma visão global do seu passado. Mas o que veio a descobrir quase pôs fim à sua vida.

No seu livro, retrata a sua vida infernal e desadaptada, fruto de abusos sexuais e traumas desde os seis meses de idade. A autora conta-nos como é viver na pele de uma pessoa com Perturbação Dissociativa de Identidade - PDI, falando abertamente das suas angústias, dos seus receios e dos seus agressores, um deles, o seu próprio pai. Conta como as amnésias, os pesadelos constantes e as vozes na sua cabeça, a levaram a vários internamentos, a diagnósticos incorretos e a uma mente torturada pela dor psíquica.

Durante a sua juventude o seu corpo foi manifestando diversos pedidos de ajuda, como comportamentos obsessivo-compulsivos e anorexia, que nunca foram ouvidos, até que a sua mente tomou o controlo total da situação. Surgem, então, as várias personalidades, que se mostraram adaptativas e simultaneamente, destrutivas.

Por tratar-se de um relato apaixonante, na primeira pessoa, a leitura deste livro despertou-nos o interesse no tema e nos seus sintomas. Ao ler este livro, deparamo-nos com o fato de o tema e os seus sintomas se enquadrarem nos nossos interesses, observou-se, desta forma, a possibilidade de analisar a obra através dum olhar psicodinâmico. Trata-se de um relato apaixonante, na primeira pessoa, que levou a debruçar-nos mais profundamente sobre um tema controverso e dúbio dentro da Psicologia.

Durante a leitura do livro duas questões levaram-nos a querer realizar o estudo do caso: “De que forma os abusos físicos e psicológicos contribuíram para o desenvolvimento da Perturbação Dissociativa de Identidade, em Alice?” e “Como é que a perda de um objeto significativo desencadeia a precipitação dos sintomas associados à Perturbação Dissociativa de Identidade, em Alice?”.

Diante deste cenário, o objetivo deste trabalho centra-se no estudo e análise da Perturbação Dissociativa de Identidade (PDI). Para tal, usamos a autobiografia *O Inferno de Alice*, da autora Alice Jamieson, portadora desta perturbação.

Nos dias presentes, a PDI parece ainda, não ter encontrado o seu lugar no corpo científico da área. Sendo uma perturbação pouco estudada, com imensas limitações ao nível da sua comprovação e mostrando-se rara na população, torna-se num objeto de estudo a ter em mente.

Para que pudéssemos responder às questões acima suscitadas e tornar possível esta análise do caso de Alice Jamieson, procedeu-se inicialmente a um levantamento bibliográfico sobre a PDI, de modo a aprofundar os conhecimentos nas diversas perspetivas psicológicas. Aborda-se a Perturbação Dissociativa de Identidade, os *alter egos*, e toda a sintomatologia associada à perturbação, como a amnésia dissociativa, as alucinações auditivas e as insónias. Após este aprofundamento, procedeu-se a análise do relato da autora, Através da análise de conteúdo procurou-se compreender a vivência de Alice com esta perturbação.

Como metodologia de pesquisa, considerou-se que a abordagem mais adequada para a análise da autobiografia de Alice seria o Estudo de Caso, uma vez que se foca nos conteúdos dos próprios escritos da autora, através duma análise de conteúdos.

Este trabalho é constituído por três grandes partes, o enquadramento teórico, em que se resume às teorias acerca da PDI, o método, neste caso qualitativo, e a análise compreensiva da obra, na qual se analisa de forma psicodinâmica, o estudo deste caso particular, tentando responder às duas questões, que são o foco desta investigação: “De que forma os abusos físicos e psicológicos contribuíram para o desenvolvimento da perturbação dissociativa de identidade, em Alice?” e “Como é que a perda de um objeto desencadeia a perturbação dissociativa de identidade, em Alice?”.

Anseio que o presente trabalho venha a despertar em todos os leitores um interesse por esta fascinante perturbação que, infelizmente, ainda tanto se desconhece.

2. Estado da Arte

2.1. Noção de Identidade

Vários autores debruçaram-se sobre o conceito de identidade, tendo o primeiro sido Tausk (1945, cit. por Mendonça, 2014), mencionando que o ser humano necessita de reconhecimento e reflexão sobre si mesmo. Na sequência, Erikson (1980, cit. por Mendonça, 2014) focando-se na importância do meio ambiente e da cultura para a integração de uma identidade coesa e estruturada enquanto criança. Nos seus estudos também identificou oito estádios de desenvolvimento, de forma a construir esta identidade, afirmando que é no quinto estádio que a criança tem as competências necessárias para formar a sua identidade (Mendonça, 2014).

Assim, o conceito acima descrito apresenta três características, nomeadamente, o “sentido de continuidade espaço-temporal do eu; a configuração de elementos positivos e negativos da identidade que dão unidade às experiências de si próprio na interação com o mundo social e a mutualidade ou sentido de independência entre o conceito de si próprio e a realidade” (Erikson, 1950, cit. por Mendonça, 2014, p. 13).

No entanto, o adolescente passa por uma fase crítica, ou, processo de difusão da identidade, que pode ou não ultrapassar, até a sua identidade não estar definida. Este processo de difusão de identidade é constituído por uma “sobreposição de imagens de si, de papéis e possibilidades contraditórias” (Erikson, 1956, cit. por Mendonça, 2014, p. 13).

Em 1984, Akhtar destacou sete características neste tipo de identidade: i) presença de traços contraditórios, enviando para dificuldades de integração das várias representações do *self*, apresentando implicações na forma como este se representa a si mesmo, assim como os outros o representam; ii) descontinuidade temporal, manifestando uma falha no *continuum* do senso do *self*; iii) inautenticidade, isto é, vivência de uma falha de autenticidade, modificando o seu comportamento perante os outros, definida como “identidade camaleão”; iv) sentimento de vazio, que reenviam para sentimentos de morte interior e medo de estar sozinho, significando o seu próprio desaparecimento; v) disforia de género, que consiste na oposição de comportamentos de género e confusão em relação a escolhas sexuais; vi) etnia exacerbada e relativismo moral, consistindo numa falha na estabilidade dos valores culturais ou afiliação étnica, alterando-se as crenças e valores consoante os membros do grupo social, mostrando um *self* inautêntico; vi) distúrbios da imagem corporal, relacionado com estruturas limite com bulimia (cit. por Mendonça, 2014).

Neste seguimento, Marcia (1988, cit. por Mendonça, 2014), baseando-se nos trabalhos de Erikson, evidenciou quatro tipos de difusão como o despreocupado, o culturalmente adaptado, o desenvolvimental e um último caracterizado por isolamento do adolescente e um apoio nas fantasias de grandeza, trazendo à tona dificuldades no contato social.

Segundo António Coimbra de Matos (2006; 2011), para existir uma identidade é necessário haver *a priori* uma identificação projetiva ao objeto, isto é, a identidade psíquica adquire-se através de relações de objetos, que são relações interpessoais significativas. Esta identificação projetiva apresenta-se como um mecanismo precoce, em que “o objeto é um prolongamento do sujeito, ao qual este estende a vivência própria.” (Coimbra, 2011, p. 181).

Precocemente é escolhido o modelo de identificação através dos objetos primários (pai e mãe), o que permite a construção de uma identidade própria (Mendonça, 2014). Trata-se de um processo chave na construção da identidade, sendo a “operação pela qual o sujeito humano se constitui” (Laplanche & Pontalis, 1967, cit. por Mendonça, 2014).

Este processo inicia-se na relação precoce com a mãe, começando por ser uma relação fusional, na qual o bebé se identifica na totalidade com a figura materna, não existindo diferenciação entre estes, remetendo assim para a identificação primária (Mendonça, 2014). O bebé ao incorporar elementos no *self*, provenientes do objeto, faz com que integre novos aspetos que contribuem para a sua maturação psíquica (Grinberg & Grinberg, 1976, cit. por Mendonça, 2014).

No que concerne à identificação secundária, Mendonça (2014) afirma que esta permite uma nova aquisição de identificações, vindas do contexto social, que levam a um afastamento familiar, devido à gratificação advinda das relações com os pares, confrontando assim, os ideais primários com os ideais externos (dos outros). A passagem para a adultícia acompanha-se por novas identificações provenientes das relações com os pares, suprimindo identificações infantis (Braconnier & Marcelli, 2000, cit. por Mendonça, 2014).

Neste seguimento, Grinberg & Grinberg (1976, cit. por Mendonça, 2014) afirmam que é a partir da integração de três aspetos base que o sentimento de identidade surge. São eles i) o “vínculo de integração espacial”, que diz respeito á capacidade de distinguir-se dos demais; ii) o “vínculo de integração temporal”, relativo ao sentimento de continuidade, permitindo a capacidade de tolerar frustrações sem alterar o que se pensa sobre o *self*; iii) e o “vínculo de integração grupal”, relacionado com o mecanismo de introjeção nas dinâmicas sociais (apropriação de aspetos do outro) e identificação projetiva (aspetos do *self* rejeitados e projetados no outro através da manipulação e controlo do objeto).

Posto isto, como surge, então, este processo de identificação ao objeto? Para se entender este conceito, é necessário descrever os processos identificatórios, pois a identidade surge dessas identificações, sejam elas a bons ou maus objetos (Coimbra, 2006).

Primeiramente, Coimbra de Matos (2006) explica que a identificação é uma construção da identidade, em que o próprio sujeito se apossa de características do objeto. A este processo dá-se o nome de identificação positiva (Coimbra, 2006). Por outro lado, caso o sujeito se modifique por ter criado características antagónicas às do objeto, este processo passa a intitular-se de identificação negativa (Coimbra, 2006).

Não obstante, Coimbra de Matos (2006) diz existirem três processos a partir dos quais o sujeito constrói a sua identidade. O primeiro processo é a identificação imagóico-imagética, advém da “incorporação-assimilação da imago e/ou imagem” com que o objeto o define (Coimbra, 2006, p. 216). Isto é, decorre de “mensagens e afluxos inconscientes (imago) veiculados pela projeção identificativa do objeto-sujeito identificador (mãe) e de transmissões conscientes (imagem) constituintes da identidade atribuída e respetivo processo de identificação pelo outro” (Coimbra, 2006, p. 217).

O segundo processo tem como nome identificação idiomórfica, que consiste na identificação por aprendizagem direta à própria forma, assim como o nome indica: “identificação idio (própria) – mórfica (forma)” (Coimbra, 2006, p. 218). Pode dizer-se que é a identificação sexual precoce, admitindo uma autoimagem estática do corpo sexuado, daí, este processo se prolongar no tempo (Coimbra, 2006).

Quanto ao último processo identificativo, este tem o nome de identificação alotriomórfica que consiste numa identificação ao objeto escolhido, ao qual o sujeito procura afigurar-se através da “introjeção dos atributos reais e/ou imaginados” (Coimbra, 2006, p. 219).

Segundo Coimbra de Matos (2006), é durante a adolescência que se dá o processo de desidentificação, dissolvendo-se as “camadas de identidade de origem imagóico-imagética e alotriomórfica, fazendo com que o sujeito consolide a sua identidade própria” (p.220).

No entanto, existem conceitos que se constituem como primordiais para a construção de uma identidade, que dependendo da qualidade das vivências precoces, mostrar-se-ão vir a serem saudáveis ou não. Por esse motivo, serão nomeados alguns, considerados os mais relevantes para esta dissertação, tendo em conta o tema da mesma.

O conceito de Separação-Individuação de Margaret Mahler é um processo pelo qual o bebé se separa e se individua da mãe, caracterizado pela saída da fusão simbiótica com a figura

materna, promovendo a desvinculação à mesma. Este processo permite a construção de uma identidade diferencial (Mendonça, 2014).

Segundo Mahler (1982, cit. por Mendonça, 2014) o objetivo deste processo fixa-se na procura de novos objetos, que irão possibilitar a organização do *ego* e à autonomia do sujeito, devido à separação física com a cuidadora (processo de individuação). Mahler refere que este processo de separação-individuação se divide em três fases pelas quais o bebé terá de passar: i) autismo normal, em que o bebé privilegia os cuidados funcionais como o sono e a alimentação, não apresentando respostas a estímulos externos; ii) simbiótica, em que existe uma dependência dos cuidados da mãe, “existindo uma indiferenciação, fusão e ausência de fronteiras entre o interior e o exterior da mãe”; e iii) separação-individuação, que diz respeito à consciência que o bebé passa a ter quanto à sua dependência da figura materna (Mendonça, 2014, p. 19).

A terceira fase subdivide-se em quatro subfases que são: i) diferenciação, na qual começa a verificar-se uma diferenciação Eu-Outro através do tato; ii) exploração, o bebé começa a explorar o ambiente circundante, começando a demonstrar pouco interesse na presença da cuidadora; iii) reaproximação, dá-se um retrocesso e o bebé demonstra preocupação constante em saber onde se encontra a mãe e com a aproximação desta; e iv) constância do objeto, dá-se quando passa a existir uma “representação intrapsíquica estável” do objeto (Mendonça, 2014, p. 20).

Outro conceito relevante é o de Eu-Pele, de Anzieu, que remete para a importância do corpo como meio de conhecimento interno e externo, uma vez que permitirá “conter conteúdos físicos e mostrar ao *ego* como conter os conteúdos psíquicos, permitindo assim a distinção entre Eu e Não Eu” (Mendonça, 2014, p. 21).

Mendonça (2014) refere que este Eu-Pele se trata de um envelope psíquico capaz de separar o mundo interno do mundo externo, em que a figura materna tem destaque, pois é esta que com o seu “círculo maternante” assume a responsabilidade da formação deste (Mendonça, 2014). Consoante é introjetado no bebé este “círculo maternante”, este vai construindo o seu mundo interno, possibilitando a sua diferenciação.

O contato entre o corpo do bebé e da mãe é de extrema importância, pois é a partir desse toque com a mãe, que o bebé tem a percepção da superfície do seu próprio corpo, dando-se assim uma distinção intrapsíquica Eu-Outro (Mendonça, 2014). Também Winnicott, através do conceito de *Holding*, deu o seu contributo à teoria Eu-Pele, quando elucidou que deverá existir uma capacidade, por parte da mãe, de conter o seu bebé, permitindo assim que o Eu-

Pele tenha o papel de “manutenção do psiquismo”, que irá contribuir para o “funcionamento do *Ego* coeso” (Mendonça, 2014, p. 22).

Em suma, Mendonça (2014) sugere que quando estes processos não se dão de forma correta, gera-se uma dificuldade na manutenção dos conteúdos psíquicos, que pode ajudar a uma indiferenciação entre o Eu e o Não-Eu.

Não obstante, um outro conceito importantíssimo para a obtenção de uma auto-estima saudável é o que Kohut (1917, cit. por Mendonça, 2014) denominou de *Self* Grandioso. Para que a criança o consiga fazer, terá de passar por duas fases, uma primeira fase que se distingue pela indiferenciação entre o *self* e o objeto, ao qual se denomina de narcisismo primário, e uma segunda fase na qual já há distinção entre o *self* e o objeto que leva à configuração de duas construções arcaicas, que são elas o *self* grandioso e a imago parental idealizada (Mendonça, 2014).

O *self* grandioso é a representação idealizada do *self* que se forma a partir dos espelhos empáticos dos pais, levando a que a criança se observe a si mesma e seja refletida aos olhos dos modelos; já a imago parental idealizada consiste na representação idealizada dos pais que promove a construção de ideais do *self*, permitindo que ao idealizar os pais, a criança se identifique e seja como os modelos (Mendonça, 2014).

Mendonça (2014) menciona que não se constrói um narcisismo saudável, podendo mesmo levar a perturbações do *self* (narcisismo patológico), nos casos em que os cuidadores são abusivos ou estão excessivamente envolvidos.

Por último, e não menos importante, temos o conceito de Objeto Interno, de Melanie Klein. De acordo com Mendonça (2014), a autora considera que a vida psíquica é construída através de identificações aos objetos parciais, totais e objeto interno.

Klein (1928, cit. por Mendonça, 2014) demonstra duas vertentes dos objetos parciais, uma delas é remetente a partes do corpo, enquanto a outra reenvia para a apreensão de uma parte do outro com que o bebé se relaciona (e.g. bom seio e mau seio). Os objetos totais dizem respeito à apreensão do objeto na sua globalidade, podendo possuir aspetos positivos como negativos, sendo assim percebido como diferenciado de si, possuindo características distintas das suas (Mendonça, 2014). Quanto ao objeto interno, este só pode ser gerado através do mecanismo de introjeção, “alterando-se através das fantasias do bebé em relação aos objetos reais”, sendo desta forma que se constrói o mundo interno do sujeito (Mendonça, 2014, p. 28).

2.2. Perturbação Dissociativa de Identidade

Ao longo dos anos, o fenómeno de Perturbação Dissociativa de Identidade tem causado enormes controvérsias na comunidade científica, levando mesmo alguns a discordarem do seu reconhecimento, devido a questões ideológicas e a formações científicas distintas, dificultando a definição de um único conceito (cit. por Junior, Negro & Louzã, 1999; Boysen, 2010; López, 2016).

No entanto, e apesar de existir certo ceticismo em volta do tema, esta perturbação já foi aceite pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-V, publicado por *American Psychiatric Association*, 2015) e pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10; publicado por *World Health Organization*, 1992) (Boysen & VanBergen, 2014).

Draijer et al. (1996, cit. por Elzinga, Dyck & Spinhoven, 1998) ressaltam que com o auxílio de um instrumento de medida válido, como o SCID-D, é possível avaliar a presença ou não de veracidade dos sintomas apresentados na Perturbação Dissociativa de Identidade.

Nesta secção da presente dissertação iremos apresentar a perturbação, sob o olhar de algumas teorias, nomeadamente, a Sócio-Cognitiva, a Pós-traumática, a Psicanalítica e a Teoria do Vínculo, de forma a melhor compreender esta perturbação.

Faremos menção a algumas definições e conjeturas a cerca da perturbação, a par do que despoleta o seu aparecimento, dos seus sintomas e, dos possíveis tratamentos.

2.2.1. Alguns olhares psicológicos sobre a Perturbação Dissociativa de Identidade

Aldridge-Morris (1989), Merskey (1992), Spanos (1994), Piper (1995), Simpson (1995) McHugh e Putnam (1995, cit. por Elzinga, Dyck & Spinhoven, 1998) e Gleaves e May (2001, cit. por Stickle & Nicheas, 2006), apontam que devido à perturbação apresentar um carácter exuberante, não consideravam a PDI como um fenómeno clínico real, associado a traumas precoces, mas sim como resultado de uma criação iatrogénica (resultado de uma prática terapêutica), também chamado de Síndrome de Falsa Memória (Kihlstrom, *in* False Memory Syndrome Foundation – FMSF, 1996, cit. por Elzinga, Dyck & Spinhoven, 1998).

Neste seguimento, também Merskey (1992, cit. por Elzinga, Dyck & Spinhoven, 1998), ao analisar descrições de casos de PDI, deparou-se que na maioria dos casos de PDI existia razões suficientes para considerar outro diagnóstico, como perturbações orgânicas e afetivas, e indícios de uma condução iatrogénica.

Pierre Janet, Freud e Breuer (cit. por Junior, Negro & Louzã, 1999; López, 2016) foram os primeiros autores a batizarem esta perturbação de “dupla consciência” (Howell, 2011), ao qual, posteriormente, lhe chamaram de Perturbações Dissociativas. Com o passar dos anos, vários outros termos foram atribuídos a esta perturbação, tais como Perturbação Dissociativa da Personalidade – PDI (*Dissociation Identity Disorder* - DID), primeiramente chamado de Múltiplas Personalidades (Cardenã (s.d.), cit. por Junior, Negro & Louzã, 1999).

Segundo Stafford (1993, cit. por McAllister, 2000) a dissociação é um estado de auto-hipnose, na qual ocorre a separação dos processos do pensamento, das experiências atuais, na consciência do sujeito. As experiências traumáticas e associações a cores, sons, cheiros ou imagens, surgem como gatilhos deste processo (McAllister, 2000).

Janet (1889, cit. por Stickley & Nickeas, 2006) sugeriu como primeira explicação para esta perturbação, que ideias fixadas no subconsciente, causadas por eventos traumáticos na infância, podiam emergir à consciência, podendo tomar o controlo da pessoa através de sonhos, *flashbacks* traumáticos ou através de uma outra personalidade (Midgley, 2002, cit. por Stickley & Nickeas, 2006).

Van der Kolk & Fisler (1996, cit. por McAllister, 2000) afirmam que nos traumas graves, a memória é armazenada de forma fragmentada. Uma forma simples de explicar a memória fragmentada é relembrar o que aconteceu ao corpo da última vez que a resposta ao trauma foi desencadeada, podendo haver lembrança de uma visão ou cheiro particular, ou sensação de que o tempo diminuiu ou, ainda, a existência de memória clara de algum detalhe do evento, não existindo, no entanto, memória de todas as outras coisas (McAllister, 2000).

Mitchell (1991, cit. por Howell, 2011) considera que a nossa consciência é feita de várias vivências e interações com os outros, logo “a experiência de nós mesmos é descontínua, composta por variadas configurações, diferentes *Selves* com diferentes outros” (p. 128). Parece que não apresentamos apenas estados do *Self* de acordo com papéis que desempenhamos, ou com o contexto em que fomos inseridos, mas também, como resultado de experiências traumáticas; e muitas destas formas de ser são como que separadas, dissociadas umas das outras (Howell, 2011). Assim sendo, “nenhum de nós é uma unidade, mas sim uma agregação altamente organizada de auto-estados que podem ser pouco, suavemente ou altamente dissociados” (Howell, 2011, p. 32).

Elizabeth Howell (2011) reconhece que o processo dissociativo se “apresenta como automático, psicologicamente passivo e como defesa ativa” (p. 37), ocorrendo quando não há

integração da experiência traumática, organizando-se de tal modo que uma parte do acontecimento traumático exige a exclusão de outra parte.

Por norma, as perturbações dissociativas são encobertas e não reconhecidas, ou apresentam sintomas atípicos e desconhecidos (MacDonald, 2008). Apesar de serem raras, experiências dissociativas estão presentes no quotidiano, sejam elas, sonambulismo, alucinações visuais e auditivas, *flashbacks*, ou memórias traumáticas reprimidas do passado, que emergem à consciência (Fraser, 1994, cit. por López, 2016).

Segundo López (2016), na década de 90 dominavam duas abordagens sobre a PDI, uma delas, o Modelo Pós-traumático (PTM). O PTM pressupõe uma reação a um trauma inevitável, resultante de graves abusos na infância, no qual o trauma físico e/ou psicológico sofrido é evitado através da dissociação (Gleaves, 1996, cit. por López, 2016). A segunda abordagem, denominada Sociocognitiva (SCM), aponta que, de uma forma não intencional, algumas pessoas agem como se tivessem várias personalidades, o que é explicado pela cultura em que esta está inserida, e não, fruto de um trauma (Lilienfeld et al., 1999; Spanos, 1994, cit. por López, 2016).

Já McAllister (2000, cit. por Stickley & Nickeas, 2006) aponta que foi a partir da teoria da histeria e da repressão de Freud, que o conceito de múltiplas personalidades ganhou credibilidade, no qual a dissociação nas mulheres era considerada como o mecanismo de defesa do *ego* contra fantasias sexuais, que criavam conflitos internos inconscientes. Por sua vez, Ferenczi (1933, cit. por Stickley & Nickeas, 2006) analisou a relação entre a questão do abuso sexual com padrões de secretismo familiar e comunicação em *double-bind*. Em vinculações contraditórias, em que está presente o *double-bind*, como em casos de abusos por parte dos pais ou cuidadores, a multiplicidade dissociativa permite à criança um certo apego e amor aos cuidadores, que se constitui vital para o bem-estar psicológico e para a sobrevivência da criança (Howell, 2011).

Nessa corrente de pensamento, a teoria psicanalítica aglomera algumas hipóteses para o surgimento desta perturbação. Uma das hipóteses para o aparecimento de *alter egos* seria a ausência, em criança, de similares e uma lacuna no que concerne a bons objetos, podendo levar à necessidade de objetos de transição, que seriam as múltiplas personalidades (Marmer, 1991, cit. por Somer & Somer, 1997).

Também Mahler, Pine e Bergman (1975, cit. por Somer & Somer, 1997) chamaram a atenção para a importância das vicissitudes na infância e para o desenvolvimento emocional bem-sucedido, ressaltando a relevância da mãe como figura protetora da criança. Nos casos de

abusos sexuais por parte do pai, a mãe, apresentando-se, na maioria dos casos, indisponível emocionalmente, tanto para os filhos, como para o companheiro, acaba por potencializar a aproximação sexual gratificante do pai à criança (Somer & Somer, 1997).

Somer & Somer (1997) afirmam que, muitas vezes, o vínculo entre famílias disfuncionais é o próprio pai abusivo. Assente neste pressuposto, a criança precisando de um pai, mesmo que este seja incestuoso, não pode nem consegue rejeitá-lo, o que leva à internalização do mau objeto, que na ótica de Fairbairn (1943/1990, cit. por Somer & Somer, 1997) surge como uma tentativa de controlo da situação por parte da criança abusada.

Em suma, a posição psicanalítica é a mais aplicada, no que concerne à tentativa de compreensão do impacto de situações traumáticas infantis, nestas perturbações (North et al., 1983; Midgley, 2002, cit. por Stickley & Nickeas, 2006), tendo vários estudos considerado que como reação a traumas graves, podem desenvolver-se várias personalidades durante a infância, apresentando-se assim este mecanismo como uma defesa (Sinason, 2002, cit. por Stickley & Nickeas, 2006).

Quando surge a dissociação perante acontecimentos traumáticos, emerge de forma a proteger o sujeito da dor do trauma, podendo surgir as múltiplas personalidades quando estas defesas não se constituem fortes o suficiente para proteger o sujeito desta mesma dor (Stickley & Nickeas, 2006).

De acordo com Howell (2011), na maioria dos casos de dissociação, a reciprocidade de relações entre pessoas e mesmo dentro da organização do Eu é nula ou quase inexistente. O sujeito, acreditando que só pode confiar em si mesmo, cria um sistema fechado de personalidades, para poder compensar a falta de reciprocidade afetiva e relacional, dominado pela dissociação defensiva que impede a intersubjetividade (Howell, 2011).

Então, segundo Stickley & Nickeas (2006), o que acontece é que estas personalidades, ao tomarem conta da consciência do sujeito, no momento do trauma, tomam a dor e/ou observam esse evento traumático, permitindo assim que a criança regresse ao seu corpo após o trauma, sem qualquer consciência deste.

Este mecanismo de defesa vai ao encontro com a teoria de Freud sobre a defesa do *ego* através da repressão e negação, ou seja, as crianças desenvolvem os *alters* e são estes que carregam a dor emocional. Quando a situação traumática cessa, estes *alters* permitem que a personalidade da criança torne a emergir (Stickley & Nickeas, 2006), podendo ainda existir diferentes personalidades para lidar com as diversas situações. Cada uma destas

personalidades apresenta uma forma distinta de ser, com “expressões, memórias e reações únicas” (Sinason, 2002, cit. por Stickley & Nickeas, 2006, p. 182).

Já Bromberg (2006, cit. por Howell, 2011) define a dissociação como um processo que é projetado de forma a evitar conteúdos mentais que são desautorizados à mente do sujeito e que podem levar a conflitos intrapsíquicos, “mostrando-se através da alienação do paciente, de aspetos de si mesmos que são inconscientes com a sua experiência do Eu em determinado momento” (p. 37).

No que concerne às memórias, Spiegel, Frischholz & Spira (1993, cit. por Peter Uytterlinde, Consemulder & Hart, 1998) afirmam que as personalidades com carácter mais controlador e hostil revelam maior acesso a recordações, servindo-se das outras identidades para tal.

Herzog e Kihlstrom (1984; 1994, cit. por Peter et al., 1998) revelam que a amnésia nos casos de PDI cinge-se à memória episódica, isto é, à memória autobiográfica e as experiências pessoais. Esta subdivide-se em explícita e implícita, em que a primeira diz respeito às lembranças conscientes e intencionais dos acontecimentos, enquanto a implícita prendesse com o fato de os acontecimentos influenciarem, inconscientemente, o comportamento e percepção dessas experiências (Peter et al., 1998).

Posto isso, considera-se que estes dois tipos de memória, em pacientes com PDI são afetadas de maneira diferente (Peter et al., 1998). Estes sujeitos não se recordam conscientemente dos eventos traumáticos, “mas apresentam sinais de transferência implícita” nos seus comportamentos (Kihlstrom, Tataryn e Hayt, 1993, cit. por Peter et al., 1998, p. 28).

Autores como Taylor e Martin (1994), Cutler e Reed (1975), Dick-Barnes, Nelson e Aine, (1987, cit. por Peter et al., 1998) afirmam que as recorrentes identidades infantis apresentadas por pacientes com PDI, constituem outro exemplo de amnésia na memória de processamento, pois, muitas vezes, os *alter egos* infantis não conseguem escrever ou usar certas capacidades de forma adaptada à sua idade (e.g. usa da linguagem infantil, garatuja).

À parte das amnésias, são também relatadas experiências em que as pessoas dizem sentir-se separadas do seu corpo ou a flutuar acima deste (*zoned out*). É este estado alterado de consciência, que abarca memórias e personalidades, que leva ao aparecimento de identidades separadas, com vidas e aptidões distintas (Dallam & Manderino, 1997, cit. por Stickley & Nickeas, 2006).

Jasper (2003, cit. por Stickley & Nickeas, 2006) afirma ser comum um estado de fuga, em que o sujeito perde a consciência do tempo e espaço, onde “minutos e horas passam-se

num instante” (p. 182), fazendo com que o sujeito não se recorde do que aconteceu naquelas horas, pois o que sucedeu foi a presença de um ou vários *alters* durante esse tempo.

Por estes motivos descritos, procura-se que durante o processo de cura destes indivíduos abusados, estes sejam capazes de efetuar a separação-individuação do mau objeto (Somer & Somer, 1997).

Já noutra perspetiva, o Modelo Sociocognitivo da PDI de Spanos (1993, 1994, cit. por Elzinga, Dyck & Spinhoven, 1998), as típicas manifestações de PDI são o produto de instruções implícitas do terapeuta, do conhecimento que o paciente possui sobre a perturbação, e da procura deste, por características subtis presentes na configuração da terapia.

Para contrapor a ideia subjacente ao Modelo Sociocognitivo, Gleaves (1996, cit. por Elzinga, Dyck & Spinhoven, 1998) suporta o Modelo Pós-traumático, referindo que “uma perfeita imitação de PDI não estabelece a não existência de PDI” (p.14).

Lilienfeld et al. (1999), Piper & Merskey (2004) e Spanos (1994, cit. por Boysen & VanBergen, 2014), e Swartz (2002, cit. por Stickley & Nickeas, 2006) vinculam a origem da PDI em fenómenos sociais, fazendo parte de algumas culturas em que a espiritualidade e o misticismo são parte integrante, como acontece em algumas tribos africanas, nas quais o Xamã ou o Médiun entra em dissociação para comunicar-se com espíritos ou divindades (Junior, Negro & Louzã, 1999).

Sobre o conceito, Cardenã (s.d., cit. por Junior, Negro & Louzã, 1999) diz que existe dissociação quando não há integração dos processos mentais. Do ponto de vista da psicologia clínica, existem três perspetivas para o uso do termo dissociação: (i) uma delas mais cognitiva, em que o conceito se atribui para caracterizar sistemas cognitivos não conscientes e/ou desintegrados na memória, identidade e desejo do sujeito; (ii) como representação de alterações da consciência, quando surge um desligamento entre aspetos do Eu com o meio externo; (iii) como mecanismo de defesa, funcionando a par com amnésia psicogénica, eliminação do sofrimento físico e/ou emocional, e com personalidade não integrada (Cardenã, s.d., cit. por Junior, Negro & Louzã, 1999).

Outra explicação pós-traumática para a PDI tem na base uma reação intensa a um trauma/abuso infantil, servindo de mecanismos de defesa para acontecimentos inesperados, com grande carga psicológica pejorativa (Gleaves, 1996 & Putnam, 1989, cit. por Boysen & VanBergen, 2014; Gleaves, 1996, cit. por López, 2016).

Nos casos de abusos sexuais infantis, a criança dissocia-se da realidade, vivenciando-a como observador externo (despersonalização), para se alienar da experiência sensorial e/ou emocional, que lhe causa sofrimento (Junior, Negro & Louzã, 1999).

Já Boysen (2010) menciona o conceito de múltiplas personalidades para se referir à PDI, e define-a como sendo uma perturbação mental, na qual a consciência, a memória e a identidade do sujeito se encontram fraturadas, surgindo personalidades alternadas que tomam o comando das ações e da consciência do indivíduo, sem que este dê conta.

López (2016) refere que nos casos típicos de PDI, devido à emergência de identidades alternadas (*alter egos*) que assumem o controlo do comportamento do sujeito, este experiencia perda de memória (amnésia dissociativa).

Na procura de melhor qualificar a PDI, López (2016), e através do auxílio do DSM-V, este descreve a PDI como “uma angústia de identidade devido à presença de dois ou mais estados de personalidade bem definidos e memórias recorrentes de eventos diários, informações pessoais importantes e/ou eventos traumáticos que normalmente não são esquecidos” (p.449). Ou seja, a experiência de dissociação é causada por diferentes estados de consciência que envolvem uma desconexão entre percepções subjetivas da realidade com a realidade propriamente dita (Junior, Negro & Louzã, 1999).

Com base nos estudos apresentados podemos então dizer que a exibição de múltiplos *Selves* parece ser a característica dominante nesta perturbação, além da perda de consciência através da amnésia, derivado da não integração da consciência e da identidade.

Estes *alter egos* ou múltiplas personalidades emergem como estratégia de *coping*, experienciando os abusos na vez do *ego*, de forma a que a dor e o sofrimento do abuso infantil não sejam demasiado invasivos (Boysen, 2010).

Também Arnon Bentovim (s.d., cit. por Bramall, K., 2002), considera que a PDI é a criação de um Eu alternativo, como estratégia de *coping*, sugerindo ser uma resposta compreensível como reforço no processo de evitamento do pensamento, ao qual o autor designa de o “Eu sem memória”.

Mas, e se este fenómeno se indicia raro, qual a explicação para alguns sujeitos desenvolverem esta perturbação e outros não? De acordo com López (2016), a resposta prende-se com as características dos traços de personalidade.

Percebemos que parece existir um vínculo entre experiências dissociativas e traços de personalidade, seja ou não o sujeito introvertido, sugestível, ter experiências de despersonalização ou fuga, ou tendência a fantasiar (López, 2016; Isaac & Chand, 2006, cit.

por MacDonald, 2008). Quando um destes fatores está presente no indivíduo, Ruitter, Elzinga & Phaf (2006, cit. por López, 2016) consideram que existe uma grande pré-disposição para se desenvolver esta perturbação.

Nesta linha de pensamento Kihlstrom (2005, cit por MacDonald, 2008) e Simeon, Guralnik, Knutelska e Schmeidler (2002, cit por MacDonald, 2008) referem que pacientes temperamentais ou com pré-disposição e com um historial precoce de abusos ou negligências, têm uma tendência ou pré-disposição para virem a desenvolver PDI, fomentando nos anos 90, por parte dos terapeutas, uma procura incessante por memórias reprimidas em pacientes suscetíveis, que criavam pseudomemórias de eventos (Laney & Loftus, 2005, cit por MacDonald, 2008).

Laney & Loftus (2005, cit. por MacDonald, 2008) mostram que alguns fatores dificultam a definição específica do papel do trauma precoce, sendo eles a vergonha e o secretismo em volta dos abusos sexuais e/ou psicológicos, a tendência para reprimir memórias traumáticas, memória inconstante, potencial para a sugestionabilidade e dificuldade na verificação.

Investigadores influenciados pela Teoria da Vinculação de Bolby¹, olham para a PDI como a manifestação de padrões relacionais inatos, chamados de vinculação desorganizada (Disorganized Attachment, DA) (Lyons-Ruth, Dutra, Schuder & Bianchi, 2006, cit. por MacDonald, 2008, p. 76).

Bolby (1973, 1980, cit. por Howell, 2011) argumenta que o fator chave para a Teoria da Vinculação está nos Modelos Internos de Funcionamento (*Internal Working Models - IWM*), que podem ser definidos como um processo de pensamento que é construído através de experiências passadas, ajudando o sujeito a dar respostas e ações perante situações quotidianas. Este autor observou que várias crianças desenvolviam estes modelos de uma forma não integrada e contraditória, dando o nome de exclusão defensiva à defesa que as crianças utilizam contra os dilemas de uma vinculação interpessoal desorganizada (Howell, 2011). A criança desconeta-se das suas perceções e emoções, como se desativasse a sua vinculação, permitindo à criança manter-se vinculada sem se deixar afetar por observações e sentimentos contraditórios com o seu padrão de vinculação (Howell, 2011).

Mary Ainsworth e os seus colaboradores (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978, cit. por Howell, 2011) classificaram os estilos e vinculação das crianças com as suas mães, a

¹ Esta teoria afirma que é através dos relacionamentos primários, que os sujeitos aprendem a regular as suas angústias, e que, por norma, estes traumas precoces incluem cuidados relacionais patológicos, com existência de troca de papéis, abusos e negligência (MacDonald, 2008).

partir de um procedimento chamado “Situação Estranha”. Encontraram três estilos de vinculação, um deles a vinculação segura, e os outros dois seriam vinculações inseguras – ansioso evitante e ansioso resistente (Howell, 2011).

Em meados dos anos 90, um quarto tipo de vinculação foi descrito, sendo ele o estilo desorganizado (Main & Solomon, 1986, 1990, cit. por Howell, 2011). Este estilo de vinculação associa-se a maus tratos ou uma gigantesca insensibilidade por parte do cuidador, pois quando a criança procura segurança por parte do cuidador e, ao mesmo tempo tem um sentimento de medo deste, as estratégias de vinculação provavelmente tornar-se-ão desorganizadas e, como consequência, podem-se desenvolver múltiplos modelos de vinculação, fragmentados e incompatíveis (Howell, 2011). Em decorrência, as estratégias defensivas ou de enfrentamento destas crianças entram em rutura, não lhes permitindo, então, regular os afetos (Howell, 2011).

Hesse e Main (1999, cit. por Howell, 2011) dizem que evidentemente pais bem resolvidos, seguros e autônomos tendem a criar bebês seguros, assim como pais desligados afetivamente tendem a ter crianças evitantes; e pais preocupados, a criarem filhos ansiosos e resistentes. Consequentemente um comportamento parental classificado como desorganizado corresponderá a crianças com um padrão desorganizado (Hesse & Main, 1999, cit. por Howell, 2011).

Quando existem situações com os pais de contradição (e.g. "a Mãe é segura e protetora, então eu estou seguro" e "a Mãe é perigosa, então eu estou em perigo e aterrorizado"), estes cenários podem levar a um desenvolvimento de Modelos Internos de Dinâmicos de Vinculação (Internal Working Models - IWM) conflituosos e fragmentados (Howell, 2011, p. 92). Sendo estes fragmentados e incompatíveis com o padrão de vinculação da criança podem desencadear perturbações dissociativas. A criança pode ter um conhecimento separado sobre as suas próprias necessidades, isto é, pode convencer-se que as suas necessidades só existem porque de certa forma, os seus progenitores carecem delas (Howell, 2011). Sendo assim, Howell (2011) afirma que estes IWMs fragmentados e incompatíveis podem ser vistos como estados do *Self* dissociados.

Liotti (1992, cit. por Howell, 2011) sugeriu que para um sujeito desenvolver PDI seria necessário ter passado por experiências anteriores e ter desenvolvido uma vinculação desorganizada, na qual tinha criado muitos Modelos Internos de Funcionamento desconetados e contraditórios, que, juntamente com traumas graves e repetitivos produziria PDI. Este autor desenvolveu um modelo pelo qual a vinculação desorganizada se pode transformar em

problemas mais ou menos graves, dependendo se os eventos mais recentes na vida da criança são amenizados, permitindo uma síntese de estruturas dissociadas, ou se têm um caráter de trauma adicional, o que impediria essa síntese (Liotti, 1992, cit. por Howell, 2011).

Uma criança que após as primeiras experiências que levaram à vinculação desorganizada tenha tido experiências reparadoras poderá vir a ter experiências dissociativas (e.g. sonhar acordado). Por outro lado, uma criança com menos experiências reparadoras mas que não passou por situações traumáticas e/ou por maus tratos graves, poderá desenvolver uma perturbação dissociativa leve. No entanto, uma criança com vinculação desorganizada, que posteriormente foi sujeita a abusos severos, possivelmente desenvolverá PDI (Liotti, 1992, cit. por Howell, 2011).

2.2.2. Aparecimento da PDI, Sintomas e Tratamento

MacDonald (2008) argumenta que um tratamento empático na dissociação baseia-se na avaliação das dificuldades que advêm das experiências traumáticas de grande sofrimento.

Torna-se, então, imperativo estabelecer uma relação terapêutica segura com o sujeito, num processo terapêutico de cura. Não obstante, o referido autor considera que os sintomas dissociativos podem ser considerados normais, caso exista situação de elevado *stress*.

Stafford (1993, cit. por McAllister, 2000) diz existir três sintomas característicos da PDI, sendo eles a própria dissociação, os fragmentos de memórias e a ab-reação (processo de descarga emocional).

Sendo assim, perceber e identificar os sintomas desta perturbação torna-se imperativo, pois sintomas dissociativos (e.g. perturbação de conversão e convulsões psicogénicas) agravam o prognóstico, assim como comprometem a memória, dificultando a retenção das informações terapêuticas dadas em psicoterapia (MacDonald, 2008).

Os sintomas da PDI são descritos por diversos autores: Lev-Wiesel (2005) considera que os sintomas da perturbação dissociativa de identidade são depressão, mudanças de humor, ansiedade, ataques de pânico, perturbações do sono, tendências suicidas (Coons, Bowman & Milstein, 1988, cit. por Lev-Wiesel, 2005); outros sintomas do tipo psicóticos, fobias e adições são descritos por Norton, Ross & Novotny (1990, cit. por Lev-Wiesel, 2005); já as perturbações alimentares são referidas por Ross (1996, cit. por Lev-Wiesel, 2005).

Sintomas como ouvir vozes (alucinações auditivas), lapsos de memória (amnésias dissociativas), mudanças de humor e ansiedade, na PDI, podem ser facilmente confundidos

com outras perturbações como as Psicoses, cujas estratégias de tratamento são diferentes (Wing, 1997; Dell, 2006, cit. por MacDonald, 2008; Shirar, 1996, cit. por Lev-Wiesel, 2005).

No que concerne às alucinações auditivas, são descritas como sendo ouvidas do interior das suas cabeças (Coleman, 2002, cit. por Stickley & Nickeas, 2006), e são normalmente encaradas como sendo a conversa/discurso entre os *alter* egos (Stickley & Nickeas, 2006).

Não obstante, existe o risco de dissociações peritraumáticas progredirem para uma Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) (Shalev, 2005, cit. por MacDonald, 2008). Aliás, Zulueta (2002, cit. por Stickley & Nickeas, 2006), diz existir uma correlação entre a PDI e o PSPT, e que quem padece da perturbação dissociativa de identidade pode apresentar sintomas característicos de *stress* pós-traumático, como ansiedade e ataques de pânico, *flashbacks*, memórias corporais, pesadelos e insónias intercalares.

Então, para se perceber o que acontece à consciência na Perturbação Dissociativa de Identidade, é imperativo compreender o que é ter uma consciência saudável. Segundo Damasio (1999, cit. por MacDonald, 2008), a “consciência normal” comporta cinco componentes. Estes constituintes são: (i) a existência de uma sensação de se ser observador de si próprio, o que leva a uma metacognição (capacidade de pensar o seu mundo interno) e à capacidade de auto-observação, contribuindo para que, naquele exato momento, exista uma sensação de “estar presente” em si mesmo e com o seu mundo interno; (ii) acesso a memórias autobiográficas que são constantemente atualizadas e integradas com acontecimentos atuais, permitindo a distinção entre experiências recordadas (passadas), de experiências presentes; (iii) sensação de controlo sobre os conteúdos mentais, a atividade mental e os movimentos corporais; (iv) uma ligação contínua entre corpo e mente e um entendimento de como surgem as sensações e imagens; e, por último, (v) um sentimento de continuidade nas experiências, com mudanças subtis, que transmitem a ideia de identidade.

Assim, a dissociação patológica ocorre quando a angústia invade um destes componentes (MacDonald, 2008). Isto é, quando sucede a separação entre o Eu enquanto observador e o Eu enquanto experimentador, dá-se a despersonalização, ou quando existe amnésia dissociativa, devido à perda reversível de capacidade para resgatar memórias, ou ainda, quando existe uma desconexão entre acontecimentos sequenciais (MacDonald, 2008). Também McAllister (2000) afirma que a dissociação passa a ser patológica quando o sujeito deixa de conseguir utilizar outros recursos internos como mecanismos de defesa para enfrentar os traumas.

Segundo a teoria das Relações de Objetos (Braun, 1987, cit. por McAllister, 2000), perante situações de abusos, as crianças aprendem a separar a consciência e as memórias, da sua identidade. Todavia, o autor afirma que para isso acontecer, tem de existir uma pré-disposição para dissociar e para a repetição do trauma físico.

Como a memória parece estar parcialmente ou totalmente ausente (Frankel, 1993, cit. por Elzinga, Dyck & Spinhoven, 1998), o tratamento da PDI é direcionado para o resgate dessas memórias infantis traumáticas, para que seja possível integrá-las na consciência (Ofshe & Singer, 1994; Kluft, 1996, cit. por Elzinga, Dyck & Spinhoven, 1998).

Em 1987, Bryer et al. asseguraram que abusos na infância causam profundos efeitos que corrompem a psique da criança, que se vê obrigada a lidar com emoções brutalmente invasivas, ao mesmo tempo que se vê obrigada a negar essa realidade. A criança aprende a deixar provisoriamente a consciência, colocando a memória do trauma no subconsciente, que futuramente irá surgir como personalidade separada (McAllister, 2000). À medida que a criança experimenta repetidos abusos, personalidades (ou identidades) distintas evoluem em diferentes momentos (MacAllister, 2000).

A dissociação surge como mecanismo de defesa, possibilitando ao paciente (*host*) que não consegue lidar com o evento traumático, ser controlado por uma personalidade alternativa (*alter*). Findo este processo, pode haver uma lacuna temporal devida à amnésia. A dissociação ocorre por fases; uma fase leve, como sonhar acordado, seguindo-se um *alter*, até ocorrer a ab-reação grave (MacAllister, 2000). A ab-reação é o reviver um trauma precoce, de uma forma tão intensa, que é sentido física e emocionalmente real, experimentando a desrealização e despersonalização (McAllister, 2000). Ao surgir a dissociação, revive-se a experiência do trauma, trocando de personalidade, podendo surgir pesadelos e/ou *flashbacks*, apresentando-se assim, como protetores da mente do sujeito traumatizado (McAllister, 2000).

Putnam (1989, cit. por McAllister, 2000) refere que todas as personalidades desempenham as suas funções, e todas elas detêm memórias e sentimentos distintos. O termo *alter* ou *parte* descreve outras personalidades que residem dentro do corpo do paciente ou *host*. Estas diferentes identidades são descritas por Howell (2011, p. 55) como sendo “partes altamente inter-relacionadas de um sistema que compreende a pessoa total”.

São organizadas naquelas que operam mais à tona e interagem com o mundo exterior, sejam elas mais ou menos frequentes, e nas que possuem as experiências do trauma, podendo ser distinguidas pela sua função e/ou pelo seu estado afetado (Howell, 2011). A aversão,

inimizade ou oposição aos estados afetados dos outros *Selves*, contribui para a contínua separação da consciência do sujeito com PDI (Howell, 2011).

Muitas vezes assiste-se a uma crispação entre *alters*, pois estes possuem diferentes tipos de memórias e apresentam visões distintas sobre a melhor forma de lidar com emoções, ou mesmo discórdia acerca da melhor forma de levar o dia-a-dia do sujeito (Howell, 2001). Parece que o sujeito com PDI se assemelha a uma marioneta cujo controlo pertence às suas múltiplas personalidades que estão no comando.

As múltiplas personalidades são estados discretos de consciência, visivelmente dissociados uns dos outros, pois têm respirações diferentes, tónus musculares distintos, etc. (Putnam, 1997, cit. por Barlow & Chu, 2014). Chefetz e Bromberg (2004, cit. por Howell, 2011) dizem que as personalidades que guardam as memórias traumáticas, são exiladas e tratadas como “Não-Eu”, devido à não internalização das experiências.

Existe, segundo Howell (2011), um padrão do mundo interno destes sujeitos, semelhante ao Drama do Triângulo de Karpman (1968), em que existem vítimas, agressores e socorristas. As partes do *self* que encarnam o papel de vítimas são geralmente crianças cujas “identidades se relacionam com os abusadores, correspondendo a certos entendimentos afetivos e cognitivos dessas relações, bem como à idade da criança no momento do trauma”; as personalidades dos abusadores “representam a internalização dos primeiros perseguidores”; e os socorristas são “enquadrados em torno de pessoas positivas e reais, significativas na vida do paciente, e também podem ser enquadradas em torno de fantasias restabelecidas” (Howell, 2011, p. 56). As relações intersubjetivas entre as identidades podem também ser uma réplica de padrões relacionais, observados durante a infância, pelo sujeito com a perturbação.

Tal como observado por O’Neil (2009, cit. por Howell, 2011, p. 38), “um *alter* tem o seu próprio *Id*, *Ego* e *Superego*”. Estes podem ter diferentes idades e sexos, e podem ser vantajosos ou aniquiladores para o sujeito (McAllister, 2000).

Em mulheres com PDI, normalmente existe uma parte que controla a consciência do sujeito, mais deprimida, não-confrontativa e submissa, ou seja, que está no controlo, à parte de outras identidades com íntimo mais raivoso e aterrorizado, crianças, etc, que geralmente não estão na linha da frente. Por outro lado, existem situações de mulheres com PDI cujo hospedeiro é mais agressivo, compulsivamente otimista e não resguardado.

No entanto, a maior parte do tempo quem está no comando não é a personalidade unida, mas sim o *host* (Howell, 2011). Em alguns casos, a autora afirma ocorrer uma prevalência de

cem ou mais identidades, algumas com nomes, outras nem por isso, desempenhando sempre as suas funções e mantendo emoções (Howell, 2011).

McAllister (2000) afirma que estas pessoas apresentam uma perturbação temporal, podendo desenvolver diferentes tipos de amnésias, assim como perturbações de identidade (e.g. identidades múltiplas ou fragmentadas), e a dissociação passa a ser patológica para a pessoa, quando esta deixa de conseguir utilizar outros mecanismos de defesa para enfrentar situações traumáticas.

Elzinga, Phaf, Ardon e Van Dyck (2003, cit. por Barlow & Chu, 2014) consideram a mudança entre personalidades como uma estratégia para bloquear a consciência de contínuas informações indesejadas, servindo de regulador de respostas a informações potencialmente assustadoras para o sujeito com PDI (Dalenberg et al., 2012, cit. por Barlow & Chu, 2014).

A fragmentação da informação pode ocorrer quando há uma tentativa de partilha dessa mesma informação, entre as identidades distintas (Reinders et al., 2006; Reinders, Willemsen, Vos, Boer, & Nijenhuis, 2012, cit. por Barlow & Chu, 2014). Estas personalidades são de tal modo complexas, que em 1994, Putnam afirmou que algumas delas têm propensão a surgir depois de outras identidades específicas, ou tendem a ser seguidas por determinadas personalidades (Barlow & Chu, 2014). Além disso, Putnam (1994) mostrou que a fisiologia de cada identidade pode ser afetada pelas personalidades que lhe precedem.

Devido às múltiplas personalidades e às amnésias, o sujeito deixa de ser capaz de se relacionar ou de desempenhar atividades do dia-a-dia, sendo incapaz de estabelecer relações de confiança, mostrando-se antissocial e reservado, devido ao fato de também apresentar baixa autoestima, ódio dirigido a si próprio, culpa e indignação (Bohn & Holz, 1996; Hartman, 1995, cit. por McAllister, 2000).

Bohn & Holz (1996, cit. por McAllister, 2000, p. 27) afirmam ainda que “qualquer situação que evoque um sentimento de impotência, perda de controlo, exposição ou intrusão pode provocar *flashbacks*”. Devido a esta dor emocional, muitas vezes ocorrem perturbações em paralelo, como é o caso de perturbações obsessivo-compulsivas, ou alcoolismo (McAllister, 2000).

Segundo Hartman (1995, cit. por McAllister, 2000), a PDI afeta o sistema nervoso central através de cinco formas: i) sintomas intrusivos como *flashbacks* e pesadelos; ii) evitamento de pensamentos; iii) lapsos de memória ou sintomas de entorpecimento; iv) falta de coesas nas diversas personalidades, incapacidade de monitorização do Eu, ou de sustentar a

autoestima; e v) hiper-vigilância, insónias intercalares, aumento do batimento cardíaco e alterações na resposta à dor.

Também a hiper-vigilância se apresenta como um sintoma da perturbação dissociativa de identidade, assim como sentimentos de desamparo e desespero, inutilidade, tristeza e pessimismo. Igualmente comum é a presença de ideação suicida devido aos sentimentos anteriormente referidos se tornarem avassaladores para o sujeito. É ainda comum, sentimentos de estar a partilhar o seu corpo com outros, experimentando a sensação que outras pessoas habitam dentro deles (Mollon, 2002, cit. por Stickley & Nickeas, 2006).

Em suma, face ao exposto, pode-se afirmar que a Perturbação de Múltiplas Personalidades, ou PDI, se apresenta como uma estratégia de fuga a estados emocionais derivados de situações traumáticas, constituindo uma espécie de empoderamento do sujeito perante uma angústia avassaladora, caracterizando-se por diversos sintomas, como estados dissociativos da consciência e amnésia dissociativa, que faz com que o sujeito não tenha uma identidade coesa. Aparentemente, a Perturbação Dissociativa de Identidade é a mais severa forma de perturbação conhecida (Boon & Draijer, 1993, cit. por Lev-Wiesel, 2005).

Por vezes, mais do que a dor física, a psíquica torna-se insuportável, intolerável. Gigantesca ao ponto de criar novas identidades, com vivências, sentimentos e defesas particulares, distintas umas das outras. É como encarnar vários personagens no palco da vida, em que, para nos encontrarmos, por vezes, temos de nos perder.

A mente humana, que ainda tão pouco conhecemos, tem a capacidade de nos agredir e de nos proteger. O meu olhar perante esta patologia é de contemplação. Mais do que uma patologia, trata-se de um mecanismo em si de proteção e sobrevivência da mente do sujeito. É como que um invólucro, como um útero materno que protege o feto das agressões externas, que o molda, que o constitui e que o funda.

Tal como a Alice Jamieson (2009) diz na sua belíssima e cruel autobiografia “O JJ, assim como os outros, ajudou-me a chegar até aqui; e assim, porque ele canta «Everything’s going to be all right», eu acredito que vai correr tudo bem.” (p. 316). Não é isto maravilhoso?

3. Método

Para que uma investigação possa ser factível, há que realizar um trabalho de pesquisa profunda sobre o tema em questão, ou seja, uma pesquisa bibliográfica, para que se possa esclarecer ideias, planejar o estudo e, essencialmente, ter em conta saber clínico e teórico existente sobre o tema específico (Cozby, 2003).

Depois de concluída esta pesquisa e de se proceder ao devido enquadramento teórico sobre o tema, com base nessas leituras bibliográficas, deu-se início a uma procura pela metodologia científica que mais se identificava com este tipo de investigação, chegando-se à conclusão que estaríamos perante uma metodologia qualitativa.

Assim, realizou-se uma investigação qualitativa (Lapan, Quartaroli, & Riemer, 2012). Esta investigação tem uma natureza não-experimental, pois não manipula variáveis. É também interpretativa, pois busca compreender um determinado fenómeno que ocorreu num dado contexto, tentando compreender o seu significado e valor (Lapan, Quartaroli, & Riemer, 2012; Moore, Lapan, & Quartaroli, 2012). Lapan, Quartaroli e Riemer (2012), referem que esta análise interpretativa parte do princípio de que as pessoas elaboram os seus próprios significados na interação com o mundo que as rodeia. Logo, entramos no terreno da subjetividade, pois a presente análise é válida somente para este caso específico.

Existem diversas abordagens de interpretação de dados a serem utilizadas numa autobiografia. Neste caso iremos ater-nos numa interpretação psicodinâmica, com base na procura da razão que leva o inconsciente do narrador à escolha de determinada experiência específica (Winston, 2012). Esta abordagem psicodinâmica assenta no método psicanalítico de Freud que, segundo Winston (2012), teve bastante importância no desenvolvimento dos métodos de análise de biografias, procurando descobrir os significados ocultos no conteúdo manifesto destas.

Em relação à metodologia, que é o conjunto de procedimentos utilizados (Schensul, 2012), esta constitui um estudo de caso, sendo que se trata de um estudo de caso individual, cujo objetivo final será a descrição, decodificação e interpretação dos conteúdos autobiográficos presentes na autobiografia de Alice Jamieson (Cassel & Symon, 1994, cit. por Mendonça, 2014). Segundo António Severino (2007), um estudo de caso é uma “pesquisa que se concentra no estudo de um caso particular, considerado representativo de um conjunto de casos análogos, por ele significativamente representativo...de modo a ser apto a fundamentar uma generalização para situações análogas, autorizando inferências.” (p. 121).

O estudo de caso permite aceder a informações pessoais sobre determinado indivíduo e à sua condição particular incomum, que de outra forma seria extremamente difícil aceder (Cozby, 2003). Segundo Paul Cozby (2003), “o estudo de caso pode apresentar a história do indivíduo, seus sintomas, comportamentos característicos, reação a situações e respostas ao tratamento” (p. 133). Também Merriam (1988, p. 89, cit. por Bogdan & Biklen, 1994) considera que “o estudo de caso consiste na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico.”

Assim, o concluímos que o procedimento para chegar à inferências subjetivas é o estudo de caso, que se irá focar na descodificação do discurso latente, presente na obra de Alice Jamieson.

Quanto ao método, que se refere às técnicas utilizadas na recolha de dados (Schensul, 2012), é utilizada a análise de dados documentais de aspetos autobiográficos significativos para a hipótese proposta.

Este método compreende elementos do estudo de caso, pois é investigado em profundidade e no contexto real (Winston, 2012). Iremos, também, fazer uso da metodologia da análise narrativa, que procura, através das histórias vividas e contadas pelas pessoas, compreender e representar as suas experiências (Lemley & Mitchell, 2012), podendo estas encontrarem-se sob a forma de biografias, autobiografias, pesquisa de histórias de vida, histórias transmitidas oralmente, etc.

Quanto ao instrumento, foi utilizado na presente investigação a autobiografia “O Inferno de Alice” de autoria de Alice Jamieson, e uma revisão bibliográfica dos autores psicanalíticos que considerámos serem os que mais profundamente abordam esta problemática e que melhor explicam a perturbação visada na nossa autobiografia, o objeto de estudo presente.

Em suma, o presente estudo trata-se de uma investigação qualitativa, de natureza não-experimental, que utiliza como metodologia o estudo de caso individual, fazendo uso da análise documental, ou seja, utilizando aspetos autobiográficos.

4. Análise Compreensiva da Autobiografia de Alice Jamieson

4.1. Resumo da obra

Alice Jamieson, nascida em 1969, é a filha mais nova de uma família de quatro membros. A sua mãe trabalhava como secretária numa agência imobiliária, o seu pai era um conceituado advogado, com um gosto particular por golfe, e o seu irmão, Clive, quatro anos mais velho. Viviam numa zona abastada e aparentemente eram a família perfeita. Mas nada é perfeito.

Alice, na altura da escrita do livro, hoje com quarenta e nove anos, é licenciada em Saúde e Estudos Comunitários, corredora de maratonas, viajante regular do Médio Oriente e instrutora de ginástica. Poderia ter sido uma menina com uma infância e juventude corriqueira, como tantas outras crianças, no entanto, devido a abusos violentíssimos, tanto ao nível físico, quanto aos níveis mental e sexual, viveu uma vida assombrada, que se prolongou até aos dias de hoje.

Na sua autobiografia, Alice, nome fictício, relata todos os horrores que lhe foram infligidos e as posteriores consequências. Abusos sexuais executados pelo seu próprio pai, desde os seus seis meses de idade, relatando os abusos praticados na velha casa de arrumos do jardim, onde o seu pai mantinha cativas aranhas, para se aprazer a utilizá-las no corpo nu da sua filha. Outros abusos eram praticados no quarto da menina, relatando as visitas noturnas, utilizando isqueiros para intimidá-la; mas Alice também sofreu abusos por parte de amigos paternos, pertencentes a uma seita, cujo propósito era camuflar esta perversidade praticada às crianças que para lá eram levadas.

Conta, ainda, que cada vez que havia uma discussão entre os seus pais, o seu pai trancava-a num sótão como punição, cujo nome Alice chama de “Gaiola”, onde ficava presa e lhe eram lançadas latas de conserva como único alimento, que esta não conseguia abrir.

Neste cenário, Alice desenvolveu uma patologia rara, como forma de se defender dos traumas vividos, denominada de Perturbação Dissociativa de Identidade, ou simplesmente Distúrbio de Personalidade Múltipla (ou Múltiplas Personalidades). Trata-se de um relato verídico, emocionante e extremamente pessoal, da vida de uma menina que viveu um verdadeiro Inferno: *O Inferno de Alice*.

Neste testemunho, é relatado como o ser humano desenvolve estratégias para lidar com a dor causada pelos inúmeros abusos, que levaram a uma imensidão de diagnósticos falhados e interpretações erróneas.

Socorreu-se, grande parte da sua vida, de comportamentos compulsivos, a par de dependências de álcool e drogas e ainda automutilações, numa tentativa exasperada de evitar sentir a dor e reavivar as memórias traumáticas. Uma vez falhadas estas tentativas, começam a manifestar-se sintomas de algo mais grave, mas que, no entanto, se poderia intitular como adaptativos. Aí, surgem os lapsos de memória e refere a vivência com as múltiplas personalidades, assim como com as vozes, cujo nome atribuído é *A Turma*, e o seu protagonista, *O Professor*.

Em 1999 apresentou queixa contra o seu pai e na altura do término deste livro, planeava começar um doutoramento na área dos danos autoinfligidos e da dissociação.

Partindo do pressuposto que fomos aprendendo ao longo desta caminhada académica, esta autobiografia será, então, analisada sob um ponto de vista psicodinâmico, uma vez que, tudo o que pelo ser humano é proferido, pode ter uma leitura dinâmica, muitas vezes inconsciente ao sujeito.

4.2. Análise compreensiva de *O Inferno de Alice*

Alice inicia a sua autobiografia referindo que aos seus 24 anos foi-lhe diagnosticada Perturbação Dissociativa de Identidade. Ora, ao realizarmos a leitura atenta do livro e enquanto investigadores da área, chegamos à conclusão de que Alice sofre efetivamente de Perturbação Dissociativa de Identidade - PDI (Dissociation Identity Disorder - DID).

Para melhor compreensão do que consiste a perturbação, Stickley e Nickeas (2006) explicitaram que a PDI se descreve pela tomada da consciência do sujeito, pelas próprias personalidades aquando do trauma, vivenciando a dor e observando o próprio acontecimento traumático, possibilitando assim que a criança regresse ao seu corpo após o trauma, sem, no entanto, ter consciência da ocorrência do mesmo.

Ao longo dos capítulos a autora vai revelando uma panóplia de sintomas, dentre os quais podemos destacar as amnésias dissociativas, ou lapsos de memória, que vêm sempre precedidas de dissociações; as alucinações auditivas, quando diz ouvir vozes a ressoarem na sua cabeça; flashbacks (ou hipertimesia) e sentimentos de despersonalização, além das próprias múltiplas personalidades (*alter egos*).

A referir que todos estes sintomas se acompanham de um sentimento de culpa permanente. Para além disto, Alice apresenta várias comorbidades associadas à PDI, tais

como perturbações do humor, do sono e ao longo da sua história, algumas tentativas de suicídio decorrentes das múltiplas personalidades.

A autora refere que as diferentes personalidades surgiram em momentos diferentes da sua vida, consoante a necessidade. Cada uma delas contém as suas próprias memórias, afetos e personalidades.

Alice afirma não saber ao certo quantas personalidades alberga, no entanto atira uma estimativa: “Então, quantos *alter egos* possuo? Eu diria mais de quinze e menos de trinta, uma combinação de protetores, perseguidores e amigos” (Jamieson, 2009, p.267).

Para que o leitor tenha uma visão amplificada e esclarecedora destas personalidades, iremos destacar as sete personalidades dominantes no *host* (ou em Alice). Começemos pelos dois *alter egos* mais presentes ao longo da narrativa:

- **Shirley**, representa uma personalidade de quatorze anos, impulsiva, com comportamentos autoagressivos como a mutilação, tentativas de suicídio, alcoolemia, disfunções sexuais, anorexia e comportamentos obsessivo-compulsivos, como lavar-se, cozinhar, correr, etc. Esta submetia-se ao agressor e escrevia um diário quando estava como personalidade dominante.

- **Kato**, um jovem de dezasseis anos, também ele com comportamentos autoagressivos como a mutilação, e tentativas de suicídio e com comportamentos ilícitos como o furto. Rebelava-se contra o sistema e confortava outras personalidades mais jovens. Kato e Shirley apresentam-se como os dois *alter egos* mais problemáticos e que mais vezes puseram em risco a vida de Alice, devido às tentativas de suicídio.

- **Billy**, é uma personalidade com cinco anos, que gostava de brincar com legos e é a personalidade que alberga as memórias dos abusos sexuais praticados por um amigo do pai de Alice, no seu carro branco *Rover*. Por este motivo, esta personalidade odiava homens a passear nos seus carros na estrada e na sua imaginação pensa ter uma arma na mochila com que se pode defender, apontando para esses carros e dizendo “Bang. Bang”. (Jamieson, 2009, p.258).

- **JJ**, é um menino de 10 anos, considerado em muitas ocasiões como o protetor de Alice: “(...) JJ, o rapaz autoconfiante de dez anos que aparece quando a Alice está sob tensão e lida com situações complicadas como viagens de metro e conhece pessoas novas.” (Jamieson, 2009, p.267). Ou mesmo quando Alice refere “Afortunadamente, o JJ brotou de dentro de mim e, com a sua voz, soltou um grito de pavor, (...) fazendo com que todo o hospital se silenciasse. (...) Fora o Kato que me magoara e o JJ que me salvara”. (Jamieson,

2009, p.274-275). Parece que este *alter ego* é a parte saudável de Alice e a personalidade mais adaptativa e positiva.

- **Samuel**, tem seis anos, incentivava a **Alice 2** (com dois anos) e é a personalidade com mais memórias afetivas e lembranças das experiências armazenadas com o avô de Alice, escrevendo-lhe cartas e sofrendo com a sua ausência.

- **Eliza**, tem sete anos e habitou no corpo de Alice quando esta tinha 10 anos. Foi a personalidade que emergiu aquando dos abusos sexuais em grupo durante os rituais satânicos.

- **Bebé Alice**. É a personalidade mais imatura. Representa Alice durante os abusos desde os seis meses de idade. Quando esta personalidade está no controlo, há uma imensidão de tristeza, angústia e agitação, a par de um ininterrupto choro de sofrimento.

Por fim, iremos traçar um panorama comparativo entre o relato da Alice e o referencial teórico estudado, no qual apoiamos a nossa análise. Neste panorama apresentaremos algumas passagens da obra que relatam exatamente os sintomas acima descritos.

4.2.1. Sintomas da Perturbação Dissociativa de Identidade, em Alice

Nesta secção pretendemos comprovar que Alice sofre efetivamente de PDI. Para isso é necessário ir à busca dos sintomas caraterísticos da perturbação, descritos através de excertos do seu livro.

Alice inicia a sua autobiografia descrevendo como se sente estilhaçada, perdida e desorganizada, decorrendo daqui algumas anotações a ter em conta:

A minha memória é como um grande vaso que foi atirado de uma janela (...) Quando tento unir as peças, juntando uma recordação à outra, partes da história tornam-se claras e lúcidas, mas sobram muitos espaços em branco e tempo perdido...Momentos impossíveis de encontrar entre as longas sombras negras que se estenderam por toda a minha infância. (Jamieson, 2009, p.15)

Nesta passagem, podemos identificar as amnésias dissociativas, como sendo os lapsos de memória que Alice descreve dizendo “(...) sobram muitos espaços em branco (...)” (Jamieson, 2009, p.15). Neste pequeno excerto é notório que a autora se sente partida, os alicerces do *ego* estão frágeis e danificados, com uma grande angústia de fragmentação presente. As sombras negras parecem representar os acontecimentos traumáticos por que

passou, as suas partes às quais não tem consciência. São, diríamos, memórias afetivas, carregadas de sentimentos de medo, o chamado terror sem nome.

Aqui, Alice presenteia-nos com uma chamada de atenção, um alerta para que algo de errado se passa com ela. Poderíamos mesmo dizer que, pela forma de entrada da autora na obra, trata-se de um pedido de ajuda, pois é de lembrar que se trata da sua primeira entrada enquanto narradora.

Tal como Stafford (1993, cit. por McAllister, 2000) menciona, os fragmentos de memória são das principais características desta perturbação. Daniel Marcelli (2005) concede-nos uma perspectiva psicodinâmica acerca de situações traumáticas vividas durante a infância precoce, referindo que a situação traumática advém das capacidades de defesa do *ego* serem ultrapassadas: “A essência de uma situação traumática deriva do desamparo experimentado pelo *ego* face a uma acumulação da excitação, seja ela de origem externa ou interna” (A. Freud, s.d., cit. por Marcelli, 2005, p.473).

Então, apoiando-nos no que Marcelli refere, parece que as violações que Alice sofreu foram de uma brutalidade tal que ultrapassaram as capacidades de adaptação e contenção do *ego* para lidar com os acontecimentos:

Quando a coisa negra estava no seu pior, quando os *cocktails* ilícitos e as corridas de dezasseis quilómetros deixavam de funcionar, sentia-me dormente como se estivesse morta para o mundo (...) Sentia uma dor tão intensa e persistente dentro de mim, que me sentia tentada a ir buscar uma faca à cozinha e usá-la para tirar a coisa negra de dentro de mim. (Jamieson, 2009, p.66)

Apesar de todos os comportamentos obsessivos que Alice mantinha para tentar lidar com o sofrimento, sendo eles estratégias de *coping*, o *ego* acaba por não aguentar e não se adaptar, causando assim o colapso dos mecanismos de defesa que levam a que a autora comece a manifestar os sintomas da sua perturbação. Por outro lado, sabemos que a própria dissociação e as múltiplas personalidades servem como protetores da mente do sujeito, como McAllister (2000) refere.

Interessante é a relevância que Ferenczi (1933, cit. por Zimerman, 1999) atribui aos pais no que concerne à determinação do trauma e ao sentimento de desamparo vivido pela criança, afirmando que ocorre quando “a criança não se sente compreendida pelos adultos, como se houvesse uma confusão de linguagem entre eles (...) e, ademais, esses adultos oferecem uma experiência exageradamente excitante, ameaçadora ou perturbadora” (p.111).

Meltzer (1975, cit. por Zimerman, 1999) definiu o estado de desamparo das crianças traumatizadas através de alguns conceitos, como o estado mental de desmantelamento. Neste estado parece haver uma suspensão temporária do funcionamento da mente, de onde advém uma “falta de espaço mental interno para conter e sustentar as identificações”, surgindo assim um sentimento de desamparo (Meltzer, 1975, cit. por Zimerman, 1999, p.111).

Em consonância com o que Ferenczi (1933) nos apresenta e segundo os relatos de Alice acerca da sua mãe, esta sempre se demonstrou fria, distante e pouco compreensiva, como um continente árido, sem capacidade empática: “Eu e a minha mãe não nos entendíamos. Ela dizia que eu era uma criança insuportável, que era uma tagarela, que fazia demasiadas perguntas. Eu era hiperativa, cheia de energia e estava sempre a reclamar a atenção dela” (Jamieson, 2009, p.17).

Não admira que Alice tenha adquirido este sentimento de culpa. Esta mãe que não prestava atenção à sua filha, parece ter conduzido Alice numa procura incessante pelo amor do pai, pois este era o único que, de certa forma, lhe dava algum tipo de atenção e afeto. Talvez por isso, a autora se sentisse culpada e demonstrasse ter um sentimento extremamente ambíguo em relação ao pai, como se Alice se sentisse culpada por ser ela a procurar o objeto que a agride.

A par disto, Mahler, Pine e Bergman (1975, cit. por Somer & Somer, 1997) alertaram para as experiências precoces e um bom desenvolvimento emocional. Somer e Somer (1997) relatam que em casos de abusos sexuais praticados pelo próprio pai, geralmente a mãe apresenta-se emocionalmente indisponível para os filhos e para o companheiro, potenciando uma aproximação do agressor à vítima.

Por outro lado, esta hiperatividade demonstrada em criança parece ser uma fuga contra a depressão e os pensamentos que a perseguem, e/ou uma forma de demonstrar a sua fome de afeto e atenção. Esta falha narcísica que muito cedo se começa a construir origina um *ego* muito frágil, com alicerces instáveis, o que, juntamente com uma pré-disposição genética, origina a perturbação.

Podemos observar que a certa altura, a autora desenvolve um falso *Self*, um funcionamento de fachada, como Winnicott (1994, cit. por Galván & Amiralian, 2009) refere, servindo para proteger o verdadeiro *Self*:

Eu estava a ser insuportável e ela aturava-me deixando que a ajudasse, mas em parte eu sentia que estava a ser um incómodo. A minha mãe ocultava os seus sentimentos e eu, sentada nos seus joelhos, aprendi a ocultar os meus. Houve uma falha de comunicação

crucial entre nós as duas quando eu era pequena e quando atingi a puberdade já tinha construído uma muralha à minha volta, uma fachada que escondia a minha instável auto-estima e na qual a minha mãe não conseguia penetrar. (Jamieson, 2009, p.18)

A autora, constantemente na esperança de obter afeto e atenção por parte da sua mãe, e esta negando-o, cria um falso *Self* para se proteger da frustração que, logicamente, sendo uma criança, não possui os mecanismos internos para saber lidar.

Também a ab-reação, característica associada à despersonalização de que MacDonald (2008) nos fala parece fazer parte deste aglomerado de sintomas de Alice:

(...) outras vezes questionava-me se eu realmente existia. Enquanto corria, conseguia ver-me a mim mesma do lado de fora (...) Eu podia lembrar-me de tudo e não me lembrar de nada. Podia assistir a um filme e recordar-me de todas as cenas em pormenor como se tivesse sido eu a escrever o guião, e depois assistir a outro filme noutro dia e ser incapaz de recordar fosse o que fosse. (Jamieson, 2009, p.45)

Alice demonstra-nos mais uma vez a estreita ligação que mantém com a realidade, como se este sentimento de não saber quem é, de estranheza de si própria, que constitui a despersonalização, juntamente com os *flashbacks* derivados da ab-reação: “(...) conseguia ver-me a mim mesma do lado de fora (...)” (Jamieson, 2009, p. 45) a afastassem a pouco e pouco da sua essência, do seu Eu, e fossem abrindo frechas para a emersão das múltiplas personalidades.

A estranheza de toda a situação parece levar Alice a questionar o que se passa com ela, deixando-lhe um sentimento de confusão e culpa permanente, visível quando a autora menciona “Era como se aquilo que me acontecera tivesse sido culpa minha. E se não tivesse acontecido, a culpa era minha por ter tais pensamentos perversos” (Jamieson, 2009, p.49).

Interessante é a explicação dada em 1943, por Fairbairn, relativamente à psicopatologia na criança, que nos parece elucidar sobre como Alice constrói este sentimento de culpa constante (Greenberg & Mitchell, 2003).

O autor sugere que a internalização dos objetos advém de uma grande necessidade para estabelecer relações, e do dilema que os pais emocionalmente instáveis, intrusivos ou desorganizados, instalam na criança (Greenberg & Mitchell, 2003). Daqui advém uma sucessão de interiorizações, recalcamientos e clivagens, de forma a que a criança consiga manter a ilusão de ter uns pais bondosos como figuras reais no seu mundo externo, separando

os aspetos maus dos pais, ou melhor dizendo, clivando-os, e interiorizando-os – a própria criança é que é má e não os pais – passando então a conter dentro de si as qualidades negativas dos pais, como o sadismo, a desorganização, a depressão, tornando-se assim nos maus objetos (Greenberg & Mitchell, 2003).

Alice manifesta ter um sentimento completamente ambivalente e desorganizador em relação ao seu pai. Por um lado, deseja-o e sente-se atraída para este, e por outro repele-o e receia-o:

Os fins-de-semana chegavam e, como uma viciada (...) comecei a visitar o meu pai de novo (...) Eu era masoquista, e não fiquei admirada quando descobri que até mesmo o masoquismo tem conotações sexuais. Se as minhas memórias eram reais, então eu fora violada incestuosamente pelo meu próprio pai até à insanidade. (Jamieson, 2009, p.121-122)

Segundo Fairbairn (1943), “as memórias são igualmente recalçadas por estarem associativamente ligadas aos aspetos ultra-estimulantes ou ultra-rejeitantes dos pais.” (Greenberg & Mitchell, 2003, p.208). Fairbairn diz-nos que as memórias constituem um perigo para o sujeito, porque trazem à consciência as relações internas com o objeto excitante e o objeto rejeitante, os anseios e as identificações com estes objetos, e por esse motivo são como que esquecidas (Greenberg & Mitchell, 2003, p.208).

Ora, Alice parece ter internalizado estas características do pai real, para poder manter uma idealização da figura paterna, interiorizando no seu mundo interno, o sadismo do pai como característica “**maldosa**” e transferindo assim a culpa para si própria: “A menina não sabia o que fizera para a mãe estar tão zangada, mas o que quer que fosse, tinha a certeza de que era culpa sua” (Jamieson, 2009, p.63).

Prosseguindo com a análise da obra, ainda podemos desvendar outros sintomas carateriais da perturbação de Alice, como as dissociações: “Torcia-me e contorcia-me e, nessa noite, sonhava que alguém entrava no meu quarto. Essa pessoa fechava a porta, retirava os peluches da minha cama, puxava as cobertas para trás e percorria o meu corpo com os dedos...” (Jamieson, 2009, p.20).

Tal como nos sugerem Howell, Stickley e Nickeas (2011; 2006), a dissociação manifesta-se como processo automático de defesa, devido à não integração do trauma. Assim como Stickley e Nickeas (2006) nos explicitam, as personalidades assumem a consciência do sujeito no momento do trauma, de forma a armazenarem a dor e a vivência do acontecimento

traumático, permitindo ao sujeito regressar ao seu próprio corpo sem ter qualquer percepção do que se passou.

Uma parte desse acontecimento traumático apresenta-se tão forte para a mente do sujeito, que esta tem a necessidade de excluir outra parte do acontecimento, e aí surge a dissociação. Alice demonstra este mecanismo nos seus relatos:

(...) Sentia-me a planar (...) Esta palavra descrevia na perfeição uma imagem na minha mente de mim, a Alice, a flutuar logo abaixo do teto, tal como um balão, a observar a minha própria cama pequena, onde um homem enorme estava pesadamente deitado sobre uma menina que eu não conseguia ver ou reconhecer. Não era eu. Eu estava a planar no teto. (Jamieson, 2009, p.46)

Mediante o citado, podemos não só identificar o sintoma, como podemos também perceber que em perturbações dissociativas, a não aceitação e interiorização dos acontecimentos traumáticos leva a que alguns *alter egos* que contém memórias mais perturbadoras seja como que enclausurados numa redoma e sejam então negados e tratados como Não-Eu (Chefetz e Bromberg, 2004, cit. por Howell, 2011). Alice nega a realidade externa, negligenciando o seu próprio Eu para se poder proteger ao máximo do sofrimento que estes abusos, causados pelo seu próprio pai, lhe causam.

A par do que foi mencionado, é-nos possível denotar um sentimento de estranheza dirigido a si própria, assim como aspetos que Alice ressalva como sendo reveladores da presença de múltiplas personalidades:

Eu sempre soube que havia algo de errado comigo. Sempre. Não me apercebera de que albergava um bando de crianças tagarelas, todos esses «eus» substitutos, mas não foi uma surpresa completa para mim quando começaram a manifestar-se de forma mais notória e óbvia, não como observadores, mas sim como participantes. Eu estava cercada por personalidades alternativas como se cada uma delas refletisse aspetos de mim mesma, mas ocultasse o meu verdadeiro «eu», o meu «eu» integral, de mim mesma e do mundo. (Jamieson, 2009, p.187).

Alice observa que existem muitos dentro de si; um aglomerado de pessoas sem rosto, que contêm partes traumáticas da sua vivência, porém, a autora também refere que estes outros encobrem a sua verdadeira identidade. Arriscamo-nos a dizer que Alice humildemente aceita a sua condição, talvez na esperança de que lhe trouxesse alguma paz e apaziguasse as

vozes maldosas e persistentes que esta descreve: “*Mata-te, Alice. Mata-te. É a única forma. «Pelo amor de Deus, desapareçam.» Mata-te. Mata-te. Sempre as malditas das vozes*” (Jamieson, 2009, p.313).

As vozes, sempre as vozes! Esta constante que teima em permanecer na mente da autora e que tanto a atormenta e tenta. Diríamos que Alice teve uma grande força interior, munindo-se de recursos internos para contrariar as exigências colocadas pelo professor e a sua turma (as vozes), mesmo não sabendo que tinha essa capacidade.

Estas alucinações auditivas são características da PDI, tal como referem Wing e Dell (1997; 2006, cit. por MacDonald, 2008) e Shirar (1996, cit. por Lev-Wiesel, 2005) e tal como a autora nos descreve durante a sua obra, tratam-se de conversas ouvidas, dentro da sua própria cabeça, entre os *alter egos*: “A minha vulnerabilidade incentivava as vozes. (...) Não demorava muito para que o coro de vozes desconhecidas (...) do Professor e dos seus compinchas se insurgissem com os seus comentários maldosos” (Jamieson, 2009, p.101).

Ninguém te ama. Não és nada. Vá lá, Alice, mata-te. Tu sabes que queres fazê-lo. Fá-lo Experimenta. Fá-lo agora. (...) As vozes que acompanhavam o Professor entravam na conversa com coisas como, Apoiado. Assim mesmo! É bem feito para ela. Quem é que ela pensa que é?” (Jamieson, 2009, p.101).

Muitas das personalidades que Alice abriga estão carregadas de sentimentos pesados e dolorosos, contendo uma raiva que parece estar reprimida em Alice, mas que se expressa em comportamentos autodestrutivos como tentativas de suicídio: “Fiquei chocada ao recordar que, aos catorze anos (a idade da Shirley) começara a fazer incisões e cortes nos meus braços só para ver o sangue, uma memória recuperada e confirmada pela minha antiga colega de escola (...)” (Jamieson, 2009, p.278).

De modo evidente, a autora sente estas vozes como negativas, como maldosas e destruidoras, no entanto, e partindo do princípio que estas conversas são entre as múltiplas personalidades, nem todas elas são maliciosas. Algumas delas são protetoras e, atrevemo-nos a dizer, salvadoras:

Afortunadamente, o JJ brotou de dentro de mim e, com a sua voz, soltou um grito de pavor, (...) fazendo o hospital se silenciar. Três enfermeiras apareceram em poucos segundos, mas eu já devia ter perdido, pelo menos, um litro de sangue. (...) As vozes estavam a conversar, mas eu não estava a prestar atenção. A chuva batia na janela. Pensei na Dra. Armstrong. Embora me tivesse diagnosticado PDI, a minha psiquiatra

não compreendia, em última análise, que não era eu que estava a retalhar a minha carne, mas sim um *alter ego* em sofrimento, algo que eu compreendia e perdoava. Fora o Kato que me magoara e o JJ que me salvara. Eu fazia parte de uma equipa (Jamieson, 2009, p.274-275).

Ora, Alice assume que foi a personalidade JJ quem lhe salvou a vida, o que comprova que existe uma parte adaptativa nestas personalidades, para além de servirem como defesa da mente. Todavia, a autora deixa também transparecer, nesta passagem, que se sente incompreendida; que apesar de saberem e conhecerem a sua condição, não compreendem verdadeiramente o seu sofrimento e angústias. Conseguiremos, nós, profissionais, atingir a profundidade do sofrimento de um *alter ego* ao ponto de causar mutilações ao seu portador? Provavelmente nunca saberemos responder a esta questão, pois não estamos na pele de Alice.

Este pequeno excerto dá-nos a ideia dos diversos sintomas da Perturbação Dissociativa de Identidade. Todos estes sintomas estão ligados entre si, pois uma dissociação não se separa de uma amnésia dissociativa e do aparecimento de uma personalidade. Para melhor elucidar, transcrevemos uma passagem que nos parece tradutora deste processo:

Quando a Shirley assume o controlo, tudo pode acontecer. «Volto a mim» de repente, dá-se um estremecimento, como se estivesse a despertar, e posso dar por mim sentada na sarjeta, com o sangue a escorrer pelos braços, ou deitada numa cama de hospital, envolta em ligaduras. (...) Ela esteve sempre lá, (...) instigando os dedos hesitantes do Kato a pegarem nos fragmentos de vidro de uma garrafa partida. No momento em que abri os olhos nas Urgências do hospital, passou-me pela mente uma imagem fugaz. Fora a Shirley, não eu, mas a Shirley, que bebera uma garrafa de *gin*, que partira a garrafa vazia e convencera o Kato a golpear-me os braços. Por que razão fizera Kato aquilo? Ele fê-lo porque estava tão confuso, tão angustiado, tão stressado, que a dor física era um alívio para a agonia mental. (Jamieson, 2009, p.167-168)

Neste relato, Alice demonstra entrar em dissociação, na qual uma personalidade, Shirley, toma conta do seu corpo, enquanto Alice perde a noção da realidade externa. Aqui dá-se a amnésia dissociativa, tal como acontece nos abusos quando Alice diz «aquela não sou eu», não se recordando durante grande parte da sua infância que a menina que estava a ser abusada era realmente ela. Alice também nos elucidar para o fato do sofrimento atroz a que é sujeita; ela e as partes dela, ou por outras palavras, as múltiplas personalidades. Revela que

devido ao tremendo sofrimento, inflige dor física para tentar mascarar esta dor psíquica, emocional, dilacerante.

Muitas hipóteses se poderiam construir acerca do que originou a Perturbação de Múltiplas Personalidades. O ser humano é constituído por uma multiplicidade de fatores, sejam eles externos ou internos. Sabe-se que o meio ambiente, ou seja, o contexto em que o sujeito se insere, por vezes se torna crucial para o desenvolvimento de perturbações. Também o material genético e a pré-disposição para o desenvolvimento da patologia têm um grande peso no que concerne ao surgimento da mesma. Provavelmente terá sido por tudo isto que Alice desenvolveu esta perturbação. Nesta ótica, iremos analisar seguidamente alguns excertos da autobiografia a fim de perceber de que forma os abusos físicos e psicológicos contribuíram para o desenvolvimento da patologia PDI, em Alice.

4.2.2. Como a perda de um objeto significativo precipita o aparecimento dos sintomas da Perturbação Dissociativa de Identidade, em Alice?

Como cunho pessoal, parece-nos que um dos momentos mais decisivos para a evolução dos sintomas da PDI em Alice, foi o falecimento do seu avô materno, por quem esta mantinha uma grande estima e carinho, denotando-se quando a autora refere “Eu não tinha de fazer nada nem de ser outra coisa para ser amada pelo avô. bastava-me ser eu, e isso era diferente da vida lá em casa (...)” (Jamieson, 2009, p.22).

Nesta pequena citação, podemos constatar que este avô era um protetor, um continente que a abraçava e lhe transmitia afeto. Era então, um objeto de amor, um bom objeto, demonstrado quando Alice diz:

Eu pedi, «Avô, faz-me um desenho», e ele pegava no seu caderno de rascunhos e desenhava como uma criança desenha, de forma natural e sem preocupação (...) Ao longo dos anos (...) consegui agarrar-me à imagem *d’As Palmeiras Ondulantes das Ilhas Tropicais*, um desenho a esferográfica de duas palmeiras num horizonte longínquo, e eu penso nessas duas palmeiras como sendo eu e o avô num lugar bem distante e em segurança. (Jamieson, 2009, p.23)

Alice desejava poder estar nesse lugar tranquilo e seguro, nesse colo contentor que ela própria admite nunca ter vivenciado no seu seio familiar. Na realidade, esta figura assemelha-se a um pai, e evidencia ser um objeto idealizado.

Penso que o meu avô era das poucas pessoas totalmente boas. Ele era a minha rede de segurança, a minha zona de conforto. Eu tornara-me dependente da sua presença e agora ele desaparecera. Chorei durante dias a fio. Chorei até os meus olhos ficarem vermelhos e inchados. Quando fui ao funeral já não tinha mais lágrimas para verter. (...) Não fiz o luto da morte dele. Não podia fazê-lo. (Jamieson, 2009, p.40)

Então, este avô era extremamente importante para Alice. Podemos hipotetizar que talvez tenha contribuído para manter a estabilidade interna de Alice, agarrando-a um pouco mais à realidade, e assim evitando que os sintomas se manifestassem em quantidade. Estar com o avô era estar longe, afastada do perigo e com a mente liberta da tensão constante.

Também quando viajava, Alice se sentia renovada, renascida, quase como se fosse uma outra pessoa, sem o peso do seu passado, visível quando refere que “A bordo do *Bolivia* não havia passado, apenas aquele momento. A minha mente estava desanuviada. Os pesadelos tinham sido levados pelo vendaval e depositados no fundo do mar” (Jamieson, 2009, p.24).

O fato de estar fisicamente distante do agressor parece não só aliviar a sintomatologia psicopatológica, como mesmo suspendê-la durante esse tempo de viagem. Interessante, no entanto, é a menção ao mar, à água. Sabemos que na simbólica psicanalítica, a água tem conotações maternas, ao útero materno, que envolve e protege. Talvez esta frase reflita o desejo da autora em ter sido protegida, cuidada e compreendida pela sua mãe.

Não obstante, a água do mar é salgada, e tal como cita Jean Chevalier e Alain Gheerbrant (1986) o sal simboliza a incorruptibilidade: “La sal simboliza la incorruptibilidad. Por esta razón la alianza de la sal designa una alianza que Dios no puede romper.” (p.907). Quiçá, Alice durante estas viagens se sentisse una, íntegra, pois o fato de estar longe do pai, permitia que a sua mente apaziguar-se e assim, tranquilizar-se e amainasse as vozes e as personalidades que habitam dentro dela.

Estamos a 3 de Março de 1985, o telefone toca e Alice recebe a notícia fatídica. O seu avô por quem nutria tal afeição, padeceu. A morte deste ente querido despoletou a procura de sinais, de pistas que confirmassem as violações cometidas pelo seu pai, pois, tal como a autora refere a sua mente já não era confiável:

Recordei-me daqueles dias no Outono em que estivemos na estufa a chupar caramelos e era como se fossem uma falsa memória, algo que eu tivesse lido num livro ou simplesmente inventado. E se contruía memórias do meu avô, aquilo que por vezes me parecia ser uma lembrança do meu pai a entrar no meu quarto e a abusar de mim, podia

facilmente ter sido fictício. Precisava desesperadamente de saber em que acreditar, encontrar algo sólido a que me agarrar. (Jamieson, 2009, p.41)

Alice começa a não conseguir distinguir a realidade externa da interna e surgindo, então, as dúvidas e a confusão total. Possivelmente Alice quer preservar uma imagem positiva da figura paterna, talvez a autora inconscientemente procure guardar o pouco que tem, pois quem tem pouco, procura não o perder.

Neste caso, diríamos que existe um sentimento extremamente complicado de gerir que é dirigido ao seu pai. Não querendo estar-nos a repetir, por um lado, o pai parecia ser o único elemento familiar que lhe dedicava alguma atenção, ainda que de forma perversa, mas por outro, era a mesma pessoa que abusava dela e lhe provocava grande sofrimento. Esta dicotomia de comportamentos não só desorganizava a pequena Alice como a fazia sentir-se culpada, visível na passagem seguinte:

(...) porque estava eu a ver esta imagem instável e obscura de uma menina que se parecia comigo, mas que na minha mente não era eu, deitada no quarto cor-de-rosa com o pénis do meu pai na boca? (...) O meu pai não podia ter feito aquelas coisas. Era impossível. Era a minha própria imaginação horrível e eu esforçava-me continuamente por retirar esses pensamentos da minha mente. Corria, passava fome, lavava-me e estudava, procurando incessantemente suprimir as coisas assustadoras que não conseguia exprimir por palavras. (Jamieson, 2009, p.47- 48)

A partir daqui Alice começa a demonstrar comportamentos obsessivos, de controlo, de forma a tentar desviar os seus pensamentos para o concreto, muitas vezes para o corpo, para libertar a mente da pesadosa tensão psicológica.

Tal como referido a cima, denotamos que com a morte do avô, parece que os frágeis e escassos alicerces egóicos de Alice começam a ruir até se colapsarem e originarem a psicopatologia. A Perturbação Dissociativa de Identidade apodera-se da vida de Alice, tornando-a, tal como a autora refere no título da sua autobiografia, um autêntico Inferno!

Com a morte deste avô, a perturbação começa a evoluir a passos largos. Alice começa a ouvir cada vez mais vozes, a ter cada vez mais *flashbacks* de algumas situações concretas do trauma e, começam a manifestar-se cada vez mais *alter egos*.

Pelo teu avô, para que ele se sinta orgulhoso.

A voz irrompeu no quarto. Era como se alguém tivesse gritado de muito perto. Apanhei um grande susto. Olhei em redor do quarto. A porta estava fechada. Não havia ali ninguém.

Sem isso, não vales nada, miúda.

Lá estava ela novamente. Desliguei a música e parei ao lado da cama a tremer. Sabia exatamente a que é que a voz se referia: aos meus exames. Eu queria tirar boas notas por vários motivos. O que se seguiu foi aterrador.

Não vales nada. Devias morrer.

(...) Havia vozes a bombardear-me o cérebro, não uma, mas duas ou três, mais, uma pequena multidão que se juntara para fazer troça de mim.

É melhor que faças com que o teu avô se orgulhe de ti, caso contrário ele vai deixar de te amar.

O avô vai para o Céu, não tens qualquer hipótese de o voltar a ver.

Tu vais para o Inferno. (...)

«Parem com isso. Parem. Parem. Deixem-me em paz.». (Jamieson, 2009, p.55)

Neste preciso momento observa-se, pela narração do excerto, a primeira aparição das vozes. Estas alucinações auditivas começam a ser constantes e persistentes ao longo da vivência de Alice.

Podemos conjecturar que possivelmente este é o ponto de viragem na sua vida. A morte do seu avô fez emergir a patologia PDI na autora. Foi a partir deste acontecimento que começam a surgir sintomas claros da doença e esta começa a progredir.

Até então, a dissociação servia como defesa contra os abusos sexuais, mas, no entanto, a patologia surge quando o sujeito começa a não conseguir adaptar-se e quando esta lhe causa angústia e sofrimento, prejudicando a sua interação e vivência com o meio.

4.2.3. De que forma os abusos sexuais, físicos e psicológicos contribuíram para o desenvolvimento da Perturbação Dissociativa de Identidade, em Alice?

Estamos no início da história de vida de Alice. A autora descreve a sua família: “Éramos um modelo de família nuclear: pai, mãe, eu e o meu irmão Clive, com cerca de mais quatro anos que eu. Éramos uma família à antiga: conservadora, bem-educada, próspera, um tanto antiquada e aparentemente amável e simpática” (Jamieson, 2009, p.15). Decorre daqui

que Alice terá crescido num ambiente e seio familiar propício para um desenvolvimento saudável, no entanto, a autora depois de descrever a sua casa e as rotinas familiares, presenteia-nos com uma passagem inquietante:

Ao fundo do patamar encontrava-se a arrecadação, conhecida como a Gaiola (...) Era neste compartimento que eu (...) me escondia sempre que havia uma sessão de gritaria entre os meus pais. (...) Noutras alturas, a Gaiola era mesmo uma gaiola e quando tentava abrir a porta não conseguia sair. Quando havia discussão (...) elas terminavam com a minha mãe a sair tempestuosamente de casa e eu ficava trancada na Gaiola até ela regressar. A Gaiola possuía uma conduta de ar (...) Depois de discutir com a minha mãe, o meu pai geralmente cozinhava alguma coisa. Recordo-me nitidamente desses momentos: estou trancada na Gaiola, e o cheiro da comida que chega através da conduta de ar deixa-me com fome. (...) «Papá, tenho fome. Papá, tenho fome.» O meu pai responde abrindo a porta e dando-me uma lata de massa. Depois trancava-me de novo lá dentro. Fico a olhar para a lata, a qual, evidentemente, não consigo abrir. Este era o meu castigo. Os meus pais deviam ter discutido por minha causa. Eu estava a ser disciplinada por tê-los aborrecido. (...) Antes de saber escrever, conseguia garatujar no estuque por pintar mensagens que tinham significado para mim e que nunca ninguém lia. A minha mãe regressava a casa, o meu pai deixava-me sair da Gaiola e tudo voltava ao normal. Normal era a palavra de ordem. Afinal, éramos uma família perfeita, cada um fechado no seu quarto. (Jamieson, 2009, p.16)

Através das significativas palavras da autora podemos deduzir que, afinal, a sua família não era assim tão perfeita como Alice gostaria que realmente fosse. Podemos imaginar que grande parte da construção da sua identidade foi soldada no subterfúgio da Gaiola. Erikson (1980, cit. por Mendonça, 2014) menciona que um dos principais pilares para a construção de uma identidade coesa e estruturada na criança é o meio ambiente. Tendo em linha de conta este princípio, observamos que a autora não usufruiu das melhores condições para um satisfatório desenvolvimento, pelo contrário. Parecia existir um ambiente hostil interfamiliar, que perturbava a psique de Alice. Simultaneamente, existia um pai negligente, incompreensivo e pérfido que a fazia sentir-se culpada pelas discussões que este tinha com a esposa. Também a sua mãe estaria implicada nesta má construção identitária da filha, pois parece-nos ter sido uma mãe atónica, desprovida de afeto e alheia à realidade, que nada fez para proteger a filha dos abusos sofridos.

Baseando-nos em no conceito de *holding* materno de Winnicott (s.d., cit. por Mendonça, 2014), que assume a conservação de uma boa manutenção do psiquismo através da capacidade da mãe em conter o bebê, o que leva a uma boa construção e a um bom funcionamento do *ego*. No caso de Alice, coloca-se a hipótese de este processo não se ter realizado com o devido sucesso, levando a pensar que a mãe da autora não possuísse a capacidade de *holding* materna e por esse motivo se tenha gerado uma dificuldade na construção e manutenção da psique de Alice. Alguns autores mencionam a extrema importância das vicissitudes precoces para um bom desenvolvimento psico-emocional, ressaltando o papel materno como protetor da criança (Mahler, Pine e Bergman, 1975, cit. por Somer & Somer, 1997). Quando a progenitora não detém esta capacidade de proteção, os abusos sexuais praticados pelos pais tendem a ser potencializados, pois estas mães apresentam-se como emocionalmente indisponíveis, para os filhos e para o companheiro, levando a uma aproximação sexual à criança (Mahler, Pine e Bergman, 1975, cit. por Somer & Somer, 1997).

Podemos extrair destas palavras, que Alice se sentiu sempre abandonada, culpada pelas discussões dos seus pais, e por esse motivo, achava que teria de ser punida. A autora era enclausurada numa arrecadação na qual deixava vestígios de sofrimento e pedidos de ajuda, que sempre foram ignorados. Mantinha-se uma fachada, e a vida tinha de continuar! Alice teve de se valer a si própria e teve de se autorregular psiquicamente, pois não teve ninguém que pudesse conter as suas angústias.

António Coimbra de Matos (2006; 2011) considera que para existir uma identidade é necessário que antes se estabeleça uma identificação projetiva aos objetos significativos. Laplanche e Pontalis (1967, cit. por Mendonça, 2014) confirmam, dizendo que a própria identidade advém precocemente da escolha de um modelo de identificação por via dos objetos primários. Pressupondo que esta identificação é negativa, e o contexto desfavorável, no caso da autora, isso leva a colocar a hipótese de um desenvolvimento desadequado, tendo, claro, poucas bases para uma identidade consolidada. A isto, se acrescentarmos o fato de possivelmente Alice ter uma pré-disposição genética, potenciaria o desenvolvimento de uma perturbação identitária.

Quando a autora, aos dezassete anos expressa no seu diário “(...) Sinto o corpo oco. Vazio. Não me sinto com dezassete anos. Sinto-me mais nova. Não tenho a certeza de quantos anos tenho, talvez uns dez” (Jamieson, 2009, p.81, 82), parece ir ao encontro de problemas identitários. Não se reconhece a ela própria, ao seu corpo, demonstrando um sentimento de

despersonalização. Não obstante, denota-se que Alice manifesta uma certa consciência da situação, questionando muitas vezes o que se passará com ela.

Torna-se então interessante mencionar que devido à sua condição (PDI), estes acontecimentos decorrem das lacunas de memória devido às amnésias dissociativas já mencionadas, que levam a que Alice não se recorde dos acontecimentos. Esta perturbação, sendo ela dissociativa, arriscamos a dizer que também tem a sua cota parte de identitária, pois, aludindo à metáfora freudiana do cristal, este, se cair ao chão vai fragmentar-se em vários estilhaços, segundo as linhas de clivagem estruturais. Com isto, queremos dizer que a autora, apesar de ter um ego fragmentado e daí ter várias personalidades, estas mantêm uma contiguidade com o Eu de Alice. A essência não se perdeu. Está lá, encoberta pelos outros Eus.

Remontando à sua infância precoce, Alice narra como surgia a dissociação e como se dava todo o processo. Descreve-se como um ser exterior ao corpo, como observador, de forma a se proteger dos violentos abusos sexuais pelos quais passava:

Aos dois anos de idade, quando o meu pai metia a pila na minha boca, eu chupava-a como um bebé chupa na sua chupeta. Mas também me vira a mim mesma do lado de fora, dividindo-me primeiro em duas, e, eventualmente, em mais partes. Conseguia recordar-me de estar a flutuar em cima de um tapete voador, a observar uma menina de quatro anos (...) no barracão do jardim, com aranhas a rastejarem pelo seu corpinho (...) Recordo-me de pensar: ainda bem que estou aqui em cima e não sou eu que estou lá em baixo com aquelas aranhas horríveis. Aos catorze anos, ficava num canto do quarto, (...) observando uma menina que agora sabia que era a Shirley, deitada com os olhos fechados e dentes cerrados, enquanto um homem se movia para cima e para baixo entre as suas pernas. A Shirley sabia que isso era errado. Era por isso que bebia. Era por isso que passava fome de propósito. Era por isso que se odiava a si mesma. (Jamieson, 2009, p.186-187)

Observamos pelo relato traumático que a autora ao dissociar, começa a recordar-se de fragmentos do seu passado violento. No entanto, percebemos que estes *flashbacks* surgem porque os abusos são tão insuportáveis e impossíveis de integrar na mente do sujeito, que há a necessidade de fazer emergir personalidades para tomarem o lugar do *ego* naquele momento. Assim, a amnésia dissociativa surge porque naquele preciso momento dá-se uma fragmentação, uma separação do *self* em várias partes.

Em 1996, Van der Kolk e Fisler (cit. por McAllister, 2000) afirmam que em situações de ocorrência de traumas, a memória é armazenada de forma fragmentada, existindo lembranças altamente pormenorizadas de uma visão ou de um cheiro em particular, ou a sensação de diminuição temporal ou ainda a lembrança de algum detalhe particular do acontecimento. Alice prova-nos exatamente o que os autores nos descrevem, quando narra “A mudança era provocada por diferentes emoções: ao ouvir uma determinada música, a visão do meu pai, ao sentir o odor do seu *aftershave*” (Jamieson, 2009, p.79). As associações a cores, cheiros, sons ou imagens apresentam-se muitas vezes como alavancas para o processo de dissociação do sujeito, afirma McAllister (2000). Midgley (2002, cit. por Stickley e Nickeas, 2006), Stickley e Nickeas (2006) referem ainda que quando as defesas do sujeito não são suficientemente fortes para aguentar tais acontecimentos traumáticos, como forma de proteção, emergem múltiplas personalidades, podendo estas tomar controlo sobre o sujeito.

Estas partes, ou seja, estes *alter egos*, como mecanismo de defesa, utilizam estratégias para camuflar a dor e o trauma de Alice, protegendo assim a sua matriz. No entanto, é como se estas múltiplas personalidades assumissem essa dor e a vivessem pela autora. Surgem então os comportamentos autoagressivos, como o consumo de substâncias para inebriar a psique. Identicamente, alguns *alter egos*, como é o caso da Shirley, parecem tentar evitar estas violações, quando tomam a iniciativa de “passar fome” (Jamieson, 2009, p.187).

Por outro lado, sabe-se que para que seja abraçada uma sexualidade mais madura, há que deixar para trás a sexualidade infantil. Ao observarmos um corpo esquelético, sem formas e não sexualizado, como Alice se descreve, reenvia-nos automaticamente para a imagem de um corpo de uma criança. Ora, parece que não é por acaso que surge a anorexia em Alice. Em 1996, Ross (cit. por Lev-Wiesel, 2005) menciona que as perturbações alimentares ocorrem paralelamente a esta perturbação.

Então, parece-nos que esta anorexia permitia que a autora se mantivesse criança, evitando assim ter de crescer e aceitar a sexualidade adulta. Este comportamento dava-lhe a sensação de controlo como a própria expressa dizendo: “A única forma de conseguir manter algum controlo era através do que comia, que era cada vez menos, e eventualmente passou a ser quase nada” (Jamieson, 2009, p.30).

Por um lado, isto parecia uma tentativa de afastar as investidas sexuais por parte do pai, ou de qualquer outra pessoa: “(...) sentia-me desesperada por amor, mas não suportava que me tocassem” (Jamieson, 2009, p.100). Esta anorexia servia como uma proteção para que

ninguém se aproximasse dela e para que ela não pudesse maturar-se sexualmente, pois isso reativaria memórias e medos que esta não conseguia tolerar.

Ter um corpo de criança, não atraente, dava-lhe uma sensação de controlo sobre a situação: “Aos meus treze anos, os meus seios estavam a crescer e uma das vantagens da anorexia é que atrasa o processo da puberdade. Durante um ano não tive período. Já via imagens sexuais nos meus sonhos, não queria vê-las também no espelho” (Jamieson, 2009, p.30). A sexualidade mostrava-se tão perturbadora para Alice que esta queria a todo o custo negá-la e evitá-la.

Não obstante, existe a hipótese de esta recusa em alimentar-se funcionasse como autopunição, replicando comportamentos do seu pai ao prendê-la na Gaiola e ao dar-lhe latas de comida que Alice não conseguia abrir, privando-a assim de se alimentar. Possivelmente a autora interiorizou naquele momento que estava a ser punida e que o seu castigo era ter o alimento nas suas mãos e ainda assim não se conseguir alimentar.

Estes episódios também contribuía, é claro, para um sentimento de desvalorização que levaria a uma falha narcísica posterior. Também devido às memórias emocionais, a personalidade Shirley desenvolve baixa autoestima e um sentimento de desvalorização. Sabemos que não é possível a construção narcísica saudável quando os cuidadores são abusivos (Mendonça, 2014). Somer e Somer (1997), baseando-se em Fairbain (1943/1990) afirmam que maioritariamente, o vínculo entre famílias disfuncionais, é o próprio pai abusivo. A criança necessitando de um pai, não pode nem consegue rejeitá-lo, levando à internalização de um mau objeto. Noutra ótica, Howell (2011) refere que em vinculações contraditórias, em que existe a presença de comunicação *double-bind*, a multiplicidade dissociativa, ou seja, as várias personalidades, possibilitam à criança um certo apego e amor aos cuidadores, sendo isto vital para a sobrevivência da criança. Ao surgir uma personalidade que não tenha vivenciado o abuso sexual, esta pode ser a única parte constituinte do *self* a conseguir estabelecer uma relação de proximidade com o agressor.

Alice, infelizmente, vivenciou abusos de todos os tipos durante toda a sua vida, tendo desenvolvido uma problemática narcísica. A sua baixa auto-estima e desvalorização de si são patentes ao longo de todo o seu discurso, como se pode atentar no excerto:

Em casa, lutava continuamente com os meus humores. A coisa negra que havia dentro de mim era como um rato que roía a minha autoestima e a minha autoconfiança. Também sentia que havia uma pessoa feliz dentro de mim, que queria aproveitar a vida, ser normal, mas o desprezo por mim própria e a profunda desconfiança que tinha para

com o meu pai não me permitiam que essa pessoa alegre se manifestasse. (Jamieson, 2009, p.65)

Com esta passagem Alice demonstra ao leitor o quão frágil é a sua autoestima e o seu *ego*. Este *ego* altamente fragilizado, juntamente com o sofrimento inerente dos processos de dissociação por que sofreu constantemente, levaram a que Alice manifestasse comorbidades na procura de mecanismos externos de defesa para combater a dor psíquica que sente.

Tal como Howell (2011) expõe, o sujeito com esta patologia possui várias partes do *self* que se dividem para encarnarem diferentes papéis, como vítimas ou agressores, representando assim partes do Eu. Estas partes do *self*, ou estes *alter egos*, possuem o seu próprio *Id*, *Ego* e *Superego* (O’Neil, 2009, cit. por Howell, 2011). A autora ainda intensifica a ideia de que, na maioria do tempo, quem está no controlo não é o sujeito uno, mas sim, o *host*, ou seja, a personalidade dominante (Howell, 2011).

Através das afirmações dos autores, podemos concluir, observando o caso de Alice, que esta possui efetivamente um *ego* fragmento, extremamente danificado, contribuindo assim para um sentimento de desvalorização e baixíssima autoestima.

Como se não lhe bastasse, aos treze anos, Alice começa a seguir um regime rigoroso de comportamentos obsessivo-compulsivos como forma de escape. Uma estratégia para desviar a atenção do trauma para o concreto, para o externo, e muitas vezes, para o corpo.

(...) seguia um regime estrito de *jogging*. Levantava-me todas as manhãs por volta das sete e, independentemente do tempo, corria pelas ruas durante uma hora. (...) corria e jogava hóquei até cair exausta na cama à noite, na esperança de que os sonhos ficassem longe (...) O meu corpo era uma caixa de Pandora de dor e sofrimento. (Jamieson, 2009, p.31-32).

Os meus ténis tinham a sola serrilhada e a parte de cima em couro branco. Limpava-os todos os dias. Usava um creme especial e polia-os (...) Limpava-os primeiro com uma escova, depois com um pano amarelo, calçava-os, amarrava os cordões em laços simétricos e puxava o lustre das biqueiras. (...) Disponha os peluches na estante de acordo com a altura. Quando chegava à escola, trancava-me na casa de banho, esfregava-me toda no banho, tomava um duche, depois esfregava-me toda novamente. (Jamieson, 2009, p.45).

Nestas passagens é notório o desespero de Alice e a sua tentativa para tentar livrar-se dos pensamentos e memórias que lhe atemorizam a mente. É manifestamente observável que a autora tenta fugir à sua problemática através de comportamentos obsessivo-compulsivos como criar rotinas rígidas, levantando-se todos os dias à mesma hora para correr exatamente o mesmo tempo diariamente, ou quando arruma os peluches sistematicamente por alturas, ou até mesmo quando mantém uma rotina detalhada de limpeza dos seus ténis.

A autora, para se proteger das invasões traumáticas à sua mente, procura atividades obsessivas como estratégias de *coping*, que acabaram por se tornar em comorbidades. Em 2000. McAllister refere que na Perturbação Dissociativa de Identidade é comum ocorrerem perturbações paralelas como é o caso das perturbações obsessivo-compulsivas.

Então, associada à sua patologia, Alice desenvolveu comorbidades como comportamentos obsessivo-compulsivos, ansiedade, manifesta quando a autora refere “Eu estava sempre com tiques e tremores. Tinha uma dor persistente na garganta e dificuldade em engolir (...) Andava sempre obstipada, mantendo tudo dentro de mim (...)” (Jamieson, 2009, p.44). Estes tremores e tiques parecem convergir com padrão de ansiedade generalizada, possivelmente anunciando alguns episódios de ataques de pânico, tal como Coons, Bowman e Milstein (1988, cit. por Lev-Wiesel, 2005) referem.

Esta dificuldade em engolir reenvia-nos para o fato de, quando existe uma dificuldade ou incapacidade para elaborar mentalmente o *stress*, os conflitos e dor psíquica podem converter-se somaticamente, transformando assim essa dor psíquica em dor física, pois esta é geralmente mais fácil de suportar. Também parece ser o que acontece quando Alice refere que andava sempre obstipada. Ela própria parece ter consciência de que ao não defecar mantém tudo dentro dela, sentindo-se incapaz de expulsar os maus objetos internos/fezes.

Através de um olhar psicanalítico, podemos dizer que a autora contém os traumas e a dor dos abusos, sem se poder expressar ou revoltar, o que, com o tempo acaba por ser transferido para o corpo como forma de somatizações. Também o não conseguir engolir revela, identicamente, que Alice não consegue rebelar-se, vivendo constantemente aprisionada a uma verdade insuportável de conviver e lidar sozinha.

Sentimentos de estar a partilhar o corpo com outras pessoas e a presença da sensação de que outros habitam no seu próprio corpo, são comuns em pacientes com PDI (Mollon, 2002, cit. por Stickley & Nickeas, 2006). Alice, ao dizer que “esfregava-me toda no banho, tomava um duche, depois esfregava-me toda novamente” (Jamieson, 2009, p.45), parece fazê-lo numa tentativa de se limpar. De se purgar dos abusos sexuais, de se libertar das vozes e das

entidades que tomam conta do seu corpo e dos seus comportamentos. A autora sente-se suja, imunda, como que o seu próprio corpo a relembresse constantemente dos acontecimentos traumáticos.

Estas vivências, nomeadamente vivências de acontecimentos traumáticos pressupõe, como seria de esperar, um gigantesco sofrimento para o sujeito. Desta forma, e nunca descurando a necessidade de intervenção psiquiátrica e de fármacos, quando necessários, reconhecemos a extrema importância de um acompanhamento psicoterapêutico altamente especializado e prolongado.

A nossa autora, Alice, ao longo da sua longa jornada de internamentos compulsivos com terapêutica psiquiátrica e falhas nos diagnósticos, reconhece que nunca estas intervenções surtiram efeito. Apenas quando encontrou a sua psicoterapeuta e esta finalmente lhe reconhece a sua verdadeira patologia é que se sentiu capaz de ultrapassar e, de alguma forma, ir unindo as suas memórias, tornando-se, lentamente, mais una e coesa.

Graças ao telefonema da Jo Lewin, e aos seus conhecimentos, ela conseguiu guiar a Dra. Armstrong de modo a que esta diagnosticasse a minha doença como Distúrbio de Personalidade Múltipla (DPM), geralmente referido como Perturbação Dissociativa de Identidade (PDI) pela comunidade psiquiátrica. Finalmente diziam-me que, afinal, eu não era louca. (...) Ao longo da minha infância e adolescência, eu consultara diversos médicos e clínica geral, pediatras, uma psicóloga e uma psiquiatra infantil. Cada um deles tinha uma peça diferente do *puzzle*. Juntas, as peças constituíam uma prova corroborativa de abuso prolongado, mas ninguém tinha peças suficientes para chegar a esta conclusão. A psiquiatra infantil perguntara-me se eu fora abusada, mas devido à minha «dissociação» (uma palavra nova para mim) aos quinze anos, eu não *sabia* no sentido normal que fora abusada. (...) Quando eu, a Alice, mudo para uma das outras personalidades, ele ou ela assume o controlo total do meu comportamento, e eu sofro de perda de memória enquanto o *alter ego* está «cá fora». (Jamieson, 2009, p.253)

Neste excerto, compreende-se a angústia e o possível desespero de uma criança que foi passada de especialista em especialista, durante anos, numa tentativa dantesca de procura de explicação para o que lhe estava a acontecer. Alice, pôde finalmente respirar um pouco de alívio ao ter encontrado esta Dra. Armstrong, psicoterapeuta, que a ajudou a organizar-se um pouco mais, de forma a começar a descobrir quem é e o porquê de ser habitada por «muitos».

Segundo Bryer et al. (1987), os abusos precoces causam efeitos extremamente negativos que destroem a psique da criança, deparando-se esta, com uma horrenda tentativa de gestão destas emoções invasivas, vendo-se assim obrigada a negar a realidade. Dessa negação, surge a dissociação e as diversas personalidades.

Alice, na procura autômata por conhecer melhor a sua condição, descobriu a certa altura um manual especificamente sobre PDI: “No manual *Multiple Personality Disorder*, publicado em 1989 pelo psiquiatra canadiano Colin A. Ross (...)” (Jamieson, 2009, p.254). Esta descoberta permite tranquilizar Alice, assim como lhe garante uma certa paz e sentimento de compreensão “Suspirei. Senti aquilo que as pessoas chamam de alegria. Obrigada, Dr. Ross. O senhor salvou a minha vida. Afinal, não sou nenhuma aberração” (Jamieson, 2009, p.255).

Finalmente, uma luz ao fundo do túnel. Passados anos de horror, por fim, Alice acredita realmente que poderá ser ajudada e quiçá, até curada: “Sobrevivi. Ainda aqui estou. Com tratamento, aconselhamento e medicamentos, iria melhorar” (Jamieson, 2009, p.255). Na verdade, a autora parece ter bastante noção da realidade que enfrenta. É relevante mencionar que a autora, na altura da redação da sua autobiografia, já mantinha um regime de psicoterapia e tratamentos psiquiátricos há muitos anos. Por este motivo, talvez Alice nos dissesse “com tratamento, aconselhamento e medicamentos”. Esta frase revela que, não só o acompanhamento psicológico e psicoterapêutico foi necessário, assim como o psiquiátrico também.

Sabemos que, em certos casos, existe uma real necessidade de aplicar fármacos, devido à grande instabilidade do sujeito e ao perigo de vida que este pode correr, devido, muitas vezes a ideação suicida ou mesmo, tentativas de suicídio.

Alguns autores (Frankel, 1993; Ofshe & Singer, 1994; Kluft, 1996, cit. por Elzinga, Dyck & Spinhoven, 1998) mencionam o fato de a memória, nestes pacientes, estar totalmente ausente ou parcialmente ausente, devido à amnésia dissociativa, o que obriga a ter em conta uma psicoterapia direcionada para a recuperação das memórias traumáticas, de forma a que o sujeito fosse capaz de as integrar na consciência.

Alice afirma exatamente o que os autores nos explicitam: “O objetivo final da terapia de DPM/PDI é a integração dos *alter egos*” (Jamieson, 2009, p.316). No entanto, Alice vê-se confrontada com a realidade que esta mais temia: a incompreensão “Pensei na Dra. Armstrong. Embora me tivesse diagnosticado PDI, a minha psiquiatra não compreendia, em última análise, que não era eu que estava a retalhar a minha carne, mas sim um *alter ego* em sofrimento (...)” (Jamieson, 2009, p.275).

Este processo quase pôs fim à esperança da autora, que se via, mais uma vez deslocada e como uma aberração. Todos estes processos falhados de ajuda, tornavam a autoestima e autoimagem de Alice cada vez mais baixa, possibilitando o aumento da sua sintomatologia e o aparecimento, cada vez mais constante, das múltiplas personalidades.

Porém, Alice permite-se fazer uma última tentativa na procura de ajuda para a sua perturbação: “(...) os múltiplos complexos só podem ser «curados» se os *alter egos* puderem ser integrados através de um processo que requer anos de terapia, uma constante adaptação à medicação e uma paciência e compreensão sobre-humanas” (Jamieson, 2009, p.280).

Na tomada de consciência, a escritora encontra um novo terapeuta. Este apresenta-se como firme e dedicado, capaz de oferecer a Alice a sua escuta ativa e a sua empatia.

(...) Mike Haydock, um psicoterapeuta sénior. O Mike estabeleceu limites firmes para a terapia: eu tinha de me sentar e permanecer sentada numa cadeira, e não deveria haver contato social fora da terapia (...) Via o Mike uma vez por semana. A sua abordagem terapêutica era mais psicanalítica. (...) ele conseguia, mesmo quando eu resistia, arrastar-me suavemente para a regressão. Propôs-se a descobrir os elementos inconscientes em funcionamento na minha mente e investigar a sua interação com os elementos conscientes. (...) Não se centrou tanto na separação entre mim e as crianças, mas antes na funcionalidade e na razão da sua separação. Desta forma, a ênfase na integração, ou num todo, como objetivo da terapia, poderia ser vista como um processo contínuo, gradual e discreto do desenvolvimento de uma perceção e crescimento pessoais. (Jamieson, 2009, p.284-285)

Denota-se, por esta passagem, que a autora se sente acolhida por este terapeuta, que não a julga, que tenta compreender e aceitar esta sua condição, referindo que este “Não se centrou tanto na separação entre mim e as crianças, mas antes na funcionalidade e na razão da sua separação” (Jamieson, 2009, p.285).

Alice tem, a esta altura, plena consciência da guerra que tem de travar daqui em diante, “(...) um processo contínuo, gradual e discreto do desenvolvimento de uma perceção e crescimento pessoais” (Jamieson, 2009, p.285).

Com estas passagens compreendemos a necessidade e importância de um bom acompanhamento psicoterapêutico, com um técnico com experiência, com tato e total dedicação. Quando existe confiança e aliança terapêutica, podem surgir grandes resultados.

Resultados estes extremamente positivos e catárticos para o paciente, ajudando assim o sujeito a ser cada vez mais autônomo e desprovido de rótulos.

O Mike Haydock acreditava que a *viagem* para a integração era tão importante quanto a própria integração; que eu obteria uma sensação de recuperação ao prosseguir com a minha vida, ao aceitar que o abuso acontecera, fazendo o luto por tudo o que perdera, e sentindo as várias emoções associadas ao abuso de modo a que a dor se tornasse menos acutilante. Desta forma a terapia resultou na integração de alguns *alter egos*, mas a consequência mais importante foi que eu conseguia funcionar melhor e me sentia confortável comigo mesma enquanto adulta, integrada ou não. (Jamieson, 2009, p.285)

Alice depara-se com um fato real: parece que só começou a surgir melhorias na sua condição depois de ter começado o processo de psicoterapia psicanalítica com o Dr. Mike. Por uma vez na sua vida, a autora consegue, enfim, sentir-se minimamente bem no seu próprio corpo, sendo quem é, aceitando a sua patologia e os abusos a que foi sujeita.

Por fim, a nossa autora consegue iniciar uma vida «normal». É claro que este processo lhe permitiu apaziguar as vozes e diminuir o aparecimento das várias personalidades. Não obstante, sabe-se que na psicoterapia não existem curas totais, e Alice estava ciente disso. Aceitou a sua condição e aprendeu a viver com ela.

(...) Isto funciona comigo até certo ponto, mas não totalmente. Há dias bons e dias maus. Não uso drogas ilícitas e a medicação mantém-se mais ou menos em equilíbrio. Mais ou menos. Ainda tenho *flashbacks* e pesadelos, mas tenho o amor do Alec e um pequeno círculo de bons amigos (...). Foi uma longa viagem para chegar até aqui. Os *alter egos* sofreram a dor de serem abusados durante toda a minha infância e eu perdoo os *alter egos* que me infligiram dor em adulta. (...) Ainda surgem quando não deveriam, mas estão mais atenciosos e eu, de minha livre e espontânea vontade, decidi não os integrar plenamente. (Jamieson, 2009, p.316)

É extraordinário reparar na imensa evolução que Alice manifesta, depois do acompanhamento psicoterapêutico. Além de ter começado a sentir-se melhor na sua pele, também conseguiu construir um núcleo de amizades, o que revela que houve uma capacidade de se inter-relacionar e de socializar. A par disto, também a compreensão, aceitação e integração das diversas personalidades parece ter permitido a que Alice ultrapassa-se, de certo

modo, o abuso, e não caísse no erro da generalização, permitindo-se envolver emocionalmente e de forma amorosa com o sexo oposto, tendo assim encontrado um namorado.

Este fato realça que Alice mantinha a sua libido escondida. No entanto, muitas vezes de forma inconsciente, manifestava-se à consciência. Não seria por acaso que Alice mantinha um sentimento ambivalente pelo seu pai. Muitas vezes a autora referia que o odiava e sentia asco e rancor deste, mas também se sentia atraída para ele, referindo até que “É fácil agora enquanto adulta ver o quanto eu ansiava pela atenção do meu pai quando era pequena. Receava-o e sentia-me atraída para ele” (Jamieson, 2009, p.19).

Podemos constatar que Alice parece ter uma pré-consciência dos acontecimentos e da realidade por que passava, apenas não parecia ter pleno controlo interno sobre a sua situação. Por vezes, coloca-se a questão de que, será que Alice tinha consciência dos acontecimentos, mas como era demasiado intolerável e esta, sendo uma criança, não tinha como lidar com estes, entregava o controlo a outras personalidades para que estas tomassem esse fardo, dissociando-se assim da realidade e mantendo-se numa realidade fictícia, protegida pelas amnésias dissociativas.

Para finalizar, Alice consegue empoderar-se e fazer queixa do abusador, seu pai, em 1999. No entanto, a justiça nem sempre cumpre com as suas obrigações, e o seu pai foi libertado e não chegou a ser julgado pelos seus atos: “O meu pai foi preso e teve de esperar seis longas semanas antes do Crown Prosecution Service (CPS – Equivalente ao Ministério Público) decidir não formalizar a acusação” (Jamieson, 2009, p.283).

Ao que parece, a entidade judicial tomou a decisão baseando-se em alguns fatores como o tempo que decorrerá entre o alegado abuso e a queixa e também pelo fato de Alice ter sido acompanhada por vários especialistas de doenças mentais – “(...) e eu pensei que a justiça funcionava muito mal” (Jamieson, 2009, p.318).

Alice fica destroçada. Como seria de esperar. Ainda assim, não desiste, e em Setembro de 2006 entra em contato com o Departamento de Investigação Criminal (DIC) que reabriu o processo e procedeu a uma investigação durante mais três meses. Alice sabia que existia a possibilidade de o seu pai não chegar a ser levado a julgamento.

Ainda assim, a autora apresenta uma reclamação à Autoridade para a Compensação de Ofensas Criminais, que passados dois anos, e depois de serem analisados a peneira os registos dos médicos e psiquiatras, assim como as suas próprias declarações na altura, a entidade acaba por lhe conceder uma quantia substancial de dinheiro – “(...) mais uma

confirmação de que eu, Alice Jamieson, fornecera «um relato verdadeiro e honesto», como a polícia declarou devidamente” (Jamieson, 2009, p.319).

(...) Por vezes, quando desperto de um pesadelo na escuridão da noite, escuto a vozinha do JJ a dizer que vai correr tudo bem. Deposito nele toda a minha fé (...) Mas com toda a certeza, hoje sou a Alice. (Jamieson, 2009, p.316).

Alice lutou toda a sua vida contra a realidade que a assombrava. Sabia que algo estava errado consigo. Sabia-o até nas suas entranhas; nas profundezas do seu ser.

Com esta análise tivemos a possibilidade de vislumbrar um pouco o que é viver com Perturbação Dissociativa de Identidade. Levantou-se o véu dos abusos sexuais praticados dentro do seio familiar e de como isso pode levar a mente de uma criança a fragmentar-se de forma a conseguir tolerar e proteger-se dos traumas sofridos. Trata-se de um mecanismo de defesa adaptativo, até mesmo saudável, de impedir que a mente psicotise.

Esta foi a estratégia que Alice encontrou para fazer face às adversidades do meio. Esta é Alice Jamieson. E como pudemos observar, existem muitos dentro dela, mas “hoje sou a Alice.” (Jamieson, 2009, p.316).

5. Considerações Finais

Ler a autobiografia “*O Inferno de Alice*” de Alice Jamieson, por puro lazer, despertou-nos automaticamente uma curiosidade desmedida sobre o tema da Perturbação Dissociativa de Identidade (PDI), tão pouco falada. Uma vez satisfeita esta mesma curiosidade, surgiram imensas questões e hipóteses relacionadas com o tema. Daí, nasceu a ideia base para a presente dissertação.

Contudo, foi-nos possível denotar com a procura na literatura, que os estudos e investigações feitas acerca da Perturbação Dissociativa de Identidade são relativamente escassos e são maioritariamente observação de casos em prática clínica. Percebemos, também, que existe uma grande divergência de opiniões sobre o tema, e que este continua a ser debate na comunidade científica.

Alice começa a redigir a sua autobiografia com quarenta anos, após longos anos de internamento, medicação psiquiátrica e posteriormente, muita psicoterapia. A autora narra a sua história chocante, marcada por uma infância de terríveis abusos físicos, psicológicos e sexuais, praticados pelo seu próprio pai. Ao longo do seu emocionante relato, Alice descreve como surgem os primeiros indícios de uma perturbação que a acompanha pelo o resto da vida.

Foram analisados os relatos em relação à sua sintomatologia e à manifestação desta, assim como, de que forma a autora aprendeu a lidar e a conviver com a presença das múltiplas personalidades que tantas vezes tomavam o seu corpo sem qualquer autorização, deixando-a num estado de adormecimento na qual, devido à amnésia dissociativa, a autora não tinha qualquer noção do que se passava durante o tempo em que se encontrava ausente do seu corpo. Narra também as repercussões que esta situação lhe provocou, tanto ao nível relacional quanto na sua própria vivência no quotidiano.

Durante a escrita da sua obra, demonstra a afeição que tinha pelo seu avô e como este era importante e crucial na sua vida e no manter a sua sintomatologia estável. Assim sendo, analisamos o impacto que a morte deste teve na sua vida e na progressão da patologia. Com o falecimento do seu avô, a mente de Alice começa a fragmentar-se e o seu mundo parece começar a ruir. É então que se dá o colapso dos mecanismos de defesa e os sintomas começam a agravar-se até se instalar permanentemente a PDI, com o aparecimento das vozes e dos *alter egos*.

Por fim, debruçamo-nos no impacto que os abusos sexuais tiveram para o desenvolvimento da Perturbação Dissociativa de Identidade, neste caso particular, demonstrando, não só, o estabelecimento de ligações, mas também, a compreensão empática do sujeito e da sua vivência traumática.

Durante esta dissertação tivemos a oportunidade de compreender que a escrita autobiográfica reúne memórias e vivências de quem a redige, contendo elementos inconscientes que muitas vezes o sujeito não tem acesso. O autor expõe a sua intimidade, os seus segredos, medos, angústias e receios, que tantas vezes ele mesmo desconhece, assim como as suas alegrias e sonhos.

Concluimos no presente estudo que para o desenvolvimento desta patologia é necessariamente imprescindível possuir-se dois aspetos: ter sofrido abusos físicos, sexuais, emocionais e psicológicos, ou seja, acontecimentos traumáticos precoces, e, a existência de uma pré-disposição genética.

O estudo não pretendeu inferir qualquer tipo de generalizações acerca do tema, pois trata-se apenas da observação de um estudo de caso. Debruçamo-nos então sobre as vivências traumáticas de Alice Jamieson e nas suas repercussões atuais, procurando um olhar psicanalítico dos acontecimentos e uma ligação entre o trauma vivido e os acontecimentos relatados do dia-a-dia da autora.

Não menos importante, achamos relevante referir e demonstrar através da análise feita, como o processo de psicoterapia bem direcionada pode ter efeitos positivos e organizadores em personalidades mesmo naquelas fragmentadas.

O tema levanta problemas teóricos e, diagnósticos inadequados, pois muitas vezes se confunde com Esquizofrenia, sendo necessário um diagnóstico diferencial. Na Esquizofrenia a suposição de uma base genética e biológica faz sentido, sendo consideradas as experiências adversas de infância, pouco relevantes, enquanto a Perturbação Dissociativa de Identidade centra-se quase exclusivamente em eventos traumáticos. A Perturbação Dissociativa de Identidade não é uma estrutura da personalidade como a Psicose, no caso da Esquizofrenia, mas sim, uma organização para sobreviver.

Por fim, é possível concluir com o estudo que a PDI se apresenta como um mecanismo de defesa em si, procurando proteger a mente do sujeito das agressões emocionais e psicológicas advindas dos traumas vividos. Também o nome da perturbação faz jus à sua principal sintomatologia, observando-se que a maior característica da PDI é realmente a alternância de múltiplas personalidades que tomam o corpo e a mente do sujeito para elas

próprias vivenciarem o trauma e permitirem que o verdadeiro Eu não se recorde e, assim, não sofra, protegendo-o de um grande sofrimento. No entanto, as defesas do *ego* acabam sempre por ceder em casos extremos, e surgem então lembranças que vêm reavivar os traumas e desenvolver a doença.

Em suma, consideramos que o presente estudo contribuiu para um olhar mais intimista e subjetivo da dor psíquica e da extraordinária capacidade da mente humana em criar mecanismos de defesa contra estados catastróficos. Também pensamos ter contribuído para um melhor entendimento da patologia e conseqüentemente para uma maior aceitação desta.

Sugerimos ainda, como estudos futuros, uma maior atenção e pesquisa sobre as características das personalidades dominantes neste tipo de paciente, pois julgamos ser esclarecedor para um melhor entendimento da PDI. Identicamente, consideramos interessante um maior estudo em massa, assim como a criação de métodos que permitam comprovar a veracidade da perturbação.

Por fim, propomos a investigação mais aprofundada sobre o porquê de, sob as mesmas condições adversas, alguns sujeitos desenvolvem esta perturbação e outros não, apesar de ambos conterem a condição biológica.

6. Referências Bibliográficas

- Bardim, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Edições 70: Persona.
- Barlow, M. & Chu, J. (2014). Measuring fragmentation in dissociative identity disorder: the integration measure and relationship to switching and time in therapy. *European Journal of Psychotraumatology*. 5, 1-8.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Investigação à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Boysen, G. (2010). The scientific status of childhood - dissociative identity disorder: a review of published research. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 80, 329-334.
- Boysen, G. & VanBergen, A. (2014). Simulation of multiple personalities: a review of research comparing diagnosed and simulated dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review*. 34, 14-28.
- Bramall, K. (2002). Dissociation and Thinking Together. In Sinason, Valerie (2002). *Attachment, Trauma and Multiplicity: Working with Dissociative Identity Disorder* (pp.280). London: Brunner-Routledge.
- Chevalier, J. & Gheerbrant, A. (1986). *Diccionario de Los Símbolos*. Barcelona: Editorial Herder.
- Coimbra de Matos, A. (2006). *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2011). *O Desespero*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cozby, P. (2003). *Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento*. São Paulo: Editora Atlas.
- Elzinga, B., Dyck, R. & Spinhoven, P. (1998). Three controversies about dissociative identity disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 5, 13-23.
- Galván, G. & Amiralian, M. (2009). Os conceitos de verdadeiro e falso self e suas implicações na prática clínica. *Aletheia*. 30, 50-58.
- Greenberg, J. & Mitchell, S. (2003). *Relações de Objeto na Teoria Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Howell, E. (2011). *Understanding and Treating Dissociative Identity Disorder: A relational Approach. Relational Perspectives*. Book Series (vol. 49). London: Routledge.
- Jamieson, A. (2009). *O Inferno de Alice*. Lisboa: Asa.

Junior, P., Negro, P. & Louzã, M. (1999). Dissociação e transtornos dissociativos: modelos teóricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 21(4), 239-248.

Lapan, S. D., Quartaroli, M. T., & Riemer, F. J. (2012). Introduction to qualitative research. Em S. D. Lapan, M. T. Quartaroli, & F. J. Riemer, *Qualitative reasearch: An introduction to methods and designs* (pp. 3-18). San Francisco: Jossey-Bass.

Lemley, C. K., & Mitchell, R. W. (2012). Narrative inquiry: Stories lived, stories told. Em S. D. Lapan, M. T. Quartaroli, & F. J. Riemer, *Qualitative research: An introduction to methods and designs* (pp. 215-241). San Francisco: Jossey-Bass.

Lev-Wiesel, R. (2005). Dissociative identity disorder as reflected in drawings of sexually abused survivors. *Arts in Psychotherapy*. 32, 372-381.

López, M. (2016). A review of the dissociative disorders: from multiple personality disorder to the posttraumatic stress. *Anales de Psicología*. 32(2), 448-456.

MacDonald, K. (2008). Dissociative disorders unclear? Think “rainbows from pain blows”. *Current Psychiatry*. 7(5), 73-85.

Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

McAllister, M. (2000). Dissociative identity disorder: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 7, 25-33.

Mendonça, M. (2014). *O estudo da representação de si através da obra fotográfica de Francesca Woodman numa perspectiva psicodinâmica e projectiva*. (Dissertação de Mestrado não publicada). ISPA-IU, Lisboa.

Moore, T. S., Lapan, S. D., & Quartaroli, M. T. (2012). Case study research. In S. D. Lapan, M. T. Quartaroli, & F. J. Riemer, *Qualitative research: An introduction to methods and designs* (pp. 243-270). San Francisco: Jossey-Bass.

Peters, M., Uyterlinde, S., Consemulder, J. & Hart, O. (1998). Apparent amnesia on experimental memory tests in dissociative identity disorder: an exploratory study. *Consciousness and Cognition*. 7, 27-41.

Schensul, J. J. (2012). Methodology, methods, and tools in qualitative research. In S. D. Lapan, M. T. Quartaroli, & F. J. Riemer, *Qualitative research: An introduction to methods and designs* (pp. 69-103). San Francisco: Jossey-Bass.

Severino, A. (2007). *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: Cortez Editora.

Somer, L. & Somer, E. (1997). Phenomenological and psychoanalytic perspectives on a spontaneous artistic process during psychotherapy for dissociative identity disorder. *The Arts In Psychotherapy*. 24(5), 419-430.

Stickley, T. & Nickeas, R. (2006). Becoming one person: living with dissociative identity disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 13, 180-187.

Winston, C. E. (2012). Biography and life story research. In S. D. Lapan, M. T. Quartaroli, & F. J. Riemer, *Qualitative research: An introduction to methods and designs* (pp. 107-136). San Francisco: Jossey-Bass.

Zimerman, D. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos - Teoria, Técnica e Clínica*. São Paulo: Artmed Editora.