

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA EL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO: GUÍAS GENERALES

PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER: GENERAL GUIDELINES

Recibido: 2 de junio de 2023 | Aceptado: 23 de septiembre de 2023

DOI: <https://doi.org/10.55611/rep.3403.12>

Juan Aníbal **González-Rivera** ¹

¹ Ponce Health Sciences University, San Juan University Center, San Juan, Puerto Rico

RESUMEN

La mayoría de los programas graduados de psicología no cuenta con una formación clínica adecuada y especializada en evaluación, diagnóstico y tratamiento del trastorno de identidad disociativo. El propósito de este artículo es presentar a estudiantes y profesionales de la psicología clínica una breve guía introductoria con los principios psicoterapéuticos básicos para tratar e intervenir con el trastorno de identidad disociativo. Para alcanzar este fin, se desarrollaron dos objetivos específicos para la elaboración de la guía: presentar las características de una persona psicoterapeuta capacitada para ofrecer tratamiento psicológico a personas con este diagnóstico, y exponer el principal enfoque psicoterapéutico recomendado por personas expertas internacionales y la International Society for the Study of Trauma and Dissociation.

PALABRAS CLAVE: Diagnóstico, disociación, trastorno de identidad disociativo, tratamiento.

ABSTRACT

Most psychology graduate programs lack specialized clinical training in assessing, diagnosing, and treating dissociative identity disorder. This article aims to present psychology students and practitioners with a brief introductory guide to basic psychotherapeutic principles for treating and intervening with dissociative identity disorder. To achieve this end, two specific objectives were developed for the elaboration of the guide: to present the characteristics of a psychotherapist trained to offer psychological treatment to people with this diagnosis, and to expose the main psychotherapeutic approach recommended by international experts and the International Society for the Study of Trauma and Dissociation.

KEYWORDS: Diagnosis, dissociation, dissociative identity disorder, treatment.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta edición texto revisado (DSM-5-TR, por sus siglas en inglés) define la disociación como una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad, las emociones, la percepción, la representación corporal, el control motor y la conducta (American Psychiatric Association, 2022). La disociación, como un espectro de múltiples manifestaciones, abarca un gran abanico de experiencias subjetivas que van desde vivencias relativamente comunes, como estar absorto en la trama de una buena película en el cine, hasta estados severos y complejos, como no reconocerse en el espejo o escuchar conversaciones en la mente entre distintas partes de uno mismo o una misma (Lyssenko et al., 2018). Las experiencias disociativas comunes son entendidas desde un proceso de disociación “normal” que forma parte de la misma experiencia humana y se conceptúan como formas leves de absorción (Dalenberg & Paulson, 2009). En cambio, las experiencias severas y complejas están categorizadas en el DSM-5-TR como trastornos disociativos. Estos son: (1) trastorno de identidad disociativo (TID), caracterizado por la presencia de dos o más estados de personalidad; (2) amnesia disociativa, definida como la incapacidad para recordar información autobiográfica; (3) trastorno de despersonalización o desrealización, caracterizado por una sensación de irrealidad, extrañeza, o un distanciamiento de uno mismo, del propio cuerpo o algunos aspectos del yo; (4) otro trastorno disociativo especificado, y (5) trastorno disociativo no especificado (APA, 2022).

El sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ma revisión (CIE-11; World Health Organization, 2022) incluye otros trastornos disociativos no contemplados en el DSM-5-TR. Estos son: (1) trastorno de síntoma disociativo con síntomas neurológicos, caracterizado por un funcionamiento anormal del sistema nervioso central (p. ej., convulsiones psicógenas no epilépticas); (2) trastorno de trance, caracterizado por una pérdida temporal

del sentido de la identidad personal y de la plena consciencia del entorno; (3) trastorno de trance y posesión, caracterizado por una pérdida temporal del sentido de la identidad personal que es reemplazada por una identidad externa, y (4) trastorno de identidad disociativo parcial, parecido al TID pero, en este caso, un estado de personalidad es dominante, no hay amnesia disociativa y las interacciones de los otros estados de personalidad son descritas como intrusiones disociativas. También, los síntomas disociativos se pueden clasificar como “síntomas positivos” (p. ej., identidad fragmentada, despersonalización, desrealización) o “síntomas negativos” (p. ej., amnesia) (Maxwell et al., 2018).

A pesar de existir una vasta literatura científica acumulada en los pasados 40 años sobre la relación entre disociación y trauma, existen profesionales de la salud mental escépticos que afirman que estas expresiones sintomatológicas –por ejemplo, varios estados de personalidad– son artificiales o confabuladas (Brand et al., 2014). De hecho, casi ninguna investigación clínica apoya esta postura escéptica sobre el TID. Por otro lado, encontramos profesionales de la salud mental, estudiantes de psicología e incluso personas investigadoras que fundamentan sus posturas o creencias sobre el TID en las representaciones de los medios de comunicación o en la industria cinematográfica saturada de fantasías y exageraciones (Loewenstein, 2018). Tanto las posturas escépticas como las crédulas entorpecen el proceso de formación de las personas profesionales de la salud mental y los esfuerzos de concienciación sobre el TID.

De hecho, no existe una adecuada formación profesional sobre el manejo de los trastornos disociativos en los programas graduados de psicología (Chien & Fung, 2022), y los libros de texto que estos programan utilizan no proporcionan información empírica adecuada ni actualizada sobre trauma y disociación (Brand et al., 2019). Se ha evidenciado que únicamente el 20% de los

programas de psicología y sus respectivos centros de prácticas ofrecen seminarios, talleres o cursos de formación específica sobre trauma, y menos aún preparan competentemente a sus estudiantes en el TID (Bride et al., 2009; Cook et al., 2017). Por ejemplo, en los programas de maestría y doctorado en Puerto Rico, el adiestramiento clínico sobre disociación se limita a una unidad del prontuario en los cursos de psicopatología general, lo que se traduce en tres horas lectivas. Hasta la fecha, solo el programa doctoral de psicología clínica de Ponce Health Sciences University tiene un curso completo en disociación dentro de su oferta académica. La carencia de adiestramiento sistemático en trastornos disociativos es la causa primordial por la que apenas encontramos profesionales de la psicología que puedan atender pacientes con dichos trastornos (International Society for the Study of Trauma and Dissociation [ISSTD], 2011). Este desconocimiento abismal sobre el tema hace que profesionales de la psicología no conozcan el tratamiento adecuado para estos casos o quienes intentan tratar a pacientes con TID, no usen las mejores estrategias ni acercamientos psicoterapéuticos.

Es por ello que el propósito general de este artículo es presentar a estudiantes y profesionales de la psicología clínica una breve guía introductoria con los principios psicoterapéuticos básicos para tratar e intervenir con el TID. Para alcanzar este fin, desarrollé dos objetivos específicos para la elaboración de la guía: (1) presentar las características de una persona psicoterapeuta capacitada para ofrecer tratamiento psicológico a personas con TID, y (2) exponer el principal enfoque psicoterapéutico recomendado por las personas expertas y la ISSTD para tratar el TID. Comenzaré con una revisión de las características diagnósticas del trastorno.

Trastorno de Identidad Disociativo

La característica fundamental y diferencial del TID es la alteración de la identidad por la presencia de dos o más estados de personalidad bien definidos que están

presentes y pueden tomar el control de la persona (American Psychiatric Association, 2022). Cada estado mental suele ser experimentado por la misma persona y por los demás como distintos en edad, género, orientación sexual y habilidades (Camacho & Olmeda, 2019). En muchas culturas y sociedades del mundo, esta experiencia se conceptualiza popularmente como una “posesión”. El nivel, el grado y la frecuencia de la manifestación de estos estados de personalidad varía y depende de muchos factores (nivel de estrés, cultura, religión, conflictos internos, tolerancia al estrés, desregulación emocional, etc.). En muchos casos, la persona podría tener lagunas episódicas en su memoria sobre eventos o momentos significativos, aunque algunos podrían describir sus recuerdos como nublados, confusos o parcialmente incompletos (American Psychiatric Association, 2022).

En el pasado, este diagnóstico se conocía como trastorno de personalidad múltiple, sugiriendo así la presencia de varias personas en un individuo. Actualmente, las personas expertas entienden que es más sensato hablar de fragmentación, partes o discontinuidad de la identidad, la memoria y la conciencia (Spiegel, 2010). Además, el TID comparte síntomas con los demás trastornos disociativos (p. ej., amnesia y fuga disociativa, despersonalización y desrealización), con el trastorno de estrés postraumático (p. ej., flashbacks), con la epilepsia focal (p. ej., alteración de la identidad y amnesia) e, incluso, podrían manifestarse algunos síntomas psicóticos transitorios (p. ej., alucinaciones auditivas) (Camacho & Olmeda, 2019). No obstante, no se deben confundir las voces psicóticas con las voces disociativas. Las voces psicóticas se perciben como externas, mientras que las voces disociativas se perciben como parte de la propia mente de la persona. Todo esto hace que el avalúo y el diagnóstico diferencial del TID sea más retardador. La prevalencia del TID en la población general es de aproximadamente 1% y es mayor en mujeres (American Psychiatric

Association, 2022; Dorahy et al., 2014). En términos de suicidio, el 70% de las personas con TID ha atentado contra su vida (American Psychiatric Association, 2022).

Características y Competencias del Terapeuta

Hasta el momento, la principal línea de tratamiento para el TID es la psicoterapia orientada al trauma (Brand et al., 2009; ISSTD, 2011). Esto exige que las personas psicoterapeutas que ofrezcan servicios a esta población posean ciertas competencias clínicas. A continuación, presento un listado de las principales competencias en conocimiento, diagnóstico, evaluación, tratamiento y sensibilidad cultural que deben poseer las personas psicoterapeutas que deseen atender a personas con TID.

Conocimiento. La persona psicoterapeuta, antes de intervenir con pacientes con TID, debe conocer las “Directrices para el Tratamiento del Trastorno de Identidad Disociativo en Adultos” (ISSTD, 2004) y las “Directrices para la Evaluación y el Tratamiento de los Síntomas Disociativos en Niños y Adolescentes” (ISSTD, 2011). Ambos documentos presentan los conocimientos científicos y principios psicoterapéuticos aceptados y reconocidos internacionalmente por la comunidad de personas expertas en trauma y disociación. Además, por su pertinencia en el tratamiento del TID, la persona psicoterapeuta debe estar familiarizada con la “Guía de Práctica para el Tratamiento de Pacientes con Trastorno de Estrés Agudo y Trastorno de Estrés Postraumático” de la American Psychiatric Association (2010) y la “Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en Adultos” de la American Psychological Association (2017).

Diagnóstico. La persona psicoterapeuta debe conocer las características y manifestaciones clínicas del TID y ser capaz de ofrecer un diagnóstico certero. Para esto es indispensable que la persona profesional de la psicología clínica tenga las competencias para

realizar una buena entrevista clínica que aborde temas como episodios de amnesia, despersonalización, desrealización, y confusión o alteración de la identidad (Steinberg, 1995). Esto evita que se ofrezcan diagnósticos falsos positivos y falsos negativos del TID que suelen ocurrir cuando no se indaga adecuadamente los síntomas disociativos y el trauma (ISSTD, 2011). Esto toma relevancia cuando ya se ha demostrado que las personas con TID pasan entre seis y 12.5 años en tratamiento de salud mental, y reciben un promedio de cuatro diagnósticos previos antes que se determine el diagnóstico certero (Loewenstein, 2018). Un diagnóstico certero es el primer paso para desarrollar un plan de tratamiento adecuado para un paciente con TID o síntomas disociativos.

Evaluación. La persona psicoterapeuta debe tener competencias para evaluar y medir síntomas disociativos. Para esto es fundamental que la persona profesional de la psicología clínica conozca y domine los instrumentos de evaluación en disociación existentes (p. ej., escalas de autoreportes) y las entrevistas clínicas estructuradas reconocidas por las personas expertas y la ISSTD. Entre los instrumentos de autoreportes más reconocidos, se encuentran: el Inventario Multidimensional de Disociación (Dell, 2006), la Escala de Experiencias Disociativas (Bernstein & Putnam, 1986, 1993; González-Rivera, 2023a, 2023b; Martínez-Taboas, 1995), el Cuestionario de Disociación (Vanderlinden et al., 1993) y el Cuestionario sobre Disociaciones Somatoformes (Nijenhuis et al., 1996). En cuanto a las entrevistas clínicas estructuradas más utilizadas, encontramos las siguientes: la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos Disociativos del DSM-IV-Revisada (Steinberg, 1994) y el Programa de Entrevistas de Trastornos Disociativos (Ross et al., 1989).

Tratamiento. La persona psicoterapeuta debe tener competencias clínicas para tratar a personas con TID. Para esto, tiene que conocer las principales líneas de tratamiento enfocadas en trauma y disociación recomen-

dados por las personas expertas en el área. Hasta la fecha, el estándar de intervención para el TID es un tratamiento psicológico trifásico centrado en el trauma (ISSTD, 2011). Estas fases son: (1) establecer seguridad, estabilización y reducción de síntomas; (2) afrontar, trabajar e integrar los recuerdos traumáticos, e (3) integración de la identidad y rehabilitación. Investigaciones internacionales, incluyendo estudios prospectivos, longitudinales y estudios de casos, han demostrado la eficacia del modelo trifásico en la prognosis de las personas con TID (Brand et al., 2009, 2013, 2016; ISSTD, 2011). La consecución de las tres fases suele realizarse con intervención individual a largo plazo. La psicoterapia de orientación psicodinámica es la más recomendada, aunque aplicada eclécticamente con otras estrategias como la hipnosis (aunque podría ser altamente sugestiva si se utiliza incorrectamente), estrategias de reprocesamiento de memorias traumáticas (p. ej., desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos Oculares o la técnica de reducción de incidentes traumáticos), técnicas cognitivo-conductuales y destrezas dialécticas (Camacho & Olmeda, 2019; ISSTD, 2011).

Sensibilidad cultural. La persona psicoterapeuta entiende que el TID –con sus diversas presentaciones clínicas– es probablemente uno de los trastornos más influenciados por la cultura. Numerosas autorías han demostrado que la disociación patológica y los fenómenos de posesión se presentan en muchas sociedades (Krüger, 2020), lo que confirma sus aspectos universales. No obstante, teniendo en cuenta que las experiencias del yo se construyen social y culturalmente (Dorahy et al., 2014), las manifestaciones disociativas y las experiencias de posesión son experimentadas de forma única entre diversos grupos y países. Es decir, las vivencias disociativas en India (Chaturvedi et al., 2010) y Hong Kong (Fung et al., 2019) son narradas de forma distinta a Puerto Rico (Lewis-Fernández et al., 2002; Martínez-Taboas, 1999; Martínez-Taboas & Rodríguez-Cay, 1997) y utilizan elementos propios de su idiosincrasia cultural. Igualmente, la expe-

riencia disociativa de una persona cristiana será cualitativamente distinta en contenido a la experiencia de una persona que practique la santería o el espiritismo. Por último, la persona psicoterapeuta debe ser lo suficientemente sensible para reconocer cuando la experiencia subjetiva de un paciente se explica mejor por su visión de mundo y así evitar una patologización innecesaria o injustificada, ya que, la mayoría de las veces, los estados de posesión y trance no son un trastorno, y más bien suelen ser manifestaciones culturales benignas con componentes disociativos.

Principal Enfoque Psicoterapéutico para el TID

Metas Terapéuticas

Antes de elucidar el tratamiento para el TID, es necesario reflexionar sobre cuál o cuáles deben ser las metas terapéuticas de las intervenciones con estos y estas pacientes. Las directrices de la ISSTD (2011) recomiendan que profesionales de la psicología clínica ayuden a las personas con TID a conseguir un funcionamiento integrado de todas las partes disociativas en el contexto de la “persona completa” responsable del comportamiento del diario vivir. También enfatizan en que profesionales deben tener siempre presente que el paciente o la paciente es una sola persona y debe ser tratada como tal, aunque esta se exprese continuamente de forma separada. La ISSTD (2011) explica esta experiencia subjetiva de separación de la siguiente forma:

En las personas con TID, cada identidad parece tener su “propia” perspectiva en primera persona y un sentido de su “propio” yo, así como una perspectiva de otras partes como “no yo”. Los cambios entre identidades se producen en respuesta a cambios en el estado emocional o a las demandas del entorno, lo que da lugar a la aparición de otra identidad que asume el control ejecutivo. Como las diferentes identidades tienen roles, experiencias, emociones, recuerdos y creencias diferentes, el terapeuta se enfrenta

constantemente a sus puntos de vista contrapuestos (p.132).

Desde esta realidad, profesionales de la psicología clínica deben ayudar a las identidades fragmentadas a ser cada vez más conscientes unas de otras como partes legítimas de un solo yo. Sería antiterapéutico en conversaciones con pacientes referirnos a los estados mentales alternos como la “otra persona” o la “otra personalidad”; este tipo de acercamiento favorece y promueve la fragmentación del yo. En contraposición, se recomienda que, durante las sesiones con los y las pacientes, se haga referencia a estos estados mentales alternos como “partes de ti” o “la parte de ti que...”; esto promueve la integración del yo. También es antiterapéutico decirle al paciente que elimine las partes, que desarrolle más identidades, que les ponga nombre cuando no lo tienen o que una de las partes es la real (ISSTD, 2011). Estos acercamientos laceran en muchas ocasiones fulminantemente la alianza terapéutica.

La meta terapéutica esperada o deseada con pacientes con TID debe ser la integración o armonía entre todas las partes del sistema. Es decir, lograr una personalidad integrada con una sola metaconciencia. Se utilizan varios términos o conceptos principales para describir este trabajo clínico: integración, fusión, unificación y resolución. La integración hace referencia al “proceso continuo de deshacer los aspectos de la división disociativa que comienza antes de que haya una reducción en el número o distinción de las identidades, persiste a través de su fusión y continúa a un nivel más profundo” (Kluft, 1993, p.109). Por otro lado, la fusión hace referencia al momento exacto en que dos o más partes se experimentan como una, luego de perder la separación subjetiva entre ellas. No la debemos confundir con unificación o fusión final, que se refiere al momento en que el sentido del yo pasa de tener varias partes a ser un yo unificado completamente (ISSTD, 2011).

Ahora bien, ¿es necesaria la unificación? ¿Es siempre posible la fusión final? Para ambas preguntas, la respuesta es no. El resultado óptimo de un tratamiento con un

paciente con TID sería la unificación y el cese definitivo de la separación de las partes, y esto se logra únicamente entre el 16% y 33% de los casos (Maxwell et al., 2018). Otro porcentaje considerable de pacientes con TID no lograrán la unificación, y en ocasiones, ni tan siquiera la desearán (ISSTD, 2011). En estos casos, es más realista y efectivo que el tratamiento se dirija a lograr la resolución, también conocida como integración parcial o multiplicidad funcional. La resolución hace referencia al grado de coordinación y cooperación entre todas las partes o identidades en pro de un funcionamiento saludable y estable. Debemos tener presente que pacientes que solo logran la resolución son más vulnerables a descompensaciones posteriores. Múltiples factores y determinantes psicosociales contribuyen a que pacientes no alcancen o deseen la unificación: fobia a matar las partes, incertidumbre, dependencia emocional a las partes, estrés situacional severo, evitación a recuerdos dolorosos, falta de recursos económicos para costear tratamiento a largo plazo, edad avanzada, trastornos comórbidos, entre otros (Dissociative Identity Disorder Research, s.f.; ISSTD, 2011).

Modelo Trifásico

Para la discusión de este apartado, debemos emprender de la siguiente premisa: las personas con TID no mejorarán significativamente sin un tratamiento específico dirigido y enfocado en trauma y disociación. Estudios han demostrado que un diagnóstico certero y un tratamiento dirigido a trabajar el TID disminuyen significativamente tanto los síntomas disociativos positivos como los negativos y aumentan la regulación emocional y el funcionamiento adaptativo de pacientes (Brand et al., 2016; Brand, Schielke et al., 2019; Bride et al., 2009). Un estudio longitudinal de 30 meses de duración con una muestra internacional de pacientes con trastornos disociativos demostró que el tratamiento proporcionado por terapeutas con formación en el tratamiento del TID parece ser beneficioso en varios ámbitos clínicos (Brand et al., 2013). En dicho estudio, pacientes y terapeutas reportaron menos hospitaliza-

ciones, menos conductas suicidas y autolesivas, menos síntomas asociados a depresión y estrés postraumático, reducción de uso de sustancias y un aumento en indicadores de bienestar y salud mental positiva. Es por esto por lo que personas expertas internacionales (Brand et al., 2009, 2012) y la ISSTD (2011) recomiendan un tratamiento trifásico cimentado en la seguridad y estabilización de la persona, método utilizado en los estudios

antes mencionados y practicado por el autor de este artículo. La primera fase consiste en centrarse en la seguridad, la estabilización y la reducción de los síntomas clínicos que están afectando al paciente en el presente. La segunda fase está centrada en el procesamiento del trauma. La tercera fase prepara al paciente a enfrentar el mundo como una persona más integrada (ver Figura 1).



FIGURA 1.
Fases del tratamiento orientado al trauma para el trastorno de identidad disociativo.

Fase de Preparación. Como la mayoría de los tratamientos psicológicos, las primeras sesiones de la psicoterapia orientada al trauma para el TID comienzan estableciendo una sólida alianza terapéutica, psicoeducando a pacientes sobre trauma, disociación y el diagnóstico conferido, explicando todo el plan de tratamiento (i.e., fases, metas terapéuticas y estrategias a utilizarse) y clarificando dudas al respecto. Esto requiere de una evaluación detallada de los síntomas disociativos. Paciente con información en trauma y disociación aumenta la probabilidad de mayor participación y colaboración en el proceso psicoterapéutico. Además, es de vital importancia, sin dejar de utilizar un lenguaje integrativo, notificarle a la persona al inicio de la terapia que todas las partes deben estar presentes en las sesiones y beneficiarse de las mismas. Esta invitación debe hacerse cada vez que sea necesario, ya que promueve en el sistema la integración o colaboración dirigida a una misma tarea, la psicoterapia. De esta forma, comenzamos a modelar desde nuestros espacios de terapia la posibilidad de un funcionamiento óptimo (integrativo) del sistema y evitamos las probabilidades de intercambio de partes durante las sesiones.

Fase 1. Muchas personas con TID presentan cuadros clínicos muy complejos y síntomas transversales clínicamente significativos y de alto riesgo, tales como: depresión crónica o persistente, conductas agresivas, autolesivas y/o suicidas, uso de alcohol y drogas, ansiedad social, estrés postraumático, desregulación emocional, síntomas somáticos, disfunciones sexuales, conflictos de pareja, problemas alimenticios, obsesiones y compulsiones, entre otros posibles síntomas (Bozkurt et al., 2015; Swart et al., 2020). La ISSTD (2011) establece que las metas principales de esta primera fase son: (1) mantener la seguridad interna y externa de la persona, (2) reducir los síntomas clínicos transversales que puedan presentarse, y (3) estabilizar el funcionamiento del diario vivir de la persona desarrollando destrezas de afrontamiento adaptativas. En los planes de tratamiento con pacientes con TID, esta fase suele ser la más extensa y la más importante. De hecho, algunas personas en tratamiento pueden pasar años en la fase 1.

El trabajo clínico de las personas psicoterapeutas en esta fase se podría resumir en las siguientes tareas: (a) fomentar un

trabajo colaborativo y de apertura; (b) desarrollar un protocolo de emergencias y crisis; (c) canalizar posibles referidos a personal médico o psiquiatría; (d) mantener la terapia bajo un margen saludable de tolerancia emocional; (e) explicar la importancia del desarrollo de destrezas de regulación emocional y tolerancia a la angustia; (f) reducir los síntomas transversales; (g) ayudar a pacientes a aceptar y explorar los roles de cada parte disociativa, y (h) establecer acuerdos entre las partes disociativas para ayudar al paciente a mantener un estado de seguridad y regulación emocional.

Es de vital importancia entender que en esta fase no se deben practicar estrategias de exposición a memorias o eventos traumáticos; al contrario, deben contenerse en la medida que sea posible hasta que la persona en tratamiento pueda desarrollar la capacidad de mantenerse dentro de una ventana de tolerancia emocional (Steele et al., 2017). Esta ventana de tolerancia se incrementa en la medida que la persona en tratamiento: (a) desarrolla habilidades de estabilización; (b) aprende y practica nuevas destrezas de afrontamiento y regulación emocional, y (c) acepta realizar trabajo terapéutico con las partes disociativas.

Fase 2. Una vez la persona en tratamiento se encuentre lo suficientemente estabilizada y haya adquirido las destrezas necesarias de regulación emocional, la persona terapeuta podrá comenzar el trabajo clínico de la segunda fase, el cual va dirigido a la exposición, integración y procesamiento de las memorias traumáticas. Cuando hablamos de integrar memorias traumáticas, nos referimos a reunir distintos aspectos del trauma que han estado disociados o desconectados entre sí como, por ejemplo: desconexión entre recuerdos y secuencia de hechos, o desconexión entre emociones y respuestas fisiológicas de la experiencia (ISSTD, 2011). En mi experiencia clínica, algunos pacientes tienen recuerdos aislados de su infancia que no logran ubicar en una línea secuencial del tiempo; es decir, no saben identificar si ese

recuerdo sucedió cuando tenían cinco o doce años, o no logran identificar que recuerdo ocurrió primero. La integración de memorias traumáticas en esta fase nos permite entretejer nuevamente esos recuerdos de forma coherente, continua y ordenada en la autobiografía de la persona.

Steele et al. (2017) advierten que, en esta fase de procesamiento, profesionales de la psicología clínica deben tener en consideración tres aspectos muy importantes: (1) no todas las partes disociativas tienen acceso a todas las memorias traumáticas; (2) el procesamiento de las memorias traumáticas no implica necesariamente la integración de las partes disociativas, y (3) la capacidad de procesamiento e integración de una persona en tratamiento puede variar entre las partes disociativas, es decir, una de las partes puede tolerar y procesar el recuerdo traumático y otra parte no. Es por esto por lo que, en muchos de los casos, necesitaremos procesar y trabajar un mismo recuerdo traumático con varias partes disociativas hasta que la persona en tratamiento desarrolle una narrativa coherente de sus experiencias históricas y una sensación de control sobre sus recuerdos.

El procesamiento de memorias traumáticas implica, a su vez, otro proceso de descarga emocional intenso asociado con la experiencia pasada o una percepción de esta denominado abreacción (ISSTD, 2011). Es por ello por lo que es necesario planificar cuidadosamente cómo y cuándo la persona terapeuta trabajará sobre los recuerdos traumáticos. Dicha planificación debe organizarse junto al paciente y en común acuerdo decidir qué memorias traumáticas se trabajarán. Es de suma importancia que el sistema de partes disociativas esté de acuerdo para evitar un sabotaje en sesión de alguna de ellas. Además, deben planificar qué tipo de intervención se utilizará, qué partes disociativas participarán, cuál será el plan de seguridad durante la sesión y cuáles serán las medidas o estrategias que se utilizarán para contener las memorias traumáticas si la sesión se vuelve emocionalmente intolerable.

En esta fase, se pueden integrar como estrategias de intervención la terapia de desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés) o la técnica de reducción de incidentes traumáticos (TIR, por sus siglas en inglés). Ambas estrategias son basadas en evidencia y han demostrado efectividad para trabajar las memorias traumáticas en pacientes con TID (Beere, 2009; Gold et al., 2001; Lazrove & Fine, 1996). No obstante, la ISSTD, aunque respalda el uso del EMDR para el tratamiento del TID, recomienda no se utilice como tratamiento independiente, sino como parte de un plan de tratamiento global. La creadora del modelo indica que la utilización de EMDR demasiado pronto podría ser contraproducente en el tratamiento y generar inundación del sistema de partes, una desestabilización incontrolada y un aumento del riesgo suicida u homicida (Shapiro, 2001). Por ello, personas expertas recomiendan un protocolo EMDR modificado con adaptaciones al TID (Lazrove & Fine, 1996; Paulsen, 1995; Shapiro, 2001; Twombly, 2000). Recomiendo la lectura de “Directrices Recomendadas: Una Guía General para el uso de EMDR en los Trastornos Disociativos” publicadas en Shapiro (2001).

Fase 3. Es común que, en las personas con TID, la integración de las identidades suceda de forma indirecta a lo largo de la fase 2 y de forma directa en la fase 3. Esta última fase debe centrarse en cuatro objetivos principales: (1) promover la integración de la persona en los distintos ámbitos de su vida cotidiana; (2) mejorar su calidad de vida y relaciones interpersonales; (3) lograr una identidad lo más unificada o integrada posible, y (4) establecer un sentido y propósito de vida. Por esto, esta fase es la más parecida a la psicoterapia convencional y suelen integrarse estrategias de terapias cognitivo-conductuales de segunda y tercera generación, estrategias humanistas, entre otros modelos y enfoques. La finalidad es seguir fusionando identidades y mejorando el funcionamiento de la persona.

En esta fase, las personas en tratamiento pueden enfrentar lo que denomino un doble

duelo disociativo: (1) la pérdida de las partes disociativas que le han acompañado durante gran parte de su vida y que le han ayudado a sobrevivir, y (2) las muchas pérdidas que han sufrido como consecuencia del trauma y la disociación (p. ej., tiempo, oportunidades, amistades, etc.). También se debe tener en cuenta que, en ocasiones, la vida de algunas personas en tratamiento seguirá siendo difícil y muy dolorosa, y tendremos que enseñarles nuevas formas de cómo manejar y gestionar dichas vicisitudes. Esto requerirá un adiestramiento riguroso en destrezas de afrontamiento, toma decisiones, habilidades sociales y solución de problemas. Paralelamente, personas terapeutas deben seguir validando y resaltando los pequeños y grandes logros durante el proceso de terapia de las personas en tratamiento.

Dado que pacientes ya deben tener una mayor ventana de tolerancia, se aprovecha en esta fase para revisar las experiencias traumáticas desde una perspectiva narrativa más unificada e integradora. Las personas en tratamiento aprenden a significar las experiencias del pasado, integrarlas en su historia y desarrollar una nueva perspectiva del presente y el futuro, entendiendo que aquellas memorias dolorosas y angustiantes quedaron en el pasado. En este punto las personas en tratamiento estarán listas para comenzar la recta final del tratamiento: el cierre.

Fase de Finalización. El cierre psicoterapéutico con pacientes con TID debe ser estructurado y planificado. Pacientes con TID suelen desarrollar apegos y lazos afectivos muy estrechos, razón por la cual los procesos de cierre y finalización son experimentados como pérdidas significativas. Incluso, un cierre muy abrupto o repentino del proceso de terapia podría lacerar los procesos psicológicos de integración del yo y algunas metas alcanzadas. Por estas razones (i.e., la pérdida del terapeuta y la posible des-integración del yo) es fundamental elaborar un plan de seguimiento posterior al cierre para monitorear la unificación o la resolución de la personalidad de las personas con TID. Es importante dejar

muy claro al paciente que, en caso de necesitar ayuda en el futuro, debe comunicarse inmediatamente. Las citas de seguimiento pueden ofrecerse cada tres meses durante un año.

Ahora bien, ¿cómo sabemos que la persona está lista para la finalización del proceso de terapia? Steele et al. (2017) identificaron algunos factores que deben ser tomados en consideración antes de comenzar el cierre terapéutico: (1) ¿están todas las partes disociativas integradas? (2) ¿Ya no se cumplen los criterios para un trastorno disociativo? (3) ¿El funcionamiento de la persona es óptimo? (4) ¿Es capaz de mentalizar? (5) ¿Es capaz de autorregular y gestionar sus emociones? (6) ¿Es capaz de desarrollar y mantener relaciones interpersonales? (7) ¿Están integrados las principales memorias traumáticas? (8) ¿Es capaz de estar lo suficientemente presente como para funcionar relativamente bien en la vida diaria? y (9) ¿Es capaz de tener y disfrutar de experiencias y emociones positivas al menos parte del tiempo? Revisar estas preguntas guías con las personas en tratamiento es muy beneficioso y favorece un cierre saludable y colaborativo.

Conclusiones y Comentarios Finales

El tratamiento para el TID ha recibido escasa atención académica y clínica en Puerto Rico. En términos académicos, destacan los trabajos del Dr. Alfonso Martínez-Taboas y sus estudios de casos en las pasadas tres décadas (Martínez-Taboas, 1988, 1991, 1999, 2004; Martínez-Taboas & Rodríguez-Cay, 1997). En el campo clínico, solo son conocidas dos prácticas privadas en el país especializadas en TID: la práctica privada del Dr. Martínez-Taboas y Dr. González-Rivera. De hecho, podría afirmarse que históricamente es uno de los trastornos de salud mental registrados en el DSM-5-TR con mayor desconocimiento entre profesionales de la conducta en Puerto Rico (Méndez et al., 2000). Una posible explicación de este fenómeno es la ausencia total de

adiestramientos sistemáticos para el tratamiento de trastornos disociativos en los programas graduados de psicología del país.

Subsanar esta brecha en la práctica clínica puertorriqueña requerirá de varios cambios trascendentales. En primer lugar, las universidades deben incluir cursos especializados en trauma y disociación en sus ofertas académicas y no limitar los mismos a cursos electivos. Segundo, se deben desarrollar programas de educación continua enfocados en trauma y disociación que no se limiten a un curso aislado de unas pocas horas. Lo más responsable es implementar certificaciones especializadas en trastornos disociativos que abarquen toda la complejidad del tratamiento del TID. Luego de revisar ofertas académicas de institutos internacionales con este enfoque, dichas certificaciones deben tener entre 48 a 64 horas contacto en adiestramiento enfocado en disociación y TID. Y, por último, deben desarrollarse clínicas y programas de tratamiento especializados en trastornos disociativos. Esto requiere de profesionales de la psicología clínica debidamente adiestrados en distintos modelos de tratamiento para el trauma complejo y la disociación como, por ejemplo, psicoterapia sensoriomotriz, sistemas de familia interna, EMDR, TIR, terapia de artes expresivas, “mindfulness” o atención plena, entre otros. Dichas clínicas especializadas podrían integrar de forma complementaria distintas modalidades de terapia (p. ej., grupal y de familia) a la psicoterapia individual que siempre debe ser la modalidad primaria de tratamiento. Por ejemplo, la terapia de grupo complementaria podría ayudar a: (1) psicoeducar a personas en tratamiento sobre el trauma y la disociación; (2) facilitar el aprendizaje de estrategias de regulación emocional; (3) desarrollar habilidades interpersonales, y (4) generar un sentido de universalidad al descubrir que otras personas experimentan una angustia similar (ISSTD, 2011). Estos grupos deben ser de corta duración y sumamente estructurados.

Por último, a pesar de que contamos con un estudio en Puerto Rico que examina la

prevalencia de síntomas disociativos en jóvenes (Martínez-Taboas et al., 2006), deben desarrollarse estudios epidemiológicos más robustos que examinen la prevalencia, cronicidad y costes de los trastornos disociativos en Puerto Rico, tanto para personas adultas como jóvenes. Al momento, estamos prácticamente en tinieblas en estos lares y esto impide que se puedan generar conclusiones firmes en términos de pronóstico y prevalencia del TID. No obstante, los perfiles identificados en los estudios de casos de personas con TID y las investigaciones que utilizan la Escala de Experiencias Disociativas en la isla arrojan luz que esclarece una idea mal concebida sobre lo “infrecuente” de este diagnóstico que afecta a muchas personas. Espero que en los años venideros las brechas académicas y clínicas se acorten para desarrollar mejores intervenciones para esta población tan vulnerable.

Estándares Éticos de Investigación

Financiamiento: El trabajo no fue financiado.

Conflicto de intereses: El autor expresa que no hubo conflictos de intereses al redactar el manuscrito.

Aprobación de la Junta Institucional Para la Protección de Seres Humanos en la Investigación: No aplica, ya que en el estudio no participaron sujetos humanos.

Consentimiento informado: No aplica.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd.pdf
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychological Association. (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6(1), 16–27.
- Beere, D. B. (2009). An EMDR protocol for dissociative identity disorder (DID). In M. Luber (Ed.), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: EMDR Scripted Protocols* (pp. 387-425). Springer.
- Bozkurt, H., Duzman Mutluer, T., Kose, C., & Zoroglu, S. (2015). Adolescents with dissociative disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69(6), 369-374. <https://doi.org/10.1111/pcn.12256>
- Brand, B. L., Classen, C. C., McNary, S. W., & Zaveri, P. (2009). A review of dissociative disorders treatment studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(9), 646–654. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b3afaa>
- Brand, B. L., Kumar, S. A., & McEwen, L. E. (2019). Coverage of child maltreatment and adult trauma in graduate psychopathology textbooks. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 11(8), 919–926. <https://doi.org/10.1037/tra0000454>
- Brand, B. L., Loewenstein, R. J., & Lanius, R. A. (2014). Dissociative identity disorder. In G. O. Gabbard (Ed.), *Gabbard's treatments of psychiatric disorders* (pp. 439–458). American Psychiatric Publishing, Inc.

- Brand, B. L., McNary, S. W., Myrick, A. C., Classen, C. C., Lanius, R., Loewenstein, R. J., Pain, C., & Putnam, F. W. (2013). A longitudinal naturalistic study of patients with dissociative disorders treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(4), 301–308. <https://doi.org/10.1037/a0027654>
- Brand, B. L., Myrick, A. C., Loewenstein, R. J., Classen, C. C., Lanius, R., McNary, S. W., Pain, C., & Putnam, F. W. (2012). A survey of practices and recommended treatment interventions among expert therapists treating patients with dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 490–500. <https://doi.org/10.1037/a0026487>
- Brand, B. L., Sar, V., Stavropoulos, P., Krüger, C., Korzekwa, M., Martínez-Taboas, A., & Middleton, W. (2016). Separating fact from fiction: An empirical Examination of six myths about dissociative identity disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(4), 257–270. <https://doi.org/10.1097/HRP.00000000000000100>
- Brand, B. L., Schielke, H. J., Putnam, K. T., Putnam, F. W., Loewenstein, R. J., Myrick, A., Jepsen, E. K. K., Langeland, W., Steele, K., Classen, C. C., & Lanius, R. A. (2019). An online educational program for individuals with dissociative disorders and their clinicians: 1-year and 2-year follow-up. *Journal of Traumatic Stress*, 32(1), 156–166. <https://doi.org/10.1002/jts.22370>
- Bride, B. E., Hatcher, S. S., & Humble, M. N. (2009). Trauma training, trauma practices, and secondary traumatic stress among substance abuse counselors. *Traumatology*, 15(2), 96–105. <https://doi.org/10.1177/1534765609336362>
- Camacho, J., & Olmeda, M. S. (2019). Trastornos disociativos. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4938-4496. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.004>
- Chaturvedi, S. K., Desai, G., & Shaligram, D. (2010). Dissociative disorders in a psychiatric institute in India—a selected review and patterns over a decade. *The International Journal of Social Psychiatry*, 56(5), 533–539. <https://doi.org/10.1177/0020764009347335>
- Chien, W.T., & Fung, H. W. (2022). The challenges in diagnosis and treatment of dissociative disorders. *Alpha Psychiatry*, 23(2), 45-46. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2022.0001>
- Cook, J. M., Simiola, V., Ellis, A. E., & Thompson, R. (2017). Training in trauma psychology: A national survey of doctoral graduate programs. *Training and Education in Professional Psychology*, 11(2), 108–114. <https://doi.org/10.1037/tep0000150>
- Dalenberg, C. J., & Paulson, K. (2009). The case for the study of "normal" dissociation processes. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 145–154). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Dell, P. F. (2006). The multidimensional inventory of dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 7(2), 77–106. https://doi.org/10.1300/J229v07n02_06
- Dissociative Identity Disorder Research. (s.f.). *Cooperation, integration, and fusion*. <https://did-research.org/treatment/integration>
- Dorahy, M. J., Brand, B. L., Sar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernández, R., & Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402–417.

- <https://doi.org/10.1177/0004867414527523>
- Fung, H. W., Ross, C. A., Yu, C. K., & Lau, E. K. (2019). Adverse childhood experiences and dissociation among Hong Kong mental health service users. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 20(4), 457–470. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1597808>
- Gold, S. N., Elhai, J. D., Rea, B. D., Weiss, D., Masino, T., Morris, S. L., & McIninch, J. (2001). Contextual Treatment of Dissociative Identity Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(4), 5–36. https://doi.org/10.1300/J229v02n04_02
- González-Rivera, J. A. (2023a). Dissociative Experiences Scale: Psychometric analysis in Puerto Rico and contributions to the discussion of the factor structure. *Interacciones*, 9, e360. <http://dx.doi.org/10.24016/2023.v9.260>
- González-Rivera, J. A. (2023b). Escala de Experiencias Disociativas – Taxón (DES-T): Evidencias de validez y uso clínico en Puerto Rico. *Revista Caribeña de Psicología*, 7(1), e7245. <https://doi.org/10.37226/rcp.v7i1.7245>
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2004). Guidelines for the evaluation and treatment of dissociative symptoms in children and adolescents. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3), 119–150. https://doi.org/10.1300/J229v05n03_09
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115–187. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
- Kluft, R. P. (1993). Clinical approaches to the integration of personalities. In R. P. Kluft & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 101–133). American Psychiatric Association.
- Krüger, C. (2020). Culture, trauma and dissociation: A broadening perspective for our field. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1675134>
- Lazrove, S., & Fine, C. G. (1996). The use of EMDR in patients with dissociative identity disorder. *Dissociation*, 9, 289–299.
- Lewis-Fernández, R., Garrido-Castillo, P., Bannasar, M. C., Parrilla, E. M., Laria, A. J., Ma, G., & Petkova, E. (2002). Dissociation, childhood trauma, and ataque de nervios among Puerto Rican psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1603–1605. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1603>
- Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: Everything you know is wrong. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 229–242. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein>
- Lysenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in psychiatric disorders: A meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *The American Journal of Psychiatry*, 175(1), 37–46. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010025>
- Martínez-Taboas, A. (1988). Casos de personalidad múltiple en Puerto Rico. *Revista Interamericana de Psicología*, 22, 57–66.
- Martínez-Taboas, A. (1991). Multiple personality in Puerto Rico: Analysis of fifteen cases. *Dissociation*, 4, 189–192.
- Martínez-Taboas, A. (1995). The use of the Dissociative Experiences Scale in Puerto Rico. *Dissociation*, 8(1), 14–23.
- Martínez-Taboas, A. (1999). A case of spirit possession and glossolalia. *Culture, medicine and psychiatry*, 23(3), 333–348. <https://doi.org/10.1023/a:1005504222101>
- Martínez-Taboas, A. (2004). A case study illustrating the interplay between psychological and somatic dissociation.

- Revista Interamericana de Psicología*, 38, 113-118.
- Martínez-Taboas, A., & Rodríguez-Cay, J. (1997). Case study of a Puerto Rican woman with dissociative identity disorder. *Dissociation*, 10(3), 141–147.
- Martínez-Taboas, A., Canino, G., Wang, M. Q., García, P., & Bravo, M. (2006). Prevalence and victimization correlates of pathological dissociation in a community sample of youths. *Journal of Traumatic Stress*, 19(4), 439–448. <https://doi.org/10.1002/jts.20144>
- Maxwell, R., Merckelbach, H., Lilienfeld, S. O., & Lynn, S. J. (2018). The treatment of dissociation: An evaluation of effectiveness and potential mechanisms. In D. David, S. J. Lynn, & G. H. Montgomery (Eds.), *Evidence-based psychotherapy: The state of the science and practice* (pp. 329–361). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119462996.ch13>
- Méndez, N., Martínez-Taboas, A., & Pedrosa, O. (2000). Experiencias, creencias y actitudes de los psicólogos en Puerto Rico con el trastorno de identidad disociativa. *Ciencias de la Conducta*, 15(1), 69-84.
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 688–694. <https://doi.org/10.1097/00005053-199611000-00006>
- Paulsen, S. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Its cautious use in the dissociative disorders. *Dissociation*, 8, 32–44.
- Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., Anderson, D., Anderson, G., & Barchet, P. (1989). The dissociative disorders interview schedule: A structured interview. *Dissociation*, 2(3), 169–189.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitisation and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd Edition). The Guilford Press.
- Spiegel, D. (2010). Dissociation in the DSM-5. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(3), 261-265. <https://doi.org/10.1080/15299731003780788>
- Steele, K., Boon, S., & van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton & Co.
- Steinberg, M. (1994). *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders–Revised (SCID-D-R)* (2nd ed.). American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide*. American Psychiatric Press.
- Swart, S., Wildschut, M., Draijer, N., Langeland, W., Hoogendoorn, A. W., & Smit, J. H. (2020). The course of (comorbid) trauma-related, dissociative and personality disorders: Two year follow up of the Friesland study cohort. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1750171. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1750171>
- Twombly, J. (2000). Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(2), 61–81.
- Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, H., & Jan Verkes, R. (1993). The dissociation questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(1), 21–27.
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>