



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

**COMPRENSIÓN PSICOANALÍTICA DEL
TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO**

Autor/a: Iciar Durán Martínez
Director/a: Carlos Pitillas Salvá

Madrid
2018/2019

RESUMEN

El Trastorno Disociativo de Identidad es una patología que nos deja ver la complejidad de la mente humana. A lo largo de la historia, hemos podido observar la controversia con respecto a la existencia de este trastorno, siendo difícil de diferenciar de otros cuadros como la esquizofrenia. El presente trabajo tiene como objetivo aportar un marco teórico sobre dicho trastorno, así como diferenciarlo de otros cuadros y entender su origen y psicodinámica para así poder llevar a cabo su correcto diagnóstico y posteriormente su correcta intervención, desde una perspectiva psicoanalítica.

ABSTRACT

The Dissociative Identity Disorder is a pathology that depicts the complexity of the human mind. Throughout history, we have observed the controversy regarding the existence of this disorder, being difficult to differentiate from other conditions such as schizophrenia. Present work aims at providing a theoretical framework about the already stated disorder, as well as differentiate it from other conditions, and understand its origin and psychodynamic in order to its correct diagnostic and subsequently its correct intervention, from a psychoanalytical perspective.

PALABRAS CLAVE

Disociación
Trastorno de Identidad Disociativo
Trauma complejo
Abuso infantil
Apego
Alter-egos
Psicosis
Amnesia

KEY WORDS

Dissociation
Dissociative Identity Disorder
Complex trauma
Child abuse
Attachment
Alter personalities
Psychosis
Amnesia

ÍNDICE

Introducción y marco teórico	4
La complejidad del síntoma	6
Diagnóstico	7
Diferenciación de otros cuadros	9
Historia y Controversia	11
Factores de riesgo que influyen en el TID	13
Origen: el trauma y el apego	13
Psicodinámica del trastorno	15
Intervención	19
Caso clínico	21
Conclusiones	23
Bibliografía	24

INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

La disociación, es definida como una pérdida información o control sobre los procesos mentales que bajo circunstancias normales estaría disponible al conocimiento consciente, autoatribución, o control, y / o una sensación de desapego (Cardeña, 2017). Además, la disociación está caracterizada por intrusiones como ideas o personamientos involuntarias e indeseadas en la conciencia o en el comportamiento, una incapacidad para acceder a la información o al control de las funciones mentales (manifestados en síntomas como espacios en blanco en la conciencia), y un sentido de desconexión que puede incluir distorsiones perceptuales sobre uno mismo o el entorno. Existen diferentes trastornos disociativos, que serían (DSM-5, 2013):

- Amnesia disociativa: pérdida significativa de información personal sin causa médica aparente, teniendo normalmente el material olvidado relación con un trauma o una situación de estrés extremo.
- Fuga disociativa: desvío súbito del domicilio o el trabajo, junto con incapacidad de recordar el pasado y con otras alteraciones de la conciencia. Puede ser un síntoma de la amnesia o de los demás trastornos disociativos.
- Trastorno de despersonalización: episodios disfuncionales recurrentes o persistentes de distanciamiento, o de ser observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo.
- Trastorno de identidad disociativo.

El Trastorno de Identidad Disociativo (TID), es una alteración de la identidad caracterizada por una falta de integración y control sobre diferentes estados psicofisiológicos o identidades, junto con otros síntomas. Según el DSM-5, se debe dar la presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno de sí mismo), donde al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo, además de una incapacidad de recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario. Este trastorno es el más severo dentro de los trastornos disociativos, ya que asume un gran número de síntomas.

El fenómeno incluido en el concepto del TID, ha sido anteriormente denominado como doble o múltiple personalidad, pero, el DSM-5 cambió el nombre del trastorno para subrayar que la condición base no es la presencia de muchas personalidades, si no el fallo por integrar varios aspectos del individuo en una sola personalidad. No es que dentro de un cuerpo vivan distintas personas, si no que existe una falla para integrar los aspectos de la percepción, identidad, memoria y conciencia. Este cambio terminológico implica que una personalidad unificada es un logro, más que algo que nos viene dado.

Varios modelos explican la dinámica de este trastorno, los más importantes hasta el momento han sido (Dell, 2006):

- El modelo sociocognitivo: considera el TID como un fenómeno generado iatrogénicamente (Spanos, 1996) socialmente construido. Son diversos autores los que defienden esta teoría por la cual, a través de la manipulación o sugestión, pueden generarse distintos síntomas de un determinado trastorno.
- El modelo clásico del DSM-5: El manual trata el trastorno angostamente, considerando únicamente importante para su diagnóstico la presencia de las múltiples identidades, el cambio entre alters, que serían las distintas identidades producto de los intentos de compartimentar emociones y memorias abrumadoras relacionadas con el trauma (Merckelbach, 2002) y la amnesia.
- El modelo fenomenológico-subjetivo (Dell, 2006): tiene una visión mucho más compleja del trastorno que el modelo clásico, atribuyéndole como características principales recurrentes intrusiones disociativas en cada aspecto de las funciones ejecutivas y en el sentido de ser.
- Teoría de la Disociación Estructural (Van der Hart, 2006): teoría sobre los cuadros postraumáticos, entre ellos la disociación, de tal manera que cuando cuando la personalidad aparentemente normal y la parte emocional de la personalidad se disocian, dan lugar a un TID.

Esta concepción de disociación como fragmentación y trastorno complejo será la base desde la cual se abordarán lo siguientes puntos desde un punto de vista psicoanalítico.

LA COMPLEJIDAD DEL SÍNTOMA

Es importante comprender la complejidad de los síntomas que se dan en este trastorno, ya que muchos pueden ser confundidos a la hora de hacer un diagnóstico. Para ello explicaremos el modelo de síntomas propuesto por Dell en 2006, siendo el más completo ya que aborda todos los síntomas presentes en el DSM-5, en el SCID-D-R y en el DES, más alguno añadido que constituyen los modelos de evaluación de síntomas más importantes. En su estudio, de los 23 síntomas recogidos, 15 eran desconocidos para los medios, pacientes e incluso para un gran número de profesionales de la salud mental. (González, A. 2010). Según este modelo, los síntomas de este trastorno se pueden clasificar en:

- Síntomas disociativos directos, ordenados por orden de frecuencia:
 - *Amnesia*. Es el síntoma más presente en TID, e incluye pérdida de noción del tiempo, fugas, ser informado de acciones no recordadas, pérdida temporal de un conocimiento adquirido, encontrar objetos extraños entre las posesiones, amnesia de la infancia, amnesia de la identidad personal y encontrar evidencias de acciones realizadas no recordadas.
 - *Conversión*. Referida a dolor, problemas neurológicos, problemas gastrointestinales y problemas sexuales.
 - *Voces*. Localizadas dentro de la cabeza, y en ocasiones son racionalizadas (ej. ‘soy yo’, ‘es solo mi conciencia’).
 - *Despersonalización*. Sensación de extrañeza ante uno mismo, el propio cuerpo y el ambiente que a uno le rodea.
 - *Trances*. Debido a estos estados, los pacientes recuerdan espacios en blanco durante el transcurso de los días.
 - *Alteración del self*. Experiencia subjetiva, inexplicable y repentina en la cual se sufren cambios egodistónicos en el propio sentido de uno mismo.
 - *Desrealización*. Alteración temporal de la experiencia o percepción del mundo exterior, de forma que se presenta como extraño o irreal.
 - *Conocimiento de la presencia de alters*. Consciencia sobre la presencia de distintas identidades conviviendo en la mente de uno mismo.

- *Confusión de identidad*. Dificultad a la hora de reconocer a los distintos alters que conviven y para diferenciarlos o saber cuando toman el control
 - *Flashbacks*. Las personas con TID suelen tener flashbacks recurrentes del trauma, una experiencia vital de discrepancia entre los factores amenazantes de una situación y los mecanismos de afrontamiento de un individuo (como se citó en Sar, V., & Ozturk, E., 2006).
- Síntomas disociativos psicóticos. En 1980, los investigadores de este trastorno se centraron en estos síntomas, llevándolos a un erróneo diagnóstico de esquizofrenia:
- *Alucinaciones auditivas*. Principalmente se da la escucha de las voces de los alters, se procesa el componente auditivo de los flashbacks disociativos y / o existen alucinaciones auditivas psicóticas reales.
 - *Alucinaciones visuales*. Principalmente se da la visualización de las personalidades alter (en la mente o externamente), se procesa el componente visual de los flashbacks disociativos y / o existen alucinaciones visuales psicóticas reales.
 - *Síntomas Schneiderianos de primer grado*. Catorce estudios han documentado la presencia de estos síntomas en personas con TID. Solo 7 de los 11 síntomas de Schneider son frecuentemente encontrados en este trastorno, ya que los demás son prevalentemente propios de un trastorno psicótico más grave. Estos son: acciones impuestas, voces discutiendo, voces comentando, sentimientos impuestos, retirada de pensamientos, inserción de pensamientos e impulsos impuestos

DIAGNÓSTICO

El manual más utilizado es actualmente el DSM-5, sin embargo, no proporciona unos criterios completos para el diagnóstico de este trastorno, mencionando únicamente como síntomas la amnesia y la multiplicidad. Hemos abordado anteriormente los criterios diagnósticos del manual, y por tanto dedicaremos este punto para conocer otras escalas que han sido inventadas para un mejor diagnóstico del TID, siendo más amplias y facilitando dicho diagnóstico en gran medida.

La *Escala de Experiencias Disociativas* (DES) (Putnam y Bernstein, 1986) fue una de las primeras escalas que midieron el fenómeno de la disociación. Es un auto-cuestionario que mide la frecuencia de experiencias disociativas mediante 28 ítems, contruidos a partir de los criterios diagnósticos de los trastornos disociativos del DSM-III. Las preguntas hacen referencia a experiencias perturbadoras en la identidad, memoria, consciencia, cognición, sentimientos de desrealización y despersonalización y otros síntomas asociados como los flashbacks, y la absorción.

En 1989, Putnam desarrolló la *Child Dissociative Checklist* (CDC), para completar la anterior escala, siendo esta para el evaluador, y no para ser completada por el propio paciente. Esta lista es únicamente utilizada en niños y adolescentes, y contiene 20 ítems que miden las características centrales asociadas con la disociación, de tal manera que el adulto observa las conductas del niño / adolescente en el último año contemplando la lista para detectar indicios de posible desarrollo de trastornos disociativos, entre ellos el TID.

La escala más reciente, importante y completa es el *Inventario Multidimensional de Disociación* (MID), creada por Dell en 2006 con el objetivo de abordar todos los síntomas de los trastornos disociativos. Es un inventario formado por 23 escalas de disociación que evalúan el dominio subjetivo o fenomenológico de la disociación patológica y de los hipotéticos síntomas prevalentes en las personas que sufren de TID. Se realizó un estudio en doscientas veinte personas diagnosticadas con TID, siendo el 90% mujeres y el 10% hombres. En el se descubrió la incidencia de los veintitrés ítems en el 90% de los casos. Esto reforzó el modelo fenomenológico – subjetivo, ya que los pacientes diagnosticados están recurrentemente sometidos a distintas intrusiones disociativas conscientemente experimentadas en sus funciones ejecutivas y en su sentido de ser.

Poco después, Steinberg (1993) creó una escala más completa basada en los síntomas disociativos más comunes, la *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos Disociativos de la DSM-IV Revisada* (SCID-D-R). Es una entrevista semiestructurada compuesta por 227 ítems que clasifica los síntomas disociativos en cinco categorías (amnesia, despersonalización, desrealización, confusión de la identidad y alteración de la identidad) y además evalúa los 5 trastornos disociativos que aparecen en el DSM-IV. Esta entrevista tiene una excelente validez y fiabilidad es utilizada todavía hoy en día siendo uno de los elementos diagnósticos más importantes en el TID.

DIFERENCIACIÓN DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO DE OTROS CUADROS

Uno de los temas más abordados en las investigaciones, es la dificultad para diferenciar este trastorno de otros que pueden presentar similitudes en cuanto a síntomas o a rasgos. El Trastorno de Identidad Disociativo, presenta una serie de características comunes con la esquizofrenia, lo que les hace ser indistinguibles en múltiples ocasiones, así como con el trastorno de bipolaridad o con un déficit de atención severo.

- Esquizofrenia. Este trastorno psicótico, está caracterizado por la aparición de dos o más síntomas de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, y/o síntomas negativos como aplanamiento afectivo, alogia, o abulia; además, la sintomatología suele venir acompañada de disfunción social o laboral. Los síntomas deben presentarse mínimo un mes para valorar una alteración, y las características deben presentarse en un continuo de seis meses para el diagnóstico de esta enfermedad. Hemos de excluir, los trastornos del ánimo y esquizoafectivos, y el consumo de sustancias o enfermedad médica con relación a este trastorno, sin embargo, el trastorno del desarrollo puede estar estrechamente vinculado. (DSM-V, 2013).

Las principales características de la esquizofrenia son los delirios y alucinaciones, presentes en la mayor parte de los pacientes que poseen esta enfermedad (García Montes et al., 2002). Hemos de decir que las alucinaciones en este tipo de pacientes suelen ser visuales o auditivas; los pacientes tienen, por ejemplo, la sensación de estar oyendo voces, o de estar viendo algo que realmente no está presente en la realidad. Son las alucinaciones auditivas las que presentan similitudes con las ocurridas en el trastorno de identidad disociativo, ya que estos pacientes dicen oír conversaciones en su cabeza entre varias personas, y en los pacientes con esquizofrenia se presentan a modo de voces que parecen también de otras personas, aunque es más frecuente que suelen ser de los mismos pacientes y con ideas muy negativas. Por esto, dichos pacientes tienden a pensar que estas ideas son externas y no internas. Estas ideas que ‘alguien’ les mete en la cabeza a estos pacientes, o

estas conversaciones mantenidas por distintas personas en la cabeza del paciente son definidas por Dell (2006) como intrusiones.

Los delirios son a su vez una característica común de ambos trastornos, aunque en la esquizofrenia son comúnmente paranoides –ideas o hechos que los pacientes creen que pasan o están presentes, pero que en la realidad no existen-, por tanto, hay que tener cuidado a la hora de diferenciar el síntoma de la existencia de más de una identidad en un sujeto, con un delirio real presente en pacientes esquizofrénicos.

Otra de las razones que hacen frecuente la confusión entre estos dos trastornos, es la disociación. El mecanismo de disociación supone una desconexión total o parcial de la realidad, y es frecuente encontrarlo cuando nos encontramos ante una persona que ha sufrido abusos sexuales. Si esta persona, además, tiene esquizofrenia, podrá mostrar síntomas de varios trastornos disociativos como despersonalización, fuga disociativa, amnesia disociativa o desrealización, todo ello presente en el trastorno de identidad disociativa. Los fenómenos disociativos, que están separados del conocimiento consciente, tienen como característica principal la amnesia, presente en ambos trastornos (Dell, 2006).

Por tanto, como introdujimos en un principio, las alucinaciones, los delirios y el mecanismo de disociación, son los factores comunes principales entre ambos trastornos, que pueden llevar a confusión a la hora de hacer un correcto diagnóstico.

- Trastorno Bipolar: el trastorno bipolar está caracterizado por la alternancia entre episodios maníacos y episodios depresivos. Estas fluctuaciones clínicas del estado de ánimo son también características de los cambios de identidad presentes en los pacientes que sufren trastorno de identidad disociativo, por lo que es un factor que puede llevar a la confusión a la hora de un correcto diagnóstico. Los factores que nos ayudarán a diferenciarlo serán los cambios entre episodios maníacos y depresivos, que en la bipolaridad se dan con una frecuencia menor que en la disociación; y la observación del grado de bloqueo de conciencia, sentimientos o memoria, que es elevado en personas con disociación (Putnam, 1999).

- Déficit de atención: los déficits de atención se caracterizan por una pérdida de memoria importante, y una dificultad a la hora de mantener la atención. Esto se podría relacionar con la amnesia disociativa, presente en los TID, ya que estos sujetos tienden a olvidar cosas que han hecho recientemente, y son incapaces de prestar atención cuando se da un cambio de identidad, ya que la información no es compartida por todas las identidades. Es importante estar atentos a la duración del síntoma amnésico, ya que en niños suele ser algo temporal si es un TDA, y algo prevalente si es disociación. Además, el déficit de atención cuenta con características como no escuchar cuando te hablan, o cuando tiene dificultad para seguir instrucciones, cosa que no se da en la disociación.

HISTORIA Y CONTROVERSIA

La evolución del concepto de disociación ha variado a lo largo del tiempo, desde la inclusión de ejemplos de disociación en los trabajos pioneros del estadounidense Rush. Este autor defendió que la condición disociativa era debida a una desconexión entre los hemisferios cerebrales (como se citó en García-Cortes et al., 2017). Dentro de esta visión clásica encontramos también a Charcot, quien en 1889 elaboró su teoría a cerca de la histeria y en ella defiende que después de un hecho traumático se produce un estado hipnótico en el que las ideas traumáticas se aíslan de la conciencia (Cazabat, 2004).

Fue Pierre Janet, sin embargo, el principal exponente del estudio de la disociación, proponiendo en 1889 el término *désagrégation mentale* para describir la falta de integración (Pérez y Galdón, 2003), y establece como proceso básico en la disociación el llamado ‘estrechamiento de conciencia’, que impide que la persona perciba e integre ciertos acontecimientos, sobre todo los traumáticos (Putnam, 2006).

En el siglo XX, a partir de la Segunda Guerra Mundial y todo lo que ella acarreó para las personas que lo sufrieron (traumas y amnesias disociativas), se empezó a estudiar de nuevo el concepto. Hilgard en 1977 publica *Divided Consciousness*, donde postula una nueva definición de disociación afirmando que el funcionamiento mental se organiza en estructuras y subestructuras ordenadas jerárquicamente que mantienen interdependencia.

En 1990, Spiegel define disociación como separación de los contenidos que en situación normal estarían integrados, basando su teoría en tres pilares: falta de conexión entre las partes de la conciencia y la memoria; conexión entre disociación y trauma; y el self como memoria autobiográfica. Más adelante en 1994, Putnam investiga el trastorno observando especialmente a población infantil, y defiende la idea de un continuo en la disociación que iría desde los episodios breves, hasta las experiencias disociativas frecuentes, normalmente intensas y que aparecen en contextos no apropiados (como se citó en García-Cortes et al., 2017).

Los datos epidemiológicos internacionales obtenidos a comienzos del siglo XXI señalan un infradiagnóstico de los trastornos disociativos en general, contrariamente a lo que se ha venido definiendo durante décadas. El TID parece infrecuente en entornos clínicos, pero sin embargo es muy popular entre la multitud, gracias al concurso de la literatura y el cine (*Sybil*, *Múltiple*, *El extraño caso del doctor Jekyll y Mr. Hyde*, etc.), a la par que anteriormente pesaba sobre él una fuerte sospecha de sobrediagnóstico (Kluft, 1991).

Se considera que el TID podría ser también una manifestación extrema del trastorno por estrés postraumático, y en estos casos suele haber ocurrido un hecho traumático durante la infancia, normalmente de abuso o negligencia por parte de los progenitores. Por lo general los síntomas del trastorno son atribuidos o bien a la disociación, o a la simulación. Un dato que refuerza la perspectiva de que *'la personalidad múltiple'* es fingida, es el hecho de que se diagnostica frecuentemente en Estados Unidos, donde se han producido la mayoría de las películas que giran en torno a este fenómeno. Hay quienes afirman que el TID es un diagnóstico utópico utilizado en su mayoría por el Psicoanálisis, condenado en muchos casos desde otras orientaciones argumentando que genera falsas creencias en los pacientes.

En resumen, el término 'disociación' hace referencia a la desintegración de la vida mental, incluyendo la conciencia, la memoria, la percepción, el movimiento o la identidad. El término disociación propuesto a finales del s. XIX por Janet, fue utilizado por los teóricos clásicos del psicoanálisis para explicar la histeria. Todavía hoy la disociación es utilizada como un constructo explicativo, y autores cognitivos como Hilgard y Kihlstrom afirman que la mente humana tiene la capacidad de provocar fenómenos disociativos a través de procesos cerebrales similares a la hipnosis focalizada en la memoria o conciencia.

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL TID

Una de las hipótesis centrales a cerca de los factores influyentes en la aparición del TID trata de entender la conexión entre el trauma y los síntomas disociativos por medio de la biología. Esta hipótesis dice haber un fallo del sistema nervioso central para integrar de manera efectiva experiencias traumáticas resultando en procesos de memoria anormales y en una incapacidad para integrar y sintetizar emociones y sensaciones relacionadas con la experiencia traumática en un todo (Diseth, 2005).

La mayor parte de los investigadores, coinciden en que los trastornos disociativos no son hereditarios. La naturaleza del trauma en sí mismo, y el momento en el que éste ocurre en la vida de la persona, es el mejor predictor del trastorno. Según un artículo publicado por la revista *Child Abuse and Neglect* (2003), un 88'2% de las víctimas de abusos sexuales, desarrollarán un trastorno disociativo. Además, la secreción de glucocorticoides durante una experiencia traumática anula el funcionamiento del hipocampo, e imposibilita la fijación de una memoria episódica, por este motivo el paciente no recordará los hechos (Briere y Elliott, 2003)

Kluft, uno de los expertos en el TID, sugiere en 1988, que para que la persona desarrolle este trastorno, debe: tener un potencial innato para disociar, que se refleja en el hecho de que son fácilmente hipnotizables; y haber vivido una experiencia traumática durante la infancia temprana que dificulta el desarrollo de la personalidad, llevando a un aumento de la capacidad de dividir áreas mentales o emocionales. Estos traumas intervendrán posteriormente sobre una combinación de factores internos (biológicos y/o psicológicos del desarrollo), o del temperamento, que dificultarán la elaboración del trauma.

ORIGEN

El trauma infantil ha sido identificado como un factor ambiental estrechamente asociado a la presencia de síntomas y trastornos disociativos, y constituye un proceso mental importante en el contexto del trauma (Putnam, 1997). El TID suele aparecer en personas que, durante la infancia, sufrieron un trauma o una tensión emocional abrumadora. Alrededor del 90% de pacientes con TID han sido víctimas de maltrato grave (físico,

emocional o sexual) o han sufrido de abandono durante la infancia. Algunas personas no han sufrido abusos, pero han vivido una pérdida temprana importante, una enfermedad grave u otros eventos abrumadores estresantes.

Sin embargo, si estos niños que se encuentran en situación de vulnerabilidad son suficientemente contenidos y protegidos psicológicamente por adultos que se preocupen verdaderamente por ellos, es menos probable que desarrollen un trastorno de identidad disociativo (Spiegel et al., 2011). Es entonces donde entra en juego el vínculo de apego.

La teoría del apego, desarrollada por John Bowlby (1969, 1973, 1980) postula una necesidad humana universal de formar lazos afectivos. Es una teoría normativa a cerca de cómo el sistema de apego funciona en los seres humanos. Bowlby describe apego como un tipo de relación social especial, paradigmáticamente entre un infante y su cuidador, implicando un vínculo afectivo basado en la protección y regulación del malestar. Mary Ainsworth y sus colegas (1969, 1978, 1985) desarrollaron un proceso conocido como 'La situación extraña' que clasifica a los niños en categorías de apego siendo estas: seguro, ansioso/evitativo, ansioso/resistente. Un cuarto grupo de niños parecía exhibir un rango de actitudes desorganizadas o desorientadas, por tanto, Main y Solomon en 1990 elaboraron una cuarta categoría de apego: desorganizado/desorientado. (Sinsason, 2011).

Es en esta última categoría en la que nos centraremos, ya que suele ser el resultado de experiencias de relación con una figura de apego que es fuente de seguridad y a la vez de aversión, de tal manera que el niño queda preso por no saber si reunirse con la figura de seguridad o evitarla al ser también la fuente de tensión. Un apego desorganizado puede estar estrechamente relacionado con el abuso sexual: si la figura de apego abusa o no protege del abuso se establecerá un apego desorganizado y una unión entre ambas situaciones.

El niño percibe en la actitud del cuidador no solo su capacidad de reflexión, si no también su propia imagen de sí mismo. Ve que el cuidador le representa como un ser intencional, y es esta representación la que es internalizada para formar el yo. Si existe un apego desorganizado, será difícil integrar una autoimagen. (Sinsason, 2011).

PSICODINÁMICA DEL TRASTORNO

Ruptura del self

El *self* (citado por Sinason, 2011) es un conjunto de representaciones que dan cuenta del sí mismo. Las personas tendemos a tener una idea clara de *self* o un autoconcepto definido que es mantenido por una mente integrada. Una situación contraria a la integración es la disociación, ya que la mente y por tanto el *self* se fragmenta en partes, debido a un trauma generalmente de carácter sexual o a un apego desorganizado, como hemos visto anteriormente. Cuando se dan estas situaciones, la persona comienza a tener vivencias de momentos en los cuales hacen cosas de las que no son conscientes (despersonalización), a su vez que aparece amnesia y fragmentación (Batres, 2009). Esta fragmentación se produce por la incapacidad de concebir la figura de apego como la figura agresora (fenómeno que explicaremos más adelante) o la incapacidad de asumir un trauma, dándose una negación muy importante. La persona por tanto disocia el trauma, se encapsula el recuerdo, y se fragmenta el self en distintos alters que gestionaran dicho trauma de diferentes formas (Sinason, 2011).

Durante su desarrollo evolutivo, el niño pasará de estados discretos de conciencia a la formación directa de una metac conciencia, a través de la complejidad y flexibilidad del sistema. Esta metac conciencia es la encargada de regular, modular y unificar los distintos estados de conciencia (Ford, 2009). Un desarrollo evolutivo normal, podrá ser interrumpido por un trauma a lo largo de la infancia, y/o por un apego desfavorable que desencadenará consecuencias nefastas para la formación del self en la persona (como hemos comentado anteriormente), ya que diferentes estados de conciencia o estados del yo se mantendrán y supondrán una fragmentación del sistema psíquico, impidiendo la capacidad de metac conciencia, y dando lugar al TID. (González, A. 2010).

Disociación como mecanismo de defensa

Cuando el trauma ocurre, la mente *no puede hacerse cargo* de la situación considerada por la persona como demasiado dura para ser soportada, en este caso la disociación constituye un intento de la mente por protegerse de algo que no puede tolerar, algo que,

si se viviese plenamente, causaría un daño tremendo. Esto es lo que se conoce como la disociación como mecanismo de defensa o defensas disociativas. (Baita, 2005).

Cuando el niño se enfrenta a la situación traumática abrumadora de la cual no tiene escape físico o real, la respuesta será el escape mental, el *irse* con la mente disociándose de su duro entorno físico o replegándose hacia el interior de su propia mente (Spiegel et al., 2011). Esto sucede en la mayor parte de las situaciones de abuso sexual que ocurren en un campo interpersonal del que el niño que lo sufre, no puede escapar: diferencia de poder, edad, el lugar que ocupa la figura que ejerce el maltrato, el uso de la violencia, la amenaza, coerción y la familiaridad (la mayor parte de los abusos sexuales son interfamiliares y por tanto ocurren en el domicilio familiar donde el niño vive, come y duerme junto con quien abusa de él). Todo esto provoca que el escape físico de las situaciones sea prácticamente imposible, aunque muchos utilizan estrategias como taparse la cara, darse la vuelta hacia la pared o evitar estar a solas con el abusador, que en la mayoría de las veces fallan (Diseth, 2005).

La disociación es una defensa eficiente y rápida, que surge como adaptación para amortiguar el impacto de la experiencia traumática. En ocasiones, la disociación se produce de manera *normal* cuando el niño trata de escapar de la realidad traumática que está viviendo, y en otras ocasiones se produce como algo patógeno para evitar revivir la experiencia traumática, que es entonces cuando se produce el TID (Sinason, 2011).

Incapacidad de concebir a la figura de apego como agresor

La disociación viene dada, por un lado, por la incapacidad de una figura de apego capaz de dar un sentido unificado de uno mismo y que ayudará en la construcción del self; por otro lado, por un trauma generado a raíz de la figura de apego (Dell, 2006). Los niños con padres que sufren un trastorno mental grave o que actúan con incoherencia ante ellos y sus necesidades, crean un vínculo desorganizado que produce en el pequeño una generación de múltiples conceptos de sí mismo y de los demás, incompatibles entre sí, lo que impide una incorrecta integración del yo (Sinason, 2011).

Como venimos comentando, a medida que el niño se desarrolla, normalmente aprende a integrar diferentes y complicados tipos de experiencias e información en una sola identidad personal compleja y cohesionada. Un abuso sexual y físico producido en la

infancia, cuando la identidad está aún en desarrollo, tendrá efectos duraderos en la capacidad de la persona para la construcción de una identidad única, especialmente cuando son los cuidadores o progenitores los abusadores. Esta experiencia de abuso por parte de una figura de amor y autoridad de quien se depende es tan discordante para el psiquismo humano que es necesario llevar a cabo alguna operación para conciliar estas realidades contradictorias, ya que si no al evocar cada acto de amor, arrastraría también la evocación de las situaciones de dolor y obligaría al psiquismo a vivenciar permanentemente una catástrofe (Kluft, 1991). Por poner un ejemplo, una niña abusada a la cual su padre le cuenta cuentos por las noches, pero a la vez le tapa la boca. Tiene guardadas dos imágenes diferentes de la misma persona, una genera amor, y otra dolor, se separan en compartimentos diferentes, en los cuales guardará el recuerdo de cada experiencia.

Si los niños son maltratados, pero tienen acceso a una relación de apego significativa que proporciona bases intersubjetivas para el desarrollo de la capacidad de mentalización, serán capaces de resolver (con trabajo y esfuerzo) esta experiencia y el resultado del abuso no será un trastorno disociativo severo. Sin embargo, si el niño maltratado no mantiene una relación saludable con su figura de apego, la experiencia de abuso no será resuelta (citado por Sinason, 2011).

Alter egos y modelos que lo conciben

Las identidades o alters son los productos principales de los intentos de un niño traumatizado para compartimentar emociones abrumadoras y memorias ligadas al trauma. El TID representa una falla a la hora de integrar diferentes aspectos de la identidad, de la conciencia o de los recuerdos en un yo multidimensional. Normalmente, la identidad primaria, anfitrión o huésped, tiene el nombre de la persona y es depresiva, pasiva y dependiente. Los alter tienen distintos roles para ayudar a la persona a afrontar acontecimientos vitales, mientras que, a su vez, suele haber también normalmente una identidad sombría y borrosa, que trata de castigar al huésped (Okano, 2018).

Al igual que está presente la existencia de identidades persecutorias, también suelen aparecer personalidades totalmente maternas que cumplen la función que el progenitor no cumplió a la hora de proteger al niño.

La naturaleza y las características de las partes agresivas de la personalidad en TID han sido descritas e investigadas por numerosos autores. Kluft (1988), en su modelo clásico menciona brevemente los alter agresivos y destructivos observados en los pacientes con TID. Putnam (1989), en su clasificación de distintas identidades menciona ‘personalidades persecutorias que sabotean la vida del paciente e infligen con frecuencia heridas al cuerpo y pueden tener tendencias suicidas’ (p. 109). Desde su origen, Putnam defiende que ‘algunas personalidades persecutorias pueden ser reconocidas como introyectos de los abusadores originales; otras han evolucionado desde identidades que originariamente querían ayudar a identidades que son actuales perseguidores’ (p. 109).

Estás identidades sombrías son las más difíciles de abordar, por la dificultad de acceder a ellas. Los principales componentes de estas identidades son (Okano, 2018):

- Ira y agresividad. Conducen todo su enfado hacia el huésped con mucha frecuencia, tratando de dañar el cuerpo o incluso intentando matarlo. Esta agresividad viene dada por la falta de ella en la identidad huésped y aparecen cuando alguien trata de agredirla o molestarla a través del huésped.
- Dificultad para ser alcanzada e identificada. Estos tipos de alter no tienen un contorno distintivo, no están cristalizadas o elaboradas (Van der Hart et al., 2006). Como esta identidad se forma a partir de un evento severamente traumático, trata de culpar a la huésped de su mal manejo, o toma la actitud de la figura agresora inicial.
- Apariencia temporal en situaciones críticas. Cuando aparecen, lo hacen durante períodos cortos de tiempo tomando una posición brusca y violenta. Además, consumen mucha energía y se cansan rápidamente, por ello también desaparecen tan rápido. Aparecen ante la exposición de un recuerdo del evento traumático.
- Presencia física *casi* sentida y experienciada por el individuo. Son sentidas por otras partes con un nivel físico y perceptual mucho mayor que otras por su naturaleza persecutoria y amenazante.

Existen a su vez elementos correspondientes a la etapa del desarrollo que podrán servir de base para futuras identidades, como por ejemplo un amigo imaginario que se transforma en el depositario de las partes de sí misma que pretende conservar o de los sentimientos inaceptables de furia, rabia, etc. Este amigo imaginario pasará a ser otra parte de sí misma sin que la niña tenga una clara prueba de que esto ocurra así, tendrá características propias, nombre, edad: una identidad (Okano, 2018).

INTERVENCIÓN

No existe hoy en día un tratamiento farmacológico específico para trastornos disociativos, sin embargo, los síntomas dolorosos y la comorbilidad generalmente suele ser tratada mediante farmacoterapia. Por otro lado, los trastornos disociativos sí pueden ser curados por medio de psicoterapia, teniendo como objetivo la integración de las identidades en una sola, o lograr una coexistencia pacífica de todas ellas. Los principales modelos propuestos para la intervención de personas con TID son los siguientes:

- Tratamiento lineal propuesto por la ISSTD (*International Society for the Study of Trauma and Dissociation*). Este planteamiento consiste en tres fases: estabilización, trabajo con traumas e integración. Este enfoque busca establecer un balance entre el yo psicológico y el yo sociológico, lo que conlleva un cambio de la auto-preservación a la autorregulación (Ford, 2009). Esto puede lograrse a través de los cuatro dominios del tratamiento: 1) Resolución de las resistencias del yo traumatizado (como el fenómeno depresivo, obsesiones relacionadas con el trauma y la alteración de la reciprocidad personal); 2) Descifrado de las funciones de las personalidades alternas; 3) Facilitación de la migración interna del yo sociológico al yo psicológico; 4) Trabajo de la negación, culpa y vergüenza.
- Tratamiento integrador propuesto por Batres (2009). Este tratamiento toma elementos de tratamientos anteriormente propuestos por Putnam, Ross y Van der Hart. Está compuesto, a su vez, por tres fases:
 - Fase I: En esta fase hemos de elaborar un diagnóstico, educar en el abuso y el TID, proponerse metas, formar alianzas, iniciar el mapa de personalidades, iniciar la comunicación interna, y firmar contratos.
Es muy importante en esta fase hacer una distinción de las personalidades alternas y de las personalidades perseguidoras, que normalmente persiguen a las primeras mediante voces críticas y acusatorias, causando daño directo al cuerpo, elaborando mensajes aterradores, engaños al terapeuta, etc. Es además recomendable desde un principio el uso de técnicas como la escritura de diarios o una entrevista larga para que la persona con TID muestre distintas actitudes y conductas.

Hemos de conocer a las personalidades alternas para saber como conectarlas y averiguar así datos relevantes, que nos llevarán a ir conociendo más la naturaleza del trauma disociado. Para la recuperación del material traumático elementos como frisos cronológicos de vida y lectura de sus propios libros de trabajo serán muy útiles. Como terapeutas hemos de promover la comunicación interna y hacer contratos para proteger a unas identidades de otras.

- Fase II: Esta fase tiene como objetivos procesar el pánico de recordar, aumentar la comunicación interpersonal y hacer negociaciones, dismantelar barreras amnésicas, y tomar conciencia de la unicidad del cuerpo. Para ello, el terapeuta hablará a todas en plural en todas las sesiones, y tendrá un conocimiento ya amplio sobre las alternas (funciones, comportamientos e ideas).
- Fase III: Llegados a este punto, buscaremos lograr negociaciones entre alternas, crear tareas unificadas, eliminar las resistencias de la personalidad huésped, revisar el agravamiento de síntomas y preguntarse si debe haber integración o consenso para pasar a la siguiente fase. Para que haya una alianza entre personalidades, las alternas deben tener comunicación una vez disminuido el conflicto interno y haciendo un análisis conjunto de resistencias y fugas de salud. Para la integración, el paciente deber haber fusionado y solucionado su conflicto.

Recientemente, varios autores (Schielke et al., 2017) han elaborado un cuestionario del progreso en tratamiento (*PITQ*) para elaborar las capacidades captadas durante el tratamiento del adulto con TID. Es una escala muy utilizada y con una buena consistencia interna y evidencia de validez. Para su realización, tendremos dos subtests: uno realizado por el terapeuta (*PITQ-t*) y uno realizado por el paciente (*PITQ-p*). Ambos evalúan las habilidades del paciente para gestionar sus emociones, síntomas, relaciones, seguridad y bienestar. Gracias a esta prueba, es posible evaluar la evolución del paciente y sus capacidades adaptativas durante el transcurso del trabajo con traumas en terapia.

La mayor parte de las investigaciones a cerca del tratamiento en personas con TID están divididas en tres fases, siendo la primera un logro de alianza terapéutica y la elaboración de un mapa de identidades; la segunda el dismantelamiento del trauma y el levantamiento de la barrera amnésica; y la tercera una integración o alianza entre identidades. Por otro lado, algunos modelos se centran más en el trauma, y otros más en la metacognición,

tratando de integrarla y siendo este el objetivo principal y no la asunción de dicho trauma. Por último, cabe destacar que el objetivo en todas las intervenciones es el mismo, lograr una integración, o si no fuese posible, una alianza entre identidades.

CASO CLÍNICO

El caso que se expondrá a continuación ha sido extraído del libro: Gonzáles, A. (2010) *Trastornos Disociativos: diagnóstico y tratamiento*. Madrid. Ed. Pleyades

-Historia del caso

Paula ingresa en el hospital con 20 años. Ha tomado una sobredosis de pastillas de diverso tipo la semana anterior, aunque no presenta ideación suicida en el ingreso; dice que no le preocupa morir. En los días anteriores también se ha hecho cortes superficiales en los brazos y el abdomen con un cuchillo de cocina. Se queja de dormir mal y de que la vida no merece vivirse. Tiene antecedentes de bulimia, en ese momento estabilizada.

Bebe cuando sale, aunque no consume regularmente tóxicos. No tiene pareja y evita las relaciones íntimas. Tiene mal apoyo familiar: una hermana con la que no tiene contacto y vive en el extranjero, otro hermano es toxicómano, y no mantiene buena relación con su madre.

Fue tratada por bulimia con 16 años. También sufrió un ingreso psiquiátrico con 19 años por una autoagresión, tras lo cual no siguió consultas.

Ella es la segunda de cuatro hermanos. Su padre tuvo una historia de abuso de alcohol y agresividad hacia la familia. La madre se fue con sus hijos y dejó a su marido cuando la paciente tenía 5 años. Posteriormente cambiaron innumerables veces de casa durante su infancia, cada vez que su madre cambiaba de pareja.

En la exploración está ansiosa, preocupada y poco centrada. Hace solo comentarios cortos y evita el contacto visual. Está aparentemente depresiva y afirma no tener ideas suicidas, aunque teme poder dañarse a sí misma si se queda sola en casa. No tiene síntomas psicóticos floridos.

Durante el ingreso mejora rápidamente y se siente feliz de poder haber visto su vida en perspectiva. Niega ideas suicidas o deseos de dañarse a sí misma. Fue diagnosticada de trastorno adaptativo depresivo. (...)

Durante su estancia en el hospital ocultó a los médicos sus intensas y frecuentes alucinaciones auditivas, y consiguió controlar sus cambios de estado mental y encubrir sus lagunas de memoria, por el temor a que la encerraran en la institución de modo prolongado o permanente.

-Síntomas que permiten el diagnóstico

Existe una historia traumática grave (padre alcohólico y agresivo, y continuos cambios de domicilio, mala relación con su madre) que cursan con alucinaciones auditivas, cambios de estados mentales y lagunas de memoria. Cumplen con los criterios a, b y c del DSM-IV para el trastorno disociativo de personalidad, y cumple el modelo de evaluación de síntomas de Dell (2006).

-Evaluación

En esta paciente el diagnóstico parece claro ya que admite los principales criterios para esta enfermedad, pero para verificarlo sería aconsejable que se le pasaran algunas pruebas como: el Inventario Multidimensional de Disociación (Dell, 2006) para abordar todos los síntomas y cerciorarnos de un correcto diagnóstico; el SCID-D-R (Steinberg, 1993) para evaluar los síntomas y el tipo de trastorno disociativo.

-Tratamiento

Elaboraremos un plan de tratamiento para conocer en primer lugar a todas las identidades, iniciar la comunicación interna y tener especial contacto con la identidad persecutoria; en segundo lugar, desmantelaremos barreras amnésicas y se abordará el trauma; en tercer lugar buscaremos negociaciones entre alternas buscando una alianza o una integración.

-Resultados esperables

Sería interesante un internamiento para evitar las conductas autolesivas, y el inicio del tratamiento lo antes posible. Será importante establecer un vínculo terapéutico fuerte ya que por su historial de fracasos terapéuticos se podría pensar que no tiene confianza en los terapeutas y que su vida peligra de forma muy grave. Fuera de eso, los resultados pueden ser buenos si se logra la integración total de identidades, llevando a la desaparición de su amnesia.

CONCLUSIONES

El Trastorno de Identidad Disociativo es un trastorno que como hemos podido comprobar no cuenta con numerosas investigaciones y es grande el desconocimiento que se tiene a cerca del mismo aún hoy en día. A lo largo de la historia ha habido mucha controversia a cerca de su existencia, y hasta hace no mucho no estaba incluido si quiera en el DSM-5, aunque gracias a las recientes, aunque escasas investigaciones, ya es reconocido por la comunidad psiquiátrica y psicológica como un trastorno más.

La complejidad del síntoma en este trastorno, la falta de concienciación sobre su existencia y la falta de instrumentos adecuados lleva a un infradiagnóstico generalizado. Sería importante investigar más en profundidad la amnesia disociativa que se da en el trastorno, así como una escala para diferenciar los síntomas psicóticos de los síntomas disociativos.

A su vez, sería interesante expandir la búsqueda del origen a un ámbito neurobiológico, que puede estar implicado en los procesos disociativos, para también poder encontrar un tratamiento farmacológico adecuado para los pacientes que sufran este trastorno y no solo limitarnos a un campo psicológico centrado en el abuso y en el trauma. Tal vez haya demasiados estudios sobre el trauma sexual y sobre las consecuencias del apego desorganizado, pero muy pocos ligados a la disociación. Es vital entender estas dos causantes del trastorno, pero tal vez haya otros factores que puedan influir en su aparición.

En cuanto a la psicodinámica del trastorno, ha sido difícil encontrar información a cerca de los mecanismos que se llevan a cabo en la escisión de la identidad y de la metacognición, aunque hay información valiosa a cerca de los alter egos que se desarrollan y como abordarlos desde un punto de vista clínico.

Por último, existen planes de intervención para este trastorno, pero al ser un trastorno *poco visto* en terapia, es difícil elaborar planes de intervención alternativos, sobre todo en combinación con una intervención farmacológica por la falta de estudios como hemos señalado anteriormente. Aunque es valiosa para un terapeuta la información que nos revelan los estudios a cerca de cómo integrar las identidades, o de su consenso.

BIBLIOGRAFÍA

- Baita, S. (2005, junio). Defensa disociativa en niños y adolescentes que sufrieron abuso sexual infantil. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 3(1).
- Batres, G. (2009, noviembre). Las múltiples voces del dolor. Disociación y tratamiento del trastorno de identidad disociativo. *II Congreso Internacional, violencia, maltrato y abuso*: Buenos Aires, Argentina.
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986) Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Briere, J. & Elliott, D. M. (2003) Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205-1222.
- Cardaña, E. (2017). Dissociation and the dissociative disorders. *Lund University*.
- Cazabat, E. H. (2004). Evolución histórica del concepto de disociación. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 3(1), 42–45.
- Dell, P. F. (2006). A new model of dissociative identity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 1-26.
- Diseth, T. H. (2005). Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma-an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(2), 79–91.
- Ensink, K., Berthelot, N., Bégin, M., Maheux, J., & Normandin, L. (2017). Dissociation mediates the relationship between sexual abuse and child psychological difficulties. *Child Abuse & Neglect*, 69, 116-124.
- Ford, J. (2009). Dissociation in complex posttraumatic stress disorder or disorders of extreme stress not otherwise specified. In: P.F. Dell, J.A. O'Neil (Eds), *Dissociation and dissociative disorders. DSM-V and beyond*. New York: Routledge Pubs., pp.471-483.
- García-Montes, J. M. & Pérez Álvarez, M. (2002). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 107-122.

- García-Cortés, A., Pérez-Fernández, F., Corbí, B., & Martín-Moreno, C. (2017). Estudio de caso: ¿simulación o trastorno de personalidad múltiple? *Clínica y salud*, 28, 39-45.
- González, A. (2010) *Trastornos Disociativos: diagnóstico y tratamiento*. Madrid. Ed. Pleyades.
- Hilgard, E. R. (1977). *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Actions*. Nueva York: Wiley.
- Kluft, R. P. (1988). The phenomenology and treatment of extremely complex multiple personality disorder. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 1(4), 47-58.
- Kluft, R. P. (1991). Multiple personality disorder. En A. Tasman y S. M. Goldfinger (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (pp. 161–188). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Merckelbach, H., Devilly, G. J. & Rassin, E. (2002). Alters in dissociative identity disorder. Metaphors or genuine entities? *Clinical Psychology Review*, 22, 481-497.
- Okano, K. (2018). The origin of so-called ‘shadowy personalities’ in patient with dissociative identity disorder. *European Journal of Trauma and Dissociation*.
- Pérez, S. y Galdón, M. J. (2003). Los fenómenos disociativos: una revisión conceptual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 85–108.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford.
- Putnam, F. W. (1994). Dissociative disorders in children and adolescents. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation. Clinical and Theoretical Perspectives* (pp. 175–189). Nueva York: Guilford.
- Putnam, F. W. (2006). Dissociative disorders. En D. Cicchetti y D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology. Vol. 3: Risk, disorder and adaptation* (pp. 657–695). New York: Wiley.
- Sar., M. D. (2008). What is trauma and dissociation? *Journal of Trauma Practice*, 4(1-2), 7-20.

- Schielke, H., Brand, B., & Marsic, A. (2017). Assessing therapeutic change in patients with severe dissociative disorders: the progress in treatment questionnaire, therapist and patient measures. *European Journal of Psychotraumatology*, 8.
- Sinason, V. (2011). *Attachment, trauma and multiplicity: working with Dissociative Identity Disorder*. *The Journal of Analytical Psychology* 56(4).
- Spanos, N. P. (1996). Multiple identities & false memories. A sociocognitive perspective. *Washington, DC: American Psychological Association*.
- Spiegel, D., Lewis-Fernandez, R., Loewenstein, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten E., Cardeña, E. & Dell, P. F. (2011). Dissociative Disorders in DSM-5. *Depression & Anxiety*, 28(9), 824-852.
- Steinberg, M. (1993). Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D). *Washington, DC: American Psychiatric Press*.
- Rush, B. (1786). *An inquiry into influence of physical causes upon the moral faculty*. *Philadelphia: Charles Cist*.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. *New York, NY: WW Norton*.