

**TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO:
DIAGNÓSTICO, COMORBILIDAD, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y
TRATAMIENTO**

Vedat Sar, MD (*), Erdinc Ozturk, PhD ()**

(*) Professor of Psychiatry; Director, Clinical Psychotherapy Unit and Dissociative Disorders Program, Istanbul University, Medical Faculty of Istanbul, Istanbul, Turkey

(**) Clinical Psychologist, Clinical Psychotherapy Unit and Dissociative Disorders Program, Istanbul University, Medical Faculty of Istanbul, Istanbul, Turkey

Mailing Address:

Prof.Dr.Vedat Sar

Istanbul Universitesi Istanbul Tip Fakultesi Psikiyatri Klinigi

34390 Capa Istanbul Turkey

Fax: 90-212-261 7004

Phone: 90-212-260 1422

e-mail: vsar@istanbul.edu.tr

Resumen.

Las características esenciales de los trastornos disociativos es la alteración la cual afecta casi cada función mental. Amnesia disociativa, despersonalización, desrealización, confusión de la identidad y alteraciones de la identidad son las dimensiones centrales de la psicopatología disociativa. Mientras que el trastorno de identidad disociativo es la condición más generalizada entre ellos, representaciones parciales de este espectro de psicopatología pueden ser diagnosticadas como amnesia disociativa, trastorno de despersonalización o trastorno disociativo no especificado. Los trastornos disociativos reportan la mayor frecuencia, entre todos los trastornos psiquiátricos, de abuso en la niñez y/o negligencia. Además de ser un trastorno en sí mismo, la disociación puede estar acompañada por casi todos los trastornos psiquiátricos y opera como un factor de confusión en investigaciones de toda la psiquiatría. A pesar de que no hay un tratamiento específico con medicamentos para trastornos disociativos, éstos pueden curarse con psicoterapia.

Palabras Clave: Disociación, diagnóstico, trauma en la niñez , psicoterapia.

Introducción.

La característica principal de la disociación es la alteración. La disociación puede afectar el pensamiento, las emociones, la conducta, la identidad, la consciencia, percepción y/o el funcionamiento sensoriomotor. Los componentes clínicos principales de la psicopatología disociativa se pueden identificar en cinco dimensiones: amnesia, despersonalización, desrealización, confusión de la identidad y alteración de la identidad. Los síntomas secundarios de la disociación enriquecen la fenomenología en general, los que son positivos (por ejemplo: alucinaciones, experiencias Schneiderianas) o negativos (por ejemplo: déficits somatosensoriales) en contenido.

Todos los trastornos disociativos son representaciones completas o parciales de una dimensión psicopatológica; es decir disociación. Entre ellos, el Trastorno de Identidad Disociativo (TID) es la forma más extendida la cual cubre todo el espectro de síntomas disociativos incluyendo los estados de personalidad e intrusiones mentales con su propia agenda y sentido de si mismo. Condiciones parciales son amnesia disociativa (que puede o no estar acompañada por fuga), trastorno de despersonalización y Trastorno Disociativo no Especificado (TDNE). Disociación y trastornos disociativos pueden acompañar a casi todos los trastornos psiquiátricos y pueden influir su fenomenología y su respuesta al tratamiento (Sar y Ross 2006).

Epidemiología.

Entre mujeres, la preponderancia del trastorno disociativo del DSM-IV en Nueva York (un año de prevalencia) y en la Ciudad de Sivas en Turquía (diagnóstico de por vida) fue del 8.6 – 18.3 % (Sar, 2007; Johnson et al, 2006). El tipo más frecuente fue el TDNE (4.3 – 8.3%). Amnesia disociativa entre 2.6 - 7.3%. Trastorno de despersonalización (0.9 – 1.4%) y TID (1.1 – 1.4%) fueron los grupos más pequeños. Aunque la prevalencia de fuga disociativa fue de sólo 0.2%, esto no fue por su rareza como un fenómeno. Cuando ocurre, la fuga disociativa comúnmente es un síntoma de un trastorno predominante como TID o TDNE.

La preponderancia de trastornos disociativos en escenarios psiquiátricos están entre 10-12% (Sar, 2011) con la más alta prevalencia en salas de emergencia psiquiátricas: 34.9% (Sar et al., 2007). La mayor diferencia de los estudios en comunidades es que en los escenarios clínicos, el TID es tan frecuente como el TDNE (Sar, 2011b; Tutkun et al., 1998) y las mujeres constituyen la mayoría de los pacientes. En un estudio turco con ambos géneros en la comunidad, los resultados de la Escala de Experiencia Disociativa (DES por sus siglas en inglés) no reportaron diferencia entre ambos géneros, sin embargo, había el doble de hombres entre los resultados más altos (Akyuz et al.; 1999).

En el estudio en Nueva York, no hubo diferencias significativas por género en la distribución de trastornos disociativos. (Johnson et al., 2006). Basados en la observación clínica hay una creencia general que en las poblaciones clínicas, los pacientes de género masculino ocultan fácilmente sus síntomas e historias de trauma. En contraste con las poblaciones clínicas, en un estudio turco con estudiantes universitarios de alto rendimiento, los hombres reportaron más traumas durante la niñez que las estudiantes femeninas (Sar et al., 2006).

Etiología.

Hay una relación estrecha entre el Trastorno por Estrés Posttraumático (TEPT) y Trastorno de Identidad Disociativo (TID), debido a que las personalidades alternas pueden considerarse como una versión elaborada de intrusiones mentales relacionadas con traumas. El TEPT está relacionado con experiencias traumáticas únicas durante la adultez mientras que TID se relaciona con traumatización crónica durante el desarrollo. En el TID, recuerdos traumáticos se descontextualizan (Brewin, 2001) y se procesan para mantener un balance interno y externo (Sar and Ozturk, 2005) lo que conduce a la formación de personalidades alternas con agenda y sentido propio de si mismo (Spiegel et al., 2011), historias personales, códigos y una misión (Ozturk 2009 b). Esta fragmentación altera la identidad completa de la persona. Noventa por ciento de todos los pacientes con TID reporta por lo menos un caso de abuso y/o negligencia durante la niñez (incesto y otros tipos de abuso sexual, físico, emocional, descuido emocional y físico) (Sar et al., 1996; Spiegel et al., 2011). Un subgrupo de pacientes tienen amnesia de un periodo de su niñez lo cual podría conducir a un sub-reporte de ese periodo. También hay familias “aparentemente normales” que ocultan la disfuncionalidad, por ejemplo pseudo-reciprocidad, doble vínculos, escisión marital, apego inseguro, expresión alta de emociones (Ozturk and Sar, 2005). Estudios de imágenes funcionales del cerebro revelan hipo-perfusión bilateral en las regiones orbito frontales (Sar et al., 2001-2007) la cual apoya una hipótesis orbito frontal del TID (Forrest, 2001). Una investigación estructural del cerebro reveló un hipocampo y una

amígdala más pequeños (Vermetten et al., 2006). Estos cambios estructurales parecen ser secundarios al estrés durante el desarrollo.

Caminos que conducen al diagnóstico del TID.

La mayoría de los pacientes con trastornos disociativos expresan solamente un subgrupo de sus síntomas que predominan en su estado actual. Sin embargo, generalmente son capaces de describir todo el síndrome en una evaluación psiquiátrica completa. La conciencia acerca de posibles tipos de aplicaciones en un escenario clínico puede ayudar a los clínicos a captar el posible diagnóstico. Sin embargo, la expresión parcial del síndrome puede llevar fácilmente al clínico a un diagnóstico alternativo dependiendo de la preponderancia de un grupo de síntomas.

Depresión Doble: La mayoría de los pacientes con TID o TDNE reportan una depresión crónica que usualmente concuerda con el curso de la depresión doble. Por ejemplo, el trastorno distímico como la base junto con episodios depresivos mayores repetitivos y superpuestos. Estos periodos de crisis a lo largo de la vida del paciente son desencadenados por estresantes internos y externos. Muchos pacientes reportan el comienzo del estado de ánimo depresivo durante la niñez temprana; es decir “desde el principio en adelante” continuando “casi ininterrumpidamente”. En contraste con el trastorno depresivo primario, esta condición generalmente no responde a la farmacoterapia con antidepresivos y es etiquetada como “resistente al tratamiento”. Sin embargo, con la integración de la psicoterapia, el síndrome depresivo desaparece instantáneamente. Esta condición puede considerarse como una “depresión disociativa” (Sar, 2011c) a diferencia de un trastorno depresivo primario el cual parece tener una patogénesis diferente, curso y respuesta al tratamiento.

Trastorno de conversión: En la comunidad general, 26.5% de las mujeres que reportaron haber experimentado por lo menos un síntoma de conversión en su vida, tienen trastorno disociativo (Sar et al., 2009). Esta cifra es de entre el 30.1 al 50% entre pacientes psiquiátricos de ambos géneros (Sar et al., 2004; Tezcan et al., 2003). Cuando está acompañado por un trastorno disociativo, los

pacientes con un síntoma de conversión tiene mayor comorbilidad psiquiátrica, historia de una niñez con trauma, intentos de suicidio y auto mutilación (Sar et al., 2004).

Los síntomas somáticos funcionales distinguen los trastornos disociativos de otros trastornos psiquiátricos (Sar et al., 2000; Sar, 2010). Un estudio reciente en Turquía arrojó una muy alta (48.7%) frecuencia de síntomas de conversión, de por vida, en mujeres (Sar et al., 2009). A pesar de los factores culturales, esto también puede ser un indicador de la alta frecuencia de trastornos disociativos. Los síntomas de conversión generalmente marcan un periodo de crisis aguda sobrepuesto al curso crónico de trastornos disociativos en estas personas. La preponderancia de síntomas somáticos como pseudo-ataques constituye una emergencia médica y pueden ocultar el espectro más amplio de la sintomatología de la disociación.

Características del trastorno límite de la personalidad: Entre los sujetos que cumplen los criterios del DSM-IV para trastorno límite de la personalidad, 64-72.5% tienen un DSM-IV trastorno disociativo como diagnóstico en el primer eje (Sar et al., 2003; 2006). La validez de este criterio para un trastorno de personalidad al parecer es bajo (Hudziak et al., 1996). De hecho, ellos describen aspectos interpersonales de disociación y captan sujetos con trastorno disociativo.

Psicosis disociativa aguda: Esta condición se asemeja al delirio maniaco o psicosis esquizofrénica (Sar y Ozturk, 2008; 2009). Cesa a más tardar en algunas semanas, y se caracteriza por síntomas disociativos que se basan en una crisis de “puerta giratoria” o “co-conciencia”. Experiencias de flashback, síntomas de conversión, estados de fuga, catatonia, alucinaciones, suicidio, violencia y delirios pueden ser parte de esta condición. El paciente puede permanecer amnésico a todo el episodio. Hospitalización a corto plazo, psicoterapia de apoyo y especialmente la separación de un ambiente familiar perturbador han sido las medidas más útiles para el manejo del trastorno. Además de ser un diagnóstico discernible, la psicosis disociativa puede presentarse en paciente con TID como resultado de la descompensación

después de un evento de vida agudo y estresante. Esto se puede manifestar como una lucha para controlar e influir entre identidades alternas con características de temor, miedo, agresión, o con delirios, algunas de las cuales pudieron haber estado latentes por mucho tiempo (Tutkun et al, 1996). Consecuentemente, la ex “psicosis histérica” la cual ahora es considerada “Psicosis disociativa”, ha sido el punto de partida del diagnóstico que ha conducido al reconocimiento del TID en Turquía.

Trastorno Bipolar del estado de ánimo (II): Es una desregulación del afecto relacionada con el trauma y/o cambios entre personalidades alternas con distintos estados de ánimo que puede parecerse a la ciclotimia o al trastorno del estado de ánimo bipolar (II) (Van der Kolk y cols., 1996). Estas alteraciones no responden a estabilizadores del estado de ánimo pero hay recuperación con psicoterapia integrativa.

Dependencia de sustancias: Se observaron trastornos disociativos en 17.2% de un grupo grande de pacientes hospitalizados buscando tratamiento por abuso de sustancias (Karadag et al., 2005). Los pacientes con trastornos disociativos utilizaron más sustancias de diferentes tipos, abandonaron el tratamiento con mayor frecuencia, tuvieron menor duración de remisión y eran más jóvenes. En la mayoría de ellos (64.9%), los síntomas disociativos comenzaron antes de usar sustancias; es decir, generalmente durante la adolescencia. Los intentos de suicidio, el abuso emocional durante la niñez y el género femenino predicen trastornos disociativos entre los consumidores de sustancias. La prevalencia de trastornos disociativos se incrementó a 26.0% cuando las personas que solo tenían dependencia al alcohol fueron excluidas (Tamar-Gurol et al., 2008). Estos hallazgos son alarmantes, porque demuestran la importancia de reconocer los trastornos disociativos para prevenir y tratar exitosamente la dependencia de sustancias entre adolescentes y adultos jóvenes.

Disfunción sexual: El abuso sexual durante la niñez es reportado frecuentemente por pacientes con disfunción sexual. Entre los pacientes con

TID, el cambio de personalidad (por ejemplo, a niño o personalidades del género opuesto) o experiencias de flashback pueden ocurrir durante una relación sexual; por ejemplo, dicha condición puede simular el vaginismo (Kuşkonmaz ve ark., 2000).

Intentos suicidas repetitivos: La mayoría de los pacientes con TID tienen ideas suicidas, y no son raros los intentos de suicidio. La prevalencia de suicidio consumado es de alrededor de 1-2% (Kluft 1995). Algunos de los pacientes solicitan ayuda justo antes o después de un intento, porque algunas de las personalidades alternas (por ejemplo de niño) pueden resistirse contra dicha acción.

Auto-mutilación: Muchos pacientes con TID se causan auto-heridas, generalmente durante una crisis disociativa. El pacientes puede sufrir de despersonalización durante un episodio de crisis o permanecer amnésico al mismo.

Fuga disociativa: La mayoría de los casos con fuga disociativa tienen como base un trastorno crónico como TID. Por lo tanto, un diagnóstico solitario de fuga disociativa es relativamente raro.

Posesión: Experiencias paranormales (extrasensoriales o supernaturales) son comunes entre los pacientes con trastornos disociativos. En contraste con las personalidades alternas, el origen de la posesión se experimentan en el mundo exterior. La relación entre la posesión y los trastornos disociativos es universal (Ross, 2011). También hay una relación significativa entre el trauma psicológico durante la niñez y las experiencias paranormales en la comunidad (Ross y Joshi, 1992).

Crisis disociativa no psicótica: La mayoría de los pacientes con trastornos disociativos crónicos también tienen estados disociativos agudos sobrepuestos al trastorno subyacente. También hay un tipo transitorio de condición disociativa aguda sin un trastorno disociativo crónico subyacente que se

propone sea enlistado como un ejemplo de un trastorno disociativo no especificado en el DSM-5 (Spiegel et al., 2011). En la cultura latina, este último es conocido como “ataque de nervios”, sin embargo, no es un fenómeno con vínculo cultural (Lewis-Fernandez et al., 2007; Martínez-Taboas et al., 2010).

Las palpitaciones, temblores tenues y despersonalización son comunes durante estos episodios que también se pueden asociar con el síntoma de conversión como pseudo-ataques. Las crisis disociativas de los pacientes con trastornos disociativos crónicos consisten en flashbacks de experiencias relacionadas con trauma, auto-mutilación, “Crisis de puerta giratoria” de las personalidades alternas que compiten por tener el control, y/o amnesia (Sar y Ozturk, 2008; 2009). Por lo tanto, las salas de emergencias psiquiátricas tienen la más alta prevalencia de trastornos disociativos (Sar et al., 2007). Estas crisis agudas pueden servir como una “ventana diagnóstica” para los pacientes con trastorno disociativo crónico como el TID pero que sólo pueden tener síntomas sutiles entre estos periodos de descompensación aguda.

Alteraciones de personalidad: Se han descrito varios tipos de alteraciones de la personalidad. Aquí se enlistan algunos tipos que pueden tener importancia estratégica para las intervenciones terapéuticas (Ozturk, 2009b).

La personalidad “host” (anfitriona) generalmente está deprimida, puede sufrir de TEPT y crisis disociativas agudas de las que puede permanecer amnésica. La fusión siempre debe de conducirse en presencia de o hacia la personalidad “anfitriona” porque la dirección de la fusión puede conducir a diferentes resultados. No se recomienda conducir una fusión entre personalidades alternas.

“*Persecutor*”: La personalidad persecutoria es hostil con la personalidad anfitriona y puede conducir a intentos de suicidio y auto mutilación. Sin embargo, el “persecutor” determina el éxito de la intervención y debe ganarse para que coopere. “El persecutor” debe fusionarse con la “anfitriona” antes que con otras personalidades alternas. El no hacerlo puede debilitar el “balance”

entre personalidades alternas (Ozturk, 2009b). El “persecutor” se asemeja a un niño sintiendo enojo y culpa debido a la experiencia traumática.

“*Prostituta (o)*”: Se observa en hombres y mujeres. Este es un personaje fuerte que es propenso a apoyar el tratamiento, porque tiene la maestría para persuadir a otras personalidades alternas para que cooperen. Por ejemplo, a la personalidad del persecutor. Esta personalidad debe mantenerse como un ayudante y no debe de ser fusionada durante las etapas tempranas del tratamiento.

Nota del traductor: Otros autores le llaman a esta personalidad La Negociadora.

“*Niño*”: Como durante las etapas tempranas del tratamiento es raro que cause problemas, la personalidad de niño puede ser erróneamente descuidada. Esto es peligroso, porque después se convierte en una personalidad persecutora secundaria. De otra manera, el “niño” apoya al tratamiento como un guía.

“*Gay/Lesbiana*”: Este es un personaje alegre con cierta cualidad “antidepresiva”, es propenso a ser cooperativo, y nutre a la vida de energía. La personalidad “gay/lesbiana” no tiene ninguna relevancia sobre la post orientación sexual integrativa del paciente.

Nota del traductor: Otros autores le llaman a esta personalidad el o la adolescente.

Comorbilidad y Diagnóstico Diferencial.

Esquizofrenia: Las alucinaciones, los síntomas Schneiderianos y las crisis agudas superpuestas a los trastornos disociativos crónicos subyacentes que conducen a un comportamiento extremadamente desorganizado, pueden semejar el trastorno esquizofrénico. La carencia de síntomas negativos de esquizofrenia en pacientes con trastornos disociativos puede ayudar a un

diagnóstico diferencial. Sin embargo, la comorbilidad entre esquizofrenia y trastornos disociativos es posible la cual puede considerarse como un subtipo disociativo de esquizofrenia o trastorno esquizo-disociativo dependiendo de la predominancia de los síntomas.

Trastorno Límite de la Personalidad: Muchos pacientes con trastorno disociativo crónico asemejan en la superficie un trastorno límite de la personalidad. Por lo tanto, los criterios del DSM-IV no deben de considerarse suficientes para hacer el diagnóstico de un trastorno de personalidad. El nivel general de funcionalidad (puede ser menor en un trastorno límite de personalidad) es una señal para in diagnóstico diferencial mientras que la comorbilidad es posible.

TEPT: Muchos pacientes con TEPT tienen flashbacks disociativos y muchos pacientes con trastornos disociativos desarrollan TEPT. La comorbilidad es posible.

Migraña: Además de formas no-específicas de dolor de cabeza por lo general provocada por cambios de la personalidad. Muchos pacientes con trastornos disociativos sufren de migraña genuina.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Tanto en niños como en adultos puede asemejar un trastorno disociativo mientras que la comorbilidad es posible. Particularmente, entre adolescentes la intranquilidad motora y la desregularización de afectos debido a trastornos disociativos también pueden asemejar TDAH.

Trastorno Obsesivo Compulsivo: Algunos de los pacientes disociativos tienen trastorno obsesivo compulsivo comórbido. De acuerdo a un estudio, 15.8% de los paciente con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) tenían puntuación del DES de 30 o más de 49. Se encontraron correlaciones significativas positivas entre la puntuación del DES y las puntuaciones de abuso emocional, sexual , físico y descuido físico. Entre niños, las instrucciones

de una personalidad alterna persecutora puede superficialmente asemejar un TOC, al menos que el paciente sea capaz de reportar la conexión con síntomas disociativos.

Trastorno Bipolar del Estado de Ánimo: A pesar de que no es común la comorbilidad con un trastorno disociativo, el trastorno bipolar del estado de ánimo es un elemento importante en el diagnóstico diferencial, porque muchos pacientes con trastornos disociativos son erróneamente diagnosticados con trastorno bipolar del estado ánimo o trastorno ciclotímico debido a las fluctuaciones del estado de ánimo relacionadas con desregularización de afectos postraumáticos.

Epilepsia y otros trastornos mentales orgánicos: Cualquier síndrome conductual episódico requiere de una evaluación en términos de etiología orgánica. Epilepsia del lóbulo temporal puede causar síntomas disociativos (despersonalización, fuga) y, aunque controversial, algunos fenómenos epilépticos subclínicos (con síntomas leves) se proponen como causantes de síndromes crónicos, episódicos y tipo psicosis.

Trastorno Facticio y fingirse enfermo: Considerando los aspectos autodestructivos, el trastorno facticio con síntomas psicológicos (Síndrome de Munchhausen) o síntomas somáticos, puede basarse en un trastorno disociativo. El fingirse enfermo se puede diferenciar de un trastorno disociativo por la complejidad del último el cual es difícil de imitar.

Síntomas patognomónicos y evaluación estandarizada: Hacer un diagnóstico de trastorno disociativo significa identificar los síntomas patognomónicos del trastorno. Los diálogos internos, el sentir una persona u otra personalidad dentro de uno, crear sentimientos, conductas y pensamientos; así como lagunas de memoria sobre la vida diaria y el pasado, conducen al diagnósticos de trastorno disociativo. Una puntuación promedio arriba de 30 en la Escala de Experiencias Disociativas es una señal para un

trastorno disociativo (primario o comórbido) mientras esta cifra está alrededor de 50 para TID (Bernstein and Putnam, 1986). El SCID-D (Steinberg, 1994) y el DDIS (Ross et al., 1989) son útiles para hacer un diagnóstico. El examen Rorschach puede apoyar en la eliminación de la esquizofrenia.

Curso Natural.

En contraste con muchos trastornos psiquiátricos, los trastornos disociativos pueden curarse. Sin embargo, dadas las controversias actuales en general en el campo de la psicoterapia, el éxito del tratamiento de trastornos disociativos depende del talento personal, conocimiento y cualidades del terapeuta.

Muchos pacientes tratan de auto-repararse antes de un tratamiento efectivo, sin embargo, esto generalmente conduce a una mayor complejidad. Los casos no tratados no se integran espontáneamente, no obstante, un resultado como vivir bajo el control de una personalidad alterna única ha sido reportado (Kluft 2007). Esto significa una vida constreñida. Los trastornos disociativos hacen que el sujeto esté abierto a ser abusado. Incluso, muchos pacientes sexualmente abusados por sus terapeutas tienen trastorno disociativo, lo cual los deja desprotegidos. Esta situación de revictimización se conoce como “síndrome del pato sentado”. (Kluft, 1989).

Tratamiento.

No hay un tratamiento con medicamento específico para trastornos disociativos. Sin embargo, la comorbilidad y los síntomas dolorosos generalmente se tratan de aliviar con farmacoterapia. Este aspecto del tratamiento con medicamentos debe explicarse al paciente al principio del tratamiento. Sin embargo, los trastornos disociativos pueden curarse con psicoterapia. El acercamiento clásico, la terapia de trauma orientada en fases es descrita en la versión actualizadas de los lineamientos de tratamiento de la ISSTD (Chu et al., 2011). Básicamente este planteamiento consiste en tres fases: estabilización, trabajo con traumas e integración.

En un documento previo sobre la teoría de “disociación funcional del yo”, introdujimos el concepto del “yo sociológico” como una interface entre la sociedad y el individuo (Sar & Ozturk, 2007). Las sanas relaciones interpersonales se basan en un desarrollo armonioso y el emparejar los yos sociológicos y psicológicos. La traumatización durante el desarrollo conducen a la separación entre los dos yos.

De hecho, como un agente mental individual, es más que una interface. El yo sociológico representa (como lo hace el yo psicológico) un patrón de pensamiento, experiencia y conducta de orden superior que puede ser utilizado e interactuar con todo contenido y capacidad mental (por ejemplo, emociones, personalidades alternas, el yo traumatizado) en su propio modo. Las propiedades del yo sociológico son universales (Tabla 1 después de las referencias). Su tarea específica es la de salvar el yo psicológico de las influencias destructivas de otros y de amortiguar el trauma psicológico. El agrandamiento y fragmentación del yo sociológico restringe el desarrollo del yo psicológico y lo mantiene congelado.

Hemos exploramos tres sistemas del yo que co-existen para comprender las consecuencias del trauma psicológico en condiciones clínicas y en la vida diaria. Estos son el yo con trauma (sintomático), el yo sociológico (preservando) y el yo psicológico (preservado). El yo traumado, con sus resistencias, buscando ayuda y actitud quejumbrosa; clínicamente se encuentra en la primera fila. Necesita ser tratado en las primeras etapas del tratamiento. Puede ser prematura una intervención profunda con identidades alternas antes de establecer una relación con el yo traumatizado. El moderador es un sistema distintivo intrapsíquico, responsable de la coherencia cognitiva, regulación afectiva y mantenimiento de la distancia interpersonal. Su colapso temporal debido a la presión abrumadora de los sistemas deteriorados tripartita del yo, no debe de confundirse con un trastorno primario. Nuestro enfoque del tratamiento busca establecer un balance entre los yos sociológicos y psicológicos. Esto conlleva un cambio de la auto-preservación a la auto-regulación (Ford, 2009). Esto puede lograrse a través de los cuatro dominios

del tratamiento. 1) Resolviendo las resistencias del yo traumatizado (fenómeno depresivo, obsesiones relacionadas con el trauma y la alteración de la reciprocidad interpersonal. 2) Descifrando las funciones de las personalidades alternas. 3) Facilitando la migración interna del yo sociológico al yo psicológico. 4) Trabajando con la negación, culpa y vergüenza. Nosotros utilizamos activamente preguntas específicamente diseñadas como herramientas para facilitar el procesamiento en cada dominio.

En el tratamiento del TID y condiciones relacionadas, el trabajo con personalidades alternas es común en varias etapas del tratamiento, sin embargo, desde nuestro punto de vista, esto no es suficiente para cubrir toda la subjetividad del paciente. Basado en nuestra teoría de “disociación funcional del yo”, proponemos que el trabajar con las resistencias del yo traumatizado y logrando una migración interna del yo sociológico al yo psicológico son dos elementos adicionales de la psicoterapia (Şar and Öztürk, 2007; Öztürk 2009b).

Referencias.

Akyüz G, Şar V, Kuğu N, Dogan O (2005). Reported childhood trauma, attempted suicide and self-mutilative behavior among women in the general population. *Eur Psychiatry*, 20 (3): 268-273.

Akyüz G, Dogan O, Sar V, Yargic LI, Tutkun H.(1999) Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey. *Compr Psychiatry*, 40: 151-159.

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Edition IV*. Washington DC American Psychiatric Press.

Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland JH.(1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1: 251-264.

Bernstein EM, Putnam FW (1986) Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis*, 174: 727-735.

Brewin, C.R. (2001). A cognitive neuroscience account of post-traumatic stress disorder and its treatment. *Behav Res Ther*, 39: 373-393.

Chu, J.A., Dell, P.F., Van der Hart, O., Cardeña, E., Barach, P.M., Somer, E., Loewenstein, R.J., Brand, B., Golston, J.C., Courtois, C.A., Bowman, E.S., Classen, C., Dorahy, M., Şar, V., Gelinás, D.J., Fine, C.G., Paulsen, S., Kluft, R.P., Dalenberg, C.J., Jacobson-Levy, M., Nijenhuis, E.R.S., Boon, S., Chefetz, R.A., Middleton, W., Ross, C.A., Howell, E., Goodwin, G., Coons, P.M., Frankel, A.S., Steele, K., Gold, S.N., Gast, U., Young, L.M., & Twombly, J (2011): International Society for the Study of Trauma and Dissociation Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Edition. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12:115-187.

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 Publs., pp.471-483.

Forrest K. Toward an etiology of dissociative identity disorder: a neurodevelopmental approach. *Conscious Cogn* 2001; 10 (3):259-263.

Hudziak JJ, Boffeli TJ, Kriesman JJ, Battaglia MM, Stanger C, Guze SB (1996). Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders. *Am J Psychiatry* ;153: 1598-1606.

Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook, J. S. (2006) Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *J Psychiatr Res*, 40(2): 131-140.

Karadağ F, Şar V, Tamar-Gürol D, Evren C, Karagöz M, Erkiran M (2005) Dissociative Disorders Among Inpatients with Drug or Alcohol Dependency. *J Clin Psychiatry*, 66:1247-1253.

Kluft RP (1985) The natural history of multiple personality disorder. Kluft RP: *Childhood Antecedents of Multiple Personality* (ed.). Washington DC American Psychiatric Press, s:197-238.

Kluft RP (1989) Treating the patient who has been sexually exploited by a previous therapist. *Psychiatr Clin North Am*, 12(2):483-500.

Kluft RP (1995) Six completed suicides in dissociative identity disorder patients: clinical observations. *DISSOCIATION*, 8(2):104-111.

Kluft RP (2007) The older female patient with a complex chronic dissociative disorder. *J Women Aging* , 19(1-2):119-37.

Kuşkonmaz E, Şar V, Kundakçı T (2000) Vajinismus ile başvuran bir dissosiyatif kimlik bozukluğu vakası ve tedavisi. (Treatment of a case with dissociative identity disorder presenting as vaginismus). *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 1:48-57.

Lewis-Fernandez R, Martinez-Taboas A, Sar V, Patel S, Boatman A (2007) The cross-cultural assessment of dissociation. *Cross-Cultural Assessment of Trauma and PTSD*. JP Wilson, CC So-Kum Tang (Ed) , New York, Springer Publ, s.289-318.

Lidz T, Fleck S, Cornelison AR. *Schizophrenia and the family*. New York, International Universities Press, 1965.

Lochner C, Seedat S, Hemmings SMJ, Kinnear CJ, Corfield VA, Niehaus DJH, Moolman-Smook JC, Stein DJ. (2004). Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: clinical and genetic findings. *Compr Psychiatry*, 45 (5): 384-391

Martinez-Taboas A, Lewis-Fernandez R, Şar V, Agrawal AL . (2010) Cultural aspects of psychogenic non-epileptic seizures. *Gates & Rowan's Non-Epileptic*

Seizures, Third Edition, SC Schachter, C La France (Ed), New York, Cambridge University Press, s.127-137.

Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J. Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *J Traumatic Stress* 1998; 11: 711-370.

Öztürk E (2009a) *Dövüş Kulübü: Çifte yaşamlar, çifte kendilikler.* (Fight Club:Double lives,double selves). *Psike*, 2: 39-49.

Öztürk E (2009b) Dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisi. (Psychotherapy of dissociative identity disorder). *Psike*, 2:75-83.

Öztürk E, Şar V (2005) 'Apparently normal' family: a contemporary agent of transgenerational trauma and dissociation. *J Trauma Practice* ,4(3-4):287-303.

Öztürk E, Şar V (2008) Somatization as a predictor of suicidal ideation in dissociative disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62(6):662-668.

Ross CA (2011) Possession experiences in dissociative identity disorder: a preliminary study. *J Trauma Dissociation*, 12(4):393-400.

Ross CA, Joshi S (1992) Paranormal experiences in the general population. *J Nerv Ment Dis* 180(6):357-61; discussion 362-368.

Ross CA, Heber S, Norton GR et al. (1989) The Dissociative Disorders Interview Schedule: A structured interview. *DISSOCIATION*, 2: 169-72.

Spiegel D, Lewis-Fernandez R, Loewenstein R, Şar V, Simeon, D., Vermetten, E.,Cardeña, E., Dell, P.F.. (2011) Dissociative disorders in DSM-5. *Depression & Anxiety* , 28(9):824-852.

Sar V (2006). Schizophrenia: Innovations in Diagnosis and Treatment. Book Review.. *J Trauma Dissoc*, 7(1):97-102.

Şar V (2011a) Developmental trauma, complex PTSD and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology*, 2:5662 - DOI: 10.3402 / ejpt.v2i0.5622

Şar V (2011b) Epidemiology of dissociative disorders: an overview. *Epidemiology Research International*, vol. 2011, Article ID 404538, 8 pages, DOI: 10.1155/2011/404538

Şar V (2011c) Dissociative depression:a common cause of treatment resistance. *Female Turkish Migrants with Recurrent Depression*, W Renner (Ed). *Innsbruck Studia*, s.112-124.

Şar V, Akyüz G, Doğan O (2007) Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatric Res*, 149:169-176.

Şar V, Akyüz G, Doğan O, Ozturk;E (2009a) The prevalence of conversion symptoms in women from a general Turkish population. *Psychosomatics*, 50 (1): 50-58.

Şar V, Akyüz G, Kuğu N, OzturkE, Ertem-Vehid H (2006) Axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder and childhood trauma reports. *J Clin Psychiatry*, 67(10):1583-1590.

Sar V, Akyüz G, Kundakci T, Kiziltan E, Dogan O. Childhood trauma, dissociation and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2271-2276.

Şar V, İslam S, Öztürk E (2009b) Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63(5):670-677.

Sar V, Kundakci T, Kiziltan E, Yargıç IL, Tutkun H, Bakım B, Aydın O, Özpulat T, Keser V, Özdemir Ö: (2003) Axis I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *J Trauma Dissoc*, 4 (1): 119-136.

Sar V, Kundakci T, Kiziltan E, Bakim B, Bozkurt O. Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation in Turkey. *J Trauma Dissoc* 2000; 1 (4): 67-80.

Sar V, Tutkun H, Alyanak B, Bakim B, Baral I. Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 216-222.

Şar V, Koyuncu A, Öztürk E, Yargic LI, Kundakci T, Yazici A, Kuskonmaz E, Aksüt D (2007) Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. *Gen Hosp Psychiatry* , 29:45-50.

Şar V, Öztürk E (2005) What is trauma and dissociation? *Journal of Trauma Practice*, 4(1-2):7-20.

Şar V, Öztürk E (2007) Functional dissociation of the self: a sociocognitive approach to trauma and dissociation. *J Trauma Dissoc*, 8(4):69-89.

Şar V , Öztürk E (2008) Psychotic symptoms in complex dissociative disorders. *Psychosis, trauma and dissociation: emerging perspectives on severe psychopathology*, A Moskowitz , I Schaefer, M Dorahy (Ed). New York, Wiley Press s.165-175.

Şar V, Öztürk E (2009) Psychotic presentations of dissociative identity disorder. *Dissociation and Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond* . PF Dell, J O'Neil (Ed). New York, Routledge Press s.535-545.

Şar V, Ross CA (2006) Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *Psychiatr Clin North Am*, 29:129-144.

Şar V, Taycan O, Bolat N, Özmen M, Duran A, Öztürk E, Ertem-Vehid H. (2010) Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*, 43,33-40.

Sar V, Unal SN, Kiziltan E, Kundakci T, Ozturk E. (2001). HMPAO SPECT study of cerebral perfusion in dissociative identity disorder. *J Trauma & Dissociation* , 2 (2): 5-25.

Sar V, Unal SN, Ozturk E (2007): Frontal and occipital perfusion changes in dissociative identity disorder. *Psychiatry Res - Neuroimaging* 156 (3): 217-223.

Şar V, Yargıç Lİ, Tutkun H (1996) Structured interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey. *Am J Psychiatry*, 153:1329-1333.

Steinberg M (1994). Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R). Washington DC, American Psychiatric Press.

Tamar-Gürol D, Sar V ,Karadag F, Evren C, Karagoz M (2008). Childhood emotional abuse, dissociation and suicidality among patients with drug dependency in Turkey. *Psychiat Clin Neurosci* 62 (5):540-547.

Tezcan E, Atmaca M, Kuloglu M, Gecici O, Buyukbayram A, Tutkun H. (2003) Dissociative disorders in Turkish inpatients with conversion disorder. *Compr Psychiatry*, 44(4):324-330.

Tutkun H, Sar V, Yargic LI, Ozpulat T, Kiziltan E, Yanik M.(1998) Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a turkish university clinic. *Am J Psychiatry* ; 155:800-805.

Tutkun H, Yargic LI, Sar V. (1996) .Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Dissociation* , 9:241-249.

Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S ,Mandel, F. S., McFarlane, A., Herman, J. L. (1996) Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *Am J Psychiatry (Suppl)*, 153:83-93.

Vermetten, E., Schmahl, C., Lindner, S., Loewenstein, R. J., Bremner, J. D. (2006). Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry*, 163, 630–636.

Wynne LC, Ryckoff IM, Day J, Hirsch S. (1958). Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry* , 21: 204-219.

Yargic LI, Sar V, Tutkun H, Alyanak B. (1998) Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structured interview in Turkey. *Compr Psychiatry*, 39:345-351.

Zoroglu SS, Tüzün Ü, Sar V, Tutkun H, Savas HA, Öztürk M et al.(2003) Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high-school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiat Clin Neurosci* 57 (1): 119-126.

Tabla 1: Propiedades de los yo Sociológicos y Psicológicos
(Adapted from Sar & Ozturk, 2007)

Yo Sociológico	Yo Psicológico
Modelaje, imitación, copia	Creatividad
Eclecticismo	Autenticidad.
Dogmatismo	Posibilidades
Polarización	Síntesis
Negociación	Elección
Reversible	Constancia
Competencia	Auto-expresión
Concentración individual	Concentración Multifocal
Crueldad	Compasión
Afiliación	Contacto
Apego fusionante	Límites
Religión	Espiritualidad
Metáforas, símbolos	Signos
Fantasía, utopía, imaginación	Hechos
Héroes y Heroínas	Íconos